

David Klemperer

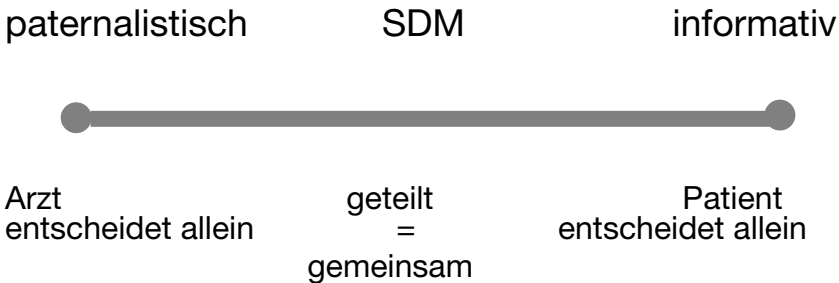
Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe?

Einleitung

Die Selbsthilfe erfüllt im Gesundheitsbereich Funktionen wie Information, Kommunikation und Interessensvertretung. Selbsthilfe ist Teil und Ausdruck des in den letzten Jahrzehnte gewachsenen bürgerschaftlichen Engagements. Die Selbsthilfe repräsentiert die Nutzerseite im Gesundheitswesen. Niemand hat ein größeres Interesse an einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung als die Nutzer bzw. Patienten selbst. Shared Decision Making (»Partizipative Entscheidungsfindung«) kann die Behandlungsergebnisse verbessern und ist schon allein deshalb ein Anliegen der Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Shared Decision Making (SDM) ist eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die für Qualitätsproblem im Gesundheitswesen sensibilisieren kann.

Vom Paternalismus zu Shared Decision Making

Bei einer Betrachtung unterschiedlicher Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation nimmt das SDM-Modell einen Platz in der Mitte ein (Abb. 1) ein.



Dem paternalistischen Modell liegt die Annahme zugrunde, dass der Arzt aufgrund seines Expertentums medizinische Entscheidungen allein treffen soll. Der Patient schildert dem Arzt seine Beschwerden, der Arzt interpretiert diese als Krankheitssymptome und legt das diagnostische und therapeutische Vorgehen fest. Der Patient erhält die Informationen, die für seine Zustimmung erforderlich sind, und erteilt sein Einverständnis. Bis in die 60er Jahre herrschte diese Form der Kommunikation vor.

Im informativen Modell entscheidet der Patient allein, weil er der Experte für seine Präferenzen ist. Vom Arzt erhält er die medizinischen Informationen, die er für seine Entscheidung benötigt. Dieses Modell wird auch als »Konsumenten-Modell« bezeichnet.

Das SDM beruht dagegen auf einer strukturierten Interaktion zwischen Arzt und Patienten mit dem Ergebnis einer gemeinsam getragenen Entscheidung. Das paternalistische und das informative Modell entsprechen den Bedürfnissen jeweils nur eines kleinen Anteils der Patienten, nur wenige Patienten möchten den Arzt allein entscheiden lassen oder selber allein entscheiden. Die meisten Patienten wünschen sich umfassende Informationen durch den Arzt und Beteiligung bei Entscheidungen, in denen es um ihre Gesundheit geht. Viele Patienten wünschen darüber hinaus den Einbezug ihres Krankheitserlebens und ihrer Lebensumstände in die Kommunikation, sie möchten sich als ganze Person vom Arzt verstanden und angenommen fühlen. Vor allem gilt dies für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Die Ärzte berücksichtigen die Bedürfnisse nach Informationen, Beteiligung und Empathie bisher nicht ausreichend.

Das SDM-Konzept wurde in den 90er Jahren entwickelt, um die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten den Bedürfnissen der Patienten entsprechend gestalten zu können. SDM beschreibt den Prozess einer Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient auf gleicher Augenhöhe und umfasst die folgenden Schritte:

- Ausgangspunkt ist die Verständigung über das medizinische Problem. Klarheit und Übereinstimmung in der Problemdefinition sind für das Gelingen der weiteren Schritte unabdingbar.
- Im zweiten Schritt muss der Arzt erklären, dass es für dieses Problem mehr als eine legitime Option gibt, eine Situation, bei der sich – bildlich gesprochen – die Waage in einer Vorab-Abwägung im Gleichgewicht (»equipoise«) befindet.
- Nun muss der Arzt die Optionen verdeutlichen. Dazu gehört die Darstellung von potentielltem Nutzen und Schaden sowie den Unsicherheiten der unterschiedlichen Vorgehensweisen (zu denen auch beobachtendes Abwarten gehören kann) bezogen auf zu erwartende Ergebnisse, die für den Patienten relevant sind. Essentiell ist dabei die Risikokommunikation. Risikokommunikation bezeichnet die Information des Patienten darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit erwünschte und unerwünschte Ergebnisse zu erwarten sind (Stichworte: absolute Risikoreduktion, relative Risikoreduktion, number needed to treat). Hierfür können formalisierte Entscheidungshilfen (Decision aids) hilfreich sein, wie z.B. Computer-Programme zur graphischen bzw. numerischen Darstellung der Wahrscheinlichkeiten von erwünschten und unerwünschten Ergebnissen.
- Im nächsten Schritt überprüft der Arzt, dass der Patient die Informationen auch verstanden hat. Dies wird in der Praxis bislang kaum jemals realisiert. Auch hier können Decision aids hilfreich sein, indem sie das Verständnis des Patienten abfragen.
- Nun erkundet der Arzt die Vorstellungen, Sorgen und Erwartungen des Patienten bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten, bezieht also die persönlichen und subjektiven Aspekte ein.
- Erst jetzt klärt der Arzt mit dem Patienten, welche Rolle dieser bei der Entscheidung spielen will, d.h. in welchem Ausmaß er sich beteiligen will. Der

Versuch, diese Klärung bereits im ersten oder zweiten Schritt des Entscheidungsfindungsprozesses zu erlangen, kann zu Irritationen führen. In welchem Ausmaß sich Patienten an einer Entscheidung beteiligen wollen, wird ihnen häufig erst dann klar, wenn sie wissen, was überhaupt zur Entscheidung ansteht.

- Im Folgenden wird die Entscheidung getroffen (oder aufgeschoben). Eine gelegentliche Überprüfung der Vereinbarungen zur Entscheidungsfindung ist erforderlich, weil Patienten in unterschiedlichen Krankheitsstadien unterschiedliche Bedürfnisse nach Information und Beteiligung haben können.

Dieser in neun Schritte unterteilte Prozess dient als »OPTION« (observing patient involvement)-Skala zur Messung und Schulung der SDM-Kompetenzen von Ärzten.

Viele der Ärzte, die SDM grundsätzlich unterstützen, fühlen sich darin noch überfordert. Dies verwundert nicht, denn die erforderlichen Kompetenzen sind noch nicht Teil ärztlicher Aus- und Fortbildung. Auch liegen die für die Risikokommunikation erforderlichen Informationen häufig nicht in geeigneter Form vor. Hervorzuheben ist, dass SDM von Seiten der Ärzte insbesondere auch die Bereitschaft erfordert, Macht abzugeben und eine partnerschaftliche Rolle einzunehmen. Viele, aber nicht alle Ärzte sind dazu bereit.

Shared Decision Making erfordert auch auf Seiten der Patienten neue Kompetenzen und insbesondere ein Verständnis von Evidence-based Medicine (EBM). Kurz gefasst handelt es sich bei EBM um ein Konzept, das sich mit der Methodik des Erkenntnisgewinns in der Medizin befasst. Die EBM stützt sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse kontrollierter wissenschaftlicher Studien. Bezüglich der Wirksamkeit von Therapieverfahren kann es als erwiesen gelten, dass sich aus unsystematisch beobachteten Einzelfällen keine allgemeingültigen Aussagen über Wirksamkeit einer Behandlung ableiten lassen, weil die Verzerrungsmöglichkeiten zu groß sind. Die systematische vergleichende Untersuchung von Gruppen, die in allen ergebnisrelevanten Merkmalen möglichst homogen sind (randomisierte kontrollierte Studie), hat seit ihrer Etablierung vor etwas mehr als einem halben Jahrhundert entscheidend zum Gewinn an Wissen über die Wirksamkeit (und Unwirksamkeit) von Therapien beigetragen. Patienten müssen nun lernen, dass sich Behandlungsergebnisse in der Medizin in aller Regel nur in Form von Wahrscheinlichkeiten voraussagen lassen. So profitieren z.B. bei der Behandlung von Kopfschmerzen mit Aspirin immer nur einige, und nie alle Patienten von dem Medikament, weil bei einem Teil der Patienten die Kopfschmerzen auch ohne Medikament verschwunden wären, und bei einem weiteren Teil die Kopfschmerz auch mit Medikament nicht verschwinden. Selbst wenn nach Einnahme von Aspirin die Kopfschmerzen verschwunden sind, weiß der Patient nicht, ob sie nicht auch ohne Medikament verschwunden wären. Die Effektivität einer Therapie lässt sich somit beispielsweise ausdrücken als Anzahl der Patienten, die behandelt werden müssen, damit der erwünschte Effekt bei *einem* Patienten auftritt – dies

wird in der Evidence based medicine als number needed to treat (NNT) bezeichnet. Eine Maßzahl wie die NNT veranschaulicht die Unsicherheit in der Vorhersage von Behandlungsergebnissen. Dies kann natürlich zu einer Verunsicherung des Patienten führen. Diese Unsicherheit kann jedoch als wünschenswert betrachtet werden, weil sie die Alternative zu einer falschen Sicherheit ist. Die zahlenmäßige Darstellung ermöglicht eine realistische Einschätzung von Therapieeffekten und fördert die Meinungsbildung des Patienten darüber, ob er eine Behandlung für lohnend erachtet oder nicht.

SDM wirkt sich auf die Behandlungswahl und auf die Behandlungsergebnisse aus. Patienten scheinen insgesamt konservativer in ihren Entscheidungen zu sein; sie erwarten eine höhere Effektivität, um eine Behandlung für sich als lohnend zu erachten, im Vergleich zu den Ärzten. Gut informierte Patienten lehnen wenig effektive aber riskante Behandlungen eher ab – andersherum kann man auch sagen, dass Patienten ohne SDM Behandlungen erhalten, die sie ablehnen würden, wenn sie über entsprechende Informationen verfügen würden. Eine Verbesserung bewirkt SDM auch bezüglich der Therapietreue und einer Reihe psychologischer Parameter, wie Zufriedenheit mit der Entscheidung und Angstminderung.

Shared Decision Making und Qualitätsprobleme

In den letzten mehr als 30 Jahren hat sich ein umfangreiches Wissen über Qualitätsprobleme in der medizinischen Versorgung angesammelt. Der Versorgungsforscher Wennberg berichtete beispielsweise, dass im Schulbezirk seiner Kinder der Anteil der Kinder, deren Rachenmandeln bis zum 15. Lebensjahr entfernt worden waren 20 % betrug, im benachbarten Schulbezirk hingegen 70 %. Für dieses Phänomen hat er den Begriff »geographische Variabilität« geprägt. Unterschiedliche Durchführungsraten in Regionen mit vergleichbar gesunden bzw. kranken Bevölkerungen wurden für zahlreiche medizinische Interventionen gefunden. Einer der Hauptgründe für die Variabilitäten ist die Beeinflussbarkeit der Indikationsstellung im Sinne der Anbieter-induzierten Nachfrage – das Vorhandensein von mehr Krankenhausbetten geht beispielsweise mit einer höheren Rate an Blinddarmentfernungen einher. Wenn die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung zu erhalten, vom Wohnort abhängt, kann bei der Entscheidungsfindung etwas nicht stimmen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung sind ein weiterer Hinweis dafür, dass Versorgungsentscheidungen nicht sicher im Sinne der Patienten getroffen werden. Behandlungen von erwiesenem Nutzen werden Patienten vorenthalten (z. B. β -Blockertherapie nach Herzinfarkt), nutzlose oder gar schädliche Behandlungen hingegen durchgeführt (z. B. Operationen, die eindeutig nicht indiziert sind). Verhinderbare Komplikationen von medizinischen Interventionen zählen zum medizinischen Alltag. Über-, Unter- und Fehlversorgung werden in der amerikanischen Studie »Crossing the Quality Chasm« und im Gutachten 2000/20001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ausführlich beschrieben.

Die Lösung der Qualitätsprobleme erfordert eine Neuausrichtung der medizinischen Versorgung. Einer der Ansatzpunkte kann die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation im Sinne von SDM sein. Die Verbesserung der Voraussetzungen für SDM wiederum dürfte ein ureigenes Anliegen der Vertreter von Patienten und Selbsthilfe sein, die auf Bundes- und Landesebene die Beteiligungs- und Mitspracherechte ausüben, welche durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen wurden.

Literatur:

- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21 st century. Washington, DC: National Academies Press
- Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R (2003) Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*;12: 93-99
- Gigerenzer G (2004). Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin: Berliner Taschenbuchverlag
- Klemperer D (2003) Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, i03-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
Download: <http://klemperer.info> → Publikationen
- Klemperer D (1996). Qualität in der Medizin - Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. *Dr. med. Mabase. Heft Januar/Februar, S. 22-27*
Download: <http://klemperer.info> → Publikationen
- Mullhan F (2004). Wrestling with Variation: An interview with Jack Wennberg. *Health Affairs; Web Exclusive: (7 October 2004)*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos 2002 <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutalt.htm>
- Smith R (2004). Is transparency is fundamental to quality in health care? *BMJ Talks, Vortragsfolien 24. März 2004*, <http://bmj.bmjournals.com/talks/transparency>

Prof. David Klemperer ist Professor für medizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Sozialmedizin und Public Health an der Fachhochschule Regensburg. Eine seiner besonderen Interessengebiete ist die Patientenbeteiligung durch das sog. »shared decision making«. Er ist Redakteur des »Newsletter« des Förderschwerpunktes »Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozeß«.