

Notwendigkeit oder schmückendes Beiwerk?

Das Internet bietet unendliche Möglichkeiten zur Beschaffung von Gesundheits- und Krankheitsinformationen. Wer dies ausblendet und den Blick auf die Erkrankung fokussiert, nimmt den Patienten nicht ernst. Eine Alternative ist die partizipative Entscheidungsfindung: Patient und Arzt beraten gemeinsam über eine angemessene medizinische Behandlung.

EIN 55-JÄHRIGER PATIENT mit bekannter koronarer Herzkrankheit verspürt trotz Ausschöpfung der medikamentösen Möglichkeiten regelmäßig bei mittelschwerer Belastung Angina pectoris-Beschwerden, die wieder verschwinden, wenn er sich ausruht. Aus medizinischer Sicht sind hier zwei Vorgehensweisen möglich. Einerseits lässt sich die für die Beschwerden ursächliche Stenose aufweiten und ein Stent implantieren. Dies führt bei den meisten Patienten zu einer Beseitigung oder zumindest Minderung der Beschwerden. Das Mortalitätsrisiko wird aber nach heutigem Kenntnisstand ebenso wenig verändert wie das Risiko für künftige Herzinfarkte. Der Eingriff dient also allein der Besserung der Symptomatik. Wer andererseits keinen Stent erhält, versäumt nichts bezüglich der Verbesserung der Prognose.

Gespräche zwischen Arzt und Patient ebnen den Weg

Das Einsetzen eines Stents bei chronischer koronarer Herzkrankheit wird als *präferenzsensitive Versorgung* bezeichnet: Es sollte die Behandlungsmaßnahme durchgeführt werden, die der Patient unter zwei oder mehr als zwei Optionen in Kenntnis der für ihn relevanten Behandlungsergebnisse präferiert.

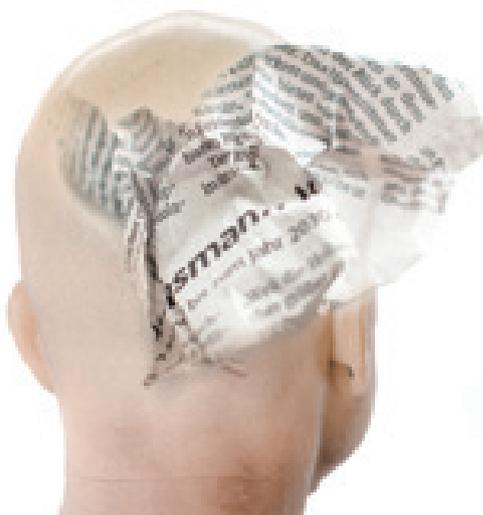
Manchmal ist der richtige Weg offensichtlich, manchmal nicht

Der komplementäre Begriff lautet *optimale Versorgung* und bezeichnet Behandlungen, bei denen der Nutzen so ausgeprägt ist und die Schäden so stark überwiegen, dass die Nicht-Durchführung unter normalen Umständen nicht in Frage kommt. Als Beispiel sei die Defibrillation bei Kammerflimmern oder das Einsetzen eines Stents bei akutem Herzinfarkt genannt. Eine eindeutige Abgrenzung von optimaler und präferenzsensitiver Versorgung ist naturgemäß nicht möglich.

Zurück zum Fallbeispiel. Hier könnte ein Gespräch fol-

gendermaßen verlaufen: Im ersten Schritt erklärt der Arzt dem Patienten, dass die Beschwerden auf die Verengung eines Herzkranzgefäßes zurückzuführen seien und diese durch die Implantation eines Stents behoben werden könnten. Dazu erläutert er die Risiken des Eingriffs. Im zweiten Schritt unterzeichnet der Patient die Einverständniserklärung.

Das *partizipative Gespräch* sähe allerdings anders aus: Im ersten Schritt teilt der Arzt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zu treffen ist und es sinnvoll wäre, die Möglichkeiten gemeinsam zu erörtern. Im zweiten Schritt informiert der Arzt den Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten. Dabei legt er den Fokus auf die Behandlungsergebnisse, die für den Patienten wichtig sind – auf der Nutzenseite die



Lebensdauer, das Risiko für künftige Herzinfarkte und die Beschwerdeminderung und Lebensqualität, auf der Schaden- seite die Risiken und Unannehmlichkeiten des Eingriffs. Dem Patienten überreicht er die Entscheidungshilfe »Stents einsetzen oder erst mal abwarten?« der Nationalen Versor-

gungslleitlinie Chronische KHK als zusätzliche Information. Im nächsten Schritt sprechen Arzt und Patient über die Möglichkeit, den Stent einzusetzen bzw. nicht einzusetzen. Dabei wird der Patient überlegen, welche Auswirkungen die Beschwerden auf sein Leben haben, ob er mit den Beschwerden gut leben kann oder ob sie ihn so belästigen und einschränken, dass er die Unannehmlichkeiten und Risiken der Stent-Implantation auf sich nimmt. Hat der Patient Klarheit darüber gewonnen, welche Lösung zu ihm und seiner Lebenssituation besser passt, hat er also seine Präferenz klären können, ist die Entscheidung klar.

Pflicht und Kür?

Im ersten Gespräch überzeugt der Arzt den Patienten von einer Lösung, die er selbst aus seiner professionellen Sicht für die beste hält. Die Optionen, den Stent nicht zu setzen, hat er nicht angesprochen. Dies entspricht der traditionellen, paternalistischen Form von Aufklärung und Einwilligung.

Im zweiten Gespräch legt der Arzt dem Patienten dar, dass es Optionen gibt, er erklärt diese Optionen und er unterstützt den Patienten im Abwägen von Pro und Kontra. In diesem Abwägungsprozess kommen soziale und subjektive Aspekte von Seiten des Patienten zum Tragen, also Informationen, über die erst einmal nur der Patient verfügt. Der Arzt ist der Spezialist für das medizinische Wissen, der Patient für das Wissen über seine Lebenssituation. Aus der Integration beider Wissensarten folgt die Entscheidung über die durchzuführende bzw. nicht durchzuführende medizinische Intervention. Weil die medizinische Maßnahme auf den individuellen Patient maßgeschneidert wurde, kann man dies als die eigentliche individualisierte bzw. personalisierte Medizin oder auch Präzisionsmedizin ansehen. Für die zweite Gesprächsform wurde der Begriff *Shared*

Decision Making (SDM) geprägt, in Deutschland ist auch Partizipative Entscheidungsfindung gebräuchlich. Die drei genannten Schritte werden als *Team*

Talk (der Arzt verdeutlicht explizit, dass eine Entscheidung ansteht), *Option Talk* (der Arzt vermittelt dem Patienten evidenzbasierte Informationen über die Behandlungsoptionen und die zu erwartenden Ergebnisse) und *Decision Talk* (Arzt und Patient erörtern und überlegen gemeinsam) bezeichnet.

Die Frage, ob es sich bei der traditionellen Aufklärung um die Pflicht und bei *Shared Decision Making* um die Kür handelt, also um einen Luxus, den der Arzt dem Patienten gönnt, wenn ihm danach zumute ist, ist schnell beantwortet. Die zweite Gesprächsform entspricht einer ärztlichen Berufspflicht und einer rechtlichen Vorgabe. Die Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer definiert in § 8 die Aufklärung als ein persönliches Gespräch, in dem der Arzt dem Patienten das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen hat. Je weniger eine Maßnahme medizinisch zwingend bzw. je größer ihre Tragweite ist, desto »ausführlicher und eindrücklicher« hat die Aufklärung zu sein.

Einen noch höheren Grad an Verbindlichkeit hat das Pati-

entenrechtegesetz, das im Februar 2013 in Kraft getreten ist. Die neu gefassten Grundlagen in § 630c und § 630e erlegen dem Arzt Pflichten für die Information und für die Einwilligungsaufklärung auf. Das Gesetz zielt bekanntermaßen auf eine Stärkung der Rechte und der Autonomie der Patienten. Der Arzt soll den Patienten in seiner Entscheidungsfähigkeit unterstützen, ihn umfassend über das medizinisch zu lösende Problem sowie den Nutzen und die Schäden der unterschiedlichen Behandlungsoptionen informieren.

Noch nicht im Alltag angekommen

Der gesunde Menschenverstand, die Ethik, die Berufspflichten und das Recht verweisen unmissverständlich auf die Notwendigkeit von SDM. Auch der Nationale Krebsplan unterstreicht dies in seinem Ziel 11a ausdrücklich. Auf der anderen Seite zeigen Studien auch aus Deutschland, dass SDM im medizinischen Alltag nicht angekommen ist. Patienten wünschen sich mehr Informationen als sie erhalten, insbesondere darüber, ob es für das vom Arzt vorgeschlagene Vorgehen Alternativen gibt. Bekannt ist, dass die meisten Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit gerade nicht darüber informiert sind, dass der Stent ihre Prognose nicht verbessert. Verbesserungsfähig – vorsichtig ausgedrückt – erscheint auch die Aufklärung von Patienten mit metastasierten, nicht heilbaren soliden Tumoren, wie Brust- und Darmkrebs. Arzt-Patient-Gespräche mit konkreter Vermittlung des Nutzens (Lebenszeitverlängerung, Symptomlinderung) und den Schäden (Minderung des Allgemeinbefindens, Immunsuppression usw.) einer Chemotherapie scheinen eher die Ausnahme als die Regel zu sein. In der Folge haben Patienten falsche Vorstellungen über die Therapieziele und stimmen Behandlungen zu, die sie nicht auf sich nehmen würden, wenn sie nur wüssten, was sie erhalten.

Eine einfache Lösung für das Vollzugsdefizit in der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes und der Berufsordnung gibt es nicht. Die vorherrschende paternalistische Kommunikationsform hat eine lange Tradition. Patientenautonomie und SDM sind vergleichsweise jüngere Phänomene in der Medizingeschichte. Wissenschaft und Politik haben schon viele Beiträge zur Weiterentwicklung der Kommunikationskultur geleistet. Die Ärzteschaft selbst mit ihren Selbstverwaltungsstrukturen könnte sehr viel entschiedenere Beiträge zur Umsetzung leisten. Dies wäre auch klug, weil Politik und Öffentlichkeit die vollumfängliche Umsetzung der Patientenrechte durch die Ärzteschaft mit voller Berechtigung erwarten.

Informationspflicht durch das Patientenrechtegesetz



Prof. Dr. David Klemperer ist Professor für Sozialmedizin und Public Health an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg.
david.klemperer@oth-regensburg.de