

# Gemeinsame Entscheidungsfindung überprüfen

**Ärzte sollen die Patienten in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Dafür sprechen viele gute Gründe. Ob und wie weit dies geschieht, kann mit einem neu entwickelten Instrument gemessen werden.**

**Glyn Elwyn**

Die Arzt-Patient-Beziehung entwickelt sich zunehmend zu einer aktiven Partnerschaft. Kern der Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung ist eine veränderte Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft. Autonomie und Selbstbestimmung haben im persönlichen Bereich stark an Wert gewonnen. Die «Demokratisierung der Information» – schneller und einfacher Zugang zum Internet – kurbelt diese Entwicklung noch an. Hinzu kommt der Trend, dass zunehmend die Kundenbedürfnisse über die Form der Produkte und die Art der Bereitstellung bestimmen. Übertragen auf das Gesundheitswesen und seine Diagnose- und Behandlungsprozesse bedeutet dies, dass die paternalistische Arzt-Patient-Beziehung stark in Frage gestellt wird. Die PatientInnen wollen über die medizinischen Möglichkeiten und über die Risiken und Nebenwirkungen Bescheid wissen.

## **PatientInnen informieren**

Die Ärzte müssen nun die Patienten nicht nur über den Nutzen und die

Gefahren aufklären, sondern auch darüber, dass die Medizin unsicher ist. Risiken, Unsicherheit und die Tatsache, dass auch Ärzte Fehler machen, haben zunehmend zu Rechtsstreitigkeiten zwischen PatientInnen und ÄrztInnen geführt. Die PatientInnen beklagen sich, nicht vollständig über die Risiken der Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Sie erwarten von ihrem Arzt, dass er ihnen die Dinge so erklärt, dass sie sie verstehen, und stimmen nur dann einer Behandlung zu. Nicht nur in lebensbedrohlichen Situationen, sondern insbesondere auch bei chronischen Krankheiten und bei Fragen zum Lebensstil wird es immer wichtiger, den Patienten zu involvieren. Die Patientin und den Patienten aufzuklären und in Entscheidungen einzubeziehen ist eine neue Aufgabe der ÄrztInnen geworden. Viele Leistungserbringer haben das jedoch in ihrer Ausbildung nie gelernt. [1]

## **Gemeinsam entscheiden**

Die gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making/sdm) hat sich aus den veränderten sozialen, rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen heraus entwickelt. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung stützt sich auf vier Schritte, die durchlaufen werden müssen:

1. Das Problem muss definiert werden, Arzt und Patient müssen darin übereinstimmen.
2. Der Arzt soll erklären, dass es in vielen klinischen Situationen mehrere gute Möglichkeiten gibt.
3. Der Arzt soll die Möglichkeiten vorstellen und über die Risiken sprechen.



Glyn Elwyn

4. Arzt und/oder Patient kommen zu einer Entscheidung oder schieben sie auf.

In diesem Prozess muss die Ärztin oder der Arzt auch das Verständnis des Patienten prüfen und seine Werte, Befürchtungen und Erwartungen klären.

Von gemeinsamer Entscheidungsfindung kann erst gesprochen werden, wenn die Informationen ausgetauscht und die Risiken besprochen wurden und der Patient in der Lage ist, eine Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt zu treffen. Ein Informationsaustausch ohne gemeinsame Entscheidung ist möglich (anschließend entscheidet der Arzt oder der Patient alleine). Patient und Arzt können jedoch nicht gemeinsam entscheiden, ohne vorher die Informationen ausgetauscht zu haben. Es soll auch besprochen werden, wer die Entscheidung treffen soll: Der Patient kann auch verlangen, dass der Arzt dies alleine tut.

Von Risikokommunikation wird gesprochen, wenn beim Informationsaustausch statistische Wahrschein-

lichkeiten eine Rolle spielen. Auch dabei ist es wichtig, dass die Informationen in beide Richtungen fließen: Nicht nur die Risiken, sondern auch die Werte und die Risikobereitschaft des Patienten müssen thematisiert werden. Dies kann nur in einem patientenorientierten Gespräch geschehen.

### Prozess überprüfen

Das Instrument «Option» (observing patient involvement in decision making) haben Forscher [2] entwickelt, um zu messen, wie weit der Patient in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wird (siehe *Kasten*). Das Instrument geht davon aus, dass der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung immer verbessert werden soll, egal, ob es eine Wahlmöglichkeit gibt oder nicht. Dafür sprechen zwei gewichtige Argumente:

■ Es gibt fast keine medizinischen Interventionen ohne Nebenwirkungen, und es ist immer angemessen, den PatientInnen solche unerwünschten Wirkungen bewusst zu machen.

■ PatientInnen haben legitime Standpunkte bezüglich der sozialen und psychologischen Aspekte einer Entscheidung. Eine Entscheidung, die nur auf Evidenz basiert, ist auf biomedizinische Aspekte reduziert. Die gemeinsame Entscheidungsfindung als ein unterscheidbares Moment in der Konsultation zu messen, ist aus drei Gründen sinnvoll:

■ Nur wenn die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Konsultation identifiziert wird, lässt sie sich auch erforschen. Insbesondere stellt sich die Forschungsfrage, ob bessere Ergebnisse erzielt werden, wenn die Patienten mehr in die Entscheidungen involviert sind.

■ Die Ärzte erhalten ein Feedback über ihre Fähigkeiten zu gemeinsamer Entscheidungsfindung. Dies erlaubt es ihnen, diese Fähigkeiten zu verbessern und die Fortschritte zu messen.

■ Es ermöglicht, sdm-Fähigkeiten im Aus- und Weiterbildungsbereich systematisch zu unterrichten und zu überprüfen.

Das Option-Instrument eignet sich

### Das Messinstrument «Option»

«Option» (Observing patient involvement in decision making) misst, wie weit der Arzt einen Patienten oder eine Patientin in die Entscheidung mit einbezogen hat. Das Instrument wurde insbesondere für die Grundversorgung entwickelt, es ist aber allgemein genug gehalten, um auch in andern Fachbereichen angewandt zu werden. Es ist ein Set von 12 Fragen, mit denen ein neutraler Beobachter eine Konsultation anhand einer Tonband- oder Videoaufnahme beurteilen kann.

Die einzelnen Fragen können von 0 bis 4 bewertet werden: 0 steht für «Die Kompetenz wird nicht beobachtet», 4 für «Die Kompetenz entspricht einem sehr hohen Standard». Dazwischen liegen die Zwischenwerte «oberflächlicher Versuch» und «guter Standard».

Auszug aus den Fragen des Option-Instruments:

1. Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Problem, das einer Entscheidung bedarf.
2. Der Arzt teilt mit, dass es mehr als einen Weg gibt, um mit dem identifizierten Problem umzugehen.
3. Der Arzt klärt, in welcher Art und Weise der Patient Informationen erhalten möchte, um eine Entscheidung treffen zu können (z.B. im Gespräch, durch das Lesen von Informationsmaterial, durch die Präsentation grafisch aufbereiteter Daten, durch Videos oder andere Medien).
4. Der Arzt zählt Optionen auf, worunter auch die Option fallen kann, nichts zu tun.
5. Der Arzt erläutert dem Patienten die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen (nichts zu tun ist ebenfalls eine Option).
6. Der Arzt exploriert die Erwartungen (oder Ideen) eines Patienten, wie mit dem Problem (den Problemen) umgegangen werden soll.

für den einzelnen Arzt, um seine gemeinsame Entscheidungsfindung zu messen und zu verbessern. Es hat sich in Studien gezeigt, dass es valide und reliabel ist für sdm in klinischen Situationen. «Option» ist jedoch nicht dafür validiert, einzelne Ärzte miteinander zu vergleichen (was für Patienten und Leistungseinkäufer interessant wäre).

### Fazit

Die Aufgaben der ÄrztInnen haben sich erweitert, sie müssen neu die PatientInnen aufklären und schulen. Ein Ansatz, der auf gemeinsamer Entscheidungsfindung basiert, stellt sicher, dass die PatientInnen informiert sind über die Behandlungsmöglichkeiten, und führt zu Entscheidungen, mit denen sowohl der Arzt als auch der Patient zufrieden sind. Für die Ärzte stellt die sdm einen gewissen Schutz dar. Studien zeigen, dass die PatientInnen die Behandlung besser verstehen und befolgen, wenn sie in die Entscheidung einbezogen wurden. Erste Resultate weisen darauf hin, dass PatientInnen günstigere und weniger risikoreiche Behandlungen vorziehen. Ärzte müssen ihre Kompetenzen und

Fähigkeiten zu gemeinsamer Entscheidungsfindung messen und verbessern. ■

**Autor:**

**Professor Glyn Elwyn**

Primary Care Group

School of Medicine

University of Wales Swansea

Grove Building

Singleton Park

Swansea SA2 8PP/UK

E-Mail: g.elwyn@swansea.ac.uk

**Zusammenfassung und**

**Übersetzung aus dem Englischen:**

**Brigitte Casanova**

Redaktion «Managed Care»

**Literatur:**

1. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Robling M, Atwell C, and Grol R: Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*, 2003. 12: p. 93-99.
2. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung W-Y, and Grol R: The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision making tasks. *Health Expectations*, 2005. 7: p. 1-9.