

Klemperer, David

Working Paper

Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation

WZB Discussion Paper, No. SP I 2003-302

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Klemperer, David (2003) : Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation, WZB Discussion Paper, No. SP I 2003-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47383>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

David Klemperer

Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen
Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation

Oktober 2003
Bestell-Nr. SP I 2003-302
ISSN-Nr. 0948 048X

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung	5
Abstract	5
Einleitung	7
Die Evolution der Entscheidungsfindung in der Medizin	7
Das biomedizinische Paradigma	7
Begründete Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Medizin	9
Gründe für den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung nach Charles et al.	10
Neue Informationsmöglichkeiten für die Patienten	12
Modelle der Arzt-Patient-Beziehung nach Emanuel und Emanuel	13
Patienten-zentriertes Modell und Shared-decision-making-Modell	15
Welche Informationen und welchen Informationsstil wünschen Patienten?	20
Wie wirkt sich die Beteiligung der Patienten auf die Behandlungswahl aus?	27
Entscheidungshilfen (Decision aids).....	30
Wie wirkt sich SDM auf Behandlungsergebnisse aus?	34
Notwendigkeit der Verbreitung patientenzentrierter Vorgehensweisen	39
Wege zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation	40
Strategien zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation	44
Literatur	47

Zusammenfassung

Patienten erwarten von ihren Ärzten eine verbesserte Kommunikation, mehr Informationen und ein höheres Maß an Beteiligung bei Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung. Eine Beteiligung in dem vom Patienten gewünschten Ausmaß kann die Behandlungsergebnisse verbessern. Von Seiten der Ärzte erfordert dies Kommunikationsfertigkeiten, über die sie zu- meist noch nicht verfügen. Diese sind aber erlernbar und führen in ihrer Anwendung nicht nur zu zufriedeneren Patienten und besseren Behandlungsergebnissen sondern auch zu höherer Arbeitszufriedenheit und weniger Stress am Arbeitsplatz auf Seiten der Ärzte. Das Konzept von "shared decision making" ist hilfreich in der Beschreibung von Zielen und Wegen einer zeitgemäßen, patientenzentrierten Kommunikation von Arzt und Patient.

Abstract

Patients expect better communication, more information, and a higher degree of involvement and participation concerning their treatment, than they actually get. Participation of the patient, to the degree he prefers, can lead to improved treatment outcomes. Doctors therefore need communication skills, which many of them feel they don't yet have. Effective teaching methods for helping doctors to acquire relevant communication skills are available. Successful doctor-patient- communication not only raises patient satisfaction but also doctors' own wellbeing. The concept of shared decision making is helpful in the description of aims and of ways leading to patient-centred communication between doctors and patients.

Einleitung

Die Mehrzahl der Patienten wünscht mehr und andere Informationen als sie vom Arzt erhält. Viele Patienten sind dazu bereit, eine aktivere Rolle im Umgang mit ihrer Krankheit zu spielen. Dazu möchten sie stärker als bisher an Entscheidungen beteiligt werden.^{1 2} Auch die Patienten, die sich nicht an der Entscheidung beteiligen wollen, wünschen sich mehr Informationen. Patienten mit einer passiven Haltung können durch Ermunterung zur Übernahme einer aktiveren Rolle motiviert werden. Viele Patienten mit chronischen Erkrankungen sind sehr gut dazu in der Lage, ihre Krankheit selbst zu managen. Sie wollen nicht weiter die passiven Empfänger medizinischer Leistungen sein. Vielmehr wollen sie Verantwortung für sich und ihre Krankheit übernehmen. Die Tendenz zur Stärkung der Position des Patienten im Gesundheitswesen findet ihren Ausdruck in der Erforschung, Entwicklung und Implementation von Modellen und Konzepten der medizinischen Entscheidungsfindung (medical decision making). Diese Konzepte werden mit Begriffen überschrieben werden wie

- patient-centered care,
- informed choice,
- informed decision making,
- shared decision making (SDM)
- evidence-based patient choice.

Im Folgenden sollen diese Konzepte beschrieben und bewertet und ihre Realisierbarkeit im deutschen Gesundheitsversorgungssystem abgeschätzt werden.

Die Evolution der Entscheidungsfindung in der Medizin

In diesem Abschnitt werden Kräfte beschrieben werden, die zum Wandel der Entscheidungsfindung in der Medizin in Richtung eines stärkeren Einbezugs des Patienten geführt haben.

Das biomedizinische Paradigma

Die Art und Weise, wie medizinische Entscheidungen getroffen werden, hängt u. a. vom Rollenverständnis innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung ab. Die vorherrschende Form der Arzt-Patient-Beziehung wird wiederum weitgehend vom Selbstverständnis der Medizin bestimmt. Das Rollenverständnis und – damit verbunden – die Art der Entscheidungsfindung haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert, wobei das Tempo der Veränderung in den letzten Jahren eher noch zunimmt.

Medizinisches Denken und Handeln ist noch immer weitgehend in das biomedizinische Paradigma eingebettet.³ Krankheit wird dabei als eine lokalisierbare Störung der Körperfunktion

¹ Coulter A, Magee H (Eds.) The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003

² Streich W, Klemperer D, Butzlaff M. Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. in: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002

³ Engel GL. Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen. in: von Uexküll T. Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., Urban & Fischer Verlag 1997, S. 3-11

betrachtet. Zum Verständnis dieser Störung ist innerhalb dieser Sichtweise der Einbezug des psychischen und sozialen Kontexts des Patienten nicht erforderlich. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, die Störung zu finden und zu beheben. Da der subjektiven Sicht des Patienten für die Entstehung und Erklärung von Krankheit keine Bedeutung zukommt, spielt sie auch für die Kommunikation und die Behandlung keine Rolle. Die seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts zunehmenden Möglichkeiten, Krankheitsphänomene objektiv zu erfassen, beförderten die Missachtung des Subjektiven in der Medizin entscheidend. Die mit der Erfindung des Stethoskops beginnende sich auf Technik gründende Diagnostik veränderte die Rolle des Patienten. Einst war der Arzt für die Diagnose weitgehend auf die Informationen angewiesen, die er im Gespräch mit dem Patienten in Erfahrung brachte. Die Wahrnehmung und Deutung von Krankheitszeichen durch den Patienten bildeten den Ausgangspunkt für die Diagnose und die Therapie. Das zunehmende Wissen um den Körper und seine Funktionen in Verbindung mit der rasanten Technisierung der Diagnostik und der Entwicklung wirksamer somatischer Therapien ließ die subjektive Seite von Krankheit immer weiter aus dem Blickfeld der Medizin rücken. Die objektiven medizinischen Befunde und das auf Seiten der Mediziner monopolisierte Fachwissen über Krankheiten und deren Behandlung veränderten die Machtbalance zu Gunsten der Ärzte. Im biomedizinischen Modell kommt dem Arzt als Spezialisten für körperliche Störungen die Aufgabe zu, darüber zu entscheiden, wie diagnostiziert und therapiert wird. Dies förderte die Herausbildung des unten näher beschriebenen paternalistischen Modells der Arzt-Patient-Interaktion mit den dazugehörigen Merkmalen der Entscheidungsfindung.

Die Dominanz der Biomedizin war zwar zu keinem Zeitpunkt vollständig. Eine explizite theoretische Weiterentwicklung erfolgte aber erst 1960 durch Engel im bio-psycho sozialen Modell.³ Psychischen und sozialen Faktoren werden hier eine weitergehende Bedeutung für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten zugeschrieben. In diesem Modell gerät somit der Patient in seiner Gesamtheit wieder in das Blickfeld der Medizin. Ein patientenzentrierter Ansatz sollte zu einem Verständnis der Krankheit (engl.: disease) als biologischen Prozess und der Krankheit (engl.: illness) mit seinen Auswirkungen auf das Individuum und seine Funktion innerhalb der Gesellschaft führen.

Die von Durckheim Ende des 19. Jahrhunderts gewonnenen Erkenntnisse über die soziale Bedingtheit von Krankheit wurden in den 1960er und 1970er Jahren aufgegriffen und systematisch weiterentwickelt. Die sog. Community Studies⁴ – wie z. B. die Untersuchung von Rose-to⁵, die Alameda County Study⁶ - verdeutlichten, dass die Entstehung von Krankheit wie auch der Erhalt der Gesundheit nicht allein biologisch, sondern erst im sozialen und psychischen Kontext erklärbar ist.

⁴ House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-545

⁵ Kawachi I. Long live community. Social capital as public health. *The American Prospect* vol. 8 no. 35, November 1, 1997 - December 1, 1997

⁶ Berkman LF, Syme SL 1979 Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109:186–204

Die Bedeutung der sozialen und psychischen Faktoren und ihre Wirkpfade bis hin zur körperlichen Schädigung sind durch den wachsenden Wissensfortschritt auf diesem Gebiet heute deutlicher als je zuvor.⁷

Mit dem deutlicheren Hervortreten der Gültigkeitsgrenzen des biomedizinischen Paradigmas wird zwangsläufig auch der Paternalismus in der Medizin in Frage gestellt. Für manche gilt er einerseits als Relikt, andererseits aber auch noch als endemisch.⁸

Der Bedeutungszuwachs von patientenzentrierten Modellen der Arzt-Patient-Interaktion erfolgte parallel zum Anwachsen der Bürgerrechtsbewegung der 1960er Jahre und der in den 1970er Jahren erstarkenden Konsumentenbewegung. Das paternalistische Modell herrschte bis zu den 1980er Jahren vor; seine offensichtlichen Unzulänglichkeiten und die gewandelten Ansprüche der Patienten gaben den Anstoß zur Weiterentwicklung zu verschiedenen Modellen der Arzt-Patient-Interaktion, die dem Patienten einen größeren und angemesseneren Spielraum gaben.

Begründete Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Medizin

Elwyn und Edwards⁹ sowie Muir Gray¹⁰ wiesen auf weitere Faktoren hin, die zu einem partiellen Vertrauensverlust der Medizin geführt haben.

- Zu Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verfügte die Wissenschaft über eine starke und unangefochtene Stellung in der Gesellschaft. In den 1960er Jahren wuchs die Erkenntnis, dass Wissenschaft auch unbeabsichtigt Schaden anrichten kann. Der Thalidomid-Skandal war das spektakulärste Beispiel in der Medizin.
- Medizinische Lehrbücher erwiesen sich als sehr langsam darin, neues Wissen aufzunehmen. Eine Untersuchung zeigte, dass Behandlungen, die mehr Nutzen als Schaden bewirken, viele Jahre benötigten, um in den Standardlehrbüchern zu erscheinen und unwirksame Behandlungen von angesehenen Autoren noch lange empfohlen wurden, nachdem sie wissenschaftlich diskreditiert waren.
- Diejenigen, die erkannt hatten, dass Lehrbücher schnell veralten und langsam auf neue Entwicklungen reagieren, wandten sich den Fachzeitschriften zu. Ende der 80er Jahre war aber auch hier deutlich geworden, dass Übersichtsartikel in Fachzeitschriften unzuverlässig und unwissenschaftlich waren. Die Autoren benutzten häufig eine willkürliche und nicht explizit begründete Auswahl an Artikeln und begründeten damit vorzugsweise ihre persönliche Meinung. Auch der Rückgriff auf Originalartikel blieb unbefriedigend. Untersuchungen zeigten eine häufig inadäquate Anwendung epidemiologischer und statistischer Methoden und eine starke Tendenz zur positiven Verzerrung von Ergebnissen.
- Als Antwort auf die genannten Probleme entwickelte eine Gruppe von Wissenschaftlern die "systematische Übersichtsarbeit", in der Wissen zu einem Thema auf explizite und

⁷ Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Press, New York, 2000

⁸ Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership?. *BMJ* 319: 719-720
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/719>

⁹ Elwyn G, Edwards A. Evidence-based patient choice? In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, 3-18

¹⁰ Muir Gray JA. Evidence-based medicine for professionals. In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, 19-33

transparente Weise entlang einer Reihe von Kriterien zusammengefasst wird. Dank des Internets wurde es möglich, diese Übersichtsarbeiten umgehend zu korrigieren und bei Bedarf zu aktualisieren. Ein Fehler in einem Lehrbuch kann üblicherweise erst in der nächsten Auflage korrigiert werden, was im günstigen Fall wenige und im ungünstigen Fall viele Jahre dauern kann. Manche Bücher erleben auch keine Neuauflage.

- Davon ausgehend, dass medizinische Entscheidungen häufig ohne Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der medizinischen Wissenschaft getroffen werden, entwickelte eine kanadisch-englische Arbeitsgemeinschaft Anfang der 1990er Jahre das Konzept Evidence-based Medicine (EBM). EBM beschreibt einen Weg, das medizinische Problem eines individuellen Patienten zu definieren, die dazu passenden medizinischen Informationen zu finden, zu bewerten und für die Entscheidung aufzuarbeiten.
- Es zeigte sich, dass ältere Ärzte mehr als jüngere dazu neigen, EBM abzulehnen. Ein System der Entscheidungsfindung, das sich auf Expertenmeinungen stützt, geht eher mit Macht, Prestige und Status einher, als eines, das sich auf "Beweis" stützt. EBM wurde daher als eine Bedrohung angesehen mit Verlust von Macht und Kontrolle.

Gründe für den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung nach Charles et al.

Charles et al.¹¹ nennen weitere Gründe für die zunehmende Emanzipation der Patienten und den entsprechenden Wandel der Arzt-Patient-Beziehung in Richtung Shared Decision Making (SDM), einem Modell gemeinsamer Entscheidungsfindung, das weiter unten dargestellt wird.

- Die wachsende Verbraucherbewegung schlug sich auch in der Gesetzgebung nieder und untersagte eine Entscheidung ohne umfassende Information des Patienten durch den Arzt. Dem Arzt droht Strafe bei Zuwiderhandeln. Die informierte Entscheidung (informed consent) ist damit ethisch und juristisch als Patientenrecht etabliert und erfordert mit der Zustimmung des Patienten zumindest ein Minimum an Einbezug des Patienten.
- In einigen Ländern ist das weitergehende Konzept der informierten Auswahl (informed choice) vorgeschrieben, welches eine Information des Patienten über unterschiedliche Behandlungsoptionen erfordert.
- Die Verbraucherrechtsbewegung strebt ein höheres Maß an Autonomie und Kontrolle von Seiten des Patienten an und sucht über SDM die Asymmetrie in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu vermindern.
- Der Wandel im Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Krankheiten führt dazu, dass Krankheit weniger eine kurze Episode bedeutet sondern, häufig mit langen Verläufen einhergeht mit entsprechend langwährenden Arzt-Patient-Beziehungen.
- Häufig bestehen unterschiedliche Behandlungsoptionen mit unterschiedlichen möglichen Ergebnissen, ohne dass eine dieser Optionen die klar beste ist.

Vor den 1980er Jahren herrschte das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Interaktion vor. Dieses gänzlich auf ärztliche Autorität gestützte Modell erwies sich zunehmend als nicht mehr zeitgemäß. Die Entwicklung der Medizin, aber auch die allgemeinen gesellschaftlichen Trends gaben Anstoß zur Neu- bzw. Weiterentwicklung von Modellen der Arzt-Patient-Inter-

¹¹ Charles C, Gafni A, Whelan TJ. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44:681-692, 1996

aktion, die den Bedürfnissen der Patienten und den Vorstellungen von Patientenautonomie besser gerecht wurden.

Parsons hat die wesentlichen Elemente des paternalistischen Modells der Arzt-Patient-Beziehung bereits 1951 in seinem Konzept der Krankenrolle beschrieben. Darin gewährt der Arzt dem Patienten den Status eines Kranken, was mit einer Reihe von vorübergehenden Erleichterungen und Entpflichtungen verbunden ist. Im Gegenzug ist der Patient dazu verpflichtet, dem ärztlichen Regime zu folgen, um wieder gesund zu werden. Dieses Modell weist dem Patienten eine passive, abhängige Rolle gegenüber dem Arzt zu. In jüngeren Ausformungen des paternalistischen Modells handelt der Arzt als derjenige, der aufgrund seines Fachwissens und seiner Erfahrung am besten weiß, was für den Patienten gut ist.

Dem paternalistische Modell liegen folgende Annahmen zu Grunde:

1. Für die meisten Krankheiten gibt es eine einzige beste Behandlungsmöglichkeit.
2. Der Arzt kennt diese Möglichkeit und wendet sie am Patienten an.
3. Ärzte können auf Grund ihrer Erfahrung und Expertise am besten den Abwägungsprozess durchführen.
4. Ärzte sind wegen ihrer professionellen Sorge und der ethischen Verpflichtung des Berufsstandes zur Entscheidung legitimiert.

Auf Grund dieser Annahmen erwarteten sowohl Ärzte als auch Patienten, dass der Arzt eine dominierende Rolle einnimmt, wozu die Statusunterschiede zusätzlich beitragen.

Über den gesellschaftlichen Trend der Stärkung der Patientenrechte hinaus trugen mehrere Faktoren dazu bei, die Angemessenheit des paternalistischen Modells in Frage zu stellen:

- Es wurde deutlich, dass es häufig nicht die eine beste Lösung für ein medizinisches Problem gibt, sondern mehrere Lösungen mit unterschiedlichen Abwägungsmöglichkeiten des Für und Wider. Es liegt nahe, dass in einem solchen Fall dem Patienten als demjenigen, der mit den Konsequenzen der Entscheidung zu leben hat, eine angemessene Beteiligung an der Entscheidungsfindung zukommt.
- In den 1970er und 1980er Jahren wurden unterschiedlichen Häufigkeiten in der Durchführung von fast allen medizinischen Interventionen auf fast allen Aggregationsebenen festgestellt ("variations"), ohne dass dies medizinisch, also z. B. durch unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten, erklärt werden konnte. Die Tatsache, dass bei gleichen Krankheitsbildern die Vorgehensweisen davon abhingen, in welchem Land oder Bundesstaat der Patient lebte, in welches Krankenhaus er ging, welchen Arzt er konsultierte, ob es sich um eine Ärztin oder einen Arzt handelte oder nach welchen Prinzipien die ärztliche Leistung vergütet wurde, stellte die Effektivität und die Angemessenheit der medizinischen Versorgung auf drastische Weise in Frage (s. auch Klemperer 1996¹²).
- Es zeigte sich, dass es Qualitätsprobleme in der medizinischen Versorgung gibt und z. B. auch da, wo es für eine Krankheit eine einzige beste Möglichkeit gibt, diese nicht von jedem Arzt ergriffen wird.

¹² Klemperer D. Qualität in der Medizin Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse. Heft Januar/Februar 1996, S. 22-27

- Sorge um steigende Kosten in Verbindung mit den Qualitätsproblemen führten zu der Forderung nach "Beurteilung und Rechenschaftslegung" (assessment and accountability) der Medizin gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit.¹³

Hlatky¹⁴ begründete die Notwendigkeit des Einbezugs des Patienten mit dessen individuellen Vorstellungen. Er leitet diese Notwendigkeit aus dem Umstand ab, dass Symptome gleicher Stärke durch unterschiedliche Patienten unterschiedlich wahrgenommen würden und in unterschiedlichen Lebenssituationen eine völlig unterschiedliche Bedeutung haben könnten.

Das gleich Maß an Symptomen kann unterschiedliche Ausmaße an Leiden hervorrufen. Das gleiche Maß an funktioneller Einschränkung kann unterschiedliche Bedeutungen haben wegen der Unterschiede in den Präferenzen, Erwartungen und Lebensumständen der Patienten. So können leichte Angina-Pectoris-Symptome einem Patienten, der einen Beruf mit körperlicher Arbeit ausübt, mehr zu schaffen machen als stärkere Symptome einem Rentner, der sich körperlich nicht betätigt. In solchen Fällen gibt es demzufolge keine objektiv richtige Entscheidung. Die subjektive Seite des Patienten muss Teil der Entscheidungsfindung werden, um zu einer für den Einzelnen passenden Lösung zu kommen. Hlatky fordert daher, dass klinische Leitlinien diese Art von Individualisierung erlauben müssen.

Neue Informationsmöglichkeiten für die Patienten

Computer und Internet bieten bisher ungekannte Möglichkeiten der Information, die sich sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärzte auf die medizinische Entscheidungsfindung und somit auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken.

In einer schottischen Studie¹⁵ wurden Allgemeinärzte befragt, welche Erfahrungen sie mit Patienten gemacht hatten, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. Insgesamt erscheinen diese Patienten den Ärzten aktiver und anspruchsvoller, sie verfügen über zutreffende Informationen, die sie aber häufig falsch interpretieren und die den Ärzten zu mehr als der Hälfte nicht bekannt sind; sie beanspruchen mehr Zeit und werden von etwas weniger als der Hälfte der Ärzte als willkommenen Herausforderungen angesehen.

Der Anteil der Menschen, die Zugang zum Internet haben und dort medizinische Informationen suchen, wächst. Es ist absehbar dass in einigen Jahren ein großer Teil der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, bereits über Informationen zu ihren Symptomen bzw. zu ihrer Krankheit verfügt und diese mit dem Arzt besprechen möchten. Dies wird den Arzt in seiner Rolle als Spezialisten für medizinisches Wissen nicht überflüssig machen. Eher ist damit zu rechnen, dass der Patient durch seine Recherche im Internet mit Fragen an den Arzt herantritt, die durch die eigenständige Befassung mit Gesundheitsthemen aufgeworfen werden. Der vorinformierte, fragende und fordernde Patient ist naturgemäß mit einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung nicht zufrieden zu stellen.

Die amerikanische Meinungsforschungsfirma Harris Interactive untersucht regelmäßig die Anzahl der Menschen, die das Internet für Gesundheitsfragen nutzt (Harris Interactive be-

¹³ Relman SA. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. *New Engl J Med* 1988; 319: 1220-1222

¹⁴ Hlatky MA. Patient Preferences and Clinical Guidelines. *JAMA* 1995;273:1219-20

¹⁵ Wilson SM. Impact of the Internet on Primary Care Staff in Glasgow. *J Med Internet Res* 1999;1:e7
<http://www.jmir.org/1999/2/e7/index.htm>

zeichnet diese Menschen als "cyberchondriacs"). Die neueste Erhebung¹⁶ zeigt, dass sich die Zahl in den USA seit 1998 von 54 Millionen über 97 Millionen im Jahr 2001 auf 110 Millionen im März 2002 erhöht hat. Die Untersuchung von vier Ländern macht deutlich, dass die Zahl der "Cyberchondriacs" auch in Deutschland mit 31 Millionen bereits recht hoch ist (Abb. 1).

Abbildung 1¹⁶

Incidence Of Cyberchondriacs In The Big Four Pharmaceutical Markets: January 2002

	U.S. %	France %	Germany %	Japan %
Online population (% of all adults online)	66	35	44	42
Cyberchondriacs:				
% of all those online who ever looked for health care information on the Internet	80	69	86	90
% of all adults who ever looked for health care information on the Internet	53	24	38	38
Number of adults who ever looked for health information on the Internet	110M	14M	31M	48M

Source: Global Cyberchondriacs Study, Harris Interactive, January 2002 and The Harris Poll, March 2002.

Eine Studie der Boston Consulting Group¹⁷ bestätigte, dass Patienten, die das Internet für Gesundheitsfragen nutzen, anders mit dem Arzt kommunizieren: 36 % der Patienten, die häufig das Internet nutzen, konfrontieren den Arzt mit einer selbst gestellten Diagnose und 45 % haben spezifische Vorstellungen von der Therapie im Vergleich zu 16 % bzw. 19 % der Patienten, die das Internet nicht für Gesundheitsfragen nutzen.

Zu den neuen Herausforderungen an den Arzt wird es zunehmend gehören, sich selbst gegenüber dem Patienten als up to date im medizinischen Wissen zu erweisen. Darüber hinaus wird es ebenfalls zunehmend zu den ärztlichen Aufgaben zählen, sich mit den falschen, fraglichen und durch kommerzielle Interessen verzerrten Informationen auseinander zu setzen, die das Internet in Hülle und Fülle bietet.¹⁸ In jedem Fall wird von der Weiterentwicklung und Weiterverbreitung der Informationstechnologien ein anhaltender starker Druck auf die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung ausgehen.

Modelle der Arzt-Patient-Beziehung nach Emanuel und Emanuel

Emanuel und Emanuel haben 1992 in einer grundlegenden Arbeit vier Prototypen von Modellen der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben und kritisch beleuchtet¹⁹. Dabei unterscheiden sie

¹⁶ Harris Interactive. Four-Nation Survey Shows Widespread but Different Levels of Internet Use for Health Purposes. Newsletter Health Care Volume 2, Issue 11—May 28, 2002
http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters_healthcare.asp

¹⁷ "Vital Signs Update: The E-Health Patient Paradox". Boston Consulting Group. BCG Focus, May 20
http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf

¹⁸ Eysenbach G, Jadad AR. Consumer health informatics in the Internet age. in: A Edwards, G Elwyn, eds: Evidence based patient choice: inevitable or impossible? Oxford, Oxford University Press 2001

¹⁹ Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267:2221-2226.

zwischen dem paternalistischen, dem informativen, dem interpretativen und dem beratenden Modell. Um Missverständnissen vorzubeugen sei angemerkt, dass es hier lediglich um die Darstellung und nicht um eine Bewertung der Modelle geht. Patienten unterscheiden sich in ihrer Persönlichkeit und in ihren Bedürfnissen. Jedes dieser Modelle hat seine Berechtigung, weil es die Bedürfnisse einer jeweiligen Patientengruppe widerspiegelt.

Der Einteilung lagen die folgenden Kriterien zu Grunde:

- Ziele der Arzt-Patient-Interaktion,
- Pflichten des Arztes,
- Bedeutung der Werte des Patienten und
- Konzeption der Patientenautonomie.

Das paternalistische Modell (paternalistic model)

Der Arzt stellt mit seinen Fertigkeiten den Gesundheitszustand des Patienten fest und entscheidet über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die am besten dazu geeignet sind, die Gesundheit des Patienten wieder herzustellen. Den Patienten versorgt er mit selektierten Informationen, um dessen Zustimmung für die Maßnahmen zu erwirken, die er, der Arzt, für die besten hält. Der Arzt entscheidet also auf Grund seines Wissens darüber, welche Behandlung für die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten die beste ist. Er entscheidet allein.

Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass es objektive Kriterien dafür gibt, was das Beste ist. Die Beteiligung des Patienten erfolgt in eingeschränkter Form. Vom Patienten wird Dankbarkeit erwartet. Der Arzt ist hier der Beschützer des Patienten. Es ist seine Pflicht, die Interessen des Patienten über alle anderen Interessen zu stellen.

Das informative Modell (informative model)

Dieses Modell wird auch das wissenschaftliche Modell oder das Konsumenten-Modell genannt. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, dem Patienten alle relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen, damit dieser die medizinischen Interventionen auswählen kann, die seinen Vorstellungen und Werten entspricht. Dazu gehören Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Maßnahmen und alle Unsicherheiten im Wissen. Der Patient entscheidet dann allein. Der Arzt führt die Maßnahmen durch, für die sich der Patient entschieden hat. Der Patient ist also autonom und kontrolliert die medizinische Entscheidung.

Das informative Modell geht von der Annahme aus, dass der Patient feststehende, ihm bekannte Werte hat und berücksichtigt etwaige Unsicherheiten nicht. Mögliche Veränderungen der Präferenzen im Rahmen eines Prozesses der Reflektion und Abwägung, an dem auch andere Personen beteiligt sein können, sind nicht Teil des informativen Modells. Der Arzt erfüllt eher die Rolle eines Technikers, der für angemessene Informationen zu sorgen hat. Die Integration und Verarbeitung der Informationen auf seine spezifischen Lebensumstände und Werte ebenso wie die Entscheidung vollzieht der Patient allein. Die allgegenwärtigen Wünsche von Patienten nach Empathie und Beratung kommen hier nicht zur Geltung.

Das interpretative Modell (interpretative model)

Ziel der Arzt-Patient-Interaktion ist es, die Vorstellungen und Werte des Patienten in Erfahrung zu bringen und dem Patienten zu helfen, die dafür geeigneten Maßnahmen auszuwählen. Wie im informativen Modell umfasst dies Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Maßnahmen und alle Unsicherheiten im Wissen. Der Arzt lässt den Patienten jedoch nicht mit den Informationen alleine, sondern hilft ihm dabei, seine Wünsche, Vorstellungen und Werte zu erkennen und zu erklären (interpretieren).

Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass die Werte des Patienten nicht notwendigerweise feststehend und dem Patienten bekannt sind, sondern oft unfertig und im Konflikt mit spezifischen Situationen. Der Arzt hilft dem Patienten dabei, seine Vorstellungen zu erkennen und auf die Situation anzuwenden. Dafür kann die Kenntnis der Lebensumstände des Patienten erforderlich sein. Die Entscheidung über die zu ihm am besten passende Behandlung trifft der Patient.

Das abwägende Modell (deliberative model)

Nach diesem Modell stellt der Arzt dem Patienten die auf die klinische Situation passenden Informationen zur Verfügung. Er bringt im Gespräch mit dem Patienten dessen Lebenssituation und dessen Werte in Erfahrung. In Kenntnis der medizinischen Situation und wissend um die Lebensumstände des Patienten erarbeitet er eine Lösung, die er mit dem Patienten erörtert. Dabei versucht er, den Patienten von seiner Lösung zu überzeugen, ohne sie ihm jedoch aufzwingen zu wollen. Die Entscheidung treffen Arzt und Patient letzten Endes gemeinsam.

Damit haben Emanuel und Emanuel eine bis heute gültige Beschreibung der Modelle der Arzt-Patient-Beziehung gegeben, wobei das als "deliberative" bezeichnete Modell weitgehend dem heutigen SDM-Modell entspricht.

Weston²⁰ beschreibt anschaulich die Essenz der paternalistischen Denk- und Handlungsweise.

"Thirty-five years ago, when I was a medical student, we were taught to be paternalistic. We were trained to withhold information from patients, especially painful information about a potentially terminal illness; we were also instructed to take charge of interviews and to avoid getting "sidetracked" by patients' "irrelevant" concerns. The handbook that my university developed to teach the clinical method referred to the interview as "the interrogation." Patients who did not comply with "doctor's orders" were called defaulters, untrustworthy, unreliable or faithless."

Patienten-zentriertes Modell und Shared-decision-making-Modell

Eine kanadische Arbeitsgruppe (Patient-Doctor Communication Group am Zentrum für Studien der Familienmedizin der Universität von Western Ontario, <http://www.uwo.ca/fammed/-csfm/>) hat 1986 ein patientenzentriertes Modell der Arzt-Patient-Kommunikation publiziert. In

²⁰ Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care [editorial]. CMAJ 2001;165:438-9. <http://www.cmaj.ca/cgi/ijlink?linkType=FULL&journalCode=cmaj&resid=165/4/438>

der aktuellen Version²¹ umfasst die "Patientenzentrierte klinische Methode" (Patient-Centered Clinical Method) sechs Komponenten (s. auch Abb. 2):

1. Exploration der Vorstellungen und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit
2. Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person
3. eine gemeinsame Grundlage und Partnerschaft für das weitere Vorgehen finden
4. Prävention und Gesundheitsförderung
5. die Patient-Arzt-Beziehung pflegen und verbessern
6. realistischer Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie

Abb. 2: Patient-Centred Clinical Model²¹

1. The first Component is the exploration of two conceptualizations of ill health - disease and illness. In addition to assessing the disease process, by history and physical examination, the physician actively seeks to enter the patient's world - to understand their unique illness experience.
2. The second interactive Component of the patient-centered method is the integration of these concepts of disease and illness with an understanding of the whole person. This includes an awareness of the patient's position in the life cycle and the context in which they live (i.e. family, work, culture).
3. Finding common ground between the physician and the patient is the third Component of the method and consists of three key areas: the patient and physician mutually defining the problem; establishing the goals of treatment and/or management; and identifying the roles to be assumed by both.
4. The fourth Component emphasizes the importance of using each encounter as an opportunity for prevention and health promotion.
5. The fifth Component takes into consideration that each contact with the patient should be used to build on the patient-physician relationship as a basis of their continuing work together.
6. The sixth Component requires that, throughout the process, the physician is realistic about time, availability and accessibility of resources, and amount of emotional and physical energy needed.

Wie weiter unten deutlich werden wird, bestehen hier weitgehende Übereinstimmungen mit dem SDM-Modell, insbesondere in Bezug auf das subjektiven Krankheitsverständnis des Patienten und das Erarbeiten einer gemeinsamen Grundlage zwischen Arzt und Patient.

Charles et al.²² knüpfen in ihrer Analyse der Modelle daran an. Unter den drei Kriterien "Informationsaustausch", "Erörterung" und "wer entscheidet?" beschreiben sie das paternalistische und das informierte Modell als Extreme, zwischen denen das Shared Model einen Mittelplatz einnimmt (Abb. 3). Ausgehend davon, dass intermediäre Herangehensweisen möglich sind, handelt es sich in der Praxis also eher um ein Kontinuum an Möglichkeiten und weniger um trennscharfe Kategorien.

²¹ Brown JB, Stewart M, Ryan BL. Assessing Communication Between Patients and Physicians: The Measure of Patient-Centered Communication, London: Centre for Studies in Family Medicine, 2001 (Working Paper Series 95-2, 2nd edition) <http://www.uwo.ca/fammed/csfm/wkpaper.htm#wkpap9522>

²² Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999;319:780-782 <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/780>

Abb. 3: Modelle medizinischer Entscheidungsfindung²²

Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Während die Entscheidung im paternalistische Modell allein durch den Arzt und im informierten Modell allein durch den Patienten erfolgt, sind im SDM-Modell sowohl der Arzt als auch der Patient an der Entscheidung beteiligt.

Braddock et al.²³ benennen 1999 sieben Elemente einer informierten Entscheidungsfindung, die jedoch bereits deutlich über das ursprüngliche Modell der informierten Entscheidung hinaus weisen und den Übergang zum SDM-Konzept erkennen lassen.

Die Elemente der informierten Entscheidungsfindung nach Braddock et al. lauten:

1. Diskussion der Rolle des Patienten in der Entscheidungsfindung
2. Diskussion des klinischen Problems und der Art der Entscheidung
3. Diskussion von Alternativen
4. Diskussion des Für (möglicher Benefit) und Wider (möglicher Schaden) der Alternativen
5. Diskussion der Unsicherheiten, die mit der Entscheidung einhergehen
6. Beurteilung des Verständnisses des Patienten
7. Exploration der Präferenz des Patienten

Bei der Untersuchung von 1057 Arzt-Patient-Gesprächen in Allgemeinpraxen und orthopädischen Praxen erfüllten nur 9 % der Konsultationen diese sieben Kriterien für eine informierte Entscheidungsfindung.

²³ Braddock CH, Edwards, KA, Hasenberg, NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in out-patient practice: time to get back to basics JAMA 1999;282:2313-2320.

Charles et al. beschreiben in zwei grundlegenden Aufsätzen^{11 24} das SDM-Konzept in seiner Reinform. Sie weisen darauf hin, dass SDM zwar ein zunehmend propagiertes Konzept sei. Es bestehe aber keine Übereinstimmung darin, was genau darunter zu verstehen sei. So komme es dazu, dass unter dem selben Begriff unterschiedliche Vorstellungen, Prinzipien und Philosophien der Arzt-Patient-Interaktion verstanden werden.

Für die Beschreibung und Umgrenzung von SDM haben Charles et al. eine Reihe von Schlüsselmerkmalen beschrieben. Diese Merkmale sind in ihrer Ausprägung eher kontinuierlich als dichotom.

1. *SDM umfasst zumindest zwei Beteiligte – den Arzt und den Patienten*

Modelle, in denen nur eine Seite die Entscheidung trifft, befinden sich somit außerhalb der Grenzen von SDM. Die Beteiligung von mehreren Personen auf jeder Seite ist möglich. Patienten können einen nahen Angehörigen zum Gespräch mit dem Arzt hinzuziehen. Auch sind in manchen Situationen mehrere Ärzte an einer Entscheidung beteiligt.

2. *Beide Seiten (Ärzte und Patienten) unternehmen Schritte, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen.*

Im Großen und Ganzen setzt der Arzt die Normen für die Interaktion mit dem Patienten. Ist der Arzt nicht zu SDM bereit, kann es der Patient nicht erzwingen; er muss sich dafür einen anderen Arzt suchen. Andersherum kann auch der Arzt den Patienten nicht zu SDM zwingen, wenn dieser es nicht will.

Folgende Schritte führen zu SDM. Aufgabe des Arztes ist es, eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient das Gefühl hat, dass seine Sichtweise gefragt ist. Weiterhin muss der Arzt die Präferenzen des Patienten in Erfahrung bringen und ihm die Behandlungsoptionen mit den jeweiligen Risiken und Benefits in verständlicher und unverzerrter Weise mitteilen. Er beteiligt sich darüber hinaus an der Verarbeitung der Informationen durch den Patienten um dann schließlich seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten abzugleichen, ohne dabei dem Patienten seine Werte aufzudrängen.

SDM erfordert vom Patienten die Bereitschaft, sich am Entscheidungsfindungsprozess zu beteiligen, Präferenzen mitzuteilen, Fragen zu stellen, Argumente abzuwägen und Verantwortung zu übernehmen.

3. *Das Teilen von Informationen ist eine Voraussetzung für SDM*

Ohne Informationen über Behandlungsmöglichkeiten kann es naturgemäß keinen Abwägungs- und Entscheidungsprozess geben.

Beide Seiten bringen sowohl Informationen als auch Werte ein. Die Vorstellung, dass der Arzt die Informationen und der Patient die Werte einbringt, trifft nicht zu. Informationen können für Patienten unterschiedliche Bedeutung haben. Manche Patienten möchten bestens informiert sein, ohne aber eine Entscheidung treffen zu wollen. Hier geht es dem Patienten also nicht um Informationen als Hilfsmittel für eine Entscheidung. Psychologische Aspekte wie Minderung von Ungewissheit können im Vordergrund stehen.

Der Informationsaustausch bezieht sich auf Art und Umfang der Informationen, die Arzt und Patient austauschen. Von Seiten des Arztes kann es sich dabei handeln um den natürlichen Verlauf der Krankheit, den Nutzen und die Risiken verschiedener Behandlungsalternativen, einer Beschreibung der Maßnahmen und Informationsquellen, die der Patient nutzen kann. Dies sind in erster Linie technische Informationen, über die der Patient zumeist nicht verfügt.

²⁴ Charles C. Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999;49:651-661

Von Seiten des Patienten kann es gehen um die Aspekte der Vorgeschichte, der Lebensweise, des sozialen Kontextes (z. B. Arbeit, Familie, Verantwortlichkeiten, Beziehungen), Vorstellungen und Ängste bezüglich der Krankheit und das vorhandene Wissen über Behandlungsmöglichkeiten. Bis auf letzteres handelt es sich um Selbstwissen, das der Arzt nur im direkten Gespräch mit dem Patienten in Erfahrung bringen kann.

Teil des initialen Informationsaustauschs sollte auch eine Klärung der jeweils bevorzugten Rolle im Entscheidungsfindungsprozess sein.

4. *Eine Entscheidung über die Behandlung wird getroffen und beide Seiten stimmen der Entscheidung zu.*

Ein entscheidendes Kriterium für SDM besteht darin, dass beide Seiten der Behandlungsoption zustimmen. Dies muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass sie es auch jeweils für die beste Wahl halten, sondern vielmehr, dass beide dazu bereit sind, die Behandlung durchzuführen. Durch die gegenseitige Akzeptanz teilen beide Seiten die Verantwortung für die Entscheidung. In der extremen Ausformung des paternalistischen Modells und des informierten Modells liegt die Verantwortung ausschließlich auf Seiten des Arztes bzw. des Patienten und die Akzeptanz der anderen Seite spielt keine Rolle. Gegenseitige Akzeptanz kann, muss aber nicht bei dem paternalistischen und dem informierten Modell entstehen. Für SDM hingegen handelt es sich dabei um eine notwendige Bedingung.

Elwyn et al.²⁵ gingen der Frage nach, was Allgemeinmediziner von der Beteiligung von Patienten an Entscheidungen halten und inwieweit sie willens und in der Lage sind, mit dem SDM-Konzept zu arbeiten. Dafür nahmen 39 Allgemeinärzte an vier Sitzungen teil, bei der jeder Arzt jeweils vier Situationen mit simulierten Patienten durchspielte. Simulierte Patienten bezeichnet speziell trainierte Schauspieler, die einen Patienten mit einer bestimmten Krankheit darstellen. In den Situationen ging es um unterschiedliche Formen der Wahl bzw. Entscheidung für eine Behandlung. Die Reaktionen der Ärzte wurden mit Focusgruppeninterviews erfasst.

Dabei wurden die folgenden Dinge deutlich:

- Die Ärzte hatten das Gefühl, nicht über die erforderlichen Fertigkeiten zu verfügen, um Patienten in die Entscheidung einzubeziehen.
- Zu SDM bestand ein weites Spektrum von Meinungen bzw. Haltungen.
- Die Ärzte waren sich darin einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren Vorgehensweisen abweicht.
- Einige Ärzte trauen den Patienten keine Entscheidung zu. Andere sahen es als Entlastung und Chance, wenn vergleichbare Optionen zur Wahl standen.
- Es bestand Einigkeit, dass Patienten weitergehende Informationen wünschen, die aber häufig nicht zur Verfügung stehen.
- Zeitmangel sei ein Problem, insbesondere für das Auffinden der benötigten Informationen; dies sei aber kein unüberwindbares Hindernis.
- Die Ärzte fragen normalerweise nicht danach, welche Rolle die Patienten im Entscheidungsprozess wünschen.

²⁵ Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. *BMJ* 1999; 319: 753-756
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/753>

- Ärzte denken, dass es für die Patienten Stress bedeutet, wenn sie spüren, dass der Arzt unsicher ist.
- Ärzte fühlen sich nicht ausreichend ausgebildet in Kommunikationsfertigkeiten.
- Fertigkeiten und Haltung sind Voraussetzung für SDM.

Das Fazit lautete, dass die Einbeziehung der Patienten in Entscheidungen zwar zunehmend gefordert wird. Damit dies auch geschehen könne, müsse jedoch zum einen die Kommunikationsfähigkeit, zum anderen aber die Haltung der Ärzte gefördert werden.

Bezüglich der ärztlichen Kommunikationsfertigkeiten wird im angloamerikanischen Raum das "Three Function Model" für das Arzt-Patienten-Gespräch propagiert (Abb. 4)²⁶. Das Modell bietet eine Systematik, die der subjektiven Sicht und den emotionalen Bedürfnissen sowie den Informationsbedürfnissen und der gemeinsamen Entscheidungsfindung angemessenen Raum gibt.

Abb. 4: Drei Funktionen der medizinischen Konsultation

Three functions of the medical consultation

1 Build the relationship

- Greet the patient warmly and by name
- Active listening
- Detect and respond to emotional issues

2 Collect data

- Do not interrupt patient
- Consider other factors
- Elicit patient's explanatory model
- Develop shared understanding

3 Agree a management plan

- Provide information
 - Make links
 - Appropriate use of reassurance
 - Negotiate behaviour change
 - Negotiate a management plan
-

Welche Informationen und welchen Informationsstil wünschen Patienten?

Auf der Patientenseite stellt sich die Frage, was die Patienten überhaupt wollen. Wünschen sie überhaupt eine partnerschaftliche Kommunikation? Möchten sie überhaupt umfassend über ihre Krankheit informiert werden?

Eine Reihe von Untersuchungen hat sich mit der Patientenperspektive befasst und ermöglicht es, auf diese Fragen Antworten zu geben.

Little et al.²⁷ haben untersucht, was Patienten von einem Arztbesuch erwarten und worauf sie Wert legen. Ihr Befragungsinstrument orientierte sich an der oben dargelegten Patienten-zen-

²⁶ Gask L, Usherwood t. ABC of psychological medicine: The consultation. BMJ 2002;324:1567-1569
<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7353/1567>

²⁷ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001;322:468-72
<http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/468>

trierten klinischen Methode.²¹ Mit diesem Instrument wurden 824 Patienten im Wartezimmer vor dem Arztgespräch befragt. Am häufigsten wurden genannt:

- Kommunikation (88-99 %)
- Partnerschaft (77-87 %)
- Gesundheitsförderung (85-89 %)

Der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63 %) und nach einer Medikamentenverschreibung (25 %) war weit weniger ausgeprägt.

Der Blick auf die einzelnen Items (Abb. 5) zeigt in feinerer Auflösung, welcher Anteil der Patienten welche Erwartungen an den Arzt richtet: Freundlichkeit und Nahbarkeit, Aufmerksamkeit und klare umfassende Informationen im Bereich der Kommunikation; Interesse an der Sicht des Patienten und Diskussion der Behandlung und Einigung im Bereich der Partnerschaft sowie Ratschläge über Krankheitsvermeidung und Gesundheitserhaltung.

Abb. 5: ²⁷ **Bedürfnisse von Patienten im Gespräch mit dem Arzt**
Table 1 What patients want from their general practitioner: descriptive data and factor analysis. Figures are numbers (percentage) of patients

Stem (unless specified): I want the doctor to. . .	Very strongly agree	Strongly agree	Agree	Neutral/disagree	Factor loading
Factor 1 communication: illness experience, communication, and doctor-patient relationship*					
Deal with my worries about the problem	221 (27)	189 (23)	308 (38)	95 (12)	0.55
Listen to everything I have to say about my problem	275 (34)	235 (29)	273 (33)	38 (5)	0.70
Be interested in what I want to know	197 (24)	211 (26)	323 (39)	89 (11)	0.51
Understand my main reason for coming	222 (28)	224 (29)	314 (40)	24 (3)	0.69
Be friendly and approachable	332 (42)	214 (27)	234 (30)	5 (1)	0.71
(Full question:) I want to feel really understood	270 (34)	225 (29)	274 (35)	17 (2)	0.71
Find out how serious my problem is	316 (40)	231 (30)	210 (27)	25 (3)	0.74
Clearly explain what the problem is	354 (45)	244 (31)	170 (22)	16 (2)	0.74
Clearly explain what should be done	314 (40)	243 (31)	215 (28)	10 (1)	0.68
Factor 2 partnership: interest in beliefs, expectations, and negotiating common ground*					
Be interested in what I think the problem is	201 (26)	186 (24)	273 (35)	125 (16)	0.50
Discuss and agree with me what the problem is	215 (27)	215 (27)	255 (33)	98 (13)	0.61
Be interested in what I want done	179 (23)	177 (23)	298 (38)	128 (16)	0.79
Be interested in what treatment I want	172 (22)	161 (21)	266 (34)	182 (23)	0.83
Discuss and agree with me on treatment	212 (27)	198 (25)	263 (34)	111 (14)	0.65
Factor 3: health promotion*					
Give advice on how to reduce the risk of future illness	193 (24)	197 (24)	331 (41)	85 (11)	0.61
Give advice on how to stay healthy in future	182 (23)	197 (24)	306 (38)	124 (15)	0.65
Other aspects of consultation desired (not loading strongly on to any factor)					
Practical medicine:					
Examine me fully	104 (14)	139 (18)	245 (32)	280 (36)	
(Full question) I want a prescription	35 (5)	38 (5)	118 (15)	593 (76)	
Give advice on what I can do	188 (23)	199 (25)	353 (44)	66 (8)	
Appreciating the whole person:					
Understand my emotional needs	133 (17)	134 (17)	297 (37)	241 (30)	
Be interested in how it (the problem) affects my life	236 (29)	204 (25)	282 (35)	95 (12)	

*Cronbach's α for scales based on factor 1=0.92, 2=0.87, 3=0.90.

Stewart²⁸ merkt in einem Kommentar zu der Arbeit von Little et al. an, dass es noch kein einheitliches Verständnis von Patientenzentriertheit gebe. Deutlich sei zumindest, was es nicht sei, nämlich technologie-zentriert, arzt-zentriert, krankenhaus-zentriert und krankheits-zentriert. Stewart weist auch auf ein verbreitetes Missverständnis hin: Patientenzentrierung bedeute nicht, alle Informationen und Entscheidungen zu teilen. Patientenzentrierung bedeute vielmehr, den Wunsch des Patienten nach Information und Beteiligung in Erfahrung zu bringen und gemäß diesem Wunsch zu handeln. So gesehen ist SDM eine mögliche Form der von Patientenzentriertheit.

²⁸ Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444–5
<http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/444>

Der Frage, was Patienten überhaupt über ihre Krankheit wissen wollen, gingen Coulter et al.²⁹ nach. Dazu untersuchten sie Patienteninformationsmaterialien zu zehn Gesundheitsproblemen (Rückenschmerz, grauer Star, Depression, Mittelohrentzündung, erhöhte Blutfette, Hüftgelenkersatz, Infertilität, Menorrhagie, Prostatavergrößerung, Rehabilitation nach Schlaganfall) unter dem Gesichtspunkt der Verlässlichkeit der Informationen und der Angemessenheit an die Informationsbedürfnisse der Patienten. Die Beurteilung der Verlässlichkeit erfolgte durch Ärzte, die mit dem jeweiligen Gesundheitsthema vertraut waren. Die Eignung für Patienten beurteilten Patienten, die über Erfahrungen mit dem jeweiligen Krankheitsbild verfügten. Für jedes der zehn Gesundheitsprobleme wurde eine Focusgruppe gebildet.

Die Ärzte fanden viele Ungenauigkeiten und irreführende Aussagen, die einen falschen Eindruck von der Wirksamkeit einer Behandlung erwecken konnten. Der häufigste Fehler war eine zu optimistische Darstellung des Benefit und eine verharmlosende Darstellung der Risiken und unerwünschten Wirkungen. Quantitative Informationen über die Wahrscheinlichkeit von Ergebnissen fehlten fast durchgehend. Die meisten Patienten wollten jedoch umfassend, aber auf nicht beängstigende Weise über die Risiken informiert werden. Wenn Wahrscheinlichkeiten wegen fehlender Daten unbekannt sind, ist es ihnen lieber, dies zu erfahren, als eine Beruhigung zu erhalten, die sich als falsch erweisen könnte. Sie wünschten Informationen über das ganze Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten, und zwar auch wenn deren Wirksamkeit nicht belegt war. Auffallend war die meist fehlende Angabe der Quellen. Dies erschwert die Nachprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit. Häufig fehlte auch das Datum der Erstellung bzw. eine Angabe über die Gültigkeitsdauer der Informationen.

Die Patienten hatten klare Vorstellungen von dem, was sie wissen wollten. Sie zeigten sich generell unzufrieden mit den Materialien und wünschten sehr viel mehr Informationen über ihre Krankheit und die Behandlung und insbesondere über unterschiedliche Möglichkeiten der Behandlung. Die Materialien erfüllten diese Informationsbedürfnisse zumeist nicht, insbesondere wurden Informationen über Krankheitsursachen und den Krankheitsverlauf vermisst. Eine Zusammenfassung der Informationsbedürfnisse zeigt der Kasten.

Informationsbedürfnisse von Patienten²⁹

Patienten benötigen Informationen. Sie möchten

- verstehen, was nicht in Ordnung ist,
- eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten,
- das Arztgespräch bestmöglich nutzen,
- die Abläufe und die wahrscheinlichen Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlung verstehen,
- Unterstützung erhalten und Hilfe bei der Bewältigung,
- darin unterstützt werden, selber etwas zu tun
- ihr Hilfsbedürfnis und ihre Besorgnis rechtfertigen,
- andere darin unterstützen, sie zu verstehen,
- lernen, weitere Krankheit zu verhindern,
- wissen, wer die besten Ärzte sind

²⁹ Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 318: 318-322 <http://bmj.com/cgi/content/full/318/7179/318>

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung ist eine Reihe von Fragen, die Patienten üblicherweise stellen. Diese Fragen eignen sich nicht als Ausgangspunkt der Entwicklung von Informationsmaterialien sondern auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Fragen, die üblicherweise von Patienten gestellt werden²⁹

- Was verursacht das Problem?
- Bin ich alleine? Wie sieht meine Erfahrung aus im Vergleich mit den Erfahrungen anderer Patienten?
- Kann ich irgendetwas tun, um das Problem zu bessern?
- Was ist der Zweck der Untersuchungen?
- Welches sind die unterschiedlichen Behandlungsoptionen?
- Was sind die Benefits der Behandlung(en)?
- Was sind die Risiken der Behandlung(en)?
- Ist es notwendig, dieses Problem zu behandeln?
- Wird die Behandlung die Symptome mindern?
- Wie lang wird es bis zur Wiedererlangung der Gesundheit dauern?
- Was sind die möglichen Nebenwirkungen?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf meine Empfindungen und Emotionen haben?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf mein Sexualleben haben?
- Wie wird es mein Risiko für künftige Krankheit beeinflussen?
- Wie kann ich mich auf die Behandlung vorbereiten?
- Wie wird der Ablauf sein, wenn ich ins Krankenhaus gehe?
- Wann kann ich nach Hause gehen?
- Was müssen diejenigen wissen, die mich betreuen?
- Was kann ich machen, um die Gesundung zu beschleunigen?
- Welche Optionen gibt es für die Rehabilitation?
- Wie kann ich das Wiederauftreten oder künftige Krankheit verhindern?
- Wo kann ich mehr Informationen über das Problem oder über Behandlungen erhalten?

Diese Studie zeigt deutlich, dass Patienten – zumindest bei den hier untersuchten nicht-akuten und nicht bedrohlichen Zuständen – umfassende und konkrete Informationen wünschen. Die dort vorliegenden Informationsmaterialien erweisen sich als wenig geeignet, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Informationsmaterialien – so lautet das Plädoyer der Autoren – sollten an den Fragen der Patienten anknüpfen. Diese Fragen liegen mit dieser Studie vor.

Leydon et al.³⁰ befassten sich mit der Frage, was Krebspatienten über ihre Krankheit wissen möchten. Es zeigt sich, dass diese zwar den Wunsch haben informiert zu werden. Aber nicht jeder Patient möchte umfangreiche Informationen zu jedem Zeitpunkt bzw. in jeder Phase seiner Krankheit erhalten. Was Patienten mit einer Krebserkrankung wissen möchten und was sie nicht wissen möchten, hängt mit ihrer jeweiligen Coping-Strategie zusammen.

Dies macht deutlich, dass es für das Informationsbedürfnis von Patienten einen Unterschied macht, ob es sich um eine gutartige oder eine bösartige und bedrohlichen Erkrankung handelt. Gerade bei Patienten mit Krebserkrankung kann sich das Informationsbedürfnis verändern. Der Arzt muss daher stets von Neuem in Erfahrung bringen, was der Patient wissen möchte.

³⁰ Leydon, G.M., Boulton, M., Jones, A., Mossman, J., McPherson, K. Faith, hope, and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. WJM 2000:173, 26-31 <http://www.ewjm.com/cgi/content/full/173/1/26>

Welchen Kommunikationsstil Patienten in der hausärztlichen Versorgung bevorzugen, untersuchte McKinstry³¹. Er befragte Patienten in schottischen Allgemeinmedizinpraxen nach dem von ihnen bevorzugten Konsultationsstil. Die Patienten beurteilten Videos gespielter Arztbesuche. Die Videos zeigten für fünf medizinische Probleme jeweils eine Konsultation mit SDM und eine Konsultation mit einem direktiven Stil, d. h. einer Entscheidung weitgehend durch den Arzt allein. 410 Patienten gaben nach Betrachtung der Videos an, welche Form der Entscheidungsfindung ihnen mehr zusagte.

Im Ergebnis zeigten die Patienten unterschiedliche Präferenzen. In drei der fünf Szenarien (blutender Leberfleck, Wadenzerrung, rheumatoide Arthritis) bevorzugten sie eine direktive Herangehensweise. Bei der Depression sprach sich die Mehrheit für SDM aus, bei der Raucherberatung waren die Stimmen etwa gleich verteilt.

Für körperliche Probleme wünschten die Patienten insgesamt eher einen direktiven Stil. Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Krankheitsbildern ältere Patienten eher den direktiven Stil bevorzugen, Angehörige der oberen Sozialschicht und Raucher eher SDM. Keine stärkeren Assoziationen wurden gefunden für Geschlecht, Häufigkeit des Arztbesuches oder Patienten mit chronischen Krankheiten.

Diese Untersuchung zeigte, dass der von einem Patienten bevorzugte Kommunikationsstil im Einzelfall nicht vorhersagbar ist. Es lassen sich lediglich Tendenzen oder Mehrheiten für einen direktiven Stil bzw. SDM in Gruppen mit bestimmten Merkmalen finden. Insbesondere bei weniger gravierenden Zuständen scheint der Wunsch nach Beteiligung an der Entscheidung nicht sehr groß. Anzumerken ist hier jedoch, dass es sich teils um Situationen handelte, in denen die Entscheidung unter verschiedenen Optionen keine wesentliche Rolle spielte.

Rosen et al.³² fragten Patienten explizit nach ihrer Grundhaltung bei medizinischen Entscheidungen, wenn mehr als eine Option besteht. Die Frage bezog sich nicht konkrete Krankheitsbildern. 1543 Patienten in Allgemeinmedizinpraxen sollten angeben, wer im Falle von alternativen Behandlungsmöglichkeiten die Entscheidung treffen soll. Dass der Arzt bzw. der Patient alleine entscheiden soll, wünschten nur 6 % aller Befragten; in dieser kleinen Gruppe bevorzugten die alleinige eigene Entscheidung vor allem jüngere Patienten, die alleinige Entscheidung durch den Arzt hingegen ältere Patienten. 94 % bevorzugten eine der mittleren Alternativen, d. h., dass sie beteiligt sein wollen, wobei sie entweder selbst die letzte Entscheidung treffen oder diese dem Arzt überlassen wollen. Der Anteil derjenigen, die dem Arzt die letzte Entscheidung überlassen oder ihm die Entscheidungsfindung ganz überlassen wollen, wächst mit zunehmendem Alter. Umgekehrt wünschen jüngere Patienten ein höheres Maß an Partizipation (Abb. 6).

In dieser Studie wird deutlich, dass die große Mehrheit der Patienten die Beteiligung des Arztes an der Wahl der Behandlung bei bestehenden Alternativen wünscht. Jüngere Patienten zeigen dabei ein höheres Bedürfnis nach Autonomie.

³¹ McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000; 321:867–71 <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/867>

³² Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001;55:121-8

Abb. 632 *"Wenn es unterschiedliche Behandlungen gibt, sollte die Wahl getroffen werden..."*

- vom Arzt (li. Säule)
- mir (re. Säule)
- mir und dem Arzt – der Arzt hat das letzte Wort (2. Säule von li.)
- mir und dem Arzt - ich habe das letzte Wort (2. Säule von re.)

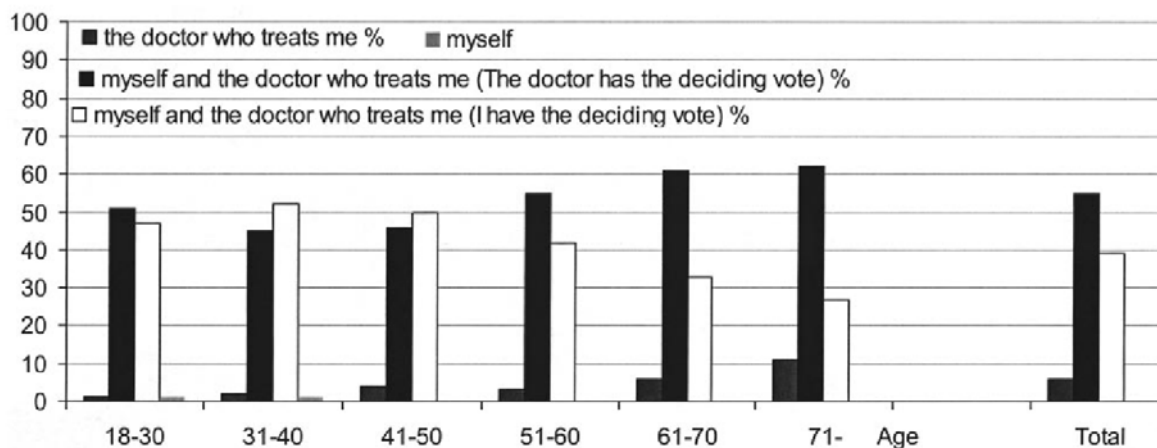


Fig. 3. 'If there are alternative therapies, should the choice of treatment be made by ...'

Welche Erwartungen Patienten an ihren Hausarzt haben, was also aus ihrer Sicht einen guten Hausarzt ausmacht, untersuchten Klingenberg et al.³³ im Rahmen der Gemeinschaftsstudie EUROPEP (European Project on Patient Evaluation of General Practice Care). Die 10 wichtigsten Erwartungen zeigt die Abb. 7

(http://www.aqua-institut.de/internet/text_pat_europep.html)

Abb. 7: Erwartungen der Patienten an den Hausarzt³³

Der Hausarzt:

1. hat während der Konsultation genügend Zeit zum Zuhören und Erklären,
2. ist im Notfall rasch verfügbar,
3. soll die Vertraulichkeit aller Patientendaten gewährleisten,
4. soll mir alle gewünschten Informationen geben,
5. soll mir Raum geben, um alle Probleme zu besprechen,
6. soll mir kurzfristig einen Konsultationstermin anbieten können,
7. soll sich regelmäßig fortbilden, um neue Entwicklungen zu erlernen,
8. soll nicht nur Krankheiten behandeln, sondern diesen vorbeugen helfen,
9. soll die Wirksamkeit möglicher Maßnahmen kritisch abwägen,
10. soll mir die Ziele der Abklärungen und Behandlungen genau erklären.

Auch hier zeigt sich der Wunsch an den Arzt nach Interesse an der Person, ausreichenden Informationen und Beteiligung an Entscheidungen.

³³ Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. Z Allg Med 1996;72:180-186

In einer daran anknüpfenden Studie³⁴ wurden 2.224 Patienten in 36 Hausarztpraxen nach ihrer Beurteilung des Arztes anhand der zehn Kriterien befragt. Gerade in den Bereichen Information und Beteiligung an Entscheidungen fielen die Beurteilungen weniger gut aus.

Der von der Bertelsmann-Stiftung geförderte Gesundheitsmonitor 2002 belegt, dass auch in Deutschland die Mehrheit der Bürger eine gemeinsame Entscheidung wünscht. Mit zunehmendem Alter nimmt auch hier der Anteil der Patienten zu, die dem Arzt die Entscheidung allein überlassen wollen.³⁵

Das Picker-Institut in Oxford untersuchte die Wünsche und Bedürfnisse von Patienten in acht europäischen Ländern – Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und Großbritannien.¹ Erneut wurde hier deutlich, dass Patienten gute, konkrete und verlässliche Informationen wünschen, mit denen sie ihre aktuelle Situation und den zu erwartenden Verlauf einer Erkrankung mit und ohne Behandlung beurteilen können. An den zu treffenden Entscheidungen möchten sie sich in mehr oder weniger großem Ausmaß beteiligen. Nur eine kleine Minderzahl möchte den Arzt allein entscheiden lassen bzw. allein ohne den Arzt entscheiden. Hinzu kommt, dass die Patienten mehr Informationen über Ärzte wünschen, um sich für oder gegen einen Arzt als Behandler entscheiden zu können.

Wie wirkt sich die Beteiligung der Patienten auf die Behandlungswahl aus?

Eine wichtige Frage lautet, ob Ärzte und Patienten in ihrer Entscheidung in einer gegebenen Situation übereinstimmen.

In einer Befragung von 452 Patienten mit medikamentös behandeltem Bluthochdruck in englischen Allgemeinmedizinpraxen gaben 80 % dieser Patienten Vorbehalte gegenüber der medikamentösen Therapie an; sie würden eine Senkung des Blutdrucks ohne Medikamente bevorzugen; nach eigenständiger Abwägung mit den Behandlungszielen haben sie die Behandlung beibehalten.³⁶ Es liegt nahe, diesen Abwägungsprozess gemeinsam im Sinne des SDM durchzuführen, um den Patienten ihre Entscheidung zu erleichtern.

McAlister et al.³⁷ verglichen, inwieweit die Entscheidungen von informierten Patienten und Ärzten für oder gegen die Behandlung eines Bluthochdrucks übereinstimmten.

Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer blutdrucksenkenden Therapie sind durch große Studien weitgehend bekannt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse haben verschiedene Gremien Leitlinien für die Behandlung des Bluthochdrucks veröffentlicht. Bezüglich der milden Hypertonie sind die Schwellenwerte für die Behandlung unterschiedlich und zumeist

³⁴ Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 1999;93: 437–445 <http://www.q-m-a.de/qm10/klingenberg.pdf>

³⁵ Streich et al. a.a.O., S. 40

³⁶ Benson J, Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. BMJ 2003;316:1314-5 <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7402/1314>

³⁷ McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. CMAJ 2000; 163:403-8.

nicht explizit abgeleitet und begründet. Abbildung 8 zeigt die Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse bei unterschiedlichen Blutdruckwerten für zwei Zeiträume.

Abb. 8: Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb von fünf Jahren für unterschiedliche diastolische Blutdruckwerte und NNT³⁷

Table 1: Implications of different treatment thresholds for patients with uncomplicated essential hypertension

Diastolic blood pressure, mm Hg	Risk of cardiovascular event,* %		NNT to prevent 1 cardiovascular event†		% of population eligible for treatment
	In 5 yr	In 20 yr	In 5 yr	In 20 yr	
90	2	15	200	27	25
95	5	30	80	13	14
100	10	50	40	8	8

Adapted from McAlister and Laupacis.⁵

Note: NNT = number needed to treat.

*Cardiovascular risks were calculated from the Cardiovascular Disease Life Expectancy Model,⁶ assuming patient is 45 years old and has the average risk factor profile seen in Canadian hypertensive patients⁷ (risks for men and women were averaged).

†Assuming that treatment results in relative risk reduction of 25% for any cardiovascular event.⁸

Als Entscheidungshilfe für oder gegen eine Therapie diene die minimale klinisch wichtige Differenz (minimal clinically important difference, MCID). Die MCID bezeichnet die minimale Reduzierung des kardiovaskulären Risikos, welches nach Meinung des Patienten bzw. des Arztes die Unbequemlichkeit, die Kosten und die unerwünschten Wirkungen der Behandlung aufwiegt. MCID bezeichnet also die Schwelle, von der an – nach Abwägung der numerisch ausgedrückten Wahrscheinlichkeiten - die Vorteile der Behandlung vom Arzt oder Patienten als schwerer wiegend erachtet werden als die Nachteile.

72 Ärzte wurden nach ihrem MCID für die Empfehlung einer Behandlung befragt. 74 Patienten wurden danach befragt, welches ihr MCID für die Durchführung einer blutdrucksenkenden Therapie ist. Es zeigte sich, dass die Patienten weniger häufig zu einer Behandlung neigten als die Ärzte, insbesondere, wenn das Ausgangsrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse niedrig war. Bei einem Fünfjahresrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von 2 % würden 49 % der Patienten bzw. 64 % der Ärzte eine Behandlung befürworten; beträgt das Fünfjahresrisiko 5 % halten 68 % der Patienten und 92 % der Ärzte eine Behandlung für angezeigt; bei einem Fünfjahresrisiko von 10 % würden 86 % der Patienten einer Behandlung zustimmen, 100 % der Ärzte würden sie initiieren wollen.

Anders formuliert erwarteten die Patienten einen größeren potentiellen Benefit als die Ärzte, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen.

Hier zeigt sich, dass Patienten mit Hilfe präziser Informationen zu einer eigenen Entscheidung gelangen können, die nicht unbedingt mit der des Arztes übereinstimmt. Anzumerken ist, dass die Hälfte der angesprochenen Patienten die Teilnahme ablehnten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass nicht alle Patienten zu dieser Art des Umgangs mit numerisch ausgedrückten Risiken willens sind.³⁷

Steel³⁸ untersuchte ebenfalls die Bewertung des Nutzens einer Bluthochdruckbehandlung durch den Patienten als Grundlage einer Entscheidung für oder gegen die Einleitung der Behandlung. Seine Studie knüpfte an die Erkenntnis an, dass präzise Informationen über die Höhe der Risiken zu einer verminderten Befolgung eines Therapieregimes auf Seiten der Patienten und zu einer geringeren Verschreibung von blutdrucksenkenden Medikamenten auf Seiten der Ärzte führt.

Steel benutzte die "number needed to treat" (NNT) als Maß für den Nutzen der Behandlung. Er befragte Patienten, Ärzte und Krankenschwestern danach, ob sie sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden würden, wenn ein Leben gerettet würde durch eine fünfjährige medikamentöse Behandlung von 12, 33, 50, 100 bzw. 250 Menschen.

Die Gruppe der Fachärzte würde eine Therapie einleiten, wenn für die Vermeidung eines Todesfalls 100 Patienten fünf Jahre behandelt werden müssen. Für die Allgemeinärzte lautet die NNT 50, für Krankenschwestern und Patienten 33. Innerhalb der Gruppen waren die Bereiche weit, die Mediane unterschieden sich aber statistisch signifikant. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Ärzte und Patienten die Wahrscheinlichkeiten von Behandlungsergebnissen unterschiedlich bewerten. Fachärzte und Allgemeinärzte initiieren die Behandlung des Bluthochdrucks bei geringerer Wahrscheinlichkeit eines Nutzens als Krankenschwestern und Patienten. Die präzise Information des Patienten macht also auch hier einen Unterschied.

Auch in der Untersuchung von Protheroe et al.³⁹ ging es um die das Ausmaß der Risikominderung, welches dem Patienten eine Behandlung akzeptabel erscheinen lässt.

Es ging dabei um die Entscheidung für oder gegen eine Blutverdünnungsbehandlung bei Vorhofflimmern, einer Form von Herzrhythmusstörung, die einen eigenständigen Risikofaktor für den Schlaganfall darstellt. Die Behandlung mit einer blutgerinnungshemmenden Substanz senkt das relative Risiko um 68 %.

In dieser Studie wurde das Instrument der Entscheidungsanalyse (decision analysis) angewandt. In der Entscheidungsanalyse werden explizit erfasst: die Wahrscheinlichkeiten von Ereignissen, die sich aus einer Behandlung für einen individuellen Patienten ergeben (erwünschte und unerwünschte Wirkungen) und die Bewertung dieser Ergebnisse durch den Patienten. Für die 97 teilnehmenden Patienten im Alter von 70 bis 85 Jahren wurde daher das individuelle Risikofaktorenprofil erfasst. Daraus wurde unter Zugrundelegung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur für jeden Patienten errechnet: das absolute Risiko für ein thromboembolisches Ereignis, die relative Risikoreduktion, die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wirkungen und die Wahrscheinlichkeit, einen zu Pflegebedürftigkeit führenden Schlaganfall zu erleiden.

Es zeigt sich, dass die auf dieser Grundlage getroffenen Entscheidungen der Patienten für oder gegen eine Behandlung von den aktuellen Leitlinien erheblich abwichen und zwar in bei-

³⁸ Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-1447 <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7247/1446>

³⁹ Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380-4. <http://bmj.com/cgi/content/abstract/320/7246/1380>

de Richtungen: ein größerer Teil entschied sich gegen die Behandlung trotz bestehender Empfehlung durch die Leitlinien, bei einem kleineren Teil war es umgekehrt.

Diese Studie zeigt, dass SDM in Form der Entscheidungsanalyse erhebliche Auswirkungen auf die Entscheidung von Patienten haben kann. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Teil der angesprochenen Patienten nicht am SDM teilnehmen wollten, SDM auch hier kein Verfahren ist, das von allen Patienten gewünscht wird. Voraussetzung für die Entscheidungsanalyse sei das Vorliegen valider Daten über den Verlauf einer Krankheit und die Wirkungen einer Therapie.

Entscheidungshilfen (Decision aids)

In den letzten Jahren haben sog. Entscheidungshilfen (decision aids) an Bedeutung gewonnen. Mit "Entscheidungshilfen" werden Interventionen bezeichnet, die strukturierte, detaillierte und spezifische Informationen für die Optionen bei Behandlungen und Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen bereit stellen.

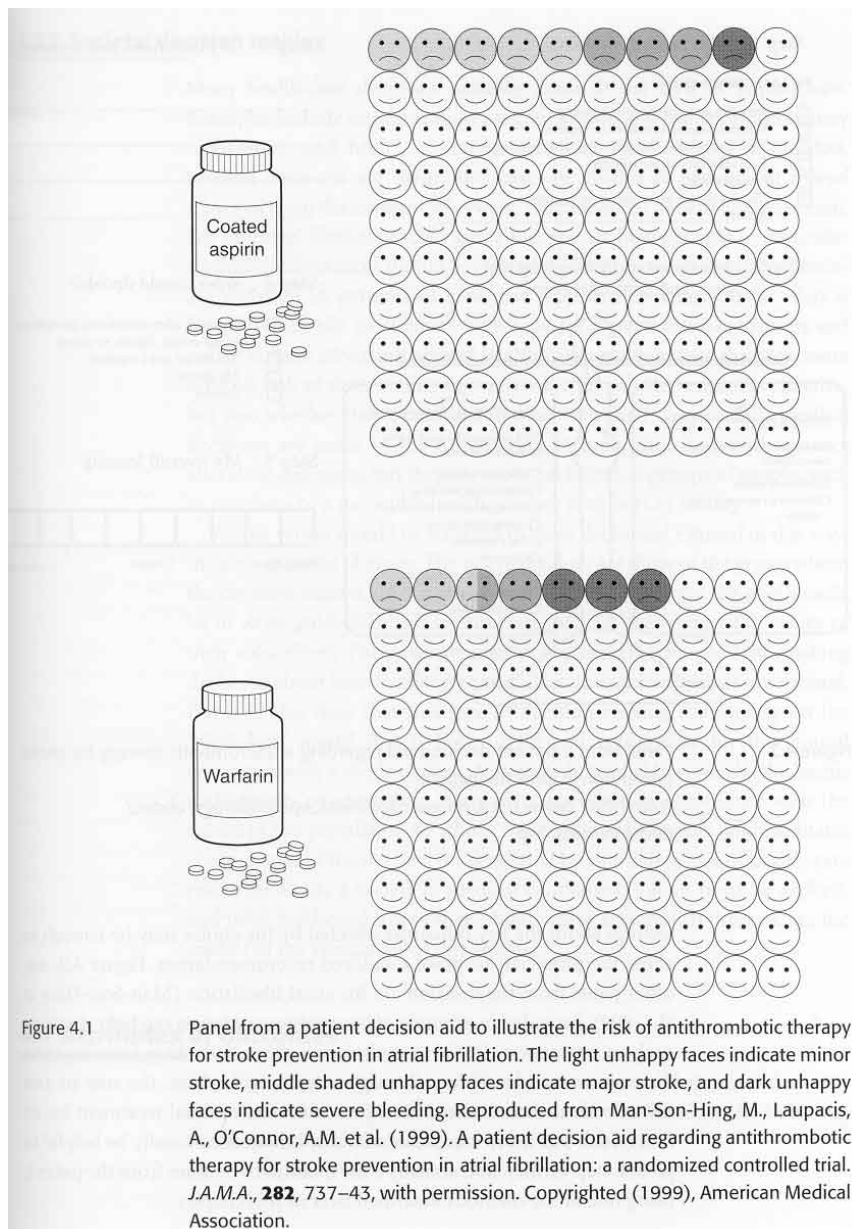
Das Ottawa Health Decision Centre definiert Entscheidungshilfen folgendermaßen:

*"Decision aids are evidence-based interventions designed to help people make specific and deliberative choices among options by providing information on the options and outcomes relevant to the person's health status. They may also include probabilities of outcomes, risk-based options, levels of evidence for outcomes, examples of how other's made their decision, and guidance in the steps of decision making. Excluded from the definition of decision aids are passive informed consent materials, educational interventions that are not geared to a specific decision, or Interventions designed to promote compliance with a recommended option rather than a choice based on personal values. Decision aids are intended to facilitate communication with the practitioner and not replace it."*⁴⁰

Abbildung 9 zeigt eine Entscheidungshilfe für die Behandlung des Vorhofflimmerns.

⁴⁰ Ottawa Health Decision Centre, Ottawa Health Research Institute. Guidelines for Developing Quality Patient Decision Aids According to the Pre-Set Criteria in the Cochrane Review. September 2001 http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/OHDEC/GuidelineOttawaDAmeetCriteria.pdf

Abb. 9: Entscheidungshilfe für die Behandlung des Vorhofflimmerns⁴¹



Die Abbildung zeigt die Ergebnisse der alternativen Behandlungsmöglichkeiten. Hellgrau bezeichnet einen leichten Schlaganfall, dunkelgrau einen schweren Schlaganfall und dunkel eine ernste Blutung.

Abbildung 10 bezeichnet die gedanklichen Schritte zu einer Entscheidung. Es sei noch einmal betont, dass Entscheidungshilfen ein Hilfsmittel darstellen, das die Kommunikation mit dem Arzt nicht ersetzen, sondern erleichtern soll.

⁴¹ Hunink MGM, Paul Glasziou P et al. Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values. Cambridge University Press, 2001, S.94 f.

Abb. 10: Schritte zu einer Entscheidung⁴¹

Step 1 : My medical situation

Do I have these factors:

- Previous stomach ulcer or bleeding
- Stomach pain or heartburn on aspirin
- Take more than 1-2 drinks of alcohol per day
- Take medications for arthritis
- Previous falls
- Usual activities make me prone to injury

Specify: _____

Step 2 : My opinions in weighing the pros and cons of therapy

Pros:
Reducing my chances of stroke

How much do I want to reduce my chance of stroke?

- As much as possible
- As much as I can manage in my situation

Cons:
side-effects and inconvenience

Which cons concern me enough to affect my decision about therapy?

- Risk of severe bleeding
- Need for regular blood testing
- Limiting alcohol to 1-2 drinks per day
- Limiting contact activities
- Cost of medications
- Other costs
- Possible stomach pain/heartburn
- Taking medication daily
- Other, please specify _____

Step 3 : My questions and comments

Step 4 : Who should decide?

- I should, after considering the opinions of my doctor, family, or others
- My doctor and I together
- My doctor
- Unsure

Step 5 : My overall leaning

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Warfarin Unsure Coated aspirin

Figure 4.2 Panel from a patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation.

Einige Untersuchungen haben sich mit der Anwendung von Entscheidungshilfen befasst.

Für die Behandlung der gutartige Prostatavergrößerung bestehen mehrere Optionen. Diese reichen von der chirurgischen Prostataentfernung über Ballondilatation und medikamentöse Behandlung bis hin zum beobachtenden Abwarten (watchful waiting). Murray et al.⁴² untersuchten in einer randomisierten Studie die Entscheidungsfindung bei gutartiger Prostatavergrößerung. Die Intervention bestand in der Anwendung eines interaktiven multimediales Entscheidungshilfeprogramms. Der Patient gab beim Betrachten des Videos seine persönlichen Daten an, aus denen seine persönliche Risiken bzw. der Benefit für eine Reihe von Ergebnissen kalkuliert wurden. Die Ergebnisse erhielt er in schriftlicher Form, wobei die Risiken und Benefits numerisch dargestellt wurden.

⁴² Murray E, Davis H, See Tai S, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ* 2001; 323: 493-496 <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7311/493>

Der Einsatz der Entscheidungshilfe führte zu Unterschieden in der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe.

- Nach drei Monaten hatten die Patienten der Interventionsgruppe in höherem Maße das Gefühl, die richtige Entscheidung getroffen und den richtigen Weg zur Entscheidung genommen zu haben.
- Sowohl Ärzte als auch Patienten hatten in höherem Maße das Gefühl, dass die Entscheidung hauptsächlich oder ausschließlich vom Patienten getroffen worden war.
- Die Ärzte hatten bei fast allen Patienten der Interventionsgruppe den Eindruck, dass diesen das Entscheidungshilfeprogramm geholfen habe.

Slevin et al.⁴³ untersuchten die Entscheidungen von Krebspatienten, die vor die hypothetische Wahl gestellt wurden und sich entweder für eine belastende Therapie (intensive Chemotherapie mit Nebenwirkungen) oder für eine milde Therapie entscheiden sollten. Die Patienten sollten das Maß an Benefit für Heilung, Lebensverlängerung und Beschwerdeminderung angeben, das ihnen die Nachteile der Behandlung wert erschienen ließ. Die Vergleichsgruppe bestand aus Professionellen (Radiologen, Onkologen, Krankenschwestern, Allgemeinärzten). Es zeigte sich, dass die Patienten gewillt waren, die belastende Behandlung für eine wesentlich geringere Chance auf einen Benefit der milden Behandlung vorzuziehen als die Professionellen.

Patienten würden sich für die belastende Chemotherapie entscheiden

- für eine Heilungschance von 1 % (Professionelle 10-50 %)
- für eine Lebensverlängerung von 12 Monaten (Professionelle 12-60 Monate)
- für eine 10%ige Chance der Symptomkontrolle (Professionelle 50-70 %)

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1999 befassen sich O'Connor et al.⁴⁴ mit den möglichen Verbesserungen der Entscheidungsfindung durch Entscheidungshilfen (decision aids). 17 Studien entsprachen den Einschlusskriterien. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen bewirkten Entscheidungshilfen auf Seiten des Patienten

- einen höheren Wissensstand
- eine höhere Aktivität bei der Entscheidungsfindung
- keine Unterschiede in der Angst, in der Zufriedenheit mit der Entscheidung und im Entscheidungsfindungsprozess.

Entscheidungshilfen verbessern somit das Wissen, mindern Konflikte bei der Entscheidung und verbessern die Beteiligung der Patienten an der Entscheidung ohne die Angst zu erhöhen.

⁴³ Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 1990; 300: 1458-1460 zitiert nach Montgomery A, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Quality in Health Care* 2001; 10 (suppl I): i39-i43.

⁴⁴ O'Connor A M, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999; 319: 731-734 <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/7>

Eine einheitliche Auswirkung auf die Entscheidung selbst ist nicht festzustellen. Entscheidungshilfen können sowohl zu vermehrter als auch verminderter und auch zu unveränderter Inanspruchnahme führen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe geht die Anwendung von Entscheidungshilfen in den ausgewerteten Studien mit einer geringeren Beanspruchung von Leistungen bei der koronaren Revaskularisation (Bypass-OP) und der Mastektomie (operative Entfernung einer Brust) einher. Eine höhere Inanspruchnahme wurde u. a. für die Hepatitis B-Impfung gefunden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass entscheidungswillige und gut informierte Patienten häufig anders entscheiden als ihre Ärzte. Zur guten Information gehört in jedem Fall die präzise Darstellung des zu erwartenden Nutzens (z. B. als NNT) und Schadens (z. B. als number needed to harm, NNH). In manchen Bereichen führt die Beteiligung zu weniger Behandlung (z. B. Bluthochdruck, Koronarchirurgie), in anderen Bereichen zu mehr Behandlung (Chemotherapie bei Krebs, Hepatitis B-Impfung).

Weitere Untersuchungen erscheinen hier sinnvoll.

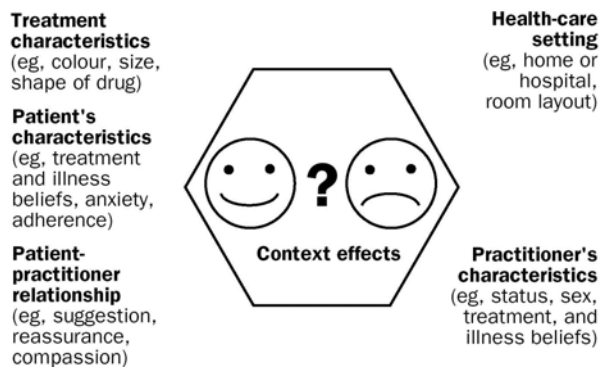
Wie wirkt sich SDM auf Behandlungsergebnisse aus?

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, inwieweit sich die Beteiligung von Patienten an den Entscheidungen auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. Die dazu gefundene Literatur ist noch nicht umfangreich. Die Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf psychologische Aspekte wie Maße der Angst und Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung und der getroffenen Entscheidung, sowie auf die Einhaltung einer Therapie. Die Erkenntnisse über die Auswirkungen auf physiologische Variable sind noch sehr spärlich.

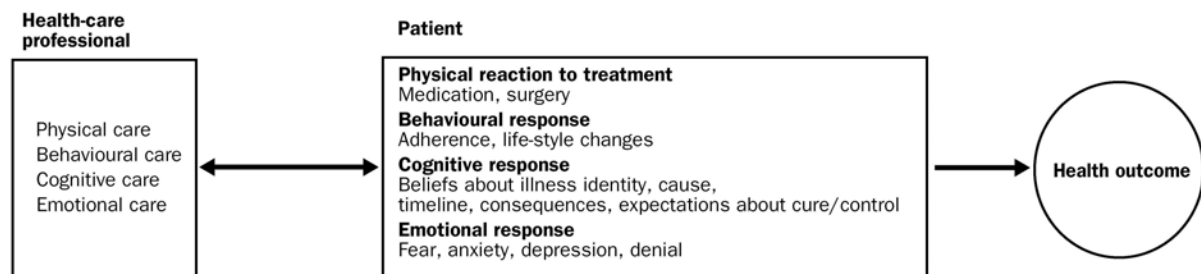
Schon im Altertum wurde angenommen, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung für sich schon eine therapeutischen Wirkung hat, unabhängig von der spezifischen Behandlung durch den Arzt.

Di Blasi et al.⁴⁵ beschäftigten sich in einer systematischen Übersichtsarbeit mit den Kontexteffekten und den Behandlungsergebnissen. Als Kontextfaktoren werden die unspezifischen Faktoren bezeichnet, die eine Wirkung auf das Behandlungsergebnis haben (Abb. 11). Dazu zählen Charakteristika der Behandlung bis hin zu Form und Farbe der Tablette, aber auch Charakteristika auf Seiten des Patienten, des Arztes, des Setting und der Arzt-Patient-Beziehung.

⁴⁵ Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001; 357. 757-762
http://pdf.thelancet.com/pdftownload?uid=llan.357.9258.original_research.15454.1&x=x.pdf

Abb. 11: Kontextfaktoren

Das Zusammenwirken der spezifischen Therapie mit unspezifischen Faktoren – den Kontextfaktoren – beeinflusst das Behandlungsergebnis (Abb.13). Die Arzt-Patient-Beziehung kommt unter den Kontextfaktor eine besondere Bedeutung zu – eine nicht neue Erkenntnis: der Arzt-Patient-Beziehung wird schon seit Hippokrates eine therapeutische Wirkung zugeschrieben. In manchen Situationen – wie z. B. der Schmerztherapie - scheint der Arzt-Patient-Interaktion in einigen Fällen sogar eine stärkere Wirkung auf das Behandlungsergebnis zuzukommen als dem spezifischen Anteil.

Abb. 12: Heilen und die biopsychosoziale Konsultation

Die systematische Auswertung randomisierter kontrollierter Studien über den Zusammenhang von Kontextfaktoren und Behandlungsergebnissen zeigte, dass das Ansprechen kognitiver und emotionaler Aspekte Wirkung zeigt.⁴⁵ Bessere Behandlungsergebnisse erzielen Ärzte, wenn sie die Erwartungen der Patienten mit positiven Informationen beeinflussen und wenn sie eine warme, freundliche und beruhigende Art haben. Ärzte, die ihre Patienten nicht gut informieren, auf Ängste nicht eingehen und keine Empathie zeigen, eher formal sind und keine Beruhigung bieten, erzielen schlechtere Behandlungsergebnisse.

Diese Ergebnisse sind in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Das Placebokonzept erfährt im Konzept der Kontextfaktoren eine Erweiterung, die den Einbezug und die systematische Nutzung der unspezifischen Faktoren zur Erhöhung der Wirksamkeit der Behandlung nahe legt. Erinnerung sei hier an die klassische Studie von Ulrich⁴⁶, der festgestellt hatte, dass diejenigen Patienten nach Gallenblasenentfernung, die aus ihrem Fenster auf Laubbäume schauten, eine

⁴⁶ Ulrich RS. View from a window may influence recovery from surgery. [Science 1984; 224: 420-21](#)

kürzere Aufenthaltsdauer und einen niedrigeren Schmerzmittelverbrauch hatten, als die Patienten, die auf eine Backsteinwand blickten. Di Blasi et al. weisen nicht nur auf die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Behandlungsergebnisse hin, sie zeigen auch, welche kognitiven und emotionalen Komponenten der Interaktion die Wirkung ausmachen.⁴⁵

In einer großen Studie über die Qualität der Konsultationen in englischen Allgemeinmedizinpraxen befragten Howie et al. 25.994 Patienten nach ihrem Gefühl, mit ihrer Krankheit umgehen zu können.⁴⁷ Dieses Konzept von "Enablement" beschreibt Dimensionen der Befähigung des Patienten, die mit einem einfachen Befragungsinstrument erfasst werden (Abb. 13).

Abb. 13: Fragebogen zur Messung der Befähigung (enablement) des Patienten⁴⁷

The Patient enablement instrument				
As a result of your visit to the doctor today do you feel you are	Much better	Better	Same or less	Not applicable
able to cope with life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to understand your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to cope with your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to keep yourself healthy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Much more	More	Same or less	Not applicable
confident about your health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to help yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Gefühl der Befähigung stand in enger Beziehung zu der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs und dazu, wie gut der Arzt den Patienten kannte.

Mercer et al.⁴⁸ untersuchten die Befähigung von Patienten in einem anderen ambulanten Setting. Sie erfassten u. a. das Gefühl der Befähigung und die vom Patienten empfundene Empathie des Arztes. Es fand sich ein enger Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Befähigung und der Empathie. Die Dauer des Gesprächs wirkte sich nicht auf die Befähigung aus, was möglicherweise daran liegt, dass die durchschnittliche Dauer sehr hoch war.

Mullen⁴⁹ wies darauf, dass sich ein Patient eher an eine Therapie hält, wenn es sich bei der Entscheidung um einen Konsens handelt. Patienten, die über die Prognose und die Behand-

⁴⁷ Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-743
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/738>

⁴⁸ Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. Empathy is important for enablement. *BMJ* 2001; 322: 865
<http://bmj.com/cgi/content/full/322/7290/865>

⁴⁹ Mullen PD. Compliance becomes concordance. *BMJ* 1997; 314: 691-692
<http://bmj.com/cgi/content/full/314/7082/691>

lungsoptionen einschließlich potentieller Schäden und Nebenwirkungen gut informiert sind, halten sich mit größerer Wahrscheinlichkeit an die Behandlung und haben bessere Behandlungsergebnisse. Der Begriff "compliance" impliziere Gehorsam gegenüber den Anordnungen des Arztes. Zeitgemäßer und wirksamer sei das Konzept der "concordance". Eine Beteiligung des Patienten an der Entscheidung bedeute einen großen Schritt weg vom Compliance-Modell.

Little et al.⁵⁰ befragten 865 Patienten in drei Allgemeinpraxen danach, inwieweit ihre Wünsche und Bedürfnisse im Arzt-Patient-Gespräch erfüllt wurden und stellten den Zusammenhang zu Behandlungsergebnissen her.

Es zeigte sich, dass die Patienten eine patientenzentrierte Kommunikation wünschten. Wenn sie mit der Kommunikation zufrieden waren, konnten sie besser mit ihrer Krankheit umgehen und litten weniger unter Krankheitssymptomen.

Deadman et al.⁵¹ untersuchten die psychologischen Effekte der Beteiligung von Patientinnen an der Therapieentscheidung bei Brustkrebs. Im frühen Stadium von Brustkrebs bestehen zwei gleichwertige Behandlungsoptionen bezogen auf die Lebenserwartung und das krankheitsfreie Intervall. Die operative Entfernung der Brust (Mastektomie) und die brusterhaltende Entfernung des Tumors mit Nachbestrahlung unterscheiden sich im Ergebnis auf die Lebenserwartung und das krankheitsfreie Intervall nicht.

In die Untersuchung gingen drei Gruppen von Frauen ein. Eine Gruppe bestand aus Frauen, denen wegen der Lage des Tumors eine Mastektomie empfohlen wurde. Eine zweite Gruppe von Frauen wurde an der Entscheidungsfindung beteiligt. Diese Gruppe von 80 Frauen wurde randomisiert in zwei Gruppen unterteilt. In einer der Gruppen übernahmen die Patientinnen explizit die Verantwortung für die Entscheidung; in der zweiten Gruppe übernahm der Arzt die letzte Verantwortung für die Entscheidung.

Der Untersuchung lag das Konzept der Entscheidungskontrolle (decisional control) zu Grunde. Entscheidungskontrolle bezeichnet die für den Patienten bestehende Möglichkeit, zwischen alternativen Vorgehensweisen wählen zu können. Die Entscheidungskontrolle besteht aus zwei Komponenten. Zum einen gibt der Patient selbst einen Input an Informationen in den Entscheidungsfindungsprozess mit dem Ergebnis, dass er die von ihm bevorzugte Behandlung erhält. Zum anderen übernimmt der Patient selbst die Verantwortung für die Entscheidung. Die auf drei Gruppen verteilten Frauen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten mit einer Reihe psychologischer Tests untersucht.

Der Vergleich in der Entscheidungsfindung zeigte, dass bei gleicher Behandlungsweise die aktive Teilnahme an der Entscheidung zu besseren psychologischen Ergebnissen führte.

⁵⁰ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-911 <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7318/908>

⁵¹ J M Deadman, S J Leinster, R G Owens, and P D Slade. Taking responsibility for cancer treatment. *Social Science and Medicine*, 53:669-677, 2001

Der Vergleich der Gruppe, die an der Entscheidung beteiligt war mit der Gruppe, der zu einer Mastektomie geraten wurde, zeigt weniger pathologische und mehr positive psychologische Ergebnisse für die Entscheidungsgruppe. Der Vergleich der Untergruppen der Entscheidungsgruppe zeigte darüber hinaus, dass die Frauen, die eine Verantwortung für die Entscheidung trugen, seelisch gesünder waren, eine positivere Einstellung zeigten, über mehr Kampfgeist verfügten und weniger depressiv waren als die Frauen, die keine Verantwortung trugen.

Stewart⁵² analysierte 21 Studien aus den Jahren 1983 bis 1993 bezüglich der Auswirkungen effektiver Arzt-Patient-Kommunikation auf die Behandlungsergebnisse. In 16 der 21 Studien waren die Ergebnisse positiv, in vier Studien negativ und in einer Studie weder positiv noch negativ. Die von der Kommunikation beeinflussten Outcomes lauten: emotionale Gesundheit, Symptomminderung, Leistungsfähigkeit und physiologische Maße wie Blutdruck und Blutzuckerspiegel.

Auf dieser Übersichtsarbeit fußend, benennen Stewart und Brown⁵³ die Aspekte der Kommunikation, die sich auf das gesundheitliche Outcome der Patienten auswirken:

- Ärzte, welche die Patienten darin unterstützen, ihre Erfahrung vollständig zu beschreiben,
- Empathie und Unterstützung,
- klare Informationen vom Arzt an den Patienten,
- SDM, das zu einem Einverständnis über das Vorgehen führt.

Coulter und Dunn⁵⁴ heben die Bedeutung der Information und der Beteiligung der Patienten gerade auch wegen der Verbesserung der Ergebnisse hervor. Information und Beteiligung seien Voraussetzung für eine angemessene, den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Behandlung. Gut informierte Patienten hielten sich eher an eine Behandlung und lehnten wenig effektive aber riskante Behandlungen eher ab. Ein gut informierter Patient könne auch dazu beitragen, die häufig auftretenden Verschreibungsirrtümer von Ärzten zu mindern. Die Beteiligung der Patienten könne Irrtümer, Fehler und unerwünschte Wirkungen vermeiden und vermindern. Die Zahl der Rechtsstreitigkeiten würde vermindert, weil den meisten Beschwerden schlechte Kommunikation zu Grunde liegen und ein fehlender Einbezug der Sicht des Patienten; im Vordergrund der meisten Rechtsstreitigkeiten stehen unzureichende Erklärungen und der Mangel an Anteilnahme nach Auftreten eines Fehlers.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Beteiligung der Patienten an der Entscheidung günstig auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. Beteiligung der Patienten geht mit Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse einher. Ärzte verbessern ihre Behandlungsergebnisse, wenn sie die Bedürfnisse der Patienten nach Information, nach Angstminderung und nach Empathie befriedigen. Die Wirksamkeit ist in erster Linie für psychologische Parameter von Behand-

⁵² Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-33

Abstract: <http://www.cmaj.ca/cgi/ijlink?linkType=ABST&journalCode=cmaj&resid=152/9/1423>

⁵³ Stewart M, Brown JB. Patient-centredness in medicine. in: *In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible?* (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, S. 110-11

⁵⁴ Coulter, A., Dunn, N. After Bristol: putting patients at the centre * Commentary: Patient centred care: timely, but is it practical?. *BMJ* 2000;324: 648-651 <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7338/648>

lungsergebnissen belegt. Einige Erkenntnisse liegen aber auch für physiologische Maße vor. Die "wirksamen" Komponenten der Arzt-Patient-Kommunikation sind: aktives Zuhören, Empathie, klare Informationen und Einigkeit über das Vorgehen.

Notwendigkeit der Verbreitung patientenzentrierter Vorgehensweisen

Patienten wünschen sich Ärzte, die ihnen umfassende Informationen über ihre Krankheit geben, sich für ihr Verständnis und ihre Deutung der Krankheit interessieren, sich um ihre Ängste kümmern, sie an den Entscheidungen beteiligen und dabei über einen warmen, zugewandten Kommunikationsstil verfügen. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen führt zu besseren Behandlungsergebnissen. Diese Aussage kann als beweisgestützt (evidence-based) betrachtet werden.

Der Alltag der Medizin berücksichtigt diese Erkenntnisse nur unzureichend. In der Arzt-Patient-Beziehung werden also Chancen zur Verbesserung der Effektivität medizinischen Handelns nicht genutzt. Es handelt sich somit um einen Fall von Unterversorgung: Leistungen werden nicht erbracht, die ein günstiges (bzw. günstigeres) Ergebnis für den Patienten bewirken würden.⁵⁵ Fehlende Effizienz und Effektivität scheinen geradezu ein Wesensmerkmal der Gesundheitsversorgungssysteme einiger Länder zu sein. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind z. B. in Deutschland⁵⁶ und in den USA^{55 57} in allen Bereichen der Versorgung und unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu finden.

Die Defizite in der Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung können auch unter der Frage der Diffusion neuer Erkenntnisse in die Praxis betrachtet werden. Klemperer ist dieser Frage am Beispiel der Schmerztherapie mit Opioiden von Patienten mit einer Krebserkrankung nachgegangen.⁵⁸ Bekanntermaßen besteht hier eine "schmerzhaft" Kluft zwischen den therapeutischen Möglichkeiten und der tatsächlichen Behandlung, eine Kluft, die ihre Ursache u. a. in unzulänglicher Arzt-Patient-Kommunikation hat. Eine auf breit gestreute Fortbildungsangebote gründende Intervention bewirkte zwar eine Erhöhung der verschriebenen Opioidmenge; Verbesserungen zeigten aber in erster Linie die Ärzte, die vor der Intervention bereits Opioide verordneten, während die Ärzte, die keine Opioide verordneten, von Fortbildungsangeboten nicht erreicht wurden.⁵⁸ Diese Untersuchung bestätigt die Erkenntnis, dass die Bedeutung traditioneller Fortbildung für Verhaltensänderungen und Qualitätsverbesserung häufig weit überschätzt wird.^{58 59 60 61 62 63}

⁵⁵ Chassin, Mark R.; Galvin, Robert W.; and the National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA*. 280: 1000–1005, 1998

⁵⁶ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung

⁵⁷ Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press Washington National Academy Press 2001

⁵⁸ Klemperer D. Schmerz Arbeitsgemeinschaft Bremen-Nord - eine Intervention zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in einem Stadtteil am Beispiel der Schmerztherapie. *Gesundheitswesen* 2002;64:11-18

⁵⁹ Fox RD, Bennett NL. Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998; 316: 466-468 <http://bmj.com/cgi/content/full/316/7129/466>

Der Transfer von Wissen in die Praxis ("knowledge translation"⁶⁴) erfordert umfassendere Konzepte und Interventionen auf allen Ebenen des Gesundheitsversorgungssystems (Makro-, Meso- und Mikroebene). Der Fortbildungsbegriff muss erweitert werden. Fortbildung sollte künftig eine nachweisbare Wirkung auf die Berufsausübung und den Erhalt der Kompetenz ausüben.⁶⁵

Wege zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation

Im Studium der Medizin wird in Deutschland bisher nicht sichergestellt, dass ein Arzt mit dem Eintritt ins Berufsleben über professionelle kommunikative Kompetenz verfügt. Dieses Defizit zu mindern, ist das Ziel der Anamnesegruppen, einer Art studentischer Selbsthilfegruppe, in denen Medizinstudenten mit Patienten zu sprechen lernen, beraten durch einen Arzt oder durch studentische Tutoren, die in der Gruppenarbeit bereits Erfahrung haben^{66 67}.

-
- ⁶⁰ Towle A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316: 301-304 <http://bmj.com/cgi/content/full/316/7127/301>
- ⁶¹ Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1423-1431
- ⁶² Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-705
- ⁶³ Haynes RB, Davis DA, McKibbon A, Tugwell P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 1984; 251i: 61-64
- ⁶⁴ Davis, D., Evans, M., Jadad, A. et al. The case of knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003, 327: 33 – 35.
- ⁶⁵ Klemperer D. Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. *Münchener Medizinische Wochenschrift. Fortschritte der Medizin.* 2003;121:33-36
- ⁶⁶ Loew T (Hrsg): *Anamnesegruppen. Patientenzentrierte Medizin erleben.* Pfaffenweiler: Centaurus Verlag, 1989 Dieses Buch ist im Buchhandel nicht mehr erhältlich. Der Herausgeber bietet den kostenlosen Download des Buches im rtf-Format an: www.psychosomatik-regensburg.de → Anamnesegruppen
- ⁶⁷ von Uexküll T. Gedanken über das Lernziel von Anamnese-Gruppen. www.anamnesgruppen.de → Literatur

Was sind Anamnesegruppen?⁶⁸

"Eine Anamnesegruppe besteht aus 8 - 12 TeilnehmerInnen und zwei studentischen TutorInnen, die sich einmal wöchentlich in einem Klinikum treffen, um eine patientenorientierte Anamnese (ohne körperliche Untersuchung) bei PatientInnen verschiedener Fachrichtungen zu erheben.

TeilnehmerInnen sind hauptsächlich MedizinstudentInnen aller Semester (Vorklinik & Klinik), aber auch PsychologiestudentInnen und andere Interessierte aus dem Gesundheitsbereich.

Anamnesegruppen sind „peer groups“, d. h. es gibt keine DozentInnen oder Arbeits- und Themenvorgaben.

Die Arbeitsweisen und Zielvorstellungen entwickeln sich in der bzw. durch die Gruppe selbst, bis auf einige Rahmenbedingungen.

(...)

Inhaltlich kann die Diskussion all das hervorbringen, was Thema sein kann, wenn sich eine Beziehung entwickelt.

z. B.:

- Aspekte der Entwicklung der Arzt-Patientenbeziehung
- Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Grenzen bei mir und anderen
- Tabuthemen wie Tod & Sterben, Gefühle, Sexualität;
- verbale und nonverbale Kommunikation
- Sinn von Krankheit
- Gruppendynamik
- Macht & Hierarchie

Anamnesegruppen sind keine Selbsterfahrungsgruppen, dennoch bieten sie die Möglichkeit zur Selbstreflexion und durch den integrierten psychosomatischen Zugang zum Patienten ein Stück menschliche Entwicklung für die Teilnehmenden."

Auch wenn SDM bisher kein ausgewiesenes Lernziel der Anamnesegruppen darstellt, dürfte die stattfindende Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung zur besseren Beteiligung des Patienten und zur verbesserten Berücksichtigung seiner Bedürfnisse führen.

Die Entwicklung ärztlicher kommunikativer Fähigkeiten zur Verbesserung der Beziehung zum Patienten ist auch das Ziel der Balintgruppen.

⁶⁸ www.anamnesegruppen.de → Was sind Anamnesegruppen?

Die Deutsche Balint-Gesellschaft e.V

Was ist eine Balint-Gruppe?⁶⁹

Die Balint-Gruppe besteht aus acht bis zwölf Ärzten/ -innen, die sich zusammenfinden, um über Problempatienten aus der Praxis und Klinik zu diskutieren. Der Gruppenleiter ist Psychotherapeut und verfügt über entsprechende Erfahrung in der Balint-Gruppenarbeit und in der Gruppendynamik. Der Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint entwickelte diese Gruppenmethode zum Erkennen und Verändern von Problemen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Dabei erfolgten die ersten Forschungsseminare mit praktischen Ärzten. Heute bedienen sich Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen dieser Fortbildungsmethode und auch in der studentischen Ausbildung hat die Balint-Gruppe einen festen Platz bekommen.

(...)

Als Ziele der Teilnahme an Balint-Gruppen kann man nennen:

- Das Erkennen der therapeutischen Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung.
- Besseres Verständnis der Patienten
- Leichter Zugang zu Problempatienten
- Verordnung und Wirkung der „Droge Arzt“
- Erkennen der eigenen Gefühle gegenüber den Problempatienten
- Lernen des sensiblen Zuhörens
- Besseres Erfassen von körperlichen und seelischen Anteilen einer Krankheit um Sinne einer Gesamtdiagnose
- Entlastung des Arztes von Inanspruchnahme außerhalb der Sprechstunden durch vertrauensvollere Arzt-Patient-Beziehung.

Auch hier - wie bei den Anamnesegruppen - gilt -, dass der Fokus stärker auf der gelingenden Kommunikation liegt und die Beteiligung des Patienten an Entscheidungsprozessen im vom Patienten gewünschten Ausmaß nicht explizites Ziel ist. Trotzdem dürften auch die Anamnesegruppen dem SDM förderlich sein.

McGuire und Pitceathly haben in einer Übersichtsarbeit die Kommunikations-Schlüsselfertigkeiten und Wege zu ihrem Erlernen dargestellt.⁷⁰

Abbildung 14 beschreibt die entscheidenden Aufgaben des Arztes in der Kommunikation mit dem Patienten.

⁶⁹ www.balintgesellschaft.de/

⁷⁰ McGuire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700

Abb. 14 Schlüsselaufgaben in der Kommunikation mit dem Patienten⁷⁰

Box 1: Key tasks in communication with patients

- Eliciting (a) the patient's main problems; (b) the patient's perceptions of these; and (c) the physical, emotional, and social impact of the patient's problems on the patient and family
- Tailoring information to what the patient wants to know; checking his or her understanding
- Eliciting the patient's reactions to the information given and his or her main concerns
- Determining how much the patient wants to participate in decision making (when treatment options are available)
- Discussing treatment options so that the patient understands the implications
- Maximising the chance that the patient will follow agreed decisions about treatment and advice about changes in lifestyle

Die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen Fähigkeiten haben sich als erlernbar erwiesen. Das Erlernen in Kursen oder Arbeitsgruppen sollte immer die drei Komponenten "kognitiver Input", "Modellbildung" und "praktisches Üben der Schlüsselfertigkeiten" umfassen. Von einer solcherart gelungenen Kommunikation profitieren beide Seiten: der Patient ist mit seiner Behandlung zufriedener; ein Arzt mit guten Kommunikationsfertigkeiten ist in seinem Beruf zufriedener und hat weniger Stress am Arbeitsplatz.

Eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Kommunikation von Arzt und Patient ist die Verfügbarkeit von Instrumenten, mit denen die interessierenden Aspekte eines Arzt-Patienten-Gesprächs gemessen werden können. Elwyn et al. haben kürzlich solch ein Instrument vorgestellt.⁷¹ OPTION (Akronym für "observing patient involvement") bezeichnet eine Methode zur Beurteilung des Arzt-Patient-Gesprächs unter den wesentlichen Gesichtspunkten, die dem SDM-Konzept zu Grunde liegen. Dafür werden Audio- oder Video Aufzeichnung des Gesprächs gefertigt und systematisch danach ausgewertet, inwieweit der Arzt erfolgreich mit dem Patienten kommuniziert bezüglich der Punkte

- Problemdefinition und Übereinstimmung in der Problemsicht
- Formulierung von Optionen
- Information
- Evaluation, ob der Patient verstanden hat, welche Rolle er bevorzugt
- Entscheidung aus der Perspektive des Arztes und des Patienten

⁷¹ Elwyn, G., A. Edwards Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12:93-99.

Abb. 15 Kriterien der "Patientenbeteiligungsskala" von Elwyn et al.⁷¹

OPTION scale item
(1) The clinician identifies a problem(s) needing a decision making process
(2) The clinician <i>states</i> that there is more than one way to deal with an identified problem ("equipose")
(3) The clinician <i>lists</i> "options" including the choice of "no action" if feasible
(4) The clinician <i>explains</i> the pros and cons of options to the patient (taking "no action" is an option)
(5) The clinician checks the patient's preferred information format (words/numbers/visual display)
(6) The clinician explores the patient's expectations (or ideas) about how the problem(s) are to be managed
(7) The clinician explores the patient's concerns (fears) about how problem(s) are to be managed
(8) The clinician checks that the patient has understood the information
(9) The clinician provides opportunities for the patient to ask questions
(10) The clinician asks for the patient's preferred level of involvement in decision making
(11) An opportunity for deferring a decision is provided
(12) Arrangements are made to review the decision (or the deferment)

Strategien zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation

Die Entwicklung und Durchführung einer so umrissenen umfassenden Strategie mag für Deutschland – wo Gesundheitspolitik immer noch fast ausschließlich unter dem Aspekt der Kosten betrachtet wird - kurzfristig eher unrealistisch erscheinen.

Mit "The Expert Patient"⁷² liegt seit kurzem eine Strategie zur Patientenbeteiligung für den englischen National Health Service vor. Das Programm wurde in einer Arbeitsgruppe mit Beteiligung von Patientenvertretern entwickelt und wird von Patientenorganisationen unterstützt.⁷³ In ihrem gesundheitspolitischen Programm "Saving Lives - Our Healthier Nation"⁷⁴ hatte die englische Regierung bereits einen stärkeren Einbezug der Patienten mit chronischen Erkrankungen in ihre Behandlung auf die Tagesordnung gesetzt. Diese Absicht wurde im Papier "The NHS Plan"⁷⁵ vertieft und in "The Expert Patient" konkretisiert. "The Expert Patient" knüpft daran an, dass Patienten eine aktivere Rolle spielen und als Experten für ihr Krankheitserleben, ihre soziale Situation und ihre Präferenzen anerkannt werden wollen. Das Programm fördert die Entwicklung von Selbst-Management-Programmen für Patienten mit chronischen Erkrankungen. In den Jahren 2001 bis 2004 sollen Selbst-Management-Programme erprobt werden, um dann in der zweiten Phase von 2004 bis 2007 im gesamten NHS implementiert zu werden.

⁷² The expert patient. A new approach to chronic disease. Department of Health. London. September 2001 http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/ep_report.pdf

⁷³ The Long-Term Medical Conditions Alliance (LMCA) <http://www.lmca.demon.co.uk/docs/expert.htm>

⁷⁴ Our healthier nation: a contract for health. London: The Stationery Office, 1998. <http://www.ohn.doh.gov.uk>

⁷⁵ The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform Department of Health. London: The Stationery Office, 2000 <http://www.nhs.uk/nationalplan/default.htm>

"The Expert Patient" enthält acht spezifische Empfehlungen für die verschiedenen Ebenen und Akteure des NHS zur Förderung der Umsetzung des ehrgeizigen Programms (Abb. 16).

Abb. 16: Die acht spezifischen Empfehlungen von "The Expert Patient"⁷²

- i) Promote awareness and create an expectation that patient expertise is a central component in the delivery of care to people with chronic disease.
- ii) Establish a programme for developing more user-led self-management courses to allow people with chronic diseases to have access to opportunities to develop the confidence, knowledge and skills to manage their conditions better, and thereby gain a greater measure of control and independence to enhance their quality of life.
- iii) Identify barriers to mainstreaming user-led self-management in the NHS and address these barriers, in the first instance through existing National Service Frameworks and others that are planned such as that on Long-Term Health Conditions.
- iv) Integrate user-led self-management into existing NHS provision of health care – e.g. into other National Service Frameworks, Healthy Living Centres and NHS Direct.
- v) Ensure that each Primary Care Trust area has arrangements for user-led self-management programmes for key chronic conditions to be delivered or commissioned.
- vi) Expand the practical support for user-led programmes provided by patients' organisations in partnership with health and social care professionals.
- vii) Build, as part of continuing professional development programmes, a core course which would promote health professionals' knowledge and understanding about the benefits – for them as well as for patients – of user-led self-management programmes.
- viii) Establish a National Co-ordinating and Training Resource to enable health, social services and voluntary sector professionals to keep up to date with developments in the provision of self-management; patients should be part of the process of developing professional education programmes.

Nähere Informationen zum Konzept der Selbst-Management-Programme finden sich auf der Website der Long-Term Medical Conditions Alliance (<http://www.lmca.demon.co.uk/>) und des Stanford Patient Education Research Center an der Stanford University School of Medicine (<http://www.stanford.edu/group/perc/>).

Das Programm zur Stärkung der Patienten enthält weitere Komponenten, die hier nur angerissen werden können. Im September 2001 veröffentlichte das Department of Health das Papier "Involving Patients and the Public in Healthcare: A Discussion Document", das in einer überarbeiteten Form vorliegt.⁷⁶ Darin werden eine Reihe von Maßnahmen und die Schaffung bzw.

⁷⁶ Involving Patients and the Public in Healthcare: Response to the Listening Exercise. Department of Health. London, November 2001 <http://www.doh.gov.uk/involvingpatients/listening.pdf>

Weiterentwicklung von Strukturen beschrieben, deren gemeinsames Ziel darin besteht, den Patienten mehr Einfluss im NHS zu verschaffen. Ein "Patient & Public Involvement Transition Advisory Board" berichtet fortlaufend über die erzielten Fortschritte (<http://www.doh.gov.uk/involvingpatients/tab.htm>). Eine weitere Komponente stellen die landesweiten Befragungen der Patienten im NHS nach der Methode der Picker Foundation dar (<http://www.pickereurope.ac.uk/surveys/approach.htm>). Dabei geht es um die konkreten Erfahrungen, die Patienten im Versorgungsgeschehen machen. Eine der acht Dimensionen bezieht sich auf Information und Kommunikation einschließlich der Förderung der Patientenautonomie. Im Ergebnis bietet diese Art von Befragung Fakten, die zu einer Verbesserung der Kommunikation genutzt werden können. Methoden, die nach "Zufriedenheit" fragen, liefern hingegen Bewertungen, die zumeist vielfältig interpretierbar und daher von geringem Wert für Verbesserungen sind.

Einen weiteren wichtigen Baustein stellt die Entwicklung eines Instrumentes dar, mit dem gemessen werden kann, in welchem Ausmaß ein Arzt den Patienten im Arzt-Patient-Gespräch in die Entscheidung einbezieht.

Die Entwicklung ist in Deutschland noch nicht so weit vorangeschritten wie in England. Ausgeprägtere Hierarchien, ein Vorherrschen der organzentrierten, biomedizinischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit einem geringen Einfluss der Nutzerseite auf die Struktur und die Steuerung des Gesundheitsversorgungssystems prägen die deutsche Gesundheitslandschaft. Damit einher geht eine nur rudimentär ausgebildete Versorgungsforschung. Erste Schritte wurden unternommen, um die Sichtweise, die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten in Erfahrung zu bringen. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung 2002² und die Studie "The European Patient of the Future"¹ haben dokumentiert, dass sich deutsche Patienten in ihren Bedürfnissen und Erwartungen bezüglich der Beteiligung an Entscheidungen nicht von Patienten in solchen Ländern unterscheiden, wo man sich schon länger und gründlicher mit diesen Fragen befasst hat.

Es wird sich zeigen, ob diese Erkenntnisse der Gesundheitspolitik und den Akteuren im Gesundheitswesen willkommen sind und für strukturelle Veränderungen genutzt werden, die den Patienten mehr von dem geben was sie am dringendsten wünschen: Empathie, Information und Beteiligung.

Literatur

Alle Hyperlinks wurden am 6.10.2003 überprüft.

Anamnesgruppen. Von MedizinstudentInnen erstellte Website.

<http://www.anamnesgruppen.de>

Benson J, Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003;316:1314-5 <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7402/1314>

Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York, 2000

Berkman LF, Syme SL 1979 Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109:186–204

Boston Consulting Group. Vital Signs Update: The E-Health Patient Paradox.. *BCG Focus*, May 2001 http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf

Braddock CH, Edwards, KA, Hasenberg, NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics *JAMA* 1999;282:2313-2320.

Brown JB, Stewart M, Ryan BL. *Assessing Communication Between Patients and Physicians: The Measure of Patient-Centered Communication*, London: Centre for Studies in Family Medicine, 2001 (Working Paper Series 95-2, 2nd edition)

<http://www.uwo.ca/fammed/csfm/wkpaper.htm#wkpap9522>

Charles C, Gafni A, Whelan TJ. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44:681-692, 1996

Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;319:780-782 <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/780>

Charles C. Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-661

Chassin, Mark R.; Galvin, Robert W.; and the National Roundtable on Health Care Quality. *The Urgent Need to Improve Health Care Quality*. *JAMA*. 280: 1000–1005, 1998

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press Washington National Academy Press 2001

Coulter A, Magee H (Eds.) *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003

Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership?. *BMJ* 319: 719-720

<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/719>

Coulter, A., Dunn, N. After Bristol: putting patients at the centre. *Commentary: Patient centred care: timely, but is it practical?*. *BMJ* 2000;324: 648-651 <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7338/648>

Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 318: 318-322 <http://bmj.com/cgi/content/full/318/7179/318>

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-705

Davis, D., Evans, M., Jadad, A. et al. The case of knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003, 327: 33 – 35 <http://bmj.com/cgi/content/full/327/7405/33>

Department of Health. *Saving lives: our healthier nation*. London: Stationery Office , 1999.

Website und Download: www.ohn.gov.uk/

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001; 357: 757-762

http://pdf.thelancet.com/pdfdownload?uid=llan.357.9258.original_research.15454.1&x=x.pdf

Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. *BMJ* 1999; 319: 753-756

<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/753>

Elwyn G, Edwards A. Evidence-based patient choice? In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, 3-18

Elwyn, G., A. Edwards Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12:93-99.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267:2221-2226.

Engel E. Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? in: von Uexküll T. *Psychosomatische Medizin*. Urban & Fischer, München 1995, S. 3-11

Engel GL. Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen. in: von Uexküll T. *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer 1996, S. 3- 11

Eysenbach G, Jadad AR. Consumer health informatics in the Internet age. in: A Edwards, G Elwyn, eds: Evidence based patient choice: inevitable or impossible? Oxford, Oxford University Press 2001

Fox RD, Bennett NL. Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998; 316: 466-468

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7129/466>

Gask L, Usherwood t. ABC of psychological medicine: The consultation. *BMJ* 2002;324:1567-1569

<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7353/1567>

Harris Interactive. Four-Nation Survey Shows Widespread but Different Levels of Internet Use for Health Purposes. Newsletter Health Care Volume 2, Issue 11—May 28, 2002

http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters_healthcare.asp

Haynes RB, Davis DA, McKibbon A, Tugwell P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 1984; 251i: 61-64

Hlatky MA. Patient Preferences and Clinical Guidelines. *JAMA* 1995;273:1219-20

House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-545

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-743

<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/738>

Hunink MGM, Paul Glasziou P et al. Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values. Cambridge University Press, 2001, S.94 f.

Involving Patients and the Public in Healthcare: Response to the Listening Exercise. Department of Health. London, November 2001 <http://www.doh.gov.uk/involvingpatients/listening.pdf>

J M Deadman, S J Leinster, R G Owens, and P D Slade. Taking responsibility for cancer treatment. *Social Science and Medicine*, 53:669-677, 2001

Kawachi I. Long live community. Social capital as public health. *The American Prospect* vol. 8 no. 35, November 1, 1997 - December 1, 1997

Klemperer D. Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. *Münchener Medizinische Wochenschrift. Fortschritte der Medizin*. 2003;121:33-36

Klemperer D. Qualität in der Medizin Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse. Heft Januar/Februar 1996, S. 22-27

Klemperer D. Schmerz Arbeitsgemeinschaft Bremen-Nord - eine Intervention zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in einem Stadtteil am Beispiel der Schmerztherapie. Gesundheitswesen 2002;64:11-18

Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 1999;93: 437-445

<http://www.q-m-a.de/7sonstigeinfos/literaturverzeichnis/literatur/> → "Literatur" bzw. "Literatursuche"

Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. Z Allg Med 1996;72:180-186

Leydon, G.M., Boulton, M., Jones, A., Mossman, J., McPherson, K. Faith, hope, and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. WJM 2000;173, 26-31 <http://www.ewjm.com/cgi/content/full/173/1/26>

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001;322:468-72 <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/468>

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001; 323: 908-911 <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7318/908>

Loew T (Hrsg): Anamnesegruppen. Patientenzentrierte Medizin erleben. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag, 1989 Dieses Buch ist im Buchhandel nicht mehr erhältlich. Der Herausgeber bietet den kostenlosen Download des Buches im rtf-Format an: www.psychosomatik-regensburg.de → Anamnesegruppen

Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325: 697-700 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7366/697>

McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. CMAJ 2000;163:403-8.

McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. BMJ 2000; 321:867-71 <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/867>

Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. Empathy is important for enablement. BMJ 2001; 322: 865 <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7290/865>

Muir Gray JA. Evidence-based medicine for professionals. In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, 19-33

Mullen PD. Compliance becomes concordance. BMJ 1997; 314: 691-692 <http://bmj.com/cgi/content/full/314/7082/691>

Murray E, Davis H, See Tai S, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. BMJ 2001; 323: 493-496 <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7311/493>

O'Connor A M, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. BMJ 1999; 319: 731-734 <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/7>

Ottawa Health Decision Centre, Ottawa Health Research Institute. Guidelines for Developing Quality Patient Decision Aids According to the Pre-Set Criteria in the Cochrane Review. September 2001 http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/OHDEC/GuidelineOttawaDAmeetCriteria.pdf

- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 1423-1431
- Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380-4. <http://bmj.com/cgi/content/abstract/320/7246/1380>
- Relman SA. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. *New Engl J Med* 1988; 319: 1220-1222
- Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001;55:121-8
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 1990; 300: 1458-1460 zitiert nach Montgomery A, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Quality in Health Care* 2001; 10 (suppl I): i39-i43.
- Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-1447 <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7247/1446>
- Stewart M, Brown JB. Patient-centredness in medicine. in: *In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible?* (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford, Oxford University Press 2001, S. 110-11
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5 <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/444>
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-33
Abstract: <http://www.cmaj.ca/cgi/ijlink?linkType=ABST&journalCode=cmaj&resid=152/9/1423>
- Streich W, Klemperer D, Butzlaff M. Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. in: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002
- The expert patient. A new approach to chronic disease. Department of Health. London. September 2001 http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/ep_report.pdf
- The Long-Term Medical Conditions Alliance (LMCA)
<http://www.lmca.demon.co.uk/docs/expert.htm>
- The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform Department of Health. London: The Stationery Office, 2000 <http://www.nhs.uk/nationalplan/default.htm>
- Towle A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316: 301-304 <http://bmj.com/cgi/content/full/316/7127/301>
- Ulrich RS. View from a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984; 224: 420-21
- von Uexküll T. Gedanken über das Lernziel von Anamnese-Gruppen. www.anamnesgruppen.de → Literatur
- Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care [editorial]. *CMAJ* 2001;165:438-9.
<http://www.cmaj.ca/cgi/ijlink?linkType=FULL&journalCode=cmaj&resid=165/4/438>
- Wilson SM. Impact of the Internet on Primary Care Staff in Glasgow. *J Med Internet Res* 1999;1:e7
<http://www.jmir.org/1999/2/e7/index.htm>

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. David Klemperer
Fachhochschule Regensburg, Fachbereich Sozialwesen
Seybothstraße 2, 93053 Regensburg
[Email: david.klemperer@soz.fh-regensburg.de](mailto:david.klemperer@soz.fh-regensburg.de)
www.klemperer.com