



Foto: AdobeStock © DOC RABE Media

Entscheidungen wirksam begleiten

Durch gute Vorbereitung und Informationen zur besten Therapie

Früher war alles ganz einfach: die Patienten* waren noch „echte“ Patienten – Geduldige, die warteten, was der Arzt oder die Ärztin sagte, und das wurde dann auch so gemacht. Es war die Zeit des paternalistischen Beratungsmodells. Je nach Befragung wird dieses Modell noch heute von vier bis 20 Prozent der Patienten gutgeheißen – was gleichzeitig bedeutet, dass dieses Verfahren von mindestens 80 Prozent der Patienten abgelehnt wird! Und es entspricht darüber hinaus auch nicht mehr den rechtlichen Grundlagen des Patientenrechtegesetzes.

Nachdem dieses paternistische Modell immer stärker auf Ablehnung traf, war das Ergebnis, dass das sprichwörtliche Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde und viele medizinische Beratungen nun mithilfe eines reinen Informationsmodells durchgeführt werden. Hier informierte die Ärztin den Patienten mehr oder weniger umfangreich über alle relevanten medizinischen Fakten. Dabei wurde bewusst je-

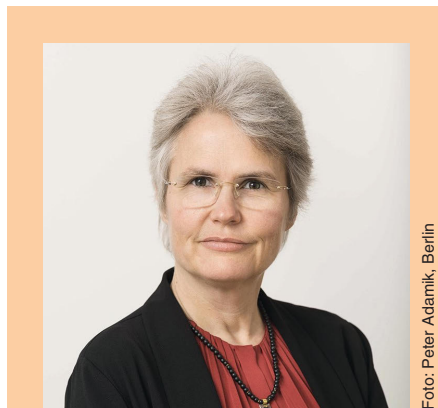


Foto: Peter Adamik, Berlin

Dr. med. dent. Anke Handrock ist Biologin und Zahnärztin. Sie ist spezialisiert auf strategisch-systemisches Coaching entwicklungsorientierter Zahnarztpraxen. Als Lehrtrainerin bietet sie Weiterbildungen in professioneller Praxiskommunikation, Patientenberatung, Positiver Psychologie & Resilienzförderung und wirksamer Mitarbeiterführung an. Mehr Informationen gibt es unter www.handrock.de

de Form von Beeinflussung vermieden. Das Ziel war, dass die Ärztin sich aus dem Prozess der Entscheidungsfindung völlig herausnehmen sollte. Das Informationsmodell ging von der Vorannahme einer objektiven Entscheidungsmöglichkeit aufgrund reiner Fakten aus – einer Annahme, die jedoch nicht mehr dem heutigen Stand der Neurophysiologie entspricht. Dessen ungeachtet hat sich das Informationsmodell insbesondere in der Zahnmedizin durchgesetzt und war über viele Jahre hinweg die gängige gelehrte Variante. Allerdings findet auch dieses Modell wenig Anklang – nur 14 bis 16 % der Patienten finden dieses Vorgehen für sich am besten [1, 2].

Die Frage ist nun, welche Form der Entscheidungsberatung die meisten Patienten bevorzugen? Untersuchungen zeigen, dass der überwiegende Teil der Patienten sich für das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung – Shared Decision Making – dass bereits 1997 von Charles et al. [3] beschrieben wurde – ent-

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden entweder die feminine oder maskuline Sprachform verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter

scheiden würde [1, 2]. Das bedeutet, dass (Zahn-)Ärztin und Patient gemeinsam die anstehende Entscheidung treffen – wobei der Wille des Patienten selbstverständlich den Ausschlag gibt. Wenn Entscheidungen in der Medizin nach diesem Modell begleitet werden, hat das positive Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung und auf die Compliance/Adhärenz des Patienten bei der nachfolgenden Behandlung.

Wie läuft die partizipative Entscheidungsfindung in der Praxis ab? Grundsätzlich lässt sich das Entscheidungsverfahren in drei Phasen gliedern (Tab. 1) [4].

Phase 1: Anfangen (Team Talk). Bereits in der Vorphase wird die (Zahn-)Ärztin auf eine Arzt-Patienten-Beziehung Wert legen, die auf Augenhöhe stattfindet. Wenn es dann zu einer Entscheidung über eine bestimmte Versorgung kommt, wird es in der Anfangsphase darum gehen, dass dem Patienten explizit mitgeteilt wird, dass nun eine Entscheidung ansteht. Dabei wird deutlich gemacht, dass es mehrere – vielleicht sogar gleichwertige – Möglichkeiten gibt, das Problem des Patienten zu lösen.

Phase 2: Informieren (Option Talk). Anschließend werden die Vor- und Nachteile der medizinischen Optionen genau dargestellt und gemeinsam mit dem Patienten durchgesprochen. Anders als beim reinen Informationsmodell macht die Ärztin dabei allerdings auch ihre persönlichen, sachlich begründeten Einschätzungen und Präferenzen transparent. Dabei trennt sie systematisch die medizinischen Fakten von ihrer persönlichen Einschätzung. Die Ärztin

sorgt also dafür, dass diese Einschätzung klar als ihre persönlichen Meinungen für den Patienten erkennbar sind.

Auf der anderen Seite informiert sich die Ärztin auch über die Ideen, Erwartungen und Befürchtungen des Patienten. Das bedeutet, sie macht sich intensiv mit der Sicht des Patienten vertraut. In diesem Zusammenhang macht sich die Ärztin auch mit den eventuell bereits bestehen-



Durch ein intensives Gespräch und die konstruktive Einbeziehung der Erwartungen und Befürchtungen des Patienten können viele Bedenken schon im Vorfeld ausgeräumt werden.



den „Vorinformationen“ durch „Dr. Google“ bekannt. Je besser die Behandlerin hierüber informiert ist, desto schneller kann sie gegebenenfalls vorhandene Missverständnisse und Fehlinformation auflösen.

Das ist wesentlich sinnvoller, als wenn der Patient diese „Informationen“ zwar hat, diese der Ärztin aber nicht bekannt sind. Möglicherweise entstehen beim Patienten sonst Interferenzen zwischen den Informationen der Ärztin und denen aus

dem Internet. Da gerade bei jungen Patienten das Internet als reliable Informationsquelle betrachtet wird (denn „sie haben ja Ahnung, wo sie qualitativ hochwertige Informationen finden“), können so eher Missverständnisse aufgelöst werden. Dabei ist es hilfreich, wenn die Ärztin gegebenenfalls selber auf zuverlässige Internetseiten verweisen kann. Oft werden diese Seiten allerdings dann vom Patienten gar nicht mehr aufgerufen, da die Ärztin „ja auch Ahnung bezüglich dieser Informationen zu haben scheint“.

Durch das intensive Gespräch und die konstruktive Einbeziehung der Erwartungen und Befürchtungen des Patienten können viele Bedenken, die später während der Behandlung Komplikationen und Schwierigkeiten hervorrufen können, schon im Vorfeld ausgeräumt werden. Auch können unrealistische, unerfüllbare Patientenerwartungen, schon vor Behandlungsbeginn aufgelöst werden. Dies spart später Zeit bei der Behandlung, weil hier nun zusätzliche Diskussionen nicht mehr erforderlich sind.

Während dieses intensiven Gespräches in der Informationsphase erlebt der Patient, dass er mit seinen Wünschen, Ängsten, Bedenken und Sorgen ernst genommen wird. Dadurch wird die Beziehung und die Bindung zwischen Ärztin und Patient nochmals verstärkt. Außerdem wird es für den Patienten leichter, seine eigene Sicht mit der der (Zahn-)Ärztin abzugleichen. Auf diese Weise wird somit auch sichergestellt, dass den gesetzlichen Rechten des Patienten auf Verständlichkeit der Aufklärung wirklich Rechnung getragen wird.

Phase	Beratungsschritt	Vorgehen
Anfangsphase (Team Talk)	Definition des Problems	Informieren, dass eine Entscheidung erforderlich ist
	Aufzeigen der Optionen	Information über das Vorhandensein unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten
Informationsphase (Option Talk)	Genauere Beschreibung der Behandlungsmöglichkeiten	Aufklärung über die medizinischen Vor- und Nachteile
	Die Sicht des Patienten würdigen	Sich vertraut machen mit den Vorinformationen, Erwartungen, Vorlieben, Befürchtungen und Ängsten des Patienten
Entscheidungsfindungsphase (Decision Talk)	Präferenzen aus Sicht des Patienten und der Ärztin klären	Gemeinsam mit dem Patienten die optimale Behandlungsvariante herausarbeiten
	Behandlungsvereinbarung treffen	Klares Vorgehen zur Umsetzung der getroffenen Entscheidung definieren

Tab. 1: Partizipative Entscheidungsfindung in der Praxis in drei Phasen. (Quelle [4])

Auch hat der Patient so die Möglichkeit, jede ihm genehme Entscheidungsform zu wählen. Falls er sich schon jetzt entscheidet, kann er die Entscheidung aufgrund der reinen Informationen treffen (und somit das Informationsmodell für sich anwenden). Er kann jetzt auch die (Zahn-)Ärztin als Modell für seine Entscheidung nutzen und sich komplett an deren Meinung orientieren. So kann er sich – falls er es wünscht – de facto auch für das paternalistische Modell entscheiden.

In den meisten Fällen wird sich jedoch jetzt noch keine Entscheidung ergeben haben, sondern es wird sich die dritte Phase der partizipativen Entscheidungsfindung anschließen, die Entscheidungsfindungsphase. Der Patient soll seine Entscheidung schließlich wohl überlegt treffen. Möglicherweise wird er vor dem Übergang in die Entscheidungsphase noch eine Bedenkzeit haben wollen. Auch deswegen ist es sehr sinnvoll, in der Informationsphase die Beziehung und die Bindung des Patienten noch einmal zu stärken.

Phase 3: Entscheiden (Decision Talk).

In dieser dritten Phase ermitteln die (Zahn-)Ärztin und der Patient gemeinsam, welche Option für den Patienten die günstigste ist. Dies geschieht unter Abwägung aller medizinischen Vor- und Nachteile und unter Abwägung dessen, was dem Patienten am wichtigsten ist (also anhand der Werte des Patienten).

An die Entscheidung schließt sich dann direkt die Behandlungsvereinbarung an. Das bedeutet, dass die nächsten Schritte in der Behandlung gemeinsam mit dem Patienten geplant werden. Auch eventuell notwendige Handlungsschritte des Patienten werden jetzt direkt verein-

bart. Auf diese Weise erfährt der Patient eine direkte Überleitung von einer intensiven Beratung in einen systematischen Behandlungsprozess.

Darüber hinaus werden durch dieses Vorgehen eventuell auftretende spätere Fragen minimiert. Gleichzeitig erfolgt während dieses gesamten Gespräches ein intensives Management der Erwartungen des Patienten. Dadurch lässt sich die Wirksamkeit der Behandlung – und die Placebowirkung der Ärztin – deutlich steigern. Auch dies verbessert dann wiederum die Wirksamkeit, die Akzeptanz und die Zufriedenheit des Patienten bezüglich der danach erfolgenden Behandlung.

Partizipative Entscheidungsfindung ist wissenschaftlich gut untersucht [5]. Durch den Einsatz dieses Verfahrens kommt es nachweislich zu realistischeren Behandlungserwartungen und zu deutlich weniger Entscheidungskonflikten. Auch konnte gezeigt werden, dass bei chronischen Schmerzpatienten eine partizipative Entscheidungsfindung in 62 % der Fälle zu einem subjektiv besseren Umgang mit den Schmerzen führte, während dies nach Anwendung des reinen Informationsmodells nur bei 29 % der Patienten der Fall war [6]. Dies dürfte direkt im Zusammenhang damit stehen, dass die Patienten nach der partizipativen Entscheidungsfindung häufiger zu aktiven Behandlungsmaßnahmen wie Sport und Psychotherapie bereit waren [6].

Der entstehende zeitliche Aufwand für die Beratung wird durch weniger Fragen während der Behandlung, durch die realistischere Behandlungserwartung und durch die daraus resultierende höhere Zufriedenheit der Patienten ausgeglichen.

→ **Dr. Anke Handrock, Berlin**

Literatur

1. Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof R: Gesundheitsmonitor 2004. Ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
2. Braun B, Marstedt G: Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor 2014; 2: 107–131
3. Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997; 44: 681–692
4. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. PPM – Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie 2016; 66: 195–207
5. Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Dtsch Arztebl 2007; 104, A1483-A1488
6. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K et al.: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004; 47: 985–991