

„Jeder Patient trägt seinen eigenen Arzt innerlich bei sich. Der Patient weiß das noch nicht und kommt zu uns. Das Beste und Wichtigste ist, diesem inneren Arzt im Patienten die Chance zu geben, aktiv zu werden.“

Albert Schweitzer

Partner oder Leidender?

Der Nutzen der partnerschaftlichen Entscheidung ist sowohl für Ärzte als auch für Patienten wissenschaftlich längst nachgewiesen. Trotzdem ist diese Form der Beziehung immer noch keine Selbstverständlichkeit im Alltag geworden.

Sylvia Sängler

Dem Patienten wurden und werden viele Rollen zugeschrieben wie zum Beispiel die des Verbrauchers, des Kunden, des Koproduzenten der eigenen Gesundheit oder des Nutzers von Gesundheits(dienst)leistungen. Seit Mitte der 1990er-Jahre eine kanadische Arbeitsgruppe zum ersten Mal die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient in systematischer Weise beschrieben hat,¹ spricht man auch vom Patienten als Partner. Das sehen jedoch nicht alle Ärzte und Patienten so. Der Nutzen der partnerschaftlichen Entscheidung ist sowohl für Ärzte als auch für Patienten wissenschaftlich längst nachgewiesen^{2,3}. Trotzdem ist diese Form der Beziehung immer noch keine Selbstverständlichkeit im Alltag geworden.



Partner sind Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen.

Der Patient ist, wie das Wort „patients“ es schon beschreibt, zunächst ein Leidender. Er hat ein gesundheitliches Problem, das er (zumindest bei der Erstdiagnose) bislang nicht kannte, und ist nicht in der Lage, dieses Problem ohne ärztliche Hilfe zu lösen. Leiden ist aber keine Rolle, sondern ein Zustand. Diesem Zustand sind autonome mündige Patienten ebenso ausgesetzt wie ängstliche oder hilflose Menschen. Eine bestimmte Rolle nimmt der Patient erst ein, wenn er den Arzt aufsucht und mit ihm interagiert. Sieht er zum Beispiel im Arzt einen Dienstleister, wird er zum Konsumenten. Die Interaktion, Kommunikation und Entscheidungsfindung von Arzt und Patient wird durch die Rollen bestimmt, die beide einnehmen.

Unterschiedliche Rollen

Auch Ärzte können unterschiedliche Rollen einnehmen, die sich teilweise überlagern können. Der stellvertretende Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin

der Universität Marburg Norbert Donner-Banzhoff beschreibt hier den Heiler, den Gatekeeper, den Detektiv und den Partner.⁴ Alle Rollen haben ihre Berechtigung, denn sie werden vom Patienten auch eingefordert, wie Untersuchungen der Sozialwissenschaftlerin Marie-Luise Dierks zeigen konnten.⁵ So erwarten Patienten von ihren Ärzten, dass sie:

- :: genügend Zeit haben
- :: förderliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen (Geduld, Ehrlichkeit, zuhören können)
- :: ausführliche und verständliche Informationen geben können
- :: fachliche Kompetenz haben
- :: Autonomie gewähren
- :: Empathie zeigen
- :: eigene Grenzen erkennen
- :: erreichbar sind
- :: Menschlichkeit zeigen und
- :: kundenorientiert arbeiten

Das alles sind Anforderungen, die eine Partnerschaft erst ausmachen. Partner sind laut Definition Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen.⁶ In Arzt-Patienten-Beziehungen ist es in den meisten Fällen so, dass es zunächst der Arzt ist, der das Ziel und auch mögliche Wege dorthin kennt. Dieses Wissen muss er mit dem Patienten teilen, um ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen.

Partnerschaft von Arzt und Patient – Was gehört dazu?

Die gemeinsame, auch partizipative Entscheidungsfindung (PEF bzw. shared decision making) ist ein wichtiger Indikator für eine Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf der Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.⁷ Die partizipative Entscheidungsfindung setzt verschiedene Handlungsschritte voraus. Hierzu gehören:

1. die Mitteilung des Arztes an den Patienten, dass eine Entscheidung ansteht;
2. das Angebot seitens des Arztes, dass die Entscheidung bezüglich einer Behandlungsoption von Patient und Arzt in gleichberechtigter Partnerschaft entwickelt wird;
3. das Erläutern sämtlicher infrage kommenden Optionen und Wahlmöglichkeiten;
4. die umfassende Information über Behandlungsoptionen, ihre Evidenzen, Vor- und Nachteile – eventuell unter Nutzung von Entscheidungshilfe-Materialien, z.B. von schriftlichen Patienteninformationen und Entscheidungshilfen;
5. die vom Arzt erfragte Rückmeldung zum Verständnis der Optionen und das Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten;
6. die Ermittlung der Präferenzen des Patienten;
7. das Aushandeln der Entscheidung;
8. die gemeinsame (partizipative) Entscheidung (an der der Patient entsprechend seiner Entscheidungspräferenzen mehr oder weniger beteiligt ist);
9. Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung.

Nicht automatisch schwächer

Die Frage, ob ein Patient ein Leidender oder ein Partner ist, stellt sich gar nicht. Auch wenn ein Patient mit Schmerzen und einem gesundheitlichen Problem, das er selbst nicht lösen kann, mit seinem Arzt kommuniziert, ist er nicht automatisch ein schwächerer Partner.

Das Ausmaß der Selbstbestimmung des Patienten hängt von der jeweiligen Situation und dem Schweregrad der Erkrankung ab und kann sich im Krankheitsverlauf auch verändern (manchmal ist eher der Arzt als „Heiler“ gefragt). Leiden und Partnerschaft schließen sich jedoch nicht aus. Der Patient darf nach wie vor ein Leidender sein, er darf aber und sollte auch gemeinsam mit seinem Arzt Entscheidungen treffen.

Um das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung praktisch anwenden zu können, sind verschiedene Voraussetzungen erforderlich, und zwar bei Ärzten, Patienten und auf der Ebene des Gesundheitssystems.

Partizipation und Partnerschaft kann nur gelingen wenn:

1. **Ärzte** ihr Handeln evidenzbasiert ausrichten, die Ressourcen ihrer Patienten würdigen und anerkennen, ihre Patienten in alle Entscheidungen einbeziehen und über gute kommunikative Fähigkeiten verfügen.
2. **Patienten** Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und im Management ihrer Erkrankung(en) übernehmen, sich an allen Entscheidungen zu ihrer Gesundheit beteiligen und vor allem über eine ausreichende Gesundheitsbildung verfügen, um ihre Rechte auf Entscheidungsbeteiligung und umfassende Information auch wahrnehmen zu können.
3. Das **Gesundheitssystem** evidenzbasierte und patientenorientierte Medizin honoriert und nicht bloße Leistungserbringung.

„Auf Augenhöhe“
wird häufig falsch
verstanden.

Was hindert die Partnerschaft von Arzt und Patient?

Einige Aspekte, die auf das Gelingen der Partnerschaft zwischen Arzt und Patient einen Einfluss haben, sollen nachfolgend näher betrachtet werden. Sie orientieren

sich unter anderen an der Mängelliste der Selbsthilfe- und Kontakt- und Informationsstelle Berlin.⁸ Die Aufzählung erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Der Faktor Beziehung: Die Beziehung in der Partnerschaft Arzt und Patient sollte, wie in jeder anderen Partnerschaft auch, eine Beziehung auf Augenhöhe sein. Augenhöhe ist jedoch ein Begriff, der häufig falsch verstanden wird. Er bedeutet nicht, dass Patienten dem Arzt in seiner professionellen Funktion gleich gestellt sind, sondern dass sich beide Partner, Arzt wie Patient, mit Wertschätzung begegnen und das Wissen, die Ressourcen und die Wertevorstellungen des jeweils anderen achten und in die Entscheidung einbeziehen.

Der Faktor Begrifflichkeiten: Wenn von Beziehungen zwischen Arzt und Patient gesprochen wird, werden häufig Begriffe wie „Machtgefälle“, „Informationshoheit“ etc. verwendet. Diese Begriffe implizieren, dass es in der Beziehung einen starken und einen schwachen Partner gibt. Eine Begegnung auf Augenhöhe ist dann nicht mehr möglich.

Der Faktor Kommunikation: Kommunikationstechniken in Verbindung mit partizipativer Entscheidungsfindung werden heute erfreulicherweise mehr und mehr in der medizinischen Ausbildung vermittelt. Es gibt auch spezielle Schulungsprogramme für die Fort- und Weiterbildung, wie zum Beispiel das Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (www.patient-als-partner.de). Patienten können auf Hilfsmittel wie zum Beispiel Fragenchecklisten zugreifen (www.patienten-universitaet.de/content/checklisten-gesundheitsbewertung). Trotzdem ist es häufig immer noch so,

dass Patienten zwar Beteiligung wünschen, jedoch häufig auf eine fehlende Bereitschaft der Ärzte stoßen. Fragen werden oft nicht gestellt, weil Patienten fürchten, ihre Ärzte damit zu verärgern.⁹

Patienten fürchten, den Arzt mit Fragen zu verärgern.

schiedet, deren Anforderungen zum Standard für evidenzbasierte Informationen werden sollen.

Sowohl in der Ausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung sollten

Ärztinnen und Ärzte das Arzt-Patienten-Gespräch mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung einüben. Entsprechende Curricula sind vorhanden. ::

Der Faktor Information: Eine wichtige Grundlage für eine partnerschaftliche Entscheidung sind evidenzbasierte Informationen, die objektiv über den Nutzen und die Risiken von infrage kommenden Optionen aufklären. Solche Informationsangebote sind derzeit noch nicht die Regel, wie die jüngsten Diskussionen um die Aufklärung über das Mammographie-Screening zeigen.¹⁰ Nutzen und Schaden werden häufig nicht im gleichen Informationsframing angeboten, sondern in unterschiedlichen Formaten.¹¹ Das führt häufig zur Überschätzung des Nutzens und zur Unterschätzung des Schadens. Außerdem haben viele Bürgerinnen und Bürger Probleme, medizinische Sachverhalte zu verstehen. Der European Health Literacy Survey konnte zeigen, dass in Deutschland ca. 46 Prozent und in Österreich ca. 55 Prozent der Bürger über eine inadäquate bzw. problematische Health Literacy verfügen.¹²

Der Faktor Rollenverständnis: Viele Ärzte setzen auch heute auf Paternalismus. Auch wenn mehrere in ihrem Outcome gleichwertige Behandlungsoptionen infrage kommen, schlagen sie den Patienten die aus ihrer eigenen Sicht am besten passende Option vor. Aus welchen Gründen dies geschieht, ist für Patienten oft nicht nachvollziehbar. Bei Schulungen zur Patientenaufklärung im Rahmen der PREFERE Studie¹³ beispielsweise wird in Diskussionen zur Rechtfertigung dieses Vorgehens häufig das Argument angeführt: „Die Patienten wollen eine Empfehlung haben.“ Das Angebot verschiedener möglicher Optionen und das gemeinsame Abwägen der im individuellen Fall am besten passenden Option wird dann als mögliche Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses gesehen.

Der Faktor Zeit: Eine ambulante Arztkonsultation dauert im Schnitt acht Minuten. Für die Kommunikation mit ihren Patienten haben Klinikärzte im Schnitt vier Minuten und 17 Sekunden pro Tag und Patient Zeit, das Angehörigengespräch bringt es auf einen Schnitt von 20 Sekunden¹⁴. Ärzte fürchten, dass es zu viel Zeit kostet, wenn sie mit ihren Patienten gemeinsam entscheiden.

Wie kann die Partnerschaft erreicht werden?

Mit der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes (www.patienten-rechte-gesetz.de) in Deutschland im Jahr 2013 hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen einer besseren Patientenbeteiligung geschaffen.

Die Stärkung der Patientenkompetenz kann durch Gesundheitsbildung und laienverständliche Informationen und Entscheidungshilfen erreicht werden. In den letzten Jahren sind in Deutschland Patientenbildungseinrichtungen entstanden, wie zum Beispiel die Patientenuniversität in Hannover. Auch in anderen Städten wurden Patientenunis, Patientenakademien oder spezielle Vortragsreihen für Patienten und Bürger etabliert. Zur Verbesserung evidenzbasierter Patienteninformationen und Entscheidungshilfen hat das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin in einem breiten Konsens die Gute Praxis Gesundheitsinformation¹⁵ verab-

Literatur:

- Loh A et al (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews Shared Decision Making in Medicine. Dtsch Arztebl 104(21): A-1483 / B-1314 / C-1254.
- Coulter A (1997): Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision making. Journal of Health Services Research and Policy, 2, 112-121.
- Stacey D et al (2011): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Donner-Banzhoff N (2004): Arzt und Patient: Archäologie einer Beziehung. Dtsch Arztebl 109(42): A-2078 / B-1694 / C-1662.
- Dierks M (2004): Erwartungen von Patienten an ihren Arzt. in: Ollenschläger G. Die Kunst, heutzutage ein guter Arzt zu sein. Arztebl Bad Wurt59(3):111-114.
- Wikipedia. Zugang: <http://de.wiktionary.org/wiki/Partner>. Zugriff: 10.5.2014.
- Härter M (2004): Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung [Shared Decision Making] – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98, 89-92.
- Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Berlin. Berliner Mängelliste. Zugang: www.sekis-berlin.de/uploads/media/Berliner_Maengelliste.pdf. Zugriff: 13.5.2014.
- Frosch DL et al (2012): Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled 'Difficult' Among Key Obstacles To Shared Decision Making. Health Affairs 31(5):1030-38.
- Mühlhauser I, Mayer G (2014): Das kollektive Schweigen zum Mammographiescreening. 08.05.2014. Zugang: www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-mammographiescreening-20140508.pdf. Zugriff: 13.5.2014.
- Klemperer D (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Balint 6: 115-123.
- Ward G (2012): The European Health Literacy Survey Zugang: www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/vortraege/2012/120302_Ward_HLS_EU_Projektbeschreibung.pdf. Zugriff: 13.5.2014.
- In der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Prostatakrebs-Studie PREFERE werden erstmals alle vier empfohlenen Therapien zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms miteinander verglichen. Zugang: www.preferede.de. Zugriff: 14.5.2014.
- Becker G et al: (2010): Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital (BMC Health Services Research 10:94 doi:10.1186/1472-6963-10-94).
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Hrsg.) (2009): Gute Praxis Gesundheitsinformation. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) doi:10.1016/j.zefq.2009.12.018. Zugang: www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf. Zugriff: 13.5.2014.



Dr. PH Sylvia Sänger
Gesundheitswissenschaftlerin,
Chefredakteurin
Deutschland QUALITAS
sylvia.saenger@me.com



DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Bachelor

berufsbegleitend studieren

Fernstudium - Seminare u. a. in
D-Friedrichshafen oder online
auch berufs- oder ausbildungsbegleitend

Frühpädagogik (B.A.)

Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen - AHPGS akkreditiert

Medizinalfachberufe (B.A.)

Zugangsbetriebe: Physiotherapie,
Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege,
Logopädie u. a. - AHPGS akkreditiert



Info unter 0049 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de