

Kommentar zu Mühlhauser, Meyer, Steckelberg: Patienten wollen mitentscheiden, doch Informationsbasis und Strukturen fehlen

Die Forderung nach informierten und teilhabenden Patienten verkennt die Komplexität menschlicher Entscheidungsfindung

The Demand for Informed and Participating Patients Misperceives the Complexity of Human Decision Making

Janka Koschack¹

„Homo may not always be rationalis, but he is always decidens.“

Storrs McCall [1]

In ihrem Artikel fordern Ingrid Mühlhauser und ihre Kolleginnen die Bereitstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen, die sie als notwendige Voraussetzung dafür definieren, dass Patienten als aufgeklärte Partner am medizinischen Entscheidungsprozess teilhaben können. Neben gewissen politischen und strukturellen Problemen sehen die Autorinnen als Hinderungsgrund für eine gemeinsame Entscheidungsfindung (*Shared-Decision-Making*) vor allem die mangelnde Bereitschaft aufseiten der Ärzte, dem Wunsch von Patienten nach partizipativer Entscheidungsfindung Rechnung zu tragen. Nach Ansicht der Autorinnen scheint sicher,

- welche Art von Informationen auf welche Weise dargeboten werden sollte, um eine evidenzbasierte Patienteninformation zu gestalten, und
- dass der Wunsch nach Partizipation bei Patienten generell und umfassend vorhanden ist [2].

Selbst wenn der Text als gesundheitspolitischer Appell verstanden werden will, differenziert er in meinen Augen nicht in ausreichendem Maße.

„Bürger und Patienten wünschen ein hohes Maß an Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Untersuchungen legen nahe, dass dieser Wunsch weitgehend unabhängig von Gesundheitszustand, Bildung und Alter ist.“

Es scheint tatsächlich unmöglich, auf der Basis von Patientenmerkmalen das Teilhabebedürfnis vorherzusagen [3]. Es ist jedoch falsch, dies gleichzusetzen mit einer Unabhängigkeit dieses Bedürfnisses von Patienten- oder situativen Merkmalen: Werden Bürger [4] oder Patienten [5] nach Präferenzen bezüglich der Beteiligung an medizinischen Entscheidungen gefragt, zeigt sich eindeutig eine Assoziation zwischen dem Wunsch nach Teilnahme und bestimmten Merkmalen wie z. B. Alter, Geschlecht und Schulbildung. Andere Untersuchungen weisen darüber hinaus daraufhin, dass sich das Partizipationsbedürfnis im zeitlichen Verlauf einer Erkrankung verändert [6].

„Ohne Zweifel würde ein gut informierter Patient, der sich über seine Präferenzen bereits Gedanken gemacht hat, das Gespräch mit dem Arzt qualitativ verbessern

und zeitlich entlasten. Eine erhöhte Zufriedenheit der Betroffenen mit der Arztkonsultation ist zu erwarten.“

Es ist zwar offensichtlich, dass informierte Patienten mit einem Bedürfnis nach Teilhabe dann zufriedener sind, wenn die Arzt-Patient-Interaktion bzw. die Entscheidungsfindung partizipativ gestaltet wird. Dennoch sollte an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die entscheidenden Variablen für die Zufriedenheit von Patienten mit einer Konsultation nicht zwangsläufig die eigene Informiertheit und die Realisierung eines partizipativen Interaktionsmodells sind. Vielmehr hängt die Patientenzufriedenheit mit dem Ausmaß der Patientenorientierung des Arztes zusammen, also dem Ausmaß, indem es dem Arzt gelingt, die intra- und interindividuell sehr variablen Präferenzen von Patienten, wie eine Konsultation gestaltet werden soll, zu realisieren [7].

Die kritische Ergänzung von 2 exemplarisch ausgesuchten Zitaten des Artikels führt jedoch nicht weit genug. Vielmehr ist m. E. der normative Duktus der gesamten Arbeit zu hinterfragen, welcher der Gestaltung realer Arzt-Patient-Beziehungen und vor allem der Komplexität menschlicher Entscheidungsfindung nicht gerecht wird. Wie schon das

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Georg-August-Universität Göttingen

Zitat „Homo may not always be rationalis, but he is always decidens.“ aus Storrs McCalls philosophischem Aufsatz im Titel des Kommentars aphoristisch verdeutlicht: Es gibt individuelle und situative Gründe, die eine informierte Entscheidungsfindung ‚lege artis‘ erschweren.

Menschliche Entscheidungen variieren generell zwischen ‚systematisch – unsystematisch‘ und ‚linear – nicht linear‘. Es gibt Situationen, in denen Menschen nicht zwischen Alternativen abwägen, für die es objektive, also evidenzbasierte Argumente und Gegenargumente gibt. Vielmehr haben die Argumente emotionalen Gehalt. Von daher spielen die eigenen Wertvorstellungen und auch so etwas wie die subjektiv empfundene soziale Erwünschtheit nicht immer bewusst in den Prozess des

Abwägens hinein [8, 9]. Dass dieser Prozess des Abwägens häufig unbewusst und nicht immer verbalisierbar oder gar verhandelbar ist, macht das Gespräch zwischen Patienten und Ärzten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung komplex – komplexer als z. B. das Aushandeln des sinnvollsten Vertrags mit dem Kundenberater der Telekom nach der informierten Entscheidung für ein bestimmtes Mobiltelefon.

Die Bereitstellung von guten Patienteninformationen ist sicherlich notwendige Bedingung für eine Stärkung der Patientenautonomie und eine partizipative Entscheidungsfindung. Hinreichend ist sie aber keineswegs, vor allem, wenn der Subjektivität des einzelnen Patienten Rechnung getragen werden soll.

Der Titel der kommentierten Arbeit lautet: „Patienten wollen mitentschei-

den [...]“. Die Forschung zeigt: Patienten entscheiden auf jeden Fall, aber vielleicht nicht unbedingt mit dem Arzt gemeinsam und schon gar nicht immer rational auf der Basis evidenzbasierter Patienteninformationen.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Janka Koschack
Abteilung Allgemeinmedizin
und Familienmedizin
Georg-August-Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Tel.: +49 551 36 14225
Fax: + 49 551 39 14222
E-Mail: jkoscha@gwdg.de

Literatur

1. McCall S. Decision. *Can J Philos* 1987; 17: 261–88.
2. Mühlhauser I, Meyer G, Steckelberg A. Patienten wollen mitentscheiden, aber die Informationsbasis und Strukturen fehlen. *Z Allg Med* 2010; 86: 412–417.
3. Garfield S, Smith F, Francis SA, Chalmers C. Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Patient Educ Couns* 2007; 66: 361–7.
4. Cullati S, Courvoisier D, Charvet-Bérard A, Perneger T. Desire for autonomy in health care decisions: a general population survey. *Patient Educ Couns* 2010; May 31[Epub ahead of print].
5. Hubbard G, Kidd L, Donaghy E. Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12: 299–318.
6. Say R, Murtagh M, Thomson R. Patients' preferences for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 102–14.
7. Peters RM. Matching physician practice style to patient informational issues and decision-making preferences. *Arch Fam Med* 1994; 3: 760–3.
8. Parker M. The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expect* 2001; 4: 87–91.
9. Ubel PA, Loewenstein G. The role of decision analysis in informed consent: choosing between intuition and systematicity. *Soc Sci Med* 1997; 44: 647–56.