

## 6. Implikationen für die Praxis

SDM ist ein Konstrukt, das nicht in einer tiefgreifenden Theorie verankert ist (vgl. Kap. 3.1). Das Rahmenmodell nach Charles und Kollegen betont vor allem die Relevanz der Praxis dieses Modells (Charles et al., 1997, 1999a). Erst durch Implementierung und somit Nutzen in der Praxis scheint dieses Modell eine Daseinsberechtigung zu erlangen. Dementsprechend war auch das Modellprojekt „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ nicht nur als Interventions- und Evaluationsstudie konzipiert, sondern im Mittelpunkt stand das Ziel einer Implementierung in die Praxis. Dieser doppelte Auftrag beeinträchtigte die Suche nach einem grundlegenden Konzept für SDM, da gleichzeitig Theorie und Praxisrelevanz untersucht werden sollten. Hilfreich wäre es gewesen, vor Beginn der Interventionsstudie eine qualitative Studie durchzuführen, die das Feld und das Konstrukt hinsichtlich seiner Perspektiven und Möglichkeiten exploriert hätte. Die meisten Einzelprojekte lösten dieses Problem, indem sie auf vorhandene Manuals oder auf international erforschte Interventionen zurückgriffen. In diesem Sinne verwundert es nicht, dass beispielsweise bei der Reduktion des Bluthochdrucks eine Patientenschulung angewandt wurde oder in einer Studie zur Palliativmedizin eine Ärztekommunikationsschulung und das Instrument der Patientenverfügung eingesetzt wurde. Auch die quantitative Studie lehnt sich an die amerikanischen Forschungsarbeiten von Whelan und Kollegen an (Vodermaier et al., 2004a). Es wurde versucht, das Prozessmodell von SDM in die bestehenden Praxisabläufe zu integrieren und diese zu evaluieren. Bewährte Instrumente und Methoden miteinzubeziehen ist ja zunächst nicht von Nachteil, sondern berücksichtigt die jahrelange Erfahrung im Feld. Durch ein solches Vorgehen wird aber die Diskussion, was das Besondere beziehungsweise das Neue an SDM ist, entfacht.

Der Auftrag der Implementierung von SDM in die Praxis konnte bei einigen Projekten nur im Ansatz verfolgt werden. Deshalb wurde nach der Förderphase ein abgespecktes Transferprojekt für weitere zwei Jahre gefördert, um modellhaft Entscheidungshilfen und Ärzteschulungen weiterzuentwickeln.

Das Augenmerk darauf, inwieweit SDM in unserem Feld zu implementieren sei, ist in meiner Studie somit stets präsent gewesen. Dabei durchlief meine Studie etliche Stadien, in denen sich Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts zeigten. Zuerst erschien mir eine Umsetzung von SDM mit primär erkrankten Brustkrebspatientinnen als unmöglich, dann als unumgänglich; im Folgenden soll nun der Versuch einer „kleinen“ Lösung präsentiert werden.

Doch zunächst noch zu den vorangegangenen Prozessen: Anfangs sah ich im Feld die Betroffenheit der Patientinnen angesichts der Diagnose, ihre Ängste, das häufig geringe Vorwissen über die Erkrankung und ihre Therapiemöglichkeiten, die eingeschränkte Rezeption der neuen Informationen und vor allem die geringe Zeit für eine Entscheidung. Auf der Seite der Ärzte die technische Form der Aufklärung, die Leitlinien, die strukturellen Bedingungen und auch hier der Zeitmangel. Ich sah die Patientinnen, die die Entscheidung an die Ärzte delegieren, und dass die meisten mit diesem Arrangement zunächst zufrieden waren. Das SDM-Projekt erschien mir wie etwas von außen Herangetragenenes, wobei beide Akteure nun wie

Handpuppen in neue Rollen schlüpfen sollten und einen neuen Text zu lernen hatten. Dies traf vor allem bei den akut primär erkrankten Frauen zu. Die chronischen Patientinnen hingegen lebten meist schon ihre Patientenautonomie, so dass auch hier SDM nicht wirklich einen neuen Aspekt bedeuten würde. Bei den Interviews mit den chronischen Patientinnen wurde aber auch deutlich, dass sie sich im Nachhinein ein Mehr an Beteiligung gewünscht hätten. Dies bestärkte mich wieder in meiner ursprünglichen Haltung, dass man auch akut erkrankte Brustkrebspatientinnen durch eine veränderte Interaktionsform einbinden kann. Gerade bei einer onkologischen Erkrankung ist eine frühe Einbeziehung in die Therapie unabdinglich. Hierzu bedarf es aber mehr, als nur reine Informationen über die unterschiedlichen Möglichkeiten zu erhalten, denn diese sind schwierig zu verstehen und abzuwägen.

Die Chance einer gemeinsamen Entscheidungsfindung wird zudem in sehr hohem Maße von den strukturellen Bedingungen im Feld mitgestaltet. Eine Veränderung der Abläufe innerhalb der Aufklärungsgespräche würde schon eine wesentliche Verbesserung darstellen. Ansätze und Vorschläge hierzu werden im Folgenden genauer beschrieben.

## 6.1 Kontextbedingungen für SDM

Zu den ersten Ergebnissen im Feld gehörte die Identifikation so genannter Kontextbedingungen, die den Rahmen eines Vorgehens nach SDM mitgestalten. Dabei spielen neben den jeweiligen personenabhängigen Variablen von Arzt und Patientin folgende Kontextbedingungen eine Rolle:

- Erkrankungsdauer: chronisch/akut
- Erkrankungsart: lebensbedrohlich/nicht lebensbedrohlich
- Setting: stationär/ambulant
- Therapiemodus: standardisiert/individualisiert

Je nach Ausprägung der unterschiedlichen Kontextbedingungen gestaltet sich die Umsetzung des SDM-Modells in der Praxis einfacher oder schwieriger. Dieser Auswertungsschritt, die Aufdeckung der relevanten Kontextbedingungen, war einer der ersten Analyseschritte im Feld. Hintergrund dieses Schrittes war die Auseinandersetzung mit den neun anderen Forschungsprojektmitarbeitern innerhalb der Methoden-AG, die jeweils in ihren Projekten unterschiedliche Kontextbedingungen vorfanden. In der Diskussion über das Konstrukt SDM in der Methoden-AG einigten wir uns auf eine gemeinsame Definition von SDM (siehe Kap. 3.1.2), ohne zuvor die unterschiedlichen Hintergründe der einzelnen Indikationen und Behandlungssettings genügend berücksichtigt zu haben. Beispielsweise besitzt eine Entscheidungsdelegation in der Hausarztpraxis bei einem Bluthochdruckpatienten einen anderen Bedeutungshorizont als bei einer neu erkrankten Brustkrebspatientin, die soeben stationär aufgenommen wird. Das Konstrukt gemeinsamer Entscheidungsfindung sollte diese Kontextbedingungen miteinbeziehen, um möglichst praxisnah umgesetzt werden zu können.

Im Folgenden werden für die eine partizipative Entscheidungsfindung jeweils förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren im Zusammenhang mit oben genannten Kontextbedingungen tabellarisch aufgelistet.

<b>Erkrankungsdauer: akute Erkrankung (Faktoren, die eher hinderlich für eine partizipative Entscheidungsfindung sind)</b>	<b>Erkrankungsdauer: chronische Erkrankung (eher förderlich)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erster Kontakt zum Arzt</li> <li>• Keine Vertrauensbeziehung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt-Patientin-Beziehung als Vertrauensbeziehung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipationspräferenzen sind meist noch nicht deutlich ausgeprägt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt und Patientin wissen die Präferenzen bzw. entwickeln sie weiter</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Patientinnenschulung möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinnenschulung möglich</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt fühlt sich verantwortlicher für die Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortungsübernahme als eine Aufgabe einer chronischen Erkrankung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erste Auseinandersetzung mit der Erkrankung</li> <li>• Diagnoseschock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkrankung und Behandlung werden zur Alltagsroutine</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoffnung auf Behandelbarkeit und Heilung hoch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langfristig Auswirkung auf Lebensqualität, Wohlbefinden und Lebenssituation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhte Angst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Rezidiv</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsstand ist defizitär</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsstand hat sich enorm erweitert</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhter Entscheidungsdruck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsfindung wird routinierter</li> </ul>
<b>Erkrankungsart: lebensbedrohlich (hinderlich)</b>	<b>Erkrankungsart: nicht lebensbedrohlich (unklar, aber eher förderlich)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsdruck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein hoher Entscheidungsdruck</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante Entscheidungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungen weniger relevant</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beträchtliche Auswirkungen der Behandlungen auf Verlauf und Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequenzen der Entscheidung sind weniger weitreichend, häufig reversibel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeit höher</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortung leichter zu tragen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breaking bad news (Überbringen schlechter Nachrichten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemdefinition als Krankheitseinsicht</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mögl. Diagnoseschock, in Folge gestörte Wahrnehmung</li> </ul>	

<b>Setting: stationär (hinderlich)</b>	<b>Setting: ambulant (förderlich)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meist kein Vertrauensarzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrauensarzt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele wechselnde Gesprächspartner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei-Augen-Gespräch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt-Patientin-Kontakt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientin kommt in ungewohnte Umgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientin geht wieder nach Hause</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhaus kann Hospitalisierung fördern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaum Autonomieverlust</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidung an Behandlung gekoppelt, als „innerer Vertrag“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Abstimmung mit den Füßen“ möglich, spricht: Behandlerwechsel</li> </ul>
<b>Therapiemodus: Medizinische Leitlinien/standardisiert (hinderlich)</b>	<b>Therapiemodus: Therapievielfalt/individualisiert (förderlich)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Indikationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsoptionen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsinformationen eindeutig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsensusbestimmungen zur Behandlung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualisierung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieentscheidung durch Leitlinien vorgegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieentscheidung als Aushandlungsprozess</li> <li>• Präferenzen der Patientin rücken in den Vordergrund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungssicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsunsicherheit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungseffizienz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungewissheit über Behandlungserfolg</li> </ul>

**Tabelle 6.1: Förderliche und hinderliche Kontextbedingungen für eine partizipative Entscheidungsfindung**

In welcher Form diese Bedingungen SDM in dieser Studie mitgestaltet, wird im Folgenden dargestellt.

#### 1. Erkrankungsdauer: akute vs. chronische Erkrankung

In unserer Studie wurden an Brustkrebs primär erkrankte Frauen untersucht. Zu diesem Zeitpunkt handelt es sich um eine akute Erkrankung, die vorerst meist operativ behandelt wird. Die medizinische Vorgehensweise (stationäre Aufnahme, Operationsaufklärung) folgt den Richtlinien bei einer akuten Erkrankung (z.B. klare Indikation zur Operation). Trotzdem ist den Beteiligten bewusst, dass Brustkrebs sich zu einer chronischen Erkrankung entwickeln kann und nicht nur durch die Operation behandelt wird. Vielmehr schließen sich eine Reihe von Behandlungsentscheidungen an, hinsichtlich Strahlentherapie, Chemotherapie und Anti-Hormontherapie. Trotzdem wird innerhalb des Aufklärungsgesprächs zunächst nur die Operation verhandelt, dieses Gespräch gestaltet sich im Sinne einer akuten Erkrankung. Phänomenologisch gehören dazu der Entscheidungsdruck, die Hoffnung auf Behandelbarkeit und

Heilung, die geringen Vorkenntnisse und der Mangel an Beziehungsgestaltung mit dem Arzt. Obwohl Brustkrebs durch die relativ lange Behandlungszeit und das Rezidivrisiko als eine chronische Erkrankung gilt, gestaltet sich der Umgang mit den primär erkrankten Frauen vergleichbar dem in einer akuten Bedrohung. Diese Interaktion vermittelt das Bild einer Notfallsituation (Caspari et al., 2003).

Brustkrebsbetroffene, die sich länger mit der Erkrankung auseinandersetzen, bezeichnen sich als chronische Patientinnen. Hier ist ein SDM-Vorgehen leichter umzusetzen, da hier die Möglichkeit für den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patientin-Beziehung gegeben ist. In der Weiterbehandlung suchten sich die Patientinnen Ärzte, die ihrer Vorstellung von Einbeziehung entgegenkamen. Das „Passungsverhältnis“ (Terzioglu, 2004, S.113) wird innerhalb der Beziehungsgestaltung zwischen Patientin und Arzt ausgelotet und die Bedürfnisse und Präferenzen werden berücksichtigt. Aushandlungsprozesse müssen nicht sofort geführt werden, sondern können sich allmählich entwickeln.

Ein weiterer Punkt zur Unterscheidung von chronischen und Akutpatientinnen ist der Informationsstatus. Um sich an einer Therapieentscheidung beteiligen zu können, brauchen die Patientinnen Informationen. Im Akutstadium der Erkrankung ist das Vorwissen meist noch defizitär und das Verstehen neuer Informationen ist erschwert, wohingegen chronische Patientinnen größtenteils ein immenses Wissen über ihre Erkrankung und deren Behandlungsformen besitzen (Caspari et al., 2006). Sie haben ihre Informationssuche sowie ihren Entscheidungsprozess routinisiert. Dabei beziehen sie in ihre Entscheidungsfindung vorwiegend mehrere Ärzte und ihr soziales Netzwerk mit ein. Der Entscheidungsdruck ist zwar immer noch vorhanden, aber man lässt sich mehr Zeit, die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlung in Hinblick auf bessere Lebensqualität abzuwägen. Akut erkrankte Frauen sprechen hingegen selten von Lebensqualität, hier steht das Überleben im Vordergrund. Erst mit längerer Krankheitsdauer werden Werte wie Lebensqualität oder Mitbestimmung wieder relevant.

Das Thema der Ungewissheit bleibt auch bei längerer Krankheitsdauer weiterhin vorhanden. Sie wird bei einigen chronischen Betroffenen sogar noch ausgeprägter realisiert und als Merkmal für die Krebserkrankung und deren Behandlung angesehen (z.B. Frau Gulsch). Die Auseinandersetzung mit der Ungewissheit besitzt dabei den Charakter eines Coping. Mit der Ungewissheit zu leben ist damit eine Aufgabe innerhalb der Krebserkrankung.

Obwohl sich SDM eher bei einer chronischen Erkrankung empfiehlt, (vgl. Charles et al., 1999a, 2000) werden wesentliche Therapieentscheidungen bei Brustkrebs innerhalb der Primärbehandlung gefällt. Beispielsweise entscheidet die Wahl des Behandlungsortes zum Teil über den Therapieerfolg (Richards et al., 1994). Die meisten Entscheidungen werden in der ersten Zeit der Erkrankung getroffen. Dies wird jedoch selten reflektiert. In der Rückschau bedauerten die Betroffenen, sich zu Beginn der Erkrankung nicht mehr Zeit für die Entscheidungen genommen zu haben. Aus diesem Grund ist eine Implementierung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung auch im akuten Stadium bedeutsam.

## 2. Erkrankungsart: lebensbedrohlich vs. nicht lebensbedrohlich

Bei der Einteilung „lebensbedrohlich vs. nicht lebensbedrohlich“ rücken folgende Themen in den Vordergrund: Diagnoseschock, Angst, Verantwortung und Entscheidungsdruck. Die Diagnose Brustkrebs löst bei den meisten Patientinnen einen Schock aus. So berichten einige Patientinnen, dass sie sich unter anderen Bedingungen an ihrer Therapie beteiligen wollten, sich aber in dieser „Ausnahmesituation“ nicht dazu in der Lage fühlten. Die Lebensbedrohung löst Ängste aus und verhindert das rationale Abwägen einer Therapieentscheidung. Informationen sind nicht nur hilfreich, sondern zugleich auch bedrohlich. Der Prozess der Informationsaufnahme kann nur parallel mit der Auseinandersetzung mit der Krankheit vollzogen werden. Die eigenen Ängste treffen dabei auf ein Medizinsystem, das die Bedrohlichkeit betont und die Befürchtungen weiter verstärken kann, indem schnelle Handlungsbereitschaft demonstriert wird. Gleichzeitig erleben die Betroffenen die Reaktionen im Umfeld. Diese sind bei einer Krebserkrankung häufig von Hilflosigkeit und Entsetzen geprägt. Die Ängste anzusprechen und innerhalb von SDM zu berücksichtigen war deshalb eine wichtige Forderung vonseiten der Befragten. Durch die von Ängsten und Ungewissheit geprägte Situation rückt das Konzept des „Vertrauens in den Arzt“ ins Zentrum einer Partizipationsmöglichkeit (vgl. Kap. 5.3.2).

Die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung erschwert die Mitentscheidung durch die damit verbundene hohe Verantwortung: Viele der Befragten fürchteten, eine Fehlentscheidung zu treffen. Brustkrebs und dessen Behandlung ist ein komplexes Gebiet, das nicht leicht zu verstehen ist, und selbst wenn eine informierte chronisch Betroffene alle Optionen begriffen hat, bleiben relevante Konsequenzen ungewiss. Das Risiko einer Fehlentscheidung ist hoch und deren potenzielle Auswirkung lebensgefährlich. Erst im Laufe der Zeit stellten die Befragten fest, dass die Verantwortung für jede Entscheidung ohnehin bei ihnen selbst liegt. Sie können zwar den Rat des Arztes miteinbeziehen, letztlich jedoch bleibt jede Entscheidung die ihrige. Die bewusste Trennung von Entscheidungs- und Verantwortungsthematik innerhalb von SDM ist daher ein notwendiger Prozessschritt.

Im PEF-Prozess-Modell (vgl. Giersdorf et al., 2004b) soll SDM zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft führen. Dies kann von den Beteiligten missverständlich interpretiert werden. Zum Beispiel scheuten in meiner Befragung primär Erkrankte eine Mitbeteiligung, da sie fürchteten, somit für die Behandlung mitverantwortlich zu sein. Chronisch vom Brustkrebs Betroffene hingegen lernten aus den Erfahrungen innerhalb des medizinischen Betriebes, dass sie mit ihrer Einwilligung zur Behandlung ohnehin die Verantwortung übernehmen. Wie das Kapitel „Analyse eines Aufklärungsgesprächs“ (5.5.3) jedoch zeigt, neigte der Arzt in diesem Fall dazu, eher ein Zuviel an Verantwortungsübernahme zu zeigen, was im weiteren Verlauf schwer aufrecht zu erhalten ist. Somit gilt es weniger die gemeinsame Verantwortung zu betonen, als vielmehr die jeweiligen Verantwortungsbereiche zu benennen und zu reflektieren.

In einer Studie in Hausarztpraxen reduzierte das Vorhandensein der Variable „Lebensbedrohung bzw. ernste Erkrankung“ den Beteiligungswunsch der befragten Patienten, wohingegen einfache Erkrankungen einen höheren Beteiligungswunsch zur Folge hatten (Schneider et al., 2006). Demgegenüber empfehlen Charles und Kollegen vor allem bei einer relevanten Ent-

scheidungsfindung ein Vorgehen nach SDM (Charles et al., 1999a, 2000). Vorstellbar ist ein Zusammenhang von Beteiligung und Krankheitsschwere, wobei beide Extrempole (eine nichtige Entscheidung bzw. eine lebenswichtige Entscheidung) eine Mitbeteiligung erschweren. Bei einer zu nichtigen Entscheidung wird eine Beteiligung als nicht notwendig erachtet, wohingegen bei einer lebenswichtigen Entscheidung zwar eine Beteiligung gewünscht, aufgrund der Lebensbedrohung, der Ängste und Beeinträchtigungen jedoch delegiert wird.

### 3. Setting: stationär vs. ambulant

Die psychischen Auswirkungen der Hospitalisierung von Patienten bei einer stationären Unterbringung wurden bereits Ende der Siebziger Jahre von Medizinsoziologen untersucht (z.B. Siegrist, 1976, 1978; Engelhardt et al., 1973; Rohde, 1970, 1975; Raspe, 1976). Die Patientenrolle wird vor allem in großen Krankenhäusern relevant, in denen die Patienten durch die Größe der Institution einen zusätzlichen Kontrollverlust erleben können. Neben dem Verlust von Autonomie, vertrauter Umgebung und Intimität ist der Patient im stationären Setting mit einem ganzen Behandlungsteam konfrontiert. Somit muss der Patient seine persönliche Situation und seine Präferenzen nicht nur gegenüber einem Vertrauensarzt deutlich machen; aufgrund der organisatorischen Bedingungen mit wechselnden Ärzten und vielzähligem Personal muss er die Kompetenz besitzen, seine Anliegen mehreren Personen gegenüber kontinuierlich zu vertreten. Dazu kommt, dass die Patienten während der operativen Behandlung ihren Körper vertrauensvoll in die Hände der Operateure geben müssen und sich somit psychisch eher auf die subjektive Aneignung der Patientenrolle und Anpassung einstellen als auf eine rationale und auf Patientensouveränität aufbauende Interaktion.

Die Patientenführung und -fügung ist innerhalb einer Klinik immer noch Standard (Laloušek, 2002a). Nur so können die medizinischen Abläufe ohne Störungen vollzogen werden. Beispielsweise wird selbstverständlich von Patienten erwartet, den Morgen auf die Arztvisite wartend im Bett zu verbringen. Sich bereithalten und zur Verfügung stehen sind wesentliche Aufgaben eines Krankenhauspatienten. In den Wartezeiten beschäftigt sich der Patient, diese Beschäftigung wird jedoch sofort unterbrochen, wenn das eigentliche Geschehen beginnt. Dabei wird häufig über den Patienten, aber nicht mit ihm gesprochen. Obwohl dieses tradierte Bild einer Visite heutzutage altmodisch erscheint, ist es weiterhin eine alltägliche Erfahrung. Viele Patientinnen verarbeiteten die Erlebnisse der Visite, indem sie es als ein großes Theater ansahen. Der Chefarzt mit Gefolge belagert das Zimmer, spricht über die linke Brust und verlässt nach einigen Minuten die Patientin wieder, die er meist genauso unwissend wie zuvor zurücklässt. Aber auch die Ärzte spielen dabei mit, zum Beispiel die jüngeren Ärzte, die mit Blickzeichen der Patientin zu verstehen geben, dass sie das gleich für sie übersetzen werden, oder mit einem Augenrollen signalisieren, nicht alles zu ernst zu nehmen. Gleichzeitig aber bestehen viele Hoffnungen auf die Chefvisite. Ergebnisse und Entscheidungen werden bis zu diesem Termin verschoben, Fragen werden aufgehoben. Deshalb werden Enttäuschungen nach der Chefvisite zu einem Ärgernis und belasten beide Parteien. Aus diesem Grund halten sich die Patientinnen weiterhin bereit, warten und hoffen auf relevante Informationen.

Die Situation im Krankenhaus manifestiert eher eine abhängige Haltung der Patientin, als eine Selbstbefähigung zu fördern. Autonomie und Selbständigkeit werden zwar unterstützt,

um Arbeitsabläufe ökonomischer zu gestalten. So verringern sich beispielsweise die Liegezeiten durch die Einführung des DRG, damit verbunden werden die Krebspatientinnen früher als bisher zur Selbständigkeit angeleitet. Die Pflege und Versorgung basiert zunehmend auf Selbstversorgung der Patienten, sobald sie bewegungsfähig sind. Selbstbefähigung auf einer kognitiven Ebene hingegen wirkt im medizinischen Ablauf weiterhin häufig störend.

Mit der Einweisung ins Krankenhaus verhalten sich die meisten Patienten zu dieser nicht explizit formulierten Verhaltensordnung konform. In dieser Situation ist man abhängig und benötigt Hilfe, dementsprechend will man nicht als schwierig oder kompliziert gelten. Man geht einen innerlichen Vertrag mit der Behandlungsstätte ein: das medizinische Personal bemüht sich um die bestmögliche Therapie, und der Patient bemüht sich, diese bestmöglich umzusetzen; die Rollenaufteilungen ergänzen sich dabei komplementär. Autonomie und Krankenrolle jedoch stehen sich dabei als widersprüchliche Konzepte gegenüber. Die „Abstimmung mit den Füßen“, die viele Patienten im ambulanten Setting wählen, um ihre Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung auszudrücken, ist bei einer stationären Aufnahme meist kein Mittel der Wahl. Nur sehr wenige Patienten wechseln, nachdem sie sich erst einmal für die Behandlung in der Klinik entschlossen haben, den Behandlungsort. Das stationäre Setting ist sicherlich ein schwierigeres Feld zur Implementierung von SDM als der ambulante Sektor. Die Aufklärungsgespräche werden häufig zu schnell in eine auf Konsens hin ausgerichtete Kommunikation gelenkt, um die geplante Operation durchführen zu können und somit handlungsfähig zu sein. Eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung, in der eine dialogische Auseinandersetzung stattfinden könnte, kann sich, wenn überhaupt, dann erst im Laufe der Zeit entwickeln.

Im ambulanten Sektor hingegen trifft SDM häufig auf offene Ohren, da zunehmend die Patienten die Ärzte nicht nur hinsichtlich ihrer fachlichen oder menschlichen Kompetenz auswählen, sondern auch die Beteiligungsmöglichkeiten in ihre Entscheidung einbeziehen.

#### 4. Therapieoptionen: medizinische Leitlinien vs. Therapievelfalt

SDM ist ein Verfahren, das vor allem auf der Vermittlung von äquivalenten Therapieoptionen basiert und mit der Entwicklung einer evidenzbasierten Medizin einhergeht. Bei der Erkrankung Brustkrebs gibt es eine Reihe an unterschiedlichen Behandlungsmethoden, die je nach Krankheitsstadium zum Einsatz kommen. Wie in den S3-Leitlinien ersichtlich (vgl. Kap. 3.2.1), gibt es gleichwertige Therapieoptionen, und somit rückt der Wunsch der Patientin in den Mittelpunkt. Es wird eine individuell auf die Patientin zugeschnittene Behandlung empfohlen, daher bietet sich die Therapie des Mammakarzinoms besonders für ein Vorgehen nach SDM-Kriterien an. Prinzipiell jedoch wird im Medizinsystem versucht, Entscheidungskriterien gemäß tumorbiologischer Kennwerte zu identifizieren, um so Handlungsleitlinien zu formulieren. Das Bestreben nach Leitlinien, Vereinheitlichung und Standardisierung („State of the art“) existiert dabei parallel zur Auffassung von einer individuellen Therapie bei Brustkrebs.

Diffiziler allerdings stellt sich die subjektive Repräsentation des Entscheidungsraumes bei den befragten Betroffenen dar. In einer Studie von Sepucha und Mulley weisen die Autoren darauf hin, dass bei der primären Brustkrebs Erkrankung beide Beteiligte (Arzt und Patientin) die Entscheidungssituationen nicht realisieren (Sepucha & Mulley, 2002). In meiner Befra-



gung erlebten die Interviewpartnerinnen das Aufklärungsgespräch häufig ebenso nicht als eine Entscheidungssituation, sondern als eine Aufklärung gemäß dem Informed Consent (vgl. Kap. 5.2.2.1).

Die Ungewissheit über die Entscheidung ist Kennzeichen der Krebserkrankung. Gerade bei Krebsbehandlungen rücken Themen wie Sicherheit vs. Unsicherheit in den Vordergrund. Die Kommunikation über die Behandlungsungewissheit stellt somit einen wesentlichen Punkt des Entscheidungsprozesses dar. Da es für den Einzelfall keine eindeutigen Aussagen über zu erwartende Behandlungserfolge geben kann und im Grunde somit immer Zweifel an einer Behandlungsentscheidung bleiben, muss gerade die Patientin die Entscheidung mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen abwägen, um auch zukünftig hinter ihrer Entscheidung stehen zu können. Auf Seiten der Behandler ist dazu ein großes Maß an Offenheit notwendig. Bestimmte Voreinstellungen gegenüber Behandlungen und persönliche Präferenzen sollten dargelegt werden. Wird SDM hingegen nur als eine Methode betrachtet, medizinische Inhalte zu transportieren – im Sinne einer Compliance –, findet kein wirklicher Austausch über Therapieoptionen statt.

## 6.2 Ablaufänderung der Beratungsgespräche

Vom ersten Verdacht bis zum Ende der Behandlung vollzieht sich parallel zur Diagnostik und Behandlungsplanung eine Reihe an Aufklärungs- und Beratungsgesprächen. Bislang sind diese zeitlich und inhaltlich wenig standardisiert, sondern werden vom jeweiligen Behandler gesteuert. In der Interviewstudie schilderten die Betroffenen dementsprechend sehr unterschiedliche Aufklärungserfahrungen. Zwei Beispiele, um dies zu veranschaulichen:

Zunächst eine Patientin, die unter der Dusche einen Knoten ertastet. Mit diesem Verdacht geht sie zu ihrem behandelnden Hausarzt. Dieser ist weder ein Spezialist für Brustkrebs, noch besitzt er die nötigen diagnostischen Apparate, bestätigt aber einen Tastbefund. Es ist Freitagnachmittag, er kann sie nicht weiterverweisen. Das Gespräch mit dem Arzt verläuft aus ihrer Sicht vorwurfsvoll, und sie fühlt sich danach völlig hilflos und „voller Panik“. Nach dem Wochenende begibt sie sich zu ihrem Gynäkologen, der ihren Verdacht durch eine Mammographieaufnahme erhärtet. Über die Erkrankung und deren Behandlung erhält sie jedoch weiterhin keine neuen Informationen. Zum Glück kennt sie eine Ärztin, die sie daraufhin anruft. Dort erfährt sie, wie der weitere Ablauf sein wird. Durch ihren Gynäkologen wird sie innerhalb einer Woche zur stationären Aufnahme überwiesen. Am Tag der Aufnahme erklärt der Stationsarzt ihr die Erkrankung und Therapiemöglichkeiten. Aus ihrer Sicht ist es das erste Mal nach zehn Tagen, dass ihre Ängste angesprochen werden und ihr mitgeteilt wird, was es an Behandlungsmöglichkeiten gibt. Am Nachmittag wird sie durch den Oberarzt aufgeklärt, der ihr mehr technisch den Vorgang einer brusterhaltenden Operation erläutert. Anschließend wird sie vom Anästhesisten und einem weiteren Stationsarzt über die Risiken eines operativen Eingriffs aufgeklärt. Am nächsten Vormittag findet die Operation statt. Die weitere Therapie wird ihr nach circa ein bis zwei Wochen mitgeteilt. Die Patientin erfährt von den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erst einen Tag vor dem ersten Eingriff.

Ein anderes Beispiel ist eine Patientin, die ebenfalls aufgrund eines eigenen Tastbefundes zu ihrer Gynäkologin geht. Diese erhärtet den Verdacht und spricht bereits über die eventuellen Therapien und den weiteren Verlauf. Sie überweist die Patientin zur Zweitbefundung und Diagnosesicherung an eine radiologische Klinik. Die Radiologie bestätigt die Verdachtsdiagnose durch die Mammographie und nimmt eine Biopsie. Ein ambulanter Gesprächstermin mit einem Gynäkologen wird vereinbart. Die Patientin erhält die Diagnosesicherung und ein Beratungsgespräch durch einen Arzt. Sie informiert sich zusätzlich bei einer Selbsthilfegruppe und erhält Berichte über unterschiedliche Erfahrungen mit den jeweiligen Therapien. Als sie nach circa einer Woche ins Krankenhaus aufgenommen wird, erläutert ihr der Stationsarzt das nachfolgende Procedere und erneut die Behandlungsmöglichkeiten. Nachmittags erhält sie das Aufklärungsgespräch durch den Oberarzt und die Risikoauflklärung und wird ebenfalls am nächsten Tag operiert.

Beide Patientinnen erhalten Aufklärungs- und Beratungsgespräche innerhalb der ersten beiden Wochen, nachdem sie einen Knoten in der Brust getastet haben. Trotzdem wird offensichtlich, dass unabhängig von der Person und der Erkrankung hier unterschiedliche Voraussetzungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung gestaltet werden. Diese werden nur aufgrund einer relativ geringen strukturellen Änderung im Ablauf der Beratungsgespräche erreicht. Indem das erste Aufklärungsgespräch in den ambulanten Sektor vorverlegt wird, erhält die Patientin die Möglichkeit, einige Tage vor dem Eingriff die Therapieoptionen für sich und mit ihren Angehörigen abzuwägen. Diese Ablaufänderung ist in Abb. 6.1 (siehe nächste Seite) idealtypisch dargestellt.

Durch die derzeitigen Qualifizierungsmaßnahmen bei der Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, wie beispielsweise Erstellung der S3-Leitlinien, Disease-Management-Programme (DMP) der Krankenkassen und Zertifizierung von Brustzentren, werden die Qualitätsansprüche an die Behandlung des Brustkrebs zunehmend standardisiert, dokumentiert und reglementiert. Diese Maßnahmen wurden maßgeblich von der konzertierten Aktion für Brustgesundheit angeregt, die bei der Erkrankung Brustkrebs eine Unter-, Über- und Fehlversorgung feststellte (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; 2001). Dieser Bericht und weitere Aktionen im Brustkrebsbereich lösten geradezu eine Flut an Qualifizierungsmaßnahmen aus. Inwieweit dies Vorteile in der Versorgung erbringt, wird sich erst in der Zukunft erweisen. So wird derzeit an den DM-Programmen massiv Kritik geübt. Zum einen erhöhen sie den Dokumentationsaufwand (Kritik der Ärzte), gleichzeitig orientieren sich diese Programme nur an den Mindeststandards für eine Versorgung (Kritik der Selbsthilfeorganisationen), besitzen eine geringe Patientenorientierung und Selbstbestimmung und sind an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen gebunden (Hölzel et al., 2004; Zaumseil et al., 2002).

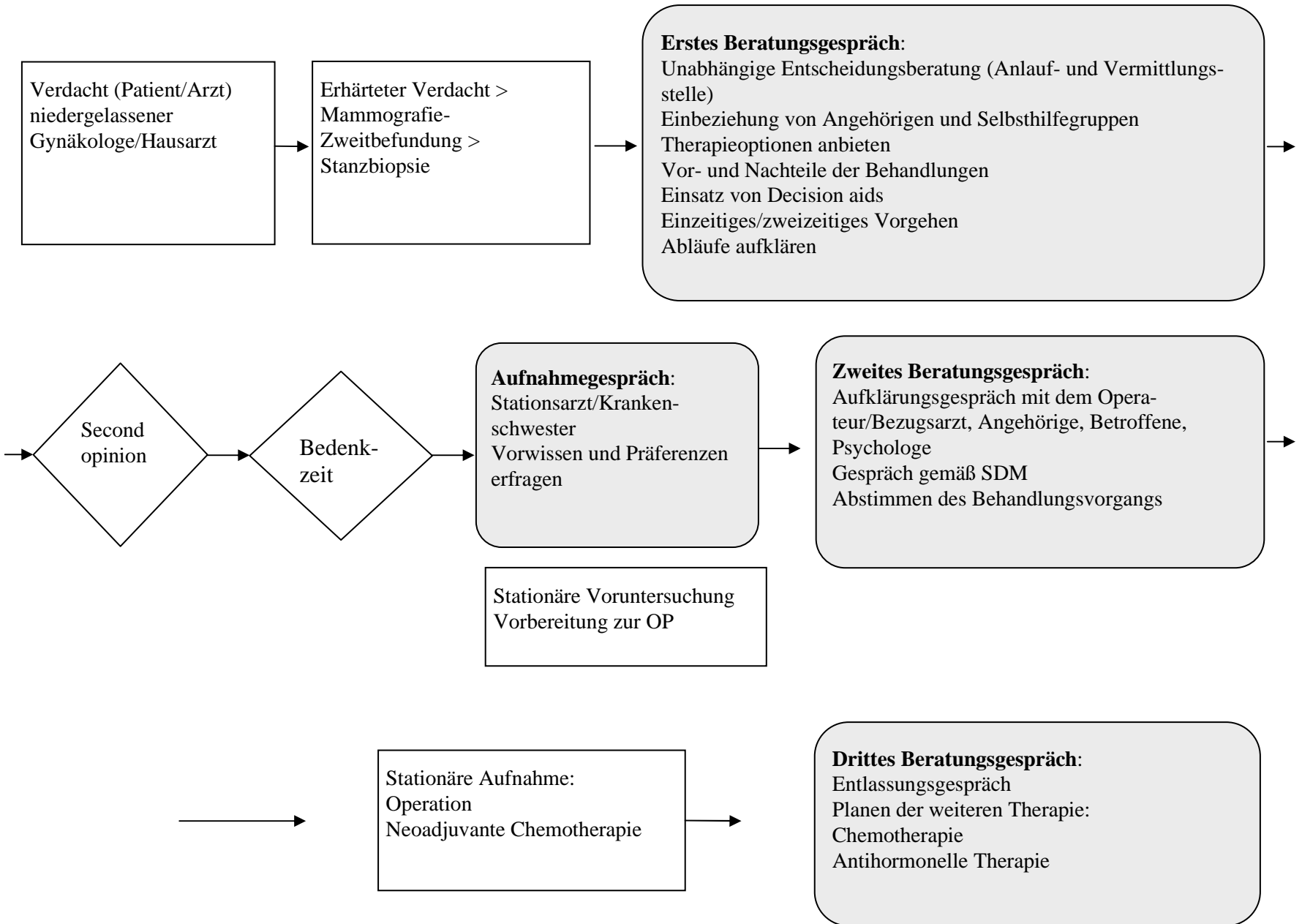


Abb. 6.1: Idealtypischer Ablauf der Beratungsgespräche

Kriterien einer verbesserten Versorgung sind beispielsweise die Zahl der durchgeführten Mammographien, der Operationen, die Zahl der brusterhaltenden Operationen, Erfahrungen mit der systemischen Therapie, die Kooperation in interdisziplinären Fachteams oder der Austausch über die Tumorpathologie in so genannten Tumorboards (vgl. S3-Leitlinien, Kreienberg et al., 2004). Strukturelle Veränderungen betreffen die Empfehlung der Diagnosesicherung durch eine Stanzbiopsie im Vorfeld der stationären Aufnahme und die kürzere Wartezeit auf den endgültigen Befund (höchstens eine Woche) (Kreienberg et al., 2004).

Hinsichtlich der Beratungsgespräche findet man in den S3-Leitlinien folgende Empfehlungen:

- Die Aufklärung soll umfassend und vollständig sein,
- sich an den Bedürfnissen der Frauen orientieren,
- die Aufklärung über Therapieoptionen und Alternativen, die Vor- und Nachteile und Nebenwirkungen beinhalten,
- eine Einschätzung über die Prognose geben,
- die Teilnahme an klinischen Studien ermöglichen,
- auf eine sozialrechtliche Aufklärung hinweisen,
- die Möglichkeit zur psychologischen Betreuung ansprechen,
- genügend Zeit für Entscheidungsprozesse einräumen,
- auf das Recht auf Nichteinwilligung hinweisen,
- den Wunsch nach weiterer Beratung und Zweitmeinung berücksichtigen.

(zusammengefasst nach den S3-Leitlinien, Kreienberg et al., 2004, S.62f)

Die Aufklärung sollte in einem patientenzentrierten Kommunikationsstil geführt werden. Dabei ist zu beachten: „der Wunsch nach Information und die Einbeziehung in medizinische Entscheidungen sind bei den betroffenen Patientinnen sehr unterschiedlich und können sich über die Zeit verändern [...]. Daher sind die Informationsvermittlung sowie die Einbeziehung in medizinische Entscheidungen während der gesamten Behandlungskette am Bedürfnis der Patientin und an den Erfordernissen der Therapie auszurichten“ (Kreienberg et al., 2004, S.63).

Trotz dieser relativ klaren Forderung nach einer patientenzentrierten Kommunikation, genügend Zeiträumen zur Entscheidung und nach Förderung der Einbeziehung von Patientinnen in ihre Therapieplanung sind die strukturellen Bedingungen der Beratungsgespräche bislang nicht verändert worden.

Die Auflagen der DM-Programme betonen ebenso die Beratungsgespräche, die zentrale Rolle der Kommunikation mit der Brustkrebspatientin und deren Anspruch auf Shared Decision Making (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2005). Doch lassen die vagen Empfehlungen weiterhin sehr viel Spielraum im Prozess der Aufklärung.

Eine einfache Veränderung wären hier ein oder zwei ambulante Beratungsgespräche im Vorfeld vor der stationären Aufnahme. Diese sind durch eine Wartezeit von mindestens zwei bis

vier Tagen voneinander zu trennen, damit die Patientinnen ausreichend Bedenkzeit erhalten. Der hier vorgeschlagene verbesserte Ablauf im Einzelnen:

Nach dem ersten Verdacht wird die Patientin zur Zweitbefundung in eine radiologische Abteilung überwiesen, die eine Stanzbiopsie durchführt. Liegt das Ergebnis vor, erhält die Patientin ein unabhängiges Beratungsgespräch.

#### Unabhängigkeit

Die Entscheidung über den Behandlungsort ist ein wesentlicher Entscheidungsschritt für die Qualität der und die Zufriedenheit mit der Behandlung. Deshalb sollte die Patientin im Vorfeld über die unterschiedlichen Behandlungsorte informiert werden. Dazu gehören Informationen über die Behandlungserfahrung, die Qualität der Behandlung (evtl. durch eine Rankingliste von Kliniken) und über die laufenden klinischen Studien. Die Erfahrungen anderer Brustkrebsbetroffener können an dieser Stelle schon miteinfließen.

Unabhängig sollten auch die gegebenen Informationen über die Behandlungsmethoden sein. Dazu können Entscheidungshilfen herangezogen werden. Eine völlig unabhängige Information kann aufgrund des Framing-Problems, also der jeweiligen Darstellung der Informationen (vgl. Kap. 3.1.3.2), nicht angeboten werden. Das gemeinsame Aushandeln der eigenen Voreinstellungen, Präferenzen und Wertvorstellungen bezüglich der Behandlung bildet somit den Prozess des Informationsaustausches zwischen den Gesprächspartnern („Two-way exchange“, vgl. Charles et al., 1999a, S.653).

#### Beteiligte

Zu diesem Gespräch wird nicht nur die betroffene Frau geladen, sondern werden explizit auch ihr Partner, Angehörige, Freunde, andere Betroffene und eventuell eine Psychoonkologin hinzugebeten – wen die Patientin an diesem Gespräch beteiligen möchte. Zum einen können Informationen während des Beratungsgesprächs häufig aufgrund der inneren Beteiligung und Aufregung nur teilweise aufgenommen werden. Durch einen späteren Austausch mit den Angehörigen können die vielen neuen und komplexen Informationen zusammengetragen werden, woraus sich meistens eine Reihe neuer Fragen entwickeln. Zum anderen sind in der Brustkrebsbehandlung Entscheidungen zu treffen, die nicht nur die Patientin für sich alleine fällt, sondern die auch vom Partner und der Familie mitgetragen werden müssen. Eine relativ frühe Einbeziehung ist deshalb sinnvoll.

Weiterhin kann ein Erfahrungsaustausch mit brustkrebsbetroffenen Frauen initiiert werden. Hier kann beispielsweise an das Projekt „Betroffene beraten Betroffene“, das von der Selbsthilfeorganisation „Brustkrebs-München e.V.“ an der Frauenklinik in Großhadern und der TU bereits implementiert ist, angeknüpft werden.

Das frühe Einbeziehen einer Psychoonkologin zeigte sich während der Studie ebenso als hilfreich, da gerade die Diagnosephase von den betroffenen Frauen als sehr belastend empfunden wurde.

### Bedenkzeit

Nur innerhalb eines verfügbaren Zeitraumes kann sich ein Entscheidungsfindungsprozess entwickeln. In der Diagnosephase können Informationen nur sukzessive gegeben, aufgenommen und verarbeitet werden. Die gemeinsame Aufklärungsarbeit verläuft entlang dieses Prozesses. Für eine Entscheidungsabwägung benötigt die Frau Zeit für die Auseinandersetzung mit der Diagnose, für die Informationssuche, Arzt- und Behandlungsortsuche und das gemeinsame Abwägen der Entscheidungen mit Angehörigen und Ärzten. Dieser Entscheidungszeitraum wird in vielen Qualifizierungsmaßnahmen für Brustkrebs formuliert, jedoch nicht genügend strukturiert.

In den Empfehlungen für eine qualifizierte Aufklärung wird der Zeitfaktor als notwendige Voraussetzung für die gemeinsame Entscheidungsfindung konstatiert (Degner, 2002). Jedoch bleibt die Ausformulierung auf einer optionalen Ebene. So wird innerhalb des DMP ein voroperationales Aufklärungsgespräch vereinbart. Wann dieses durchgeführt wird, bleibt dabei weiterhin offen (Kassenärztliche Vereinigung, 2005). Einige Brustzentren greifen diesen wichtigen Punkt auf und bieten ihren Patientinnen mittlerweile zwei vorstationäre Aufklärungsgespräche mit zeitlichem Abstand an (Ditz & Jung, 2006). Gerade der zeitliche Abstand schafft die Möglichkeit, über eigene Bedürfnisse und die erhaltenen Informationen zu reflektieren. Eine Aufklärung erst am Nachmittag vor der Operation blockiert eine wirkliche Entscheidungsfindung. Häufig reicht es auch nicht aus, wenn den Patientinnen mitteilt wird, dass ihnen noch Zeit zum Abwägen bleibt. Sind die Patientinnen schon auf Station, ist es schwierig, sich dem institutionellen Procedere zu entziehen; deshalb sollten Entscheidungszeiträume vorstationär installiert werden.

### Zeit im Aufklärungsgespräch

Die notwendige Bedenkzeit zur Entscheidungsfindung ist die eine Seite, die andere ist die Aufklärungszeit selbst. Charles et al. (1999a) bemerken, dass ein SDM-Vorgehen höchstwahrscheinlich mehr Zeit benötigen wird: „Because the information exchange is two way rather than one way, as are processes of deliberation and decision-making, this approach is likely to take more time than either the paternalistic or informed approaches, each of which requires less interaction and consensus building“ (Charles et al., 1999a, S.655). Die von uns beobachteten Aufklärungsgespräche dauerten zwischen 10 und 30 Minuten, bei den meisten jedoch wurde innerhalb einer Viertelstunde ein „Konsens“ erreicht. Wie schon beschrieben, handelt es sich aber nicht nur um ein Aufklärungsgespräch, vielmehr werden zahlreiche unterschiedliche Gespräche geführt (bei Diagnose, Aufnahme, nach der Operation, nach dem histologischen Befund etc.). Der Verdacht, dass zu Beginn eher kurz gehaltene Aufklärungen im Nachhinein ein Mehr an Zeit benötigten, wurde von den beteiligten Akteuren geäußert (Ärzte, Experten und Betroffene). Doch der Nachweis solcher Vermutungen ist aufwendig. Wie Langewitz zeigte, ist es häufig auch weniger die objektive Aufklärungszeit, die sich verändert, als das subjektive Zeitempfinden der Aufklärer, indem sich ihre Zuhöreranteile im Gespräch vergrößern (Langewitz, 2002). Ob SDM letztlich unter ökonomischen Gesichtspunkten im Medizinsystem sinnvoll ist, bezweifeln einige SDM-Forscher (Scheibler et al., 2005), und eine Überprüfung in der Praxis ist aufgrund der Komplexität der Materie schwierig (Graham et al., 2003). Trotzdem spielen diese Themen für die Implementierung in der

Praxis eine Rolle. So wird beispielsweise für ein Aufklärungsgespräch innerhalb des DMP 30 Euro veranschlagt, für zwei Folgegespräche (Aufklärung über die Histologie und Nachsorge) werden jeweils 15 Euro berechnet (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2005). Damit wird letztlich die Wertigkeit der Kommunikation deutlicher dokumentiert als mit der sehr ausführlichen Auflistung von notwendigen Beratungsinhalten, die mit der Patientin gemeinsam besprochen werden sollen.

### 6.3 SDM als Interaktionsmodell

Charles et al. bezeichnen SDM als Interaktionsmodell (Charles et al., 1997). In einer Konkretisierung dieses Modells werden vor allem die dynamischen Prozesse dieser Interaktion hervorgehoben (Charles et al., 1999a). Der zentrale Punkt ist der „two-way exchange“. Im Austausch der beiden Akteure liegt für Charles und Kollegen das Shared Decision Making. In diesem Austausch werden Informationen, Präferenzen, Werteinstellungen, Lebensstil etc. (Charles et al., 1999a, S.654) gemeinsam ermittelt und ausgehandelt. Dabei betonen die Autoren, dass erst durch die Einbeziehung der Patientensicht ein „two way exchange“ stattfindet. Die Darbietung von Optionen und eine Mitentscheidung allein reichen demnach nicht aus, um von SDM zu sprechen. Für Charles und Kollegen können Optionen weiterhin innerhalb einer Einwegkommunikation dargeboten werden, die für die Autoren Kennzeichen eines paternalistischen Interaktionsstils ist. Ob eine Entscheidungsdelegation ein SDM darstellt, bleibt auch für die Autoren eine offene Frage. Finde jedoch zuvor ein Austausch gemäß eines „two way exchange“ statt, könne man eine anschließende Delegation als SDM bezeichnen (Charles et al., 1999a).

Folgt man dieser Auffassung, dann liegt in der konsequenten Sicht von SDM als Prozess also der Schlüssel zu dessen Umsetzung. Innerhalb einer SDM-Interaktion werden demnach die Präferenzen der Akteure gegenseitig mitgeteilt und ausgehandelt. Der Begriff „Präferenzen“ wird in der Entscheidungsforschung für die bevorzugte Wahloption verwendet und vermittelt ein Bild, in dem die Akteure sich ihrer Präferenzen bewusst sind und diese nur dem Gegenüber mitteilen müssen. In der Analyse der Entscheidungsprozesse jedoch verbergen sich hinter den so genannten Präferenzen unterschiedliche Dimensionen: Ängste, Bedürfnisse, Lebensvorstellungen, Wertvorstellungen, subjektive Krankheitstheorien, Lebenswelten oder Erfahrungen mit dem Medizinsystem. Fragt man Patientinnen nach Präferenzen, werden meist zunächst nur die offensichtlichen genannt (z.B. Überleben, schnelle Tumorentfernung, Brusterhaltung). Daneben existieren aber auch latente „Präferenzen“, die den Entscheidungsfindungsprozess gestalten, z.B. Vorerfahrung mit Krebserkrankungen oder die spezifische Lebenssituation (Versorgung eines kranken Ehepartners oder kleiner Kinder). Während Ersteres, also die offensichtlichen Präferenzen, teilweise Gegenstand der Aufklärung war, fand beispielsweise die Lebenswelt der Patientin und ihre persönliche Sichtweise wenig Berücksichtigung. Die Ermittlung der Präferenzen in einem umfassenden Sinne sollte somit Teil des Austausches innerhalb einer SDM-Interaktion sein.

Die Präferenzen der Behandler basieren einerseits auf den medizinischen Leitlinien, sind aber auch Ausdruck einer persönlichen Voreinstellung gegenüber den Behandlungen (vgl.

Fallowfield et al., 1990, 1994). Die Offenlegung der persönlichen Voreinstellungen der Behandler sollte ebenso Teil des Austausches sein, wenn nicht explizit, so doch als Reflexion über den Entscheidungsprozess. Durch eine Reflexion und Offenlegung der Präferenzen wird die Entscheidungsfindung transparent.

Transparenz der Entscheidungskriterien ist eine Voraussetzung für einen gemeinsamen Entscheidungsprozess (Sepucha & Mulley, 2002), eine andere ist die grundsätzliche Bereitschaft zu einem offenen Ausgang. SDM kann in einer Interaktion nur realisiert werden, wenn beide Akteure im Prinzip bereit sind, das Gegenüber verstehen zu wollen und seine Präferenzen miteinzubeziehen. Ein Entscheidungsfindungsprozess, in dem einer oder beide Partner eine bestimmte Vorstellung vom Ausgang der Interaktion verfolgen, schließt SDM aus.

Hier unterscheidet sich eine SDM-Interaktion maßgeblich von der Vermittlung einer evidenzbasierten Medizin. Diese kann aufgrund der Datenlage äquivalente Therapieoptionen beinhalten, die dahinterstehende Logik hingegen beruht auf einem Ausschlussverfahren und zielt auf das Anstreben einer optimalen Wahl aufgrund medizinischer Evidenz. Diese Vermittlung ist, wie Bensing aufzeigt, arzt-, medizin- und krankheitsorientiert (Bensing, 2000, 2006). SDM hingegen offeriert ein Vorgehen, in dem die Optionen verhandelt und erst durch die Sicht des Patienten vervollständigt werden. Die grundsätzliche Bereitschaft zu einem offenen Ausgang wird in der SDM-Forschung jedoch nur selten explizit benannt, am ehesten in den Ausführungen von McNutt (McNutt, 2004).

Eine weitere Voraussetzung zur Umsetzung des Interaktionsmodells SDM, die an die zuvor beschriebenen anknüpft, ist die der Perspektivübernahme. Die Darlegung äquivalenter Therapieoptionen, der Präferenzen und des First Choice kann in einem unidirektionalen Weg geschehen. Erst mit einer Perspektivübernahme des Gegenübers durch die Beteiligten jedoch ist ein „two way exchange“ möglich.

In der Analyse der Aufklärungsgespräche wird das Gespräch erst ab dem Moment zur gemeinsamen Interaktion, als die Akteure versuchen, die Perspektive des Gegenüber zu verstehen (siehe z.B. Kap. 5.4.3). An diesem Punkt der Perspektivübernahme kippte das Gespräch von einer Belehrung oder einer Überzeugungsrede in eine gemeinsame Kommunikation. Im onkologischen Aufklärungsgespräch war dies eng verknüpft mit dem Wahrnehmen von Ängsten. Es kann jedoch vermutet werden, dass für eine SDM-Interaktion generell eine Perspektivübernahme von relevanter Bedeutung ist. Bisher fehlen aber konkrete Ausformulierungen einer SDM-Interaktion (Elwyn et al., 2001b; Charavel et al., 2001).

Stellt man den Zweiwege-Austausch ins Zentrum des Modells, sind somit folgende Punkte zu berücksichtigen:

- SDM ist ein Aushandlungsprozess
- Kennzeichen von SDM ist dieser dynamische Prozess und weniger die gemeinsame Entscheidung
- Präferenzen sind Bedeutungsinhalte, die von den Beteiligten kommuniziert werden
- grundsätzliche Bereitschaft zu einem offenen Ausgang
- gegenseitige Perspektivübernahme



Ob eine SDM-Interaktion stattfindet, misst sich demnach weniger an der gemeinsamen Entscheidung, sondern eher am gemeinsamen Interaktionsstil.

Führt man diesen Gedanken konsequent fort, liegt hierin der so genannte Paradigmenwechsel, der gerne als Effekt aus der Einführung von SDM zitiert wird. Dieser Paradigmenwechsel zeigt sich in einer Patientenzentrierung und einem Diskurs über Definitionsmacht (vgl. Anselm, 2003; Seckinger, 2006). Denn wenn beide Parteien gleichberechtigt sind und die Haltung einer grundsätzlichen Bereitschaft zu einem offenen Ausgang einnehmen, kommt es zwangsläufig zu einer Veränderung in der Beziehungsgestaltung. Wenn hingegen SDM als Vehikel genutzt wird, um nur medizinische Informationen zu vermitteln und somit zu einer optimaleren Entscheidung zu gelangen, werden durch das Konstrukt SDM nur alte Rollenmuster weiter verfestigt.