

5.4 Das Konstrukt SDM aus Sicht der Ärzte

Die derzeit entwickelten Modelle von SDM beschreiben das Vorgehen mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung meistens aus der Perspektive des Behandlers (vgl. Kap. 3.1.2). Während Elwyn und Kollegen (vgl. Elwyn, 2001b) ihr Prozessmodell in Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinern entwickelten, wird in den meisten Studien die Sichtweise der Ärzte nicht mit erhoben. Ob und inwieweit Ärzte ein Vorgehen nach SDM in ihrer Praxis wünschen und was sie unter Shared Decision Making verstehen, wurde bislang zu wenig untersucht (vgl. Scheibler, 2003b). Möchte man jedoch SDM in die Praxis implementieren, sind es gerade die Ärzte, die dies ermöglichen bzw. behindern können. Alleine schon deshalb ist es notwendig, ihre Perspektive zum Konstrukt SDM zu erfahren. Bringt eine Umsetzung von SDM nach Überzeugung der Ärzte ihnen nur Nachteile, wird sie nur schwer gelingen. Daraus ergaben sich die leitenden Fragen: Was versprechen sich die Mediziner von SDM, was verstehen sie unter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, was sind die Ziele von SDM und wie stellen sie sich eine Implementierung in der Praxis vor?

5.4.1 Zugang zu den Ärzten

In diesem Zusammenhang wurden sechs Ärzte (drei Oberärzte, ein Facharzt, zwei Ärzte im Praktikum) aus dem Untersuchungsfeld sowie zwei Onkologen aus externen Einrichtungen befragt. Die Befragung wurde nach diesen acht Interviews jedoch abgebrochen, da der Zugang aufgrund von Wartezeiten als zu aufwendig erschien (vgl. Kap. 4.3.1).

Merkens sieht in der Zugänglichkeit von Personen ein wesentliches Kriterium für die Aussagekraft der Studie (Merkens, 2003, S.286). Bedeutung erlangen somit auch Verweigerungen und Hindernisse im Feld, da sie häufig systematischer Natur sind. Nichteinbeziehung verfälscht die Ergebnisse in eine bestimmte Richtung. Deshalb sollen an dieser Stelle kurz die Fallauswahl und der Zugang zu den Ärzten beschrieben werden.

Interviewt werden sollten vor allem die Oberärzte im Feld, da sie die Entscheidungsträger auf Station sind. Vorgespräche der Patientinnen und Stationsärzte müssen vor der Behandlung stets mit dem diensthabenden Oberarzt abgeklärt werden. Deshalb schienen die Oberärzte mir die besten Repräsentanten für die beabsichtigte Untersuchung zu sein. Ich sprach also zunächst einen Oberarzt an, der bei der Entwicklung der Studie involviert war. Für das Interview verwies er mich jedoch zuerst an zwei AiPler, die ich dann auch befragte. Erst im dritten Anlauf und nach mehrmaligen Terminverschiebungen konnte ich den Oberarzt interviewen. Die schwere Erreichbarkeit der Ärzte wurde somit symbolisch für das Feld – es erging mir ähnlich wie den Patientinnen, die teilweise die schwere Erreichbarkeit der Ärzte beklagten.

Die Ärzte setzen die Prioritäten, für welche Aufgaben und Gespräche noch Zeit bleiben. Die Entscheidungskriterien dabei sind nach Notwendigkeit und durch institutionelle, hierarchische Bedingungen strukturiert. Das bedeutet: Notfälle, OP-Besprechungen, lebensbedrohliche Situationen haben Vorrang, ebenso wie in der Hierarchie höher gestellte Gesprächspartner. Deutlich wurde dies auch in den Gesprächsunterbrechungen. So wurden Gespräche

wesentlich häufiger durch Ärzte in einer leitenden Funktion und durch Notfälle unterbrochen als durch Rangniedere. Aufgaben und Gespräche, die für weniger relevant eingeschätzt werden, wurden an Rangniedere weitergegeben. Der Stellenwert von SDM im Allgemeinen und meiner Studie im Besonderen wurde somit in der Delegation des Interviews an die AiPler sichtbar, im Gegensatz zur häufigen Betonung der Relevanz dieses Projekts.

Die Motive zum Vermeiden und Hinausschieben des Interviews sind aber nicht nur als ein Zeichen der geringen Relevanz, die der Studie beigemessen wurde, zu deuten. Gleichermaßen können sie gerade auf die hohe Bedeutung des Themas hinweisen. Aufklärungsgespräche und die Kommunikation mit den Patientinnen im gynäkologisch-onkologischen Bereich besitzen heutzutage eine gewisse Brisanz. Beide Seiten (Arzt und Patientin) klagen über eine starke Belastung durch die Aufklärungsgespräche (Kerr et al., 2003; Ramirez et al., 1995; Maquire et al., 2002; Fallowfield et al., 2002; Runge et al., 2004). Innerhalb einer Institution herrscht eine bestimmte Aufklärungskultur, die sich über die Jahre hinweg etabliert hat. Diese Aufklärungskultur wird nicht gelehrt, sondern durch das Lernen am Modell von Ranghöheren adaptiert. Neben dieser institutionellen Aufklärungskultur und dem rechtlichen Rahmen spielen für das einzelne Gespräch vor allem die Fähigkeiten und Fertigkeiten des einzelnen Arztes eine Rolle. Damit bleiben für Themenbereiche wie Patientenmitbeteiligung jedem Arzt gewisse Spielräume, die nicht durch Vorgaben strukturiert sind und Platz für eigene Einstellungen und Vorstellungen lassen. Darüber zu sprechen wurde möglicherweise als unangenehm betrachtet und vielleicht deshalb gerne vermieden.

Im Folgenden werden die Perspektiven der Ärzte dargestellt – deren Auswahl beschränkt sich, wie beschrieben, nur auf die verfügbaren Interviewpartner. Zunächst werden Konzepte behandelt, die in allen Interviews auftauchten, anschließend spezifische Themen, die von einzelnen Ärzten angesprochen wurden.

5.4.2 SDM als Vehikel bei unklaren Fällen und je nach Evidenzlage

I.: Wo siehst du dann den Shared-Decision-Making-Ansatz für Brustkrebspatientinnen?

A.: Das sind eben genau die Punkte, wo es eben kein eindeutiges, klares medizinisches Vorgehen gibt, das ist zum einen In-situ-Karzinome, wo eben die Frage ist: Brusterhaltung ja, nein, das ist die Frage ehm, Grenzbefunde, wo eine Brusterhaltung noch möglich ist, im Verhältnis zur Brustamputation bei invasiven Karzinomen, auch hier wird zum Beispiel, wenn eine ausgedehnte In-situ-Komponente vorliegt, bei mehreren Nachresektionen und so weiter, was es da so alles gibt. Das ist bei der Frage des Brustwiederaufbaus, sicher, das ist die Frage, die in Zukunft mehr an Bedeutung gewinnen wird, der Sentinellymphonodektomie, wo man also auch die derzeitige Datenlage darlegen muss und die Patientin auch da wieder in eine Situation zu bringen, um zu entscheiden, was möchte ich, das bisherige Standardvorgehen mit kompletter Lymphonodektomie mit eventuell größerer Morbidität oder die Sentinellymphonodektomie mit geringerer Morbidität, aber einer gewissen Unschärfe, was die diagnostische Aussagekraft angeht. [...] Also ich denke mal, dass das so die wichtigsten Ansatzpunkte sind, an der normalen Entfernung eines Brustkrebsknotens, dann macht es ja sicherlich keinen Sinn, mit der Patientin zu diskutieren, nehmen wir jetzt den Brustkrebs raus oder nicht oder tun wir erst bestrahlen oder noch mal stanzen, wenn die

Histologie schon vorliegt, da ist dann, glaube ich, das wäre dann ja falsch verstanden, glaube ich. (Dr. Kaufmann, A2, 78-98)

Also, bei Mammakarzinom ist eine Besonderheit, dass es in vielen Fragen keinen Idealweg gibt, wie bei manchen anderen Krankheiten, und für eine Tumorerkrankung ein relativ weites Spektrum an Therapiemöglichkeiten: Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie, Hormontherapie – bei der Mehrzahl der Patientinnen sind erst mal alle vier dieser verschiedenen Therapiemodalitäten möglich. Und für jede dieser Therapiemodalitäten gibt es verschiedene Optionen. Vorteilhaft für die Therapie, weil man sehr flexibel ist. Nachteil, dass keine Therapie so ideal ist, dass sie ein absolutes Muss ist. Bei einer Patientin, die in einer potenziell heilbaren Situation ist, ist nach dem derzeitigen Wissen recht klar, dass sie operiert werden sollte, um den Tumor zu entfernen. (Dr. Keller, A3, 19-28)

Um eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Patientin zu initiieren, werden Therapieoptionen benötigt. Diese Voraussetzung wurde nicht nur von den Forschern konstatiert, diese Sichtweise findet sich auch in den Arztinterviews wieder. Je klarer Leitlinien eine Handlungsmaxime in der Therapie vorgeben, desto geringer ist nach Meinung der Ärzte der Mitentscheidungsspielraum für Patientinnen, ebenso wie für die Ärzte selbst.

Innerhalb der Brustkrebstherapie existieren zwar Leitlinienformulierungen, aufgrund einer mangelnden Evidenz der vorliegenden Daten bzw. der Äquivalenz der Therapieoptionen rücken Patientinnenwünsche aber zunehmend in den Vordergrund. Veranschaulicht soll dies durch folgendes Beispiel werden: Seit 2005 werden die Patientinnen mit einem primären Mammakarzinom in drei unterschiedliche Risikogruppen unterteilt (Goldhirsch et al., 2005). Aufgrund der Tumorbiologie und so genannter Risikofaktoren wie z.B. Lymphknotenbefall, Hormonrezeptorstatus, Alter und Tumorgröße versucht man ein Risikoprofil der Patientin zu erstellen. Diese Einteilung soll vor allem die weiterführende Systemtherapie (Chemotherapie und Anti-Hormontherapie) leiten. Als Leitlinie gilt derzeit, dass bei Patientinnen mit einem Hormonrezeptor-positiven Befund und geringem Risiko (kein einziger Risikofaktor darf vorhanden sein) keine zusätzliche Chemotherapie induziert ist, sondern nur eine Empfehlung für eine Anti-Hormontherapie gegeben wird. Bei Patientinnen mit einem hohen Risikoprofil bzw. einem hormonunabhängigen Tumorbefund wird hingegen eine Chemotherapie empfohlen. Bei Patientinnen, die einem mittleren Risiko zugeordnet wurden, bestimmen zusätzliche tumorbiologische Kennwerte (z.B. spezifische Tumormarker) die Empfehlung; bei dieser Gruppe wird ausdrücklich auf den Patientinnenwunsch hingewiesen.

Der Patientinnenwunsch rückt somit bei unklarer Befundlage in den Mittelpunkt. Patientinnen werden also miteinbezogen, wenn die Evidenzlage unklar oder eine Zuordnung des Risikos erschwert ist. Gleiches gilt, wenn der Tumor schwierig zu klassifizieren ist, keine klinischen Studien für diese Gruppe von Patientinnen existieren (z.B. bei älteren Patientinnen) oder bei fehlenden Langzeitergebnissen (z.B. neoadjuvante Chemotherapie).

Wie in den beiden Zitaten zu Beginn dieses Abschnitts zum Ausdruck kam, werden Leitlinien zudem von den Ärzten unterschiedlich streng interpretiert. Aufgrund ihrer Erfahrung einer stetigen Weiterentwicklung der Leitlinien nehmen häufig die erfahreneren Ärzte mehr Spielräume wahr als Kollegen, die neu in diesem Bereich tätig sind.

5.4.3 Steht die medizinische Handlungsorientierung im Widerspruch zu SDM?

Leitlinien und wissenschaftliche Studienergebnisse sind nach medizinischer Sichtweise handlungsleitend für die Entscheidungsfindung des Arztes. Der Patientenwunsch rückt bei klar vorgegebenen Leitlinien eher in den Hintergrund, außer wenn die Leitlinien ausdrücklich mehrere Möglichkeiten formulieren. Als ähnlich begrenzt beurteilen Ärzte die Entscheidungsräume bei Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung und bei Patientinnen mit einem hohen Risiko. Zum Beispiel wird in der Praxis Patientinnen mit einem geringen Risiko eher eine zusätzliche Chemotherapie empfohlen als Patientinnen mit hohem Risiko keine Chemotherapie. Bei diesen Entscheidungen steht neben dem medizinischen Ethos, lebenserhaltende Maßnahmen zu fördern, die Furcht vor rechtlichen Konsequenzen im Vordergrund. Ein Onkologe erklärt diesen Sachverhalt folgendermaßen:

I.: Was meinten Sie mit Interessenlage?

A.: Dass Tun mehr geschätzt wird als Nichtstun.

I.: Weil es honoriert wird?

A.: Honus heißt die Ehre, Sie wissen das. Ich will es mal allgemein sagen, nicht wegen dem Honorieren allein, die Kollegen in den Kliniken haben in der Regel Festgehälter, sondern es ist schon das Image der Medizin. Das Image der Medizin ist ein ganz handlungsbereites, und wenn jetzt auch der Vorteil des Patienten nur 10 Prozent ist, wie man das auch für das Individuum gewichten will. Und wenn der Schaden für ihn gering ist, der potenzielle Schaden, also fast keine Belastung und dafür 10 Prozent Vorteil gegenüber einem anderen Patienten, dann ist es für einen Mediziner ein erstrebenswertes Ziel, ihm diese 10 Prozent zuzufügen. Glaube schon, dass ich uns da so richtig verstehe.

I.: Es ist eine starke Handlungsorientierung, immer was zu tun.

A.: Durchaus, aus vielen Gründen, die Gründe muss man extra noch mal hinterfragen, jedenfalls ist das so das Ist-Image der Medizin, eigentlich so, das Risiko minimieren und den Erfolg stabilisieren ist schon etwas sehr Handlungsorientiertes.

I.: Was könnten Gründe sein? Es ist jetzt ganz allgemein ...

A.: Na ja, die Gründe sind zum Teil hautnah, also das habe ich heute, ich kriege so telefonische Anfragen oder so. Und nehmen wir den letzten Fall, ein Kollege ruft an, er hat einen Dickdarmkrebs und eine Metastase in der Leber, die ist operiert worden, was jetzt? Darüber gibt es keine guten Daten, aber ich habe gesagt, da gibt es keine Daten und ich würde jetzt darauf hoffen, dass es nicht wiederkommt. Und das hat sich damit, aber wir wissen natürlich, dass da ein Mords-Risiko ist. Ja, sagt er, der Kollege in UUK aber, und dann höre ich, dass er den auch schon gefragt hat, der hat gesagt, jetzt 6 Monate Chemotherapie, dann ist das Risiko noch geringer, dass was wiederkommt. Obwohl es dafür keine Statistik gibt, sondern das ist eine Option, entsteht nun die Situation, wenn er meinem Rat folgt und nichts tut und es kommt mal wieder was, dann heißt es, der da in GGL hat damals versäumt, was zu machen. Wenn er was macht und es kommt mal was, heißt es, es ist trotz aller Anstrengungen wieder was gekommen. Und das geht heutzutage bis ins Juristische, dass Sie manche Maßnahmen hinterher fast einklagen können.

I.: Also die Rechtslage auch, dass man verantwortlich für die Behandlung ist.

A.: Man ist verantwortlich. Und man hat einen Ruf und fürchtet die Nachrede. Und alles getan zu haben, ist immer besser als Gottvertrauen als Parole, ist ein wichtiges Fakt in der Entscheidungsfindung. (Prof. Tiersch, E1, 385-417)

Für den Arzt spielen dabei folgende Faktoren eine Rolle:

A.: Dann heißt das, diese Situation können wir eigentlich nur bessern, wenn wir Ihnen chemische Behandlung geben würden. Die kann das und das, und die macht das und das an Nebenwirkungen – verkürzt mal – können Sie das akzeptieren? Das ist die vielleicht etwas patriarchalische Form des Angebotes, und wir erleben es bei 10 Prozent, also jeder zehnten Patientin, dass sie sagt, nein, das um keinen Preis, ich will nicht meine Haare verlieren, ich will nicht Übelkeit haben, das steht nicht dafür. Und dann ist diese sicher nicht unwichtige Frage, können wir das überhaupt akzeptieren? Reden wir ihr das nicht wie so eine Art Marktverkäufer aus, nicht, da liegt für uns das Problem. Weil es natürlich wahnsinnig schwer ist, nichts zu tun, das ist doch das zweitschwerste, und das erstschwerste, das ist viel leichter. Das heißt, das bedeutet ja, dass wenn jemand in einer bedrohlichen Situation ein Therapieangebot nicht annimmt, dann bedeutet das, dass man gar nichts sagen kann, als traurig-empathisch zu sein. Und aber ich gebe zu, dass es wirklich so eindrucksvoll achtenswerte Positionen auf diesem Sektor gibt, dass man dann traurig-empathisch Auf Wiederschau sagt. Natürlich ist es klassisch, dass man anbietet, wenn Schmerzen kommen, wenn dies und wenn das kommt, wir sind sozusagen wie eine Tankstelle immer da. Aber da merke ich, dass solche Situationen, wo der Patient ein starkes Gewicht in der Entscheidungsfindung selber einbringt, sind meistens nicht Primärsituationen, sondern sind Situationen, wo er schon eine Medizinkarriere hinter sich hat.

I.: Wo er sich dagegen entscheidet ...

A.: Erstens, wo er weiß, wie stark Mediziner sind, wie stark Medizin ist. Und auch, wie wenig es ihm geholfen hat, es gibt diese doch grausamen Krankheitskarrieren, wo es über 2-3 Jahre geht, mit immer wieder einem Stoß, immer wieder einem Rückfall und immer wieder einem Stoß. Und die Kraft, da das Decision Making zu beeinflussen, wächst bei vielen Patienten naturgemäß während dieser Erfahrung und dieser Karriere. Und da werden auch am Anfang, sind die Doktors auch ganz optimistisch, dass sie was erreichen können, schauen Sie, das ist ja der Witz, da hast du was vor Augen, 'ne Ansprechrare, und wenn's nur 30 Prozent wäre, das heißt, diese Patientin soll eine sein, die zu diesen 30 Prozent gehört, und wenn sie dann sagt, ich will das erst gar nicht ausprobieren, dann kommt es einem schon so vor, als verschenkt sie 'ne tolle Chance. Also können wir das, am Anfang würden wir ihr das nicht leicht machen, die Entscheidung anders zu wollen, als wir sie hier vorschlagen, würden wir ihr nicht leicht machen. Im Verlauf, da lernen alle dazu, da lernen die Ärzte dazu, wer ist diese Patientin eigentlich, und kann sie das auch wirklich gut verarbeiten, dass sie jetzt nichts tut oder so, aber das ist sicher ein interessanter Faktor, so die Frage der Situation in der Krankheit. (Prof. Tiersch, E1, 242-274)

Demnach ist die Medizin eine handlungsorientierte Wissenschaft und Profession. Forschung, Lehre und Praxis unterliegen dieser Maxime. Das Ethos besteht darin, zu helfen und zu heilen. Jegliches Tun gehorcht einem Nutzwert. In der täglichen Praxis müssen schnelle Entscheidungen und Handlungen erfolgen, dies gilt vor allem im stationären Bereich. Abwarten, Beobachten, Nichthandeln dient nur bei Problemlagen, in denen noch keine Handlungsrichtung erkennbar ist – ein Zustand, der möglichst vermieden wird.

Handlungen bzw. Behandlungen bei einer Krebserkrankung bedeuten für Arzt und Patientin, dass es noch Aussicht auf Heilung gibt. Nichtbehandlung bedeutet: Die Patientin ist ein hoffnungsloser Fall. Holmberg schreibt dazu: „Um als Arzt Hoffnung zu vermitteln, muss damit eine biomedizinische Handlung, eine Therapie, einhergehen. Auch für die Ärzte muss

es noch Hoffnung auf Heilung der Patientin geben. Sie müssen, um selbst als Ärzte handlungsfähig zu bleiben, auch sich selbst eine Geschichte erzählen, die Hoffnung enthält. [...] Diese Ausrichtung hat die große Geschichte der Krebskrankheit auch im Reden über die Forschung: Jetzt gibt es noch keine richtige Therapie, aber es wird daran gearbeitet und in der Zukunft wird es das geben.“ (Holmberg, 2005, S.162f.).

Dazu ein Arzt im Interview:

Also ich glaube, dass man da einiges, wobei da auch nicht jede Patientin zugänglich ist, viele werfen sich ja sozusagen in die Angst rein, dass man das also kaum durchbrechen kann, aber eins ist sicher, dass man ihnen Informationen bietet. Da sind ja ganz viele Fragen, die man da aufgestaut hat, und vieles an Ängsten, was man einfach ansprechen muss, und auch oft ohne dass es gefragt wird, einfach sagen muss, so und so sieht es aus, wir haben die und die Behandlungsmöglichkeiten, auch dass man denen den nächsten Schritt bietet, dass man sagt, okay, und jetzt wird das operiert, das machen wir brusterhaltend erst mal und dann schauen wir uns die ganze Histologie an, dass man so einen gewissen Zeitplan vorlegt, ich glaube, das ist oft auch schon ganz hilfreich, dass man nicht sagt, jetzt ist nicht die Katastrophe und das ganze Leben ist aus, sondern wir haben da erst mal eine Möglichkeit, um da ranzugehen, wir machen da jetzt erst mal den Knoten raus, wir schauen uns dann den ganz genau an und stellen dann für Sie eine ganz individuelle Therapie zusammen, dass man ihr ein Gefühl gibt, da ist ein System, ein funktionierendes System, das sie auffängt, das auch Hilfen anbietet und das auch eine Heilungschance in der Hand hat.
(Dr. Kaufmann, A2, 382-397)

Wird keine Behandlung mehr vereinbart, signalisiert das der Patientin die Schwere der Erkrankung. Einige metastasierte Patientinnen bevorzugten demnach eine weitere Aufnahme auf der gynäkologischen Station, auch wenn keine Therapie mehr durchgeführt wurde, und vermieden die Überweisung in die Palliativstation. Hier greifen zwei Systeme ineinander, die auf Grundlage des „Prinzips Hoffnung“ (Hermann, 2005) durch gemeinsames Handeln versuchen, einer psychisch belastenden Situation zu begegnen.

Dass das Nichtstun viel schwieriger auszuhalten ist als ein vergeblicher Versuch, darauf verwies der Onkologe im obigen Zitat. Während zu Beginn der Brustkrebserkrankung die Handlungsoptionen wie Operation, Strahlentherapie und systemische Behandlung und eine Hoffnung auf Heilung noch relativ deutlich sind, sind die Begegnungen mit metastasierten Patientinnen schwieriger. Zum einen ist die Evidenz der Therapien im metastasierten Stadium unzureichend (Schlesinger-Raab et al., 2005; vgl. Hölzel im Artikel von Blech, 2004), und zum anderen liegen etliche Misserfolge auf dem gemeinsamen Weg von Patientin und Arzt. Zu häufig werden gerade in dieser Situation Behandlungen und Untersuchungen in einem Angebot-Nachfrage-Schema offeriert, ohne dass hier genügend Evidenz bewiesen wäre und dieser Prozess reflektiert würde. Dies dient der Beruhigung der beiden Partner, alles noch Mögliche getan zu haben. Jegliche Chance zu nützen, das war somit auch ein häufiges Begründungsmuster für eine Therapieentscheidung von Patientin und Arzt. Die höchste Priorität, die Sicherheit, kann nur durch Therapieren erreicht werden. Dass dies im metastasierten Krankheitsstadium als Utopie gelten muss, kann schwer akzeptiert werden.

Die angestrebte Sicherheit bildet das Komplement zur vollkommenen Unsicherheit dieser Situation. Sicherheit wird zu einer eigenen Wertvorstellung während der Erkrankung. Si-

cherheit ist etwas, was man als Gesunder erlebt hat und was wieder erreicht werden will – auch wenn man weiß, dass dies zum Teil illusionär ist.

Sicherheit und Handlungsorientierung haben für den Arzt nicht nur den emotionalen Aspekt der Beruhigung und des Hilfeangebots, sondern er ist dadurch auch rechtlich besser abgesichert. Denn, wie Prof. Tiersch oben erläuterte, ist es haftungsrechtlich günstiger für den Arzt, „alles Mögliche versucht zu haben“. Etwas zu unterlassen grenzt demnach in der Medizin beinahe schon an eine Straftat. Er fasst dieses Begründungsmuster für eine Entscheidungsfindung des Arztes als so genannte „Interessenslage“ des Arztes zusammen, die bei SDM mitbedacht werden muss.

5.4.4 SDM im Rahmen der rechtlichen Aufklärung

Das Prinzip des Informed Consent beschreibt derzeit vor allem die rechtliche Absicherung einer medizinischen Behandlung bzw. Untersuchung. Somit gilt jegliche Behandlung zunächst als Körperverletzung und muss deshalb, nach Aufklärung des Patienten, durch dessen Unterschrift bewilligt werden. Informed consent unterscheidet sich von einem Vorgehen nach SDM dahingehend, dass hier notwendigerweise nur über die geplante Behandlung/Untersuchung aufgeklärt werden muss, wohingegen SDM die Alternativen aufsucht und die Einbeziehung der Patienten als Fokus betrachtet. Trotzdem wurde vor allem bei den Videoaufnahmen ersichtlich, dass die Ärzte besonders die Risikoaufklärung ausführlich absolvierten. Die Informationen dienen dabei vor allem zur Abklärung des Behandlungsrisikos und um auf jegliche mögliche Komplikation hinzuweisen. Diese Art der Informationsvermittlung soll den Arzt vor Regressansprüchen schützen, wird jedoch häufig von den Patientinnen als sehr bedrohlich erlebt. Durch die Erklärung aller möglichen Risiken und Komplikationen kommt es zu einer Informationsflut, die von der Patientin kaum aufgenommen werden kann (vgl. Cap12; Klein, 2006).

Das Vorgehen gemäß dem Informed Consent erfasst also den rechtlichen Rahmen eines Eingriffes oder einer Behandlung und zielt auf eine Zustimmung ab, während das Modell SDM eher die Interaktion in den Mittelpunkt rückt.

5.4.5 SDM als Risikokommunikation

Neben der rechtlichen Komponente in der Aufklärung wird SDM auch als ein Risikokommunikationsmodell begriffen. Diese Vorstellung überschneidet sich mit der Forschungsperspektive zu SDM (Edwards et al., 2001; Barrat et al., 2004; Trevena et al., 2006; Peters et al., 2006 etc.). Mit der Formulierung einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms werden innerhalb von Risikodarstellungen Therapieoptionen angeboten (Kreienberg et al., 2004).

Eine Risikodarstellung anhand von Wahrscheinlichkeiten ist darum bemüht, unabhängige und objektive Daten über den Nutzen einer Behandlung zu vermitteln. Diese Objektivität wird jedoch in der Forschung angezweifelt (Vogd, 2001; vgl. auch Kap. 3.1.3.2). Selbst die befragten Ärzte zweifeln die objektive Informationsvermittlung an, insofern als man Zahlen und Risiken je nach Argumentationsgrundlage variabel verwenden kann. Trotzdem trifft

man diese Art der Risikovermittlung innerhalb des Untersuchungsfeldes am häufigsten an. Risiken als statistische Wahrscheinlichkeiten zu formulieren entspricht der modernen Vorstellung einer wissenschaftlichen Medizin. Die befragten Ärzte stammen aus einer Universitätsklinik, die diese Zahlen selbst miterzeugt. Sie wissen um die Relevanz der Zahlen, sie wissen aber auch um deren Ungewissheit. Studien ergeben nicht zwingend eindeutige Ergebnisse, häufig gibt es große Varianzen; eindeutige Ergebnisse sind das erstrebte Ziel.

In der täglichen Aufklärungspraxis hingegen erleben die Ärzte, dass die Zahlen zwar eine Entscheidungsfindung begründen können, aber für die einzelne Patientin keinen Bedeutungsinhalt im individuellen Verlauf besitzen. Dazu äußert sich Prof. Tiersch kritisch:

A.: Ich weiß nicht, ob Sie sich auseinander gesetzt haben mit so statistischen Verlaufskurven. Ich blättere hier auf, weil ich neulich daraus zitiert habe, auch sogar ein Referat, Manual Mammakarzinom des Tumorzentrums, Seite 5, zum Beispiel. Da ist es also so, die Besten, die Lymphknotennegativen, da verlieren wir nur 10 Prozent nach 10 Jahren, und die Schlechtesten mit 4 Lymphknoten, da verlieren wir schon 70 Prozent nach 3 Jahren, aber wer ist wer, nicht? Die Patientin, die hier stirbt, ist sozusagen in der guten Risikogruppe und stirbt doch, und die, die hier noch lebt, ist in einer schlechten Risikogruppe und lebt noch. Und von daher gehen wir solche Fragen lieber qualitativ an, nach dem Motto: mit großer Wahrscheinlichkeit heilbar oder mit großer Wahrscheinlichkeit unheilbar, das lassen wir schon rüber, aber Zahlen werden nicht getauscht in der Regel. Und dann die Frage, wie viel Prozent Wahrscheinlichkeit bringt mir denn jetzt die Chemotherapie, da gibt's ja ganz viel, Sie haben ja gehört, gemerkt, dass viel adjuvant chemotherapiert wird, das bedeutet, für Sie noch mal zu sagen, man weiß nur, dass wahrscheinlich irgendwo kleine Reste geblieben sind. Und diese sind durch Operation und Bestrahlung nicht zu beseitigen, die werden aber später mal die Krankheit wieder anheizen. Und jetzt behandeln wir vorbeugend chemotherapeutisch. Und da muss man wirklich, das ist ein besonderes Problem im Decision Making, die Patientin davon zu überzeugen, die sagen, jetzt hab ich schon Operation und Bestrahlung hinter mir und jetzt will er mir noch 'ne Chemotherapie aufdrängen. Und wenn man dann genau hinschaut, ist nun nicht der Vorteil, den die Patientinnen durch die Chemotherapie haben, maximal 10 Prozent und in manchen Kollektiven nur 3 Prozent. Seite 75 im Manual.

I.: Erstaunlich wenig, ich war da auch sehr überrascht.

A.: Im Text heißt es dann auch, wahrscheinlich in Zukunft bald besser und ja. Denn, das macht sich keiner gerne klar, denn er hat nur eine Frau als Problem und er weiß durch den Alltag nur, durch Chemotherapie ist das Risiko geringer. Aber das Quantifizieren, dass es nur 10 Prozent geringer ist, wie soll er das? Jetzt frage ich Sie, wäre es für das Decision Sharing ein Gewinn, wir hätten diese Tabelle auf dem Tisch? (Prof. Tiersch, E1, 315-340)

Prof. Tiersch beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Arzt-Patienten-Kommunikation. Er hat eine ambulante onkologische Praxis und damit einen anderen Handlungsrahmen als stationär tätige Ärzte, wie er betont. Nach seiner Erfahrung helfen Zahlen wenig, die Realitäten abzubilden. Er ist um eine patientenorientierte Sichtweise bemüht sowie darum, die Bedeutung der Krankheit für die Patientin in seiner Aufklärung zu berücksichtigen. Zahlen sind nüchtern, sie geben ein Bild wieder, das vielleicht beide Akteure nicht sehen wollen. SDM als Risikokommunikation hingegen versucht die Zahlen „objektiv“ darzulegen, damit die Patienten unabhängig vom Arzt sich selbst ein Bild verschaffen können. Welche Strategie

dabei für die Betroffenen sinnvoller ist, diese Klärung steht noch aus. Sicherlich sind beide Extreme, „radikale Aufklärung“ und „beruhigende Aufklärung“, im jeweiligen Fall genau abzuwägen.

5.4.6 SDM als Kosten-Nutzen-Modell

Ausgehend vom Risikokommunikationsmodell ist das Kosten-Nutzen-Modell von SDM ein Thema, das in vielen Interviews auftauchte.

Und zum Beispiel zu den Operationsmethoden gibt's den Unterschied zwischen der brusterhaltenden Operation mit Strahlentherapie und im Vergleich dazu die nicht-erhaltende Brusttherapie – die Entfernung der Brust ohne Strahlentherapie, die vom Ergebnis her als gleich gut gilt von den Studien, aber kosmetisch völlig unterschiedlich ist und von dem Aufwand, den die Patienten reinstecken. Bezüglich der systemischen Therapie ist in den meisten Fällen die Hormontherapie ganz klar empfohlen, weil sie eine Therapie ist, die an sich recht wenig Nebenwirkungen hat, bei hoher Effektivität für die Therapie gegen einen bösartigen Tumor. (Dr. Keller, A3, 31-38)

Die Vorstellung dabei ist, dass die Therapieoptionen nach einem Entscheidungsmodell wie dem Rational-Choice-Modell (siehe Kap. 5.1.2.1) offeriert werden, und dass die Patientinnen nach dem jeweiligen Nutzen und den Kosten bewerten und dementsprechend entscheiden. Der Nutzen wird hier als Behandlungserfolg definiert. Je nach Stadium der Erkrankung bezieht sich diese Aussage auf Heilungsaussichten, Rückfallrisikoverminderung oder eine Symptomverbesserung. Dies wird meist anhand von statistischen Wahrscheinlichkeiten repräsentiert und den Patientinnen durch eine laiengerechte Übersetzung vermittelt, wie zum Beispiel in folgender Form: „Wenn Sie eine Bestrahlung durchführen, wird Ihr Rückfallrisiko nochmals bedeutend vermindert.“

In der Behandlung von Krebserkrankungen sind es jedoch meistens gerade die Behandlungen, also der „Nutzen“, der auch die „Kosten“ verursacht. Die Nebenwirkungen der Behandlung stellen in diesem Bereich die Kosten dar. Die medizinische Aufteilung in Wirkung und Nebenwirkung spiegelt bei onkologischen Behandlungen nicht die Realität wider, denn bei Behandlungen wie der Strahlentherapie oder der Systemtherapie (Chemotherapie, Anti-Hormontherapie) sind Wirkungen und Nebenwirkungen nicht klar zu trennen. Durch das Wirkprinzip der Zerstörung der Zellen wird die Heilung und gleichzeitig auch ein Schaden induziert. Deshalb ist das Bild der Kosten-Nutzen-Abwägung nicht ganz stimmig: beide sind eng miteinander verwoben und können nicht so einfach in zwei unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe unterteilt werden.

Wie im Kapitel „Rational-Choice-Modell“ (3.1.3.1) deutlich wird, beruht dieses Bild auf der Grundlage eines rational agierenden Menschen. Das Modell berücksichtigt dabei nur das Individuum und seine Präferenzen. Die komplexen Entscheidungen bei Krebsbehandlungen kann es damit nur zum Teil abbilden. Trotzdem wird das Kosten-Nutzen-Modell von Ärzten wie auch von einigen der SDM-Forscher als Maxime einer Entscheidungsfindung präferiert, da am ehesten den modernen Vorstellungen von einer rationalen Entscheidungsfindung entspricht. Dass dieses Modell in der Praxis nicht immer durchführbar ist, wird von den Ärzten erwähnt. Entscheidet zum Beispiel eine Patientin anders, als es der Schluss einer Kosten-

Nutzen-Abwägung nach ärztlicher Sicht zulässt (wie z.B. in den Filmaufnahmen Cap1, 2, 5), werden Begründungsmuster zur Erklärung bemüht: die stark angespannte Situation der Patientin führe zu irrationalen Entscheidungen, eine geringe intellektuelle Fähigkeit der Patientin oder sogar „psychische Störungen“ seien der Grund für das Nichtverstehen der Optionen. Oder wie das folgende Zitat zeigt:

...und die Patientin dann am Schluss zu dem Entschluss kommt, hoffentlich, dass das, was medizinisch getan werden muss, auch für sie der richtige Weg ist.

(Dr. Kaufmann, A2, 122-125)

Dahinter verbirgt sich der Glaube an ein objektives Abwägungsprozedere, in dem die Akteure aufgrund von gewichteten Nutzen und Kosten wie bei einer mathematischen Formel zu einem eindeutigen Ergebnis kommen müssten. Gelangen sie jedoch zu einem unterschiedlichen Ergebnis, wird nicht das Modell hinterfragt, sondern das Subjekt, das sich irrt. Dabei gab es häufig Gründe für eine unterschiedliche Bewertung der Optionen. Beispielsweise will in der zweiten Filmaufnahme (Cap2, vgl. auch Klein, 2006) die Patientin keine präoperative Chemotherapie, da sie möglichst schnell wieder zu Hause sein will, um ihre kleine Tochter zu versorgen. Das Erfragen der jeweiligen Gründe für oder gegen eine Entscheidung geschah jedoch häufig gar nicht oder relativ spät. Viel häufiger wurde versucht, die Patientin von der „sinnvolleren“ Behandlung zu überzeugen (vgl. Kapitel 5.5.3; Cap1, 2, 5).

5.4.7 SDM als Compliance

Versteht man SDM als ein Vehikel oder Verfahren, um Patientinnen vom „sinnvolleren“ Behandlungsweg zu überzeugen, entspricht dies einem Verständnis von SDM als Compliance. Dazu folgende Abschnitte aus einem Arztinterview:

Dann würden wir darlegen, wie eine Operation aussieht, das ist eben im Normalfall eine Biopsie des entsprechenden Areals bei einer Brustkrebsoperation, dann in Abhängigkeit von der Histologie Lymphknotenentfernung aus der Achselhöhle, das ist aber bereits der erste Punkt, wo die Patientin mitentscheiden muss und wo man sie in eine Richtung bringen muss, wo sie die Entscheidung treffen kann, nämlich: machen wir die Lymphonodektomie beim Ersteingriff mit oder wünscht die Patientin, ein weitere, äh, ein weiteres Gespräch nach Einkehren der Histologie und dann eine Operation im zweiten Ansatz der Lymphknoten. (Dr. Kaufmann, A2, 10-18)

Das ist jetzt also die Aufgabe eigentlich, die Patientin dorthin zu führen, dass sie das medizinisch sinnvolle Vorgehen entsprechend mitträgt und sich da auch gut beraten vorkommt, das heißt, dass man ein einzeitiges oder zweizeitiges, je nach Befund, ihr nahe legt.

(Dr. Kaufmann, A2, 26-29)

[Thema: Verantwortung] Ja natürlich, man kann auch mit Shared Decision hin oder her, kann man jemanden natürlich nicht falsch behandeln, ja. Und wenn man sagt, ja, ich akzeptiere das, Sie wollen das anders, obwohl das nachweislich der falsche Weg ist, würde man ja auch falsch handeln. Dann ist die Patientin eben auch nicht richtig informiert, dann muss man da eben noch mal Gespräche führen, um sie dort hinzuführen, dass sie da auch das mittragen kann. (Dr. Kaufmann, A2, 136-141)

Hier wird SDM als eine Kommunikationsmethode zur Verbesserung der Therapietreue (Compliance) begriffen. Inwieweit diese Vorstellungen kompatibel mit einem patientenzentrierten Ansatz sind, wird dabei zunächst nicht hinterfragt. Steht die Vorstellung eines mündigen Patienten dazu im Widerspruch? Schaut man sich die Endpunktmessung von SDM an, so werden zwei große Richtungen erkennbar: zum einen Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, Involviertheit, eine Verbesserung des Entscheidungsprozesses (Veränderung des Entscheidungsprozesses), zum anderen Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Symptome oder der Compliance (Veränderung des Outcome). Diese beiden unterschiedlichen Endpunkte von SDM als Zielsetzung können sich ergänzen, können aber ebenso zu einer unterschiedlichen Interaktion führen. Wird beispielsweise ein verminderter Bluthochdruck als End- und Zielpunkt einer SDM-Interaktion gesetzt, werden die Ärzte mittels SDM anders agieren, als wenn der Endpunkt in einer verbesserten Lebensqualität oder einem transparenteren Entscheidungsprozess besteht. Im ersteren Fall wird der Arzt zur Überredung neigen und somit SDM in Form einer gemeinsamen Interaktion eher verhindern.

Dieser Punkt wurde auch von den befragten Ärzten kritisch angemerkt. So kann man je nach Framing der Informationen auch eine scheinbare Einbeziehung vortäuschen, ohne die echte Absicht einer gemeinsamen Entscheidungsfindung.

A.: Wie die Behandlung sein soll und dieses Aufklärungsgespräch ist natürlich und extrem vom Arzt abhängig. Was er an Wissen rauslässt und was er letztendlich schon an eigenen Entscheidungen getroffen hat, was ... für was sich die Patientin entscheiden soll. Natürlich soll das Aufklärungsgespräch noch objektiv sein, ähm, aber es ist ... nicht immer objektiv. Und ich denke, dass dieses Shared Decision, also diese geteilte Entscheidungsfähigkeit dadurch eben erhöht werden kann, also letztendlich die Objektivität der Information auf Seiten der Patientin eben, über was sie schriftlich oder bildhaft vor sich haben, um letztendlich mitzuvollziehen, was der Arzt ihnen da erzählt. (Dr. Bollmann, A4, 17-25)

A.: Andere Frage. Denken Sie denn, Sie können erfassen, ob einer eine Shared Decision Making macht oder nicht?

I.: Mhm ...

A.: Ja, wenn ich jetzt mich mit einer Patientin unterhalte, kann ich sie wahrscheinlich über meine Gesprächsführung, im Sinne von einem extrem offenen Shared Decision Making, zu einem Ziel, meistens zu einem Ziel hinführen, was dem Außenstehenden vermittelt: Es ist Shared Decision, wo aber aufgrund der Gesprächsführung und aufgrund der Fakten, die ich vorgebe, es eigentlich nur formal ein Shared Decision Making ist. Im Grunde genommen habe ich meine Entscheidung getroffen und versuche die Patientin zu diesem Ziel da hinführen. Ja? Ich frage Sie, wie viel Shared Decision Making dann dabei ist.

(Dr. Handtke, A5, 411-420)

Besitzt der Arzt eine konkrete Vorstellung von einer Behandlung, kann ein Vorgehen nach SDM nur vorgespielt werden. Bei Entscheidungen, die im medizinischen Sinne als relevant erscheinen, ist eine wirklich offene Diskussion dann schwieriger. Um hier einen Vergleich aus einem gänzlich anderen Lebensbereich zu bemühen: Als Elternteil werde ich mein Kind in Entscheidungen miteinbeziehen, die nicht relevant sind, z.B.: „Willst du heute die roten oder die blauen Schuhe tragen?“, im Gegensatz zur Entscheidung, ob das Kind bei kaltem Wetter eine Jacke trägt oder nicht. Das bedeutet, man kann als Arzt Therapieoptionen eröff-

nen, die Patienten zur Beteiligung ermutigen, ohne die paternalistische Perspektive verlassen zu müssen.

5.4.8 SDM als Mittel, Ängste anzusprechen

Die Aufklärung ist in der Regel, aus unserer Ausbildung heraus, so zu operieren, wie Sie es wollen, aber dass die Aufklärung ein Mittel ist, dem Patienten seine Angst zu nehmen, vor dem, was ihm bevorsteht. Ihn so zu informieren, dass sie diesen Eingriff verstehen kann, die Situation verstehen kann, und ich versuche, aus einer Angst vor dem Unbekannten eine Angst vor dem Bekannten zu machen. Das ist ein Aspekt, der uns Ärzten zu wenig beigebracht wird. Das merkt man zwar automatisch, aber ist nie thematisiert worden im Zuge der Ausbildung. (Dr. Keller, A3, 213-219)

Dieses Verständnis von SDM steht den Beschreibungen der Patientinnen inhaltlich am nächsten. So beurteilen die Betroffenen eine Einbeziehung erst ab dem Zeitpunkt als erreichbar, wenn ihre Ängste vom Arzt „gesehen“ wurden und Berücksichtigung fanden. Dieses Verständnis von SDM ist relativ weit entfernt von den Forschungsmodellen, scheint aber im onkologischen Bereich für die Akteure eine wesentliche Voraussetzung für SDM zu sein. In dieser Betrachtung rückt das Fällen der Entscheidung in den Hintergrund, und die Kommunikation über die Krankheit und ihre Konsequenzen wird als die gemeinsame Aushandlung verstanden.

5.4.9 SDM als Möglichkeit zur Reflexion

Derselbe Arzt, Dr. Keller, äußerte dann auch auf die Frage, was er sich persönlich von dem Projekt verspricht:

Reflexion. Es ist zum ersten Mal ein Projekt – zumindest von dem ich weiß – bei dem die Interaktion zwischen Arzt und Patient untersucht wird. Und zwar auch so, dass wir Ärzte auch eingebunden sind, dass wir letztendlich eine Rückmeldung bekommen, wie sieht es denn aus. Dass man sieht, wo sind Kritikpunkte, dass wir erfahren werden, was die Patientin für Erwartungshaltungen hat, wo Patienten vor und nach den Gesprächen untersucht werden. Wie sie zufrieden sind. Rückmeldung. Etwas, was man viel zu wenig in diesem Beruf kriegt. (Dr. Keller, A3, 775-790)

Die Möglichkeit zur Reflexion der Entscheidungsfindungsprozesse bzw. der Arzt-Patient-Interaktion wurde im akut-medizinischen Bereich weniger gefordert. Eher wurde SDM als Methode für Kommunikationstipps begriffen. Doch dieser Arzt assoziiert SDM mit der Möglichkeit zur Reflexion des eigenen medizinischen Handelns und Entscheidens.

Reflexion der Entscheidungsfindung ist eine Diskussion, die seit einigen Jahren vor allem in der Palliativsituation aufgeworfen wird. Entscheidungen am Lebensende – oder mit einem neueren Begriff „Therapiezieländerungen“ – versuchen die gemeinsame Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit der Beendigung einer Therapie zu formulieren. An der LMU München wurde dazu ein Forschungsprojekt durchgeführt, das sich gezielt mit der Entscheidungsfindung am Lebensende beschäftigt (Borasio et al., 2004; Jox, 2004). Die Autoren führten dazu eine Befragung mit Ärzten und Pflegekräften durch. Das Ergebnis zeigte eine

hohe Unsicherheit hinsichtlich der Entscheidungsfindung am Lebensende bei Ärzten und Pflegenden. Als Lösung wünschten sich die Ärzte Leitlinien für eine Entscheidungsfindung, die daraufhin von den Forschern formuliert wurden (Jox et al., 2005). Borasio und Kollegen betonen aber, dass nicht allein eine Leitlinie oder rechtliche Bestimmungen die Entscheidungsfindung bestimmen sollten, sondern dass der Dialog zwischen Arzt, Patient und Angehörigen weiterhin den wichtigsten Punkt in der Entscheidungsfindung darstellt.

Neben der Möglichkeit der Reflexion der Arzt-Patientin-Interaktion äußerten die befragten Ärzte den Wunsch, durch das Projekt mehr über die Gefühle, Ängste, Erwartungen und Präferenzen der Patientinnen erfahren zu können. Dazu eine Assistenzärztin:

A.: ... und ich fände das ja auch interessant, mal rauszubekommen, wie [...] wie die Patienten, wie fühlen die sich so in einer Situation, fühlen die sich noch Herr, sag ich mal, ihrer sieben Sinne, oder fühlen die sich völlig neben sich, fühlen sie sich überhaupt imstande, irgendwas überhaupt zu entscheiden oder sind sie sich gerade völlig neben sich stehend und sehen, dass alles nur so davonschwimmt und und und diese Bedrohung, vielleicht sterbe ich und was mache ich mit meinen Kindern und so was, inwieweit die sich selber in der Lage dazu sehen und gerade jetzt in dem Punkt entscheiden zu können.

I.: Hmmh, wird so was eigentlich auch mal nachgefragt, ich sage mal, du machst ja auch Gespräche?

A.: Äh äh, eigentlich nicht, weil würde man das alles wirklich [lacht] hinterfragen, beleuchten wollen, dann bräuchte, dann brauchst halt einfach so viel Zeit, die haben wir ja leider nicht. (Dr. Strasser, A1, 250-262)

Die Lebenswelt und die Gefühle der Patientinnen werden innerhalb der Aufklärungsgespräche meistens nicht angesprochen. Im Aufklärungsgespräch stand die OP-Aufklärung im Zentrum. Dies wurde von den Ärzten als eine Technik vermittelt, in der bestimmte Kennwerte des Tumors mit einfließen. Präferenzen oder Ängste der Patientin wirkten eher störend im Ablauf dieser Vermittlung. Klein (2006) beschreibt in ihrer Diplomarbeit, wie die Ärzte in der Aufklärung sich technischer Formulierungen bedienen, womit das Bild eines Handwerkers entsteht. Tatsächlich ist die Brustoperation ein diffiziles Handwerk, das ein immenses feinmotorisches Geschick erfordert. Für ein gutes kosmetisches Ergebnis benötigt die Patientin einen Operateur mit handwerklichen bzw. chirurgischen Fähigkeiten – vor allem, wenn gleichzeitig eine Brustrekonstruktion durchgeführt wird. Eine gut durchgeführte Operation erhöht zudem die onkologische Sicherheit. Die Vermittlung der technischen Eckdaten, z.B. des Operationsvorgangs, besitzt jedoch eine völlig andere Sprachqualität als die Auseinandersetzung mit den Ängsten und der Lebenswelt der Patientinnen.

Für die Ärzte, die eine Aufklärung durchzuführen haben, ist die Patientin zunächst eine „Black Box“ mit bestimmten medizinischen Kennwerten, und sie wird auch so empfangen. Das heißt, sie kommt ins Untersuchungszimmer mit einem Tumor, einer Tumorgroße, einem Tumorsitz, einer Anamnese und einer spezifischen Tumorbilogie. Anhand dieser Daten wird das geplante Vorgehen erklärt; diese Erklärung nimmt die erste Hälfte der Aufklärung ein. Wenn alles glatt läuft, ist die Patientin mit dem Vorgehen einverstanden und willigt ein. Häufig jedoch nimmt die Aufklärung in der zweiten Hälfte eine neue Richtung, indem die Patientin zum Beispiel erklärt, dass sie zu Hause einen Mann zu pflegen hat oder dass sie durch den Tod der Schwester besonders große Angst vor einer Chemotherapie hat. In dieser

Situation kippt das Gespräch, es verliert die Linearität und Klarheit. Die Brustoperation ist eben nicht nur eine handwerklich geschickte Arbeit und die Patientin kein ungeschriebenes Blatt. Für die Ärzte ist dies der Punkt, an dem die Aufklärung zeitintensiv wird, weil sie meist wegführt von einer zielgerichteten Aufklärung im Sinne der Ärzte.

Bei den ersten Beobachtungen im Feld erschloss sich mir nur dieser technische Aspekt der Aufklärung, bei der die Lebenssituation der Patientin auszusparen versucht wird. Erst mit der Zeit bemerkte ich, dass abseits des OP-Aufklärungsgesprächs vor allem die Aufnahmegespräche und die abendlichen Gespräche mit den Stationsärzten Raum für die Gefühle und die Lebenswelt der Patientinnen boten. Das OP-Aufklärungsgespräch jedoch bezieht sich sehr stark auf das technische Vorgehen während der Operation.

Das Bedürfnis der Ärzte, gute und für die Patientinnen zufriedenstellende Gespräche zu führen, war recht stark. Dass dies zum einen durch eine patientengerechtere Aufbereitung der Information, zum anderen aber auch durch die Einbeziehung der Ängste und Bedürfnisse der Frauen gelingen kann, wurde von einigen Ärzten im Interview geäußert. Es stellt sich aber dann die Frage, warum in der Aufklärung die Lebenswelt der Patientinnen kaum Anklang findet. Die Zeitnot ist hier das vorrangige Erklärungsmuster der Ärzte. Für sie bedeutet das Einbeziehen der emotionalen Hintergründe oder der Lebenssituation der Frauen einen Mehraufwand. Elwyn und Kollegen stellten in einer Fokusgruppendifkussion mit 39 Allgemeinärzten folgende Hemmnisse fest (Elwyn et al., 1999):

- Gefühl der fehlenden Fertigkeiten, um Patienten in die Entscheidung mit einzubeziehen
- SDM als ein neues Konzept, das von ihrem bisherigen Vorgehen abweicht
- Einige der Ärzte trauen den Patienten keine Entscheidung zu. Andere sahen es als Chance und Entlastung, wenn mehrere Optionen zur Wahl standen.
- Zeitmangel, insbesondere für das Auffinden der benötigten Information
- Ärzte fragen normalerweise nicht nach, welche Rolle der Patient im Entscheidungsprozess wünscht.
- Ärzte glauben, dass es für die Patienten Stress bedeutet, wenn sie spüren, dass Ärzte unsicher sind.
- Ärzte fühlen sich in Kommunikationsfertigkeiten nicht genügend ausgebildet.
- Neben den Fertigkeiten ist auch eine entsprechende Haltung Voraussetzung für SDM.

Diese Ergebnisse beziehen sich auf die Aufklärungspraxis von Allgemeinärzten, innerhalb eines Akutkrankenhauses spielen institutionelle Bedingungen eine Rolle. So sind die Abläufe bei stationärer Aufnahme sehr stark vorgegeben. Diese beziehen sich auf medizinische Variablen, so werden beispielsweise alle nötigen Voruntersuchungen für die OP veranlasst. Psychische Befindlichkeiten oder die Lebenssituation der Patientinnen werden nur relevant, wenn diese ernsthaft die medizinischen Abläufe stören (vgl. auch Kap. 6.1). Im Aufklärungsgespräch werden somit medizinische Fakten vermittelt, ein persönlicher Austausch mit der Patientin wirkt innerhalb dieser Interaktion häufig als Bruch. Die Aufklärungsarbeit gehört mit zum Arztberuf, ist aber dem Operieren an Wertigkeit nachgeordnet. Klein sieht jedoch noch einen anderen Grund in den Ängsten der Ärzte. Sie deutet das Verbleiben auf ei-

ner technischen und rationalen Ebene des Gesprächs als Zeichen einer Abwehr der eigenen Ängste (Klein, 2006, S.127).

5.4.10 Zusammenfassung

Die Vorstellungen zum Konstrukt SDM von Seiten der Ärzte sind konzeptionell näher an der Forschungsperspektive als die Äußerungen der Patientinnen. Dies liegt zum einen sicherlich daran, dass die Modelle zu SDM aus der Arztperspektive formuliert sind und sich das Konzept an medizinischen Leitlinien und evidenzbasierter Medizin orientiert. Ein weiterer Grund liegt darin, dass sich die Ärzte während der Studie in besonderem Maße mit dem Konstrukt SDM auseinander setzten und sich dessen Inhalte aneigneten.

Konzepte wie eine bessere, patientengerechte Information, Risikokommunikation, Vermittlung von Präferenzen und deren Wertigkeiten bestimmen mittlerweile vermehrt den Diskurs in der Medizin. Die Mediziner erfahren Patientenautonomie jedoch nicht alleine aufgrund von Forschungsprojekten und Leitlinienbestimmungen, sondern sie wird zur Alltagserfahrung, indem sie immer häufiger mit Patientinnen konfrontiert werden, die z.B. eine zweite Meinung verlangen oder mittels Informationen aus dem Internet die Aufklärung in ihrer herkömmlichen Form hinterfragen. Ärzte sehen in einem Vorgehen nach SDM eine Möglichkeit, auf diese Veränderungen zu reagieren. Gleichzeitig betonten die Ärzte, dass sie schon seit mehreren Jahren auf die Zunahme an Patientenautonomie reagieren und die Patientinnen in die Therapieentscheidungen miteinbeziehen – dies umso mehr, als das deutsche Recht den Patientinnen die Entscheidungsmacht überträgt. Ohne die Patientin wird keine Entscheidung getroffen, was bedeutet, dass ihr Wunsch vom Arzt als ausschlaggebend empfunden wird.

Neben dieser Perspektive herrscht aber auch weiterhin die Vorstellung, dass die neu erkrankte Patientin durch den so genannten Diagnoseschock und ihr mangelndes Vorwissen über die Erkrankung und deren Behandlung nur marginal an der Therapieplanung partizipieren kann. Die Ärzte sehen sich hier in der Pflicht, für die Patientin medizinisch sinnvolle Informationen und Entscheidungen zu fällen. Dabei sind sie auch bereit, den größeren Anteil der Verantwortung zu tragen. Betont wurde jedoch ebenso, dass die Aufklärungsgespräche je nach „Patiententyp“ durchgeführt werden. Autonomen Patientinnen wird mehr an Mitentscheidung zugestanden als Patientinnen, die die Entscheidung an den Arzt delegieren möchten.

Kritisch wurde in diesem Zusammenhang auf die negative Deutung eines paternalistischen Vorgehens hingewiesen. In diesem Kontext – wenn nämlich kritisiert wird, dass die bisherige Form der Aufklärung nicht angemessen für die Patientinnen sei – erhält SDM, bzw. das Projekt SDM, für die Ärzte den Charakter eines Vorwurfs. Dagegen wehrten sich einige der Ärzte. Ein Oberarzt benutzte hierfür die Metapher von Täter und Opfer: Patientinnen seien in dieser Sichtweise nicht nur Opfer ihrer Erkrankung, sondern auch der Aufklärung. Der Oberarzt werde zum Täter, der die Patientin mit Informationen überrolle und sie zu einem bestimmten Vorgehen überrede. Die Einseitigkeit dieser Dynamik wurde von ihm angezweifelt: Ihm werde die Rolle des „Hiob“, wie er es nannte, übertragen, und er sei auch bereit, diese zu übernehmen, aber beteiligt seien in diesem Prozess stets beide Seiten.

SDM wurde zudem von den Ärzten als ein Vehikel begriffen, eine medizinische Sichtweise zu transportieren. Hier wurde die Vorstellung von SDM als Methode zur Herstellung einer besseren Compliance ersichtlich. Man wünschte sich Tipps und Tricks, um mit schwierigen Patientinnen besser kommunizieren und sie von dem medizinisch sinnvollen Weg überzeugen zu können. Dass man Patientinnen in dieser Phase der Erkrankung eine Einbeziehung nur vortäuschen kann, wurde dabei selbstkritisch bemerkt. Es ist durchaus möglich, einer Patientin Therapieoptionen freizustellen, ohne die paternalistische Haltung verlassen zu müssen. In diesem Sinne ist dann SDM als Methode zur besseren „Manipulation“ oder als Überzeugungsarbeit zu betrachten. Ein wesentliches Problem stellt die Unschärfe des Konzeptes von Shared Decision Making dar, da dieses einerseits als Ziel- bzw. Zustandsbegriff und andererseits als Interaktionsprozess verstanden werden kann. SDM als Prozess würde keine vorgegebenen Therapieoptionen anbieten; bereits das Aushandeln der Diagnose bzw. des Problems und der Behandlungsalternativen wäre als Teil des kommunikativen Aktes von SDM zu verstehen.

Die Einbeziehung der emotionalen Situation der Patientin und ihrer Befürchtungen könnte einen patientenzentrierten Zugang und eine partnerschaftliche Entscheidung unterstützen. Dieses Verständnis von SDM der Ärzte kam der Konzeption der Betroffenen am nächsten. Dazu zählen die Anforderungen, als Arzt offen und ehrlich zu sein, eigene Ängste zu kennen und Voreinstellungen offen zu legen, was von manchen Ärzten gefordert wurde.

SDM stieß bei den Ärzten nicht durchgehend auf Sympathie. SDM stellt an die Aufklärer einen hohen kommunikativen Anspruch. Ärzte fühlen sich durch die Neuerungen im Gesundheitssystem derzeit ziemlich unter Beschuss. Die Einführung eines DRG (Diagnostic Relation Groups) beispielsweise, wodurch nicht mehr nach Aufenthaltsdauer, sondern nach einer diagnosebezogenen Pauschale abgerechnet wird, ökonomisiert den Krankenhausbetrieb zunehmend. Die damit verbundenen Änderungen bedeuten einen wesentlich höheren Dokumentationsaufwand für Ärzte und Pflegende und haben einen stärkeren Durchlauf an Patienten zur Folge. Für Gespräche bleibt damit immer weniger Zeit. Dies steht in krassem Widerspruch zu dem vom BMGS geförderten Projekt SDM. Das Nebeneinander von einerseits knapp bemessener Zeit für Krankenpflege und Gespräche und andererseits einem Millionenprojekt wie SDM, das sich um verbesserte Interaktion zwischen Arzt und Patienten bemüht, empfanden manche als Zynismus. Die Ärzte erlebten demnach das Projekt auch als weiteres Mittel, ihre Position zu schwächen und ihre Arbeit stärker zu ökonomisieren. Hierbei spielt der Hintergrund des Projektes (Auftraggeber BMGS) und die Vermutung eines politischen Auftrags sicherlich eine Rolle.

Also, das ist so. Das liegt auch daran, dass auf den Stationen die Verweildauern immer kürzer werden. Das heißt, man muss mehr Gespräche pro Patient, äh, pro Zeit führen, weil ja mehr Patienten pro Zeit da sind, bei gleichen Ärzten. Und dass die Zahl der Verwaltungsaufgaben immer mehr zunehmen, und einen Zettel ausfüllen ist auch nicht gerade sehr kommunikativ, und die Zeit ist weg. Und unsere Ärzte hier auf unserer Station, die sind wirklich fleißig, ich kann das gut beurteilen, ich hab lange selber auf dieser Station gearbeitet früher, und trotzdem sind die zu zweit oder zu dritt mit achtzehn Patienten zum Teil bis abends um zwanzig Uhr beschäftigt. Das kann nicht daran liegen, dass sie den ganzen Tag sich mit den Patienten unterhalten. Die haben einfach viel zu viele nicht-ärztliche Aufgaben

zu erfüllen und das wird dann immer bei den Gesprächen der Patienten abgezogen, denn das ist die einzige Chance, wo man überhaupt noch etwas abziehen kann. Das andere muss ja alles gemacht werden. (Prof. Grün, E4, 266-277)

Die strukturellen Bedingungen sind bei einer Implementierung von SDM ebenso wichtig in der Betrachtung wie die Einstellungen der Akteure im Feld (vgl. Kap. 6). In den Interviews mit den Ärzten erlangt man den Eindruck, dass hier ein alter Diskurs durch SDM neu entfacht wird: die sprechende Medizin gegenüber der Apparatemedizin. SDM als modernes Konzept versucht dabei mehrere Fäden miteinander zu verknüpfen: die wachsende Patientenautonomie, evidenzbasierte Medizin, Qualitätsmanagement und die starken ökonomischen Zwänge in der Krankenversorgung. Damit wird versucht, SDM vielen Beteiligten im Feld schmackhaft zu machen, doch inwieweit sind diese Zugänge miteinander vereinbar? So kann beispielsweise die Einführung des DRG nicht unbedingt als Mittel gesehen werden, die Wertigkeit einer patientenzentrierten Medizin zu fördern oder die Kommunikation der Akteure zu unterstützen.