

Entscheidungen bewusst gemeinsam treffen

Im Gespräch: Jürgen Kasper, Diplompsychologe und Forscher an der Uni Hamburg

Patienten werden aus diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen häufig ausgeschlossen. Wie wichtig hingegen die gleichberechtigte Beteiligung der Patienten nicht nur für deren Zufriedenheit sondern insbesondere auch für den Therapieerfolg ist, wird immer deutlicher und rückt zunehmend in das Interesse der Forschung. Jürgen Kasper forscht an einem der zehn Modellprojekte des Förderschwerpunkts »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« des Bundesministeriums für Gesundheit. An der Universität Hamburg im Fachbereich Gesundheit entwickelt er Evaluationsmethoden zur Überprüfung kommunikativer Interventionen und sogenannte evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen. Gesche Bollert befragte ihn zu dem Potential des »Shared Decision Making« für die Physiotherapie.



In Deutschland gibt es bislang keine einheitliche Übersetzung des englischen Begriffs »Shared Decision Making« – welche deutsche Bezeichnung präferieren Sie?

Am häufigsten wird in Deutschland der Begriff »partizipative Entscheidungsfindung« verwendet. In Verbundenheit mit dem Kernkonzept verwende ich stattdessen gern die direkte und tatsächlich deutsche Übersetzung »geteilte Entscheidungsfindung«.

Die Idee, Therapieentscheidungen gemeinsam zu treffen ist ursprünglich für den Bereich der ärztlichen Versorgung entwickelt worden, in der mitunter lebenswichtige Entscheidungen anfallen. Hat dies auch eine Relevanz für andere Bereiche im Gesundheitswesen wie beispielsweise der Physiotherapie?

Meines Wissens war der Begriff in Verbindung mit der Kernidee eines gemeinsam zu durchlaufenden Informationsprozesses und einer »demokratischen« Entscheidung vorher schon im Bereich der Wirtschaft und Ökonomie aufgetaucht. Die Anwendung dieses Konzepts auf die Arzt-Patient-Kommunikation wirkte sehr innovativ, weil es in deutlichem Kontrast zur Tradition des Arzt-Patient-Verhältnisses steht. Die Grundannahme eines mündigen Patient-Menschen wird allerdings bedauerlicherweise bis heute nicht bis in die Tiefe durchdacht. Selbst Autoren der

neuesten und hochrangigsten Publikationen zu diesem Thema operieren zumeist noch mit dem althergebrachten Modell einer Einbahnstraßenkommunikation. Es gibt Ansätze, die sogar empfehlen, bestimmte Entscheidungsarten vorzuselektieren, bezüglich derer man meint, den Patienten mitentscheiden lassen zu können. Im Prinzip sollte sich die geteilte Entscheidungsfindung ohne großen Aufwand auf jedwede Experten-Laien-Kommunikation über Entscheidungen übertragen lassen.

Die geteilte Entscheidungsfindung bietet sich an, wenn Schlüsselentscheidungen anstehen – etwa über eine Therapieform – und nur dann, wenn mehrere vertretbare Optionen verfügbar sind, unter denen sich immer auch die »Nichtbehandlung« befinden sollte. Für die Entscheidungsfindung innerhalb des physiotherapeutischen Settings – etwa einer 20-minütigen Behandlungseinheit – müsste eine Minimalform des Konzepts zur Anwendung kommen. Das scheint sinnvoll, wenn es sich um Entscheidungen mit einer entsprechenden Tragweite handelt.

An der Entscheidung für eine physiotherapeutische Behandlung unter mehreren Behandlungsalternativen wird meist der Physiotherapeut selbst gar nicht beteiligt. Diese Frage rührt insofern an sehr grundlegende Missstände hinsichtlich beispielsweise der Zuweisung von Patienten in die Physiotherapie.

Eignet sich eine geteilte Entscheidungsfindung für alle Krankheitsbilder und Patientengruppen gleichermaßen oder gibt es beispielsweise Patientengruppen, die von einer Beteiligung an den zu treffenden Entscheidungen besonders profitieren?

Die Frage der Eignung einer geteilten im Vergleich zu einer eher bevormundeten oder aber ganz autonomen Entscheidungsfindung ist zunächst keine Frage der Patienten. Das Konzept definiert ja nicht die Rollenaufteilung zwischen Arzt und Patient sondern einen offenen Prozess der Klärung, welche Rollenaufteilung im konkreten Fall zur Anwendung kommen soll. Das heißt, selbst wenn sich ein Patient unter Schmerzen gegen die ihm angebotene Beteiligung am Entscheidungsprozess entscheidet, würde man von geteilter Entscheidungsfindung sprechen. Im Sinne dieser im Konzept enthaltenen »Selbstregelung« eignet sich die geteilte Entscheidungsfindung in allen 1997 von Charles definierten Situationen: Wichtige Entscheidungen zwischen verschiedenen Optionen, insbesondere wenn viel Ungewissheit im Spiel ist und die persönliche Bedeutung der Entscheidung hoch ist, wie etwa bei der Entscheidung über die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs.

In physiotherapeutischen Settings wird im Vergleich zur ärztlichen Versorgung häufig über längere Zeiträume mit vielen kleinen Entscheidungen gearbeitet – welche Art der Forschung ist hier in Zukunft für die Physiotherapie nötig?

Der Bedarf an Forschung zur Bedeutung von Entscheidungstypen und Settings ist sehr groß. Im Rahmen unserer eigenen

Forschung stellten wir beispielsweise fest, dass wir es im Bereich des »medical decision makings« mit einem hohen Anteil an sogenannten Automatismen zu tun haben. Entscheidungen werden einfach getroffen und bleiben von den Patienten oft unbemerkt. Zum Beispiel die Entscheidung über weitere Diagnostik bei einem Erstverdacht auf die Erkrankung an Multipler Sklerose. Eine ziemlich invasive Diagnostik mit einem sehr fragwürdigen Ergebnis: Selbst eine »gesicherte« MS-Diagnose besagt wenig Sicheres darüber, ob und inwieweit ein Mensch in Zukunft unter der Krankheit leiden wird.

Ein zentraler und bedeutungsvoller Aspekt ist meines Erachtens das bloße Bewusstsein dafür, dass gerade eine Entscheidung getroffen wird. Oft sind es sicherlich auch die kleinen Entscheidungen, die der Wahrnehmung der Patienten entgehen. Für den Bereich der Physiotherapie würde sich beispielsweise eine Forschung anbieten, die den Wirkfaktor »Awareness of decision making« untersucht, um zu zeigen, dass die wahrgenommene Kontrolle in einem kleinschrittigen Behandlungsprozess ein Qualitätsmerkmal sein kann.

Sind Ihnen Forschungsergebnisse aus dem In- und Ausland bekannt, die sich bereits mit der Entscheidungsfindung im Rahmen von Physiotherapie befassen?

Nein, bisher leider nicht. Physiotherapeuten befassen sich erst im Ansatz mit diesem Konzept. Dieser Umstand weist auf einen großen Forschungsbedarf hin. Mir ist lediglich eine Studie aus Nordengland bekannt, die im Rahmen der physiotherapeutischen Versorgung von Kindern mit Cerebralparese die Beteiligung der Kinder, ihrer Eltern und der Therapeuten untersuchte.

Kommunikationsstile und Interaktionsformen sind kulturell stark geprägt. Lassen sich Forschungsergebnisse aus anderen Ländern auf die Interaktionen in der deutschen Krankenversorgung übertragen?

Das kann eine starke Bereicherung sein. In diesem Fall geht es ja zum Beispiel um die jeweilige Gesundheits- oder Krankheitskultur. Nicht die Kommunikation selbst ist kulturspezifisch, sondern der Rahmen, in dem sie sich ereignet. Sicherlich wird die Auseinandersetzung mit der Kommunikation amerikanischer »Physical Therapists« mit deren Patienten für deutsche Physiotherapeuten einen starken Impuls darstellen, sich mit den Rahmenbedingungen des eigenen Arbeitens zu beschäftigen. Amerikanische Physiotherapeuten stehen im Gesundheitssystem des Patienten viel unabhängiger da und sind mit wesentlich mehr Entscheidungskompetenz ausgestattet als deutsche. Auch in meinem Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation erlebe ich die Forschung als hoch politisch. Denn: nicht jeder Arzt – und noch weniger die Fachgesellschaften – will die Beteiligung der Patienten an deren eigenen Entscheidungen. Die Pharmaindustrie fürchtet um den Absatz gewinnbringender Medikamente und behindert unsere Arbeit. Ähnlich könnte auch im Bereich der Physiotherapie ein internationaler und interkultureller Austausch zur Wahrnehmung von Unterschieden der Systeme führen, die einen Unterschied für die Kommunikation mit den Patienten machen und eine Diskussion darüber in Gang setzen. ■