

## **Shared decision making: Wohin mit der Verantwortung? Partizipative Entscheidungsfindung - Forderung! und Überforderung?**

Rolf Haubl

Für eine Erfolg versprechende medizinische Behandlung ist es zweifellos erforderlich, dass Ärzt\_innen und Patient\_innen kooperieren. Ohne Kooperation bleibt auch die wirkungsvollste Behandlung ineffizient. Im Medizindiskurs werden verschiedene Modelle der Kooperation – oder weiter gefasst: der Arzt-Patient-Beziehung – unterschieden. Praktisch kommen alle möglichen Mischformen vor, typologisch betrachtet, sind es drei Varianten: Ärzt\_innen entscheiden, Patient\_innen entscheiden, die Entscheidung erfolgt gemeinsam.

Das paternalistische Modell, demzufolge Ärzt\_innen einen Expertenstatus beanspruchen dürfen, der sie wissen lässt, was das Beste für ihre Patient\_innen ist, weshalb auch nur sie zu entscheiden haben, steht seit Jahrzehnten in der Kritik. Kranke Laien werden nicht als Expert\_innen ihrer Lebenswelt angesprochen, sondern infantilisiert. Dies wird durch eine Gesprächsführung erreicht, die den Patient\_innen die Möglichkeiten nimmt, sich frei zu äußern. Das macht sie stumm, wobei ihre Stummheit den Eindruck erweckt, sie seien gar nicht fähig, einen eigenen nützlichen Beitrag zu den anstehenden Entscheidungen zu leisten.

Im Unterschied dazu, tritt das deliberative Modell mit dem Anspruch an, Ärzt\_innen und ihren Patient\_innen ein Beratungsgespräch zu ermöglichen, in dem sie sich, trotz funktionaler Asymmetrie, auf Augenhöhe begegnen. Wie weit Theorie und Praxis eines „Shared decision making“, wie es derzeit im Medizindiskurs verhandelt wird, diesem Anspruch genügt, gilt es zu prüfen.

### **Zu den Begriffen**

Für den international gebräuchlichen Begriff des „shared decision making“, hat sich in Deutschland die Bezeichnung „partizipative

Entscheidungsfindung“ oder darüber hinausgehend „evidenzbasierte partizipative Entscheidungsfindung“ durchgesetzt.

Der verwandte Begriff des „informed consent“ besitzt einen vergleichsweise engeren Bedeutungsgehalt. Er bezeichnet eine Aufklärung von Patient\_innen, die in der Vermittlung medizinischer Informationen besteht, auf die sie einen Rechtsanspruch haben. So stellt die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz fest, dass Ärzt\_innen verpflichtet sind, ihre Patient\_innen über Art und Wahrscheinlichkeit von Risiken im Verhältnis zu Heilungschancen sowie über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu unterrichten. Dies kann in Form eines Arzt-Patient-Gesprächs erfolgen, aber auch in Form von Broschüren, Videos und anderen didaktisch aufbereiteten Entscheidungshilfen („decision aids“). So gesehen, ist eine medizinische Aufklärung ein notwendiger erster Schritt in einem Prozess partizipativer Entscheidungsfindung. Denn die Entscheidungen sollen medizinisch gut informiert fallen. Zugleich wird eingeräumt, dass es mehr als nur medizinischer Informationen bedarf, um eine lebensweltlich tragfähige Entscheidung zu treffen. Genannt werden Bedürfnisse und Wertvorstellungen der Patient\_innen, die im Entscheidungsprozess zu berücksichtigen seien.

Bleibt der Begriff der „compliance“. Ursprünglich ist er dem paternalistischen Modell eng verbunden und bezeichnet die Folgebereitschaft, die Ärzt\_innen für ihre medizinischen Anordnungen erwarten (dürfen). Inzwischen steht der Begriff in einer erweiterten Fassung für das Handlungsproblem von Ärzt\_innen, ihre Patient\_innen zu motivieren, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen.

## **Wertewandel**

Wollten Patient\_innen noch vor zwanzig Jahren über ihre Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zwar gut informiert sein, die Entscheidung über die Behandlung, aber lieber ihren Arzt treffen lassen, so zeigen Untersuchungen, dass die Mehrheit der heutigen Patient\_innen, an dieser Entscheidung beteiligt

werden will. Größer noch ist die Mehrheit der Ärzt\_innen, die ihrerseits eine Beteiligung ihrer Patient\_innen an Entscheidungsfindungsprozessen befürworten.

So heißt es in einem der programmatischen Texte zum „Shared decision making“:

„Die Patienten sind erwachsen geworden, es gibt keinen Weg zurück. [...] Paternalismus ist endemisch [...] und auch wenn er gut gemeint sein mag, schafft und erhält er doch eine ungesunde Abhängigkeit, die mit anderen Strömungen in der Gesellschaft nicht mehr im Einklang steht.“

In der historischen Verschiebung der Präferenzen vom Paternalismus zur Partizipation spiegelt sich ein genereller gesellschaftlicher Trend, der in den Sozialwissenschaften als Wertewandel thematisiert wird: Der Weg führt von öffentlichen wie privaten „Befehlshaushalten“ hin zu „Verhandlungshaushalten“.

Soziodemographisch betrachtet, ist der Anteil der Ärzt\_innen, die an einer partizipativen Entscheidungsfindung interessiert sind, unter den jüngeren Ärzt\_innen größer als unter den älteren, wobei Geschlecht und fachärztliche Spezialisierung keinen Unterschied machen. Unter den Patient\_innen, die eine partizipative Entscheidungsfindung bevorzugen, überwiegen die jüngeren und die besser gebildeten.

### **Anspruch und Wirklichkeit**

Dem Anspruch, zu beteiligen und beteiligt zu werden, steht eine Praxis entgegen, die weit hinter diesem Anspruch zurückbleibt. Faktisch informieren Ärzt\_innen nur in geringem Ausmaß darüber, falls es mehr als eine Behandlungsmöglichkeit gibt und welche Vor- und Nachteile die verschiedenen Möglichkeiten haben. Im internationalen Vergleich von 8 europäischen Ländern ist die Diskrepanz in Deutschland besonders groß.

Diskrepanzen der beschriebenen Art sind in Forschungen zum gesellschaftlichen Wertewandel keine Unbekannten. Sie belegen

einmal mehr, dass sich Wertvorstellungen unter Umständen schneller verändern als die Praxis. Oder zugespitzt formuliert: dass sich das Reden über veränderte Wertvorstellungen an eingefleischten Routinen.

Wenn in einer Untersuchung 66% der Ärzt\_innen angeben, sie würden ihre Patient\_innen nach deren Vorstellungen fragen und diese Vorstellungen dann auch in den Prozess der Entscheidungsfindung einbeziehen, während es auf Seiten der Patient\_innen nur 37% sind, dann mag man Wahrnehmungsdifferenzen vermuten: Angenommen, der Befund gelte nicht nur allgemein, sondern für die einzelnen Arzt-Patient-Dyaden, dann wäre denkbar, dass beide Seiten subjektiv zutreffende Aussage machen: Die Ärzt\_innen würden dann ihre Angebote in einer Weise kommunizieren, die ihre Patient\_innen nicht verstünden – oder aber, vielleicht aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen, nicht glauben könnten, dass sie ernst gemeint seien.

Zweifellos gehört zu einer erfolgreichen partizipativen Entscheidungsfindung nicht nur die verständliche Vermittlung medizinischer Informationen, sondern auch die Herstellung eines Raumes, in dem sich Patient\_innen trauen, ihre Sorgen und Ängste anzusprechen, und sich dabei des Mitgefühls ihrer Ärzt\_innen sicher sein können. Aber auch an diesem Punkt zeigen sich Wahrnehmungsdifferenzen: So bescheinigen die Patient\_innen in einer Untersuchung ihren Ärzt\_innen weit weniger Mitgefühl, als diese es für sich in Anspruch nehmen.

Es wäre unangebracht, angesichts eines solchen Befundes sofort die bekannte Ärztekritik zu bemühen. Denn ärztliches Handeln ist primär Rollenhandeln, während die Mitteilung einer Erkrankung und der daraus resultierenden Behandlungsbedürftigkeit die Patient\_innen als Privatpersonen betrifft. Während Rollenhandeln auf eine professionelle Emotionsregulation angewiesen ist, die es erlaubt, einer Vielzahl von Patient\_innen gerecht zu werden, sind Patient\_innen stets individuell und existenziell betroffen. So kann es sein, dass sie sich ein Ausmaß an Mitgefühl wünschen, das Ärzt\_innen aus Gründen eines legitimen Selbstschutzes nicht haben oder nicht kommunizieren können, ohne aus der Rolle zu fallen.

## **Sprechende Medizin?**

Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine riskante, stets existenziell grundierte Beziehung, deren Gestaltung nicht zuletzt von der kommunikativen Kompetenz der Ärzt\_innen und ihrer Patient\_innen abhängt – und das umso mehr, je höher der Partizipationsanspruch ist. Nach wie vor gehört Gesprächsführung aber nicht zu den Stärken moderner Ärzt\_innen, weil ihr Erwerb vom Medizinstudium an nicht systematisch betrieben wird. Ein Beratungsmodell partizipativer Entscheidungsfindung kommt aber ohne eine Kommunikation fördernde Ansprache nicht aus.

Sieht man sich jedoch an, wie sich die Protagonisten des „Shared decision making“ die Gesprächsführung vorstellen, wird man überrascht. So beschreibt die OPTION-Skala – „observing patient involvement scale“ – zwölf Schritte, die erforderlich sind, um Patient\_innen am Prozess der Entscheidungsfindung zu beteiligen:

01. Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit auf ein erkanntes Problem, das einen Entscheidungsfindungsprozess erfordert.
02. Der Arzt stellt fest, dass es mehr als nur eine Möglichkeit gibt, mit dem Problem umzugehen.
03. Der Arzt bringt die vom Patienten bevorzugte Herangehensweise in Erfahrung, Informationen zur Unterstützung des Entscheidungsfindungsprozesses zu erhalten.
04. Der Arzt nennt die Optionen, zu denen auch zählen kann, keine Maßnahme zu ergreifen.
05. Der Arzt erklärt dem Patienten Nutzen und Schaden der Behandlung bzw. Nicht-Behandlung.
06. Der Arzt exploriert die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
07. Der Arzt exploriert die Sorgen und Ängste des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
08. Der Arzt prüft, ob der Patient die Informationen verstanden hat.
09. Der Arzt bietet dem Patienten explizit Möglichkeiten an, während des Entscheidungsprozesses Fragen zu stellen.

10. Der Arzt bringt das vom Patienten gewünschte Ausmaß an Beteiligung an der Entscheidung in Erfahrung.
11. Der Arzt stellt die Notwendigkeit einer Entscheidung (oder eines Aufschubs) fest.
12. Der Arzt weist auf die Notwendigkeit einer Überprüfung der Entscheidung (oder eines Aufschubs) hin.

Die OPTION-Skala ist kein Leitfaden für die Gestaltung eines Gesprächs, das tatsächlich ein Beratungsgespräch wäre. Es trägt eher die Züge eines Algorithmus, der von Ärzt\_innen in Gang gesetzt und abgearbeitet wird. An Situationen wie solche, in denen beide Seiten um eine Entscheidung „ringen“, ist anscheinend überhaupt nicht gedacht. Auch kann man sich schwer vorstellen, wie es Patient\_innen in diesem Algorithmus gelingen soll, für ihre Sorgen und Ängste, mit denen sie sich vielleicht erstmals konfrontiert erleben, Gehör zu finden. Sorgen und Ängste sind keine Informationen wie es die statistischen Wahrscheinlichkeiten des Erfolgs zweier alternativer Behandlungsmöglichkeiten sind. Die OPTION-Skala entwirft das Bild zweckrational entscheidender Ärzt\_innen, die auf ebenso zweckrational entscheidender Patient\_innen trifft. So gesehen, dürfte es nicht weit hergeholt sein, eine große Nähe zum Modell des Homo oeconomicus zu konstatieren.

Es verwundert deshalb auch nicht, dass der Algorithmus im Diskurs um eine partizipative Entscheidungsfindung wegen seiner Effizienz, zu Entscheidungen zu kommen, kritiklos empfohlen wird. Dann zitiert man Untersuchungen, die Effizienz als Zeitaufwand bestimmen und keinen überhöhten Zeitaufwand belegen: So ergab eine Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie, die 23 Allgemeinärzt\_innen und 405 Patient\_innen mit einer neu diagnostizierten Depression einschloss, keinen höheren Zeitaufwand für diejenigen Ärzt\_innen, die den Algorithmus anwendeten, im Vergleich zu den Ärzt\_innen, die konventionell kommunizierten. In einer weiteren Untersuchung stieg die Gesprächsdauer in englischen Allgemeinmedizinerpraxen von durchschnittlich acht auf – für die Autoren vertretbare – zehn Minuten!

Würde eine partizipative Entscheidungsfindung im Rahmen eines Beratungsgespräches stattfinden, das den Namen verdient, würden solche Zeitgrenzen in vielen Fällen überschritten. Das suchen Ärzt\_innen zu vermeiden und das nicht in erster Linie, weil ihnen für solche Gespräche die kommunikative Kompetenz fehlt. Eine solche Personalisierung ist solange nicht statthaft, wie die Gebührenordnung entsprechende Gespräche nicht unterstützt. Auf diesem Hintergrund soll einer Fortbildung von Ärzt\_innen in partizipativer Entscheidungsfindung nach Maßgabe der OPTION-Skala, die Quadratur des Kreises gelingen: Patient\_innen in gleichbleibender Zeit mehr Qualität zu bieten! Die Investition in Entscheidungshilfen wie Broschüren, Videos und andere Aufklärungsmaterialien dienen demselben Ziel. Es sind kostengünstige Alternativen zu Beratungsgesprächen, deren flächendeckender Einsatz die Gefahr mit sich bringt, solche Gespräche weiter zu entwerten.

## **Gesundheitsökonomisches Kalkül**

Insgesamt ist eine partizipative Entscheidungsfindung nicht nur das Resultat eines Wertewandels, sondern hat auch handfeste gesundheitsökonomische Gründe. So besteht die Erwartung, dass partizipative Entscheidungen den Erfolg von Behandlungen erhöhen und zugleich deren Kosten senken.

Wie die semantische Zuspitzung von „partizipativer Entscheidungsfindung“ zu „evidenzbasierter partizipativer Entscheidungsfindung“ anzeigt, sollen Ärzt\_innen nur Behandlungsmöglichkeiten in den Entscheidungsprozess einbringen, die alle nachgewiesenermaßen evident oder nach abnehmender Evidenz – immer in Relation zu Nebenwirkungen – gestaffelt sind.

„Shared decision making“ folgt dabei der Logik der Evidenz basierten Medizin, die Behandlungsempfehlungen nur dann abgibt, wenn RCT-geprüfte Effektivitäts- und Effizienznachweise vorliegen. Dies geht in der Regel mit einer Manualisierung von Behandlungen einher, die ein Behandlungscontrolling nach sich zieht, das weniger auf die Arzt-Patient-Beziehung als auf Behandlungstreue – die getreue Realisierung des Manuals – achtet. Setzt sich diese Logik durch, kann

die Kostenübernahme einer Behandlung mit dem Verweis auf mangelnde Evidenz abgelehnt werden.

### **Maskierter Paternalismus?**

Angenommen, es liegt eine evidenzbasierte Behandlungsempfehlung vor, wäre es dann nicht für Patient\_innen das einzig Vernünftige, sich für die vergleichsweise wirksamste und nebenwirkungsärmste Behandlung und für keine andere zu entscheiden!? Patient\_innen, die das nicht tun, laufen Gefahr, als unvernünftig stigmatisiert zu werden, gleich, was für Gründe sie dafür haben mögen.

Wie Untersuchungen belegen, ärgern sich Ärzt\_innen, die mit dem Paradigma der Evidenz basierten Medizin identifiziert sind, über solche Patient\_innen und neigen dazu, sie zu einer Anerkennung des Paradigmas erziehen zu wollen.

„Also das ist da mit Herzinfarktpatienten oder ich sag mal – Leuten, die ich als herzinfarktgefährdet einschätze, da hab ich oft ne Aversion, weil ich mir seit sechzehn Jahren bezüglich der Lebensweisen meiner Patienten bei vielen den Mund fusslich rede und mich ohnmächtig fühle und alleingelassen von der Politik und von den Krankenkassen und ich zugucken muss – wie meine Leutchen ins Verderben rennen. Aufgrund von Ignoranz – von Dingen und Erkenntnissen. Die wir alle seit Jahren oder Jahrzehnten wissen. Und trotz der Ratschläge ihres Arztes. Sie missachten vielfach meine Ratschläge, stellen ihre Lebensweise nicht um und dann haben sie'n Herzinfarkt, werden für teures Geld behandelt, und dann ist das Jammern groß, wenn sie dann ihren Job verlieren, und dann soll ich plötzlich ihr Leben richten. Und das macht mich wütend.“

Soziologisch betrachtet, entwickelt die Art und Weise, partizipative Entscheidungsfindung als Wahl einer evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeit normative Kraft und erzeugt dadurch Devianzen.

Gleiches gilt für diejenigen Patient\_innen, die sich dezidiert nicht an der Entscheidungsfindung beteiligen wollen. In allen Untersuchungen,



wie die verschiedenen Kooperationsformen unter Patient\_innen verteilt sind, gibt es immer 5-10%, die alle Entscheidungen abgenommen bekommen wollen. Sie weisen zurück, was doch als eine historische Errungenschaft erscheint. Ist eine solche Haltung nunmehr begründungspflichtig oder kann sie respektiert werden, ohne den Verdacht zu erwecken, sie sei das Symptom einer Verantwortungsdelegation, deren Motive einer Aufklärung bedürften.

### **Eingeschränkte Partizipationsfähigkeit**

Partizipation setzt die Fähigkeit voraus, Entscheidungen überhaupt treffen zu können. Diese Voraussetzung trifft nicht zu, wenn Patient\_innen von einer Partizipation kognitiv, aber auch emotional überfordert sind – und zwar habituell und / oder nur in einer Ausnahmesituation. Betroffen wären kognitiv beeinträchtigte Menschen, aber auch Kinder, ebenso Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Freilich müsste auch in solchen Fällen die Maxime gelten, so viel Partizipation wie möglich zu realisieren. Das oft gehörte Argument, es gelte Menschen vor ihrer eigenen Irrationalität zu schützen, ist solange wohlfeil, wie man seine Geltung nicht im Einzelfall prüft. Im Übrigen sind auch Menschen ohne die genannten Beeinträchtigungen nicht per se rational. Des Weiteren wäre eine partizipative Entscheidungsfindung missverstanden, wollte man sie auf einen Zeitpunkt begrenzen und nicht als längerfristige Begleitung gestalten. Wenn auch nicht alle, so sind doch viele Entscheidungen reversibel und infolgedessen als Manifestation des aktuellen Standes einer gemeinsamen Lerngeschichte von Ärzt\_innen und ihren Patient\_innen zu betrachten.

### **Partizipativn Entscheidungsfindung am Beispiel Depression**

Die wenigsten Untersuchungen zur partizipativen Entscheidungsfindung stammen aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Im Rahmen des BMGS-Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ stammen 4 von den 10 Modellprojekten aus diesem Bereich: Depression, Schizophrenie, Multiple Sklerose und Substanzmissbrauch.

Fasst man die verfügbaren Befunde für Depressionen zusammen, so kann für depressive Patient\_innen gezeigt werden, dass sie unabhängig vom Schweregrad ihrer Symptomatik sehr an Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie an einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung interessiert sind. Mehr noch: Partizipation erhöht die Akzeptanz der Diagnose und trägt damit dazu bei, die beschämende Selbststigmatisierung zu verringern. Gleiches gilt für die Akzeptanz der Behandlungsbedürftigkeit. Zudem nimmt die Behandlungstreue zu und darüber vermittelt die Wahrscheinlichkeit besserer Behandlungsergebnisse.

In die gleiche Richtung zielt die laufende große Untersuchung des SFI. Depressive Patient\_innen dürfen – nach schriftlicher Vorinformation – wählen, ob sie sich psychoanalytisch oder kognitiv-behavioral behandeln lassen wollen, oder sie erklären sich damit einverstanden, nach Zufall auf die eine oder die andere Psychotherapieform aufgeteilt zu werden. Ob sich die Hypothese bestätigen lässt, dass eine derart vorbereitete Entscheidung prognostisch günstiger ist als eine Zufallsverteilung, kann gegenwärtig noch nicht gesagt werden. Bemerkenswert ist aber ein Zwischenergebnis, demzufolge Patient\_innen mit einer traumatischen Lebensgeschichte sich signifikant häufiger für eine psychoanalytische Behandlung entscheiden.

Dies mag ein Beispiel dafür sein, dass Patient\_innen eine Vorstellung davon entwickeln, was ihnen helfen könnte. Solche Vorstellungen sind eine Mischung aus Wünschen und Ängsten auf der einen Seite und popularisiertem wissenschaftlichen Wissen über die Entstehung von Krankheiten, deren lebensweltlichen Auswirkungen sowie deren Behandlungsmöglichkeiten auf der anderen Seite. Alle Informationen, die Patient\_innen bekommen, werden durch solche „Behandlungsphantasien“, die nicht selten bewusstseinsfern sind, gefiltert. Ärzt\_innen tun gut daran, sie in Erfahrung zu bringen, was in einer 8 bis 10-minütigen Begegnung freilich kaum zuverlässig gelingen wird.

## **Partizipation von Kindern**

Es sind aber nicht nur psychisch Kranke, die in vielen Fällen fähiger sind, sich an einem Prozess partizipativer Entscheidungsfindung kompetent zu beteiligen, als es die Stereotype über sie wahrhaben wollen, eine vergleichbare Korrektur betrifft das tradierte Kinderbild. Wie es die aktuelle Kindheitsforschung immer wieder bestätigt findet, sind Kinder in vieler Hinsicht kompetenter, als Erwachsene nach wie vor glauben. Deshalb verlangt die UNO-Kinderrechtskonvention, dass Kinder in alle Entscheidungen einzubeziehen sind, die sie betreffen, also auch medizinische.

In Fortführung unseres ADHS-Projektes sind wir derzeit dabei, das pädiatrische Setting der ADHS-Diagnose und ADHS-Behandlung zu untersuchen. Dabei bestätigt sich bereits jetzt, was auch andere Untersuchungen feststellen. Wenn überhaupt, dann bemüht man sich zwar um ein triadisches Setting, in dem Ärzt\_innen, Eltern, genau genommen: Mütter, und ihre Kinder zusammen kommen, vermag aber nicht, die kommunikativen Herausforderungen dieses Gesprächsformates zu bewältigen. Die Beteiligung der Kinder liegt zwischen 2-14%, von sich aus sagen sie kaum etwas. Werden sie von den Ärzt\_innen zu einem behandlungsrelevanten Thema gefragt, antworten in mehr als der Hälfte der Fragen nicht die Kinder, sondern deren Mütter, die ihrerseits auch gehäuft Gesprächspassagen zwischen den Ärzt\_innen und ihren Kindern unterbrechen. Durch diese „advokatorische Haltung“ versuchen die Mütter, das Gespräch zu kontrollieren, indem sie eine Co-Expertise demonstrieren. Sprechen die Ärzt\_innen die Kinder direkt an, dann gehäuft in Form von Späßen oder Belustigungen, die vorderhand dazu dienen mögen, ihnen Angst zu nehmen, zugleich wird dadurch aber auch markiert, dass sie ihnen sachdienliche Aussagen nicht zutrauen. Mit zunehmendem Alter der Kinder und zunehmender Dauer der Behandlung wird dieses Kommunikationsmuster seltener, ohne aber ganz aufgegeben zu werden. Statt mit den Kindern zu sprechen, wird über sie gesprochen. Und die Triade zerfällt immer wieder in Dyaden, wobei meist das Kind der ausgeschlossene Dritte ist.

## **Der Einfluss der sozialen Matrix auf die Entscheidungsfindung**

Haben es Ärzt\_innen im skizzierten pädiatrischen Setting mit zwei Familienmitgliedern zu tun – mit zwei Personen, die Teile eines sozialen Systems und somit voneinander abhängig sind –, so wird im Diskurs um partizipative Entscheidungsfindung oftmals von einer Arzt-Patient-Dyade ausgegangen. Das suggeriert, die Patient\_innen würden einen ganz individuellen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten. Indessen sind sie alle (ebenso wie ihre Ärzt\_innen) immer Repräsentant\_innen einer soziokulturellen Matrix, die aus signifikanten Personen und Institutionen besteht, die alle die Entscheidungsfindung beeinflussen – und zwar nicht in erster Linie dadurch, dass sie gezielt Einfluss nehmen, sondern schon einfach dadurch, dass sie ihre eigenen Entscheidungen immer mehr oder weniger bewusst auf die Entscheidungen, die ihnen sozial erwünscht und deshalb konfliktarm erscheinen. Das heißt: Dilemmata sind wahrscheinlich.

So würde eine Frau nach ihrem Herzinfarkt gerne ihre Ernährungsgewohnheiten ändern, wäre da nicht ihr Mann, der keinerlei Bereitschaft zeigt, mitzuziehen, und zudem für Vegetarier\_innen nur Spott übrig hat.

Behandlungen finden immer in einer sozialen Matrix wechselseitiger Einflussnahme statt. Die Haupteinflussrichtungen zu kennen und gegebenenfalls einzubeziehen, bewahrt Ärzt\_innen davor, ihre Patient\_innen unversehens in nicht lösbare Konflikte zu stürzen. Alle Informationen, die sie ihnen zur Verfügung stellen, gehen früher oder später in deren Lebenswelt und werden dort nicht selten nach dem Interaktionsmuster der „stillen Post“ prozessiert. Insofern ist die Frage, wer ist faktisch an einer Entscheidungsfindung beteiligt, nicht belanglos. Es bedarf einer Grenzziehung, die vor unübersehbaren Einflüsterungen schützt, ohne hilfreiche Einflussnahmen zu verhindern, weil Behandlungserfolge nicht selten auch die Erfolge des lebensweltlichen Unterstützungssystems sind.

## **Massenmedial informierte Patient\_innen**

In der spätmodernen Gesellschaft ist dieses Unterstützungssystem von massenmedialen Informationsangeboten durchzogen. Dabei kommt dem Internet inzwischen wahrscheinlich die größte Bedeutung zu. Patient\_innen beschaffen sich dort medizinische Informationen und tauschen sich mit anderen Betroffenen in „chats“ über ihre Erfahrungen aus. Infolgedessen wird das Internet zu einer Instanz, von der aus Patient\_innen ihre Ärzt\_innen beobachten und kontrollieren. Das heißt: Patient\_innen bringen dieses „Wissen“ in die partizipative Entscheidungsfindung ein: Während die einen ergebnisoffen erwarten, dass ihre Ärzt\_innen es bewerten, gibt es andere, die mit medial autorisierten Vor-Entscheidungen kommen, die sie lediglich bestätigt haben wollen.

Wie das Beispiel von Pro-Anagruppen, in denen Anorektikerinnen ihre Erkrankung als selbst gewählten Lebensstil feiern, eindrücklich zeigt, kann aus solchen Vor-Entscheidungen ein lebensbedrohlicher Behandlungswiderstand entstehen.

### **Ethische Herausforderungen einer Dienstleistungsmedizin**

Von informierten Patient\_innen zu Patient\_innen, die sich als Kund\_innen verstehen, ist es kein allzu großer Schritt. So haben wir in unseren ADHS-Untersuchungen etliche Eltern kennen gelernt, die solange von einem Kinderarzt zum anderen gelaufen sind, bis einer bereit war, ihr Kind psychopharmakologisch zu behandeln. Dieses Ärzt\_innen-Hopping ist ein zentrales Element einer „Wunsch erfüllenden Medizin“, in der sich die zunehmende Radikalisierung der Marktgesellschaft spiegelt.

Patient\_innen, die mit dieser Vermarktlichung identifiziert sind, verstehen sich als Kunden, die im Zweifelsfalle nicht gemeinsam mit ihren Ärzt\_innen entscheiden wollen, sondern autonom, ohne sich mit ihnen auseinandersetzen zu wollen.

Laut Gesundheitsreport der DAK aus dem Jahr 2009 berichten 5% der befragten Arbeitnehmer\_innen, dass sie Psychopharmaka einnehmen, um die Belastungen an ihrem Arbeitsplatz bewältigen zu können: Anti-Depressiva, Angst lösende Medikamente und Ritalin. Sie

nehmen diese Medikamente nicht als Therapeutika, sondern als Enhancement. Manche der Arbeitnehmer\_innen besorgen sich diese Enhancer unter Umgehung eines Arztkontaktes. Andere bringen ihre Ärzt\_innen dazu, ihnen die Medikamente zu verschreiben. Insgesamt gibt es einen begründeten Verdacht, dass längst eine Entgrenzung des Medikamentengebrauchs besteht. Parallel zu dieser Entwicklung formiert sich in der neo-liberalen Gesellschaft ein neuer Sozialcharakter, dessen zentrales Merkmal eine „interessierte Selbstgefährdung“ ist. Personen mit diesem Sozialcharakter riskieren ihre Gesundheit der Karriere wegen und konfrontieren ihre Ärzt\_innen mit dem Ansinnen, sie dabei zu unterstützen.

In solchen Fällen erscheint es ethisch geboten, dass Ärzt\_innen ihre Rolle im Prozess einer partizipativen Entscheidungsfindung so definieren, dass sie sich nicht zweckrational vereinnahmen lassen und nur mehr über die Mittel informieren, wie ihre Patient\_innen ihre Ziele erreichen, wie gesundheitlich fragwürdig diese Ziele auch sein mögen.

### **Schlussbemerkung**

Zweifellos gibt es hinter den Anspruch einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Ärzt\_innen und ihren Patient\_innen kein Zurück. Und das ist gut so. Was als „Shared decision making“ konzipiert und praktiziert wird, verfehlt allerdings eine emphatische Vorstellung von einer gemeinsamen Beratung. Wenn gesundheitsökonomische Motive dominieren, gerät der proklamierte Wertewandel ins Hintertreffen. Dass „Shared decision making“ ein Meilenstein auf dem Weg zu einer sprechenden Medizin wäre, ist nicht offensichtlich und bedarf deshalb einer kritischen Beobachtung.

Kontakt und Literatur:

E-Mail: [haubl@sigmund-freud-institut.de](mailto:haubl@sigmund-freud-institut.de)