

169

163

164

Kommunikation in der Patientenversorgung – oder sind SDM und PEF bloß moderne Kürzel?

Norbert Schmacke

Wer sich seit Längerem für Fragen der Arzt-Patienten-Kommunikation interessiert, der reibt sich die Augen, mit welcher Leichtigkeit seit einigen Jahren nahezu inflationär von Shared Decision Making (SDM, hölzern mit partizipative Entscheidungsfindung = PEF eingedeutscht) die Rede ist. Ärzte und Ärztinnen entscheiden demnach gemeinsam mit ihren Patienten und Patientinnen über Diagnostik und Therapie. Zwei Kenner der Forschungslandschaft schrieben 2000 dazu: „Die Effekte von Empowerment und Shared Decision Making sind bislang weitgehend unklar. Der Ansatz wirkt überhaupt nur bei gut informierten und gebildeten Patienten, die nicht schwer erkrankt sind“ (Wensing und Grol, übers. durch den Verf.). Nach eigener Einschätzung hat sich dies trotz des fraglos lobenswerten Forschungsprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit zum SDM und nachfolgenden Projekten in der Versorgungsforschung in den letzten zehn Jahren nicht grundlegend geändert.

Das klingt vielleicht zu pessimistisch, deshalb beginne ich noch einmal anders, nämlich mit der Frage nach der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation. Das Thema ist alles andere als neu. Drei Landmarken sollen genannt werden:

1. Debra Roter and Judith Hall publizieren 1992 „Doctors Talking with Patients – Patients Talking With Doctors“. Eine der frühesten Arbeiten von Debra Roter aus dem Jahr 1977 hatte zum Gegenstand: „Die Auswirkungen von Patientenfragen auf die Qualität der Interaktion, auf Zufriedenheit und Compliance“. Wenn man heute Patienten zuhört (und entsprechende Literatur kennt), dann wird deutlich, wie weit der Weg noch ist, bis Patienten und Patientinnen sich trauen, die ihnen wichtigen Fragen tatsächlich zu stellen: Damit aber müsste der Dialog ja beginnen.

2. Margaret Gerteis und andere brachten 1993 den Klassiker „Through the Patient's Eyes“ heraus. Dieses Buch bilanziert den damaligen Forschungsstand des Picker-Instituts zur Erhebung von Patientenerfahrungen in der Versorgung. Der Sponsor Harvey Picker war durch die Krankheit seiner Frau gemeinsam mit ihr zu der Überzeugung gelangt, dass es notwendig sei, der Patientenperspektive in einem hochtechnisierten Gesundheitswesen zur gebührenden Anerkennung zu verhelfen. Die aus diesen Ansätzen resultierende „ereignisorientierte Patientenbefragung“ wird inzwischen zwar viel gelobt, ist aber weder in der Ambulanz noch in der Klinik Standard.

3. Moira Stewart legt 1995 mit anderen das Lehrbuch „Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method“ vor (2. Aufl. 2003). Die Autoren schreiben im Zusammenhang mit SDM: „Eine gemeinsame Grundlage zu finden erfordert, dass Patienten und Ärzte wechselseitiges Verständnis und Übereinstimmung über das Wesen der vorhandenen Probleme, über Ziele und Prioritäten der Behandlung und über ihre jeweiligen Rollen in diesen Prozessen erreichen“. Eine eigene Studie zur Thematisierung des kardiovaskulären Risikos im Rahmen der Bluthochdruckbehandlung in der hausärztlichen Medizin gab deutliche Hinweise, wie viel noch zu tun ist, bis die unterschiedlichen Perspektiven zum Ausgangspunkt von Therapievereinbarungen genommen werden können.

Damit sind schwergewichtige Forschungsfelder genannt, die alle eines nahelegen: Die prinzipielle Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation als unabdingbare Voraussetzung für SDM/ PEF ist so notwendig wie schwer zu erreichen. 2006 kommt Konstanze Müller in einer lesenwerten, empirisch angelegten Dissertation u. a. zu folgender Bilanz:

„Grundsätzlich werden (von Ärztinnen und Ärzten) Gespräche mit dem Patienten als überaus wichtig eingestuft. Diese positive Bewertung findet im realen Verhalten allerdings keine Entsprechung. Es gibt Widersprüche

zwischen der nach außen dargestellten patientenorientierten Einstellung zum Gespräch und dem tatsächlichen Verhalten, so wie es in der Befragung in einer fiktiven Gesprächssituation überprüft wurde. Nur sehr wenige Ärzte gaben dem Patienten hier die Möglichkeit, sein Problem im Zusammenhang darzustellen.“

Kommunikative Kompetenz in der Mediziner Ausbildung

Die Notwendigkeit, grundständig die kommunikativen Kompetenzen der Ärzteschaft anzusprechen, ist inzwischen längst erkannt und wird, wenn auch leider längst noch nicht flächendeckend, in der Mediziner Ausbildung berücksichtigt. Neben dem 1999 initiierten Reformstudiengang an der Berliner Charité ist hier u. a. der Heidelberger Ansatz hervorzuheben, der die Anforderungen der neuen ärztlichen Approbationsordnung gewissermaßen ernst genommen hat. Dort wird – tatsächlich – gefordert, die kommunikative Kompetenz von Studierenden zu fördern, zu trainieren und zu prüfen (!). Ein derartiges Kommunikations- und Interaktionstraining für Mediziner (Medi-KIT) wurde zunächst in der Inneren Medizin als Pilotprojekt entwickelt (s. Kasten). Das Training wurde schrittweise auf zehn klinische Fächer erweitert. Unter anderem kommen als pädagogischer Ansatz eine Vielzahl von standardisierten Patienten zum Einsatz, die die Studierenden mit den wichtigsten, klassischen Betreuungssituationen in der Medizin vertraut machen sollen. Parallel wurden Fachdozenten ausgebildet, die gewährleisten, dass das Erlernte in den jeweiligen klinischen Kontext integriert wird. Und diese Ausbildung wird mit einem international entwickelten Instrument auf ihren Erfolg hin geprüft: Kommunikation wird damit erstmals ein Prüfungsfach – aus der Überzeugung heraus, dass anders die notwendige Ernsthaftigkeit in der Auseinandersetzung mit dem Thema nicht erreicht werden kann. Und es gibt ermutigende Hinweise, dass dieses Training gegenüber der klassischen Mediziner Ausbildung nachhaltig die Kommunikationsfertigkeiten im Patientenkontakt verbessert (<http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/Medi-KIT.108137.0.html>).

Auf welche Informationen können sich Patienten verlassen?

Und eine zweites Mega-Thema lautet: Auf welche Informationen können Patienten und Patientinnen sich denn verlassen, wenn sie in den Dialog gehen? Ohne „evidenzbasierte“ Informationen ja wohl nicht – also im Grunde auf dieselben Forschungsergebnisse, die Ärzten und Ärztinnen auch zur Verfügung stehen (sollten).

„Decision Aids“ lautet die Zauberformel, und tatsächlich gibt es inzwischen eine Reihe solcher hochwertiger Entscheidungshilfen, die das Wissen und Verhalten von ratsuchenden Patienten und Patientinnen in erwünschter Weise beeinflussen können: vorausgesetzt, Menschen haben Zugang zu solchen Materialien, gegebenenfalls Unterstützung durch Dritte, um sie besser zu verstehen, und das passende Zeitfenster, um solche Materialien zu nutzen. Insofern ist auch bei diesem interessanten und Erfolg versprechenden Ansatz der Förderung von „health literacy“ (eine gute deutsche Übersetzung wird gesucht!) die Frage, für welche Situationen und welche Patientengruppen er sich besonders eignet. Nicht zu vergessen ist, dass der Gesetzgeber in Deutschland die Notwendigkeit gesehen hat, den Wissensstand der Bevölkerung zu Gesundheitsthemen zu heben. Das IQWiG ist lt. § 139 a SGB V zuständig für die „Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung, sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung“. Der umfängliche Zwischenstand ist unter <http://www.iqwig.de/gesundheitsinformation.62.html> zu besichtigen - ein Novum in der Sozialgesetzgebung, das unmittelbar die Frage anspricht: Welchen Informationen darf der Bürger und die Bürgerin vertrauen?

Voraussetzungen für eine Partnerschaft in der Arzt-Patient-Beziehung

So unfair es wäre, SDM und PEF als modernistische Kürzel abzutun, weil damit das Thema Patientenzentrierung erneut auf die Tagesordnung gekommen ist, so wichtig ist es, sich noch einmal mit der Frage zu beschäftigen, wie die Voraussetzungen für eine Partnerschaft in der Arzt-Patient-Beziehung geschaffen werden können. Skepsis bleibt angeraten, solange einige schmerzhafteste Fragen umschifft werden:

- Welche Informationsbasis kann arzt- wie patientenseitig zugrunde gelegt werden, wenn von Dialog die Rede ist?
- In welcher Weise sind beide Seiten trainiert, die vorhandene Datenbasis zu bewerten?
- In welcher Form werden Arzt- und Patientenperspektive ermittelt und fester Bestandteil der Kommunikation?

Medi-KIT: „Wie geht’s uns denn heute?“ Ein Kommunikations- und Interaktionstraining

Herr Müller, ein dreiundfünfzigjähriger Schreiner, krümmt sich vor Schmerzen.

„Ach, Frau Doktor, mir geht es gar nicht gut!“

„Was fehlt Ihnen?“ fragt die junge Ärztin.

„Bauchschmerzen, ach, ich halte es kaum noch aus!“ Der Patient stöhnt und jammert und die Ärztin hat Mühe, ihm genauere Angaben zu entlocken.

„Seit wann haben Sie Beschwerden?“

„So schlimm erst seit gestern Abend.“

Die Ärztin fragt weiter, versucht herauszufinden, wodurch Herrn Müllers Bauchschmerzen verursacht sein könnten und erklärt dem Patienten schließlich die geplanten Untersuchungen. Eine ganz normale Situation, wie sie im Klinik- und Praxisalltag ständig vorkommt. Doch dieses Gespräch findet nicht in einer Arztpraxis statt, sondern in einem Übungsraum der Station Innere. Herr Müller heißt nicht Müller, und er arbeitet auch nicht als Schreiner. Vor allem aber ist er kerngesund! Die junge Ärztin will erst eine werden, sie ist Medizinstudentin im sechsten Semester und absolviert derzeit das HEICUMED-Sommersemester im Block „Innere Medizin“. Und ein wichtiger Bestandteil des neuen Curriculums der Universität Heidelberg ist das Arbeiten an Simulationsmodellen.

Das Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinstudenten, genannt Medi-KIT, soll es Studenten ermöglichen, Gesprächsführung in schwierigen Situationen zu üben, um eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen. Die künftigen Mediziner können schwierige Anamneseerhebungen und Gesprächssituationen üben und erhalten für ihr Gesprächsverhalten ein entsprechendes Feedback. Diese Gespräche werden per Video aufgezeichnet, so dass die Studenten die Möglichkeit haben, ihr eigenes Kommunikationsverhalten zu beobachten, aus ihren Fehlern zu lernen und für den Einsatz am Patienten besser vorbereitet zu sein. Bei der bisherigen medizinischen Ausbildung spielten Kommunikationsfähigkeit und sensibler Umgang mit Patienten so gut wie keine Rolle. (uni-heid/bw)

- Und was bedeutet „SDM“ für das professionelle Selbstverständnis und für Patientenerwartungen an die Profession?

Die Lektüre der genannten Klassiker bleibt sinnvoll. Vielleicht geht es nach wie vor eher darum, die Qualität der Kommunikation auf dem Boden von vorbildlichen Ansätzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung mit langem Atem zu verbessern als nach den Sternen zu greifen. Schon gar nicht darf es um das Abwälzen von Verantwortung auf Kranke gehen. Auch diese Sorge ist nicht ganz aus der Luft gegriffen.

Prof. Norbert Schmacke, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Bremer Universität und Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsfor-

Literatur beim Verfasser