

Alle Macht den Patienten?

Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making

M. Büchi, L. M. Bachmann, J. E. Fischer, M. Peltenburg, J. Steurer

Wenn der Arzt meine 72jährige Grossmutter fragt, ob er ihre Hypertonie mit Medikament A oder B behandeln soll, so wird sie ihm antworten: «Sie haben Medizin studiert, nicht ich.» Meine heute 40jährige Cousine wird im Jahr 2032 auf die gleiche Frage wahrscheinlich antworten: «Ich will Medikament C.» Parallel zu dieser Veränderung im Selbstverständnis der Patienten tauchen in der Fach- und Laienpresse neue Begriffe auf: Von *patient empowerment* oder *shared decision making* ist die Rede. Hat der paternalistische Hausarzt alten Zuschnitts, der «Halbgott in Weiss», der fürsorglich das Beste zum Wohl seiner Patienten wählte, ausgedient? In diesem Artikel versuchen wir, die neuen Worthülsen anhand von Beispielen und im Kontext der bisherigen Forschung zur Arzt-Patient-Beziehung zu erklären. Wir fragen aber auch, ob sich hinter den wohlklingenden Wortneuschöpfungen nicht unterschiedlichste Interessen verstecken: Im Kampf um die letzte Meile auf dem Gesundheitsmarkt lohnt es, sich Patientenkompetenz auf die Fahne zu schreiben. Ob *patient empowerment* am Ende hilft, die expandierenden Gesundheitskosten zu senken, bleibt abzuwarten.

Patienten wie Ärzte stehen heute in einem komplexen Spannungsfeld. Anschwellende medizinische Bedürfnisse kollidieren mit der sinkenden gesellschaftlichen Bereitschaft, diese zu finanzieren; ethisches Denken hinterfragt, ob alles medizinisch Machbare sinnvoll ist. Gesunde klagen, das Gesundheitssystem sei zu teuer und ineffizient; Kranke fühlen sich ungenügend informiert und zuweilen sogar falsch behandelt. Ärzte sehen ihr Einkommen von der «Sparschraube» bedroht. Die Medien diskutieren die Rolle des Arztes in der Gesellschaft in aller Offenheit. Nicht nur die «Finanzen», sondern auch die Asymmetrie der Beziehung zwischen Arzt und Patient werden thematisiert: Quelle dieser Ungleichheit sei nicht nur der unterschiedliche medizinische Wissensstand, sondern vor allem auch der Mangel, Patienten an wichtigen Entscheidungen teilhaben zu lassen. Das Bundesgericht hat beispielsweise das rechte Mass einer Beteiligung in einem Urteil zur Patientenaufklärung vor Operationen kommentiert: Der Patient soll sich in

Kenntnis der Sachlage entscheiden können, gleichzeitig aber soll die Aufklärung den Patienten nicht verängstigen [1]. Wörtlich schreiben die Richter: «Die Aufklärung ist ein Austausch zwischen Arzt und Patient. Sie verlangt nach einer beidseitigen Mitwirkung» [1]. Im Ergebnis verlangt das Bundesgericht eine optimale, nicht eine maximale Aufklärung. Implizit berührt der zugrunde liegende Rechtsstreit die verschiedenen Möglichkeiten, wie Arzt und Patient zu einer Entscheidung finden können. Diese sind in der englischsprachigen Fachliteratur mit Begriffen belegt worden: *paternalistic decision model*, *informed decision model* und *shared decision making model*.

Das neue Schlagwort vom *patient empowerment* setzt voraus, dass der Patient Bescheid weiss. Die Protagonisten des *patient empowerment* versprechen sich vom Druck aus dem Wartezimmer, dass es in Zukunft den Ärzten schwerer fällt, ihren Kunden unnötige Behandlungen aufzuschwatzen. Information sei alles, so das Credo. Jedoch steckt der Teufel im Detail. Informationsvermittler wissen sehr wohl, in welcher Verpackung die Information ihr Ziel am besten erreicht: Ist eine Behandlung besser, welche die Fünf-Jahres-Aussicht, keinen Herzinfarkt zu erleiden, von 95% auf 96,4% erhöht, oder eine, die das Risiko für einen Herzinfarkt um 28% senkt? Die Antwort ist: beide sind gleich – es handelt sich nur um zwei korrekte Möglichkeiten, genau das gleiche Ergebnis unterschiedlich darzustellen. Was aber für den Statistiker genau gleich ist, wird vom Arzt oder Laien je nach Darstellung ganz unterschiedlich bewertet, mit jeweils anderer Konsequenz für die Entscheidung [2]. Wir beschreiben im Folgenden die Entscheidungsmodelle sowie den Einfluss der Verpackung von Informationen, des sogenannten *framing*.

Entscheidungsmodelle zwischen Arzt und Patient

Paternalistic decision making [3]

Das Paradebeispiel für dieses Modell ist das ärztliche Handeln bei einem bewussten Unfallopfer: Der Arzt entscheidet uneigennützig, nach bestem Wissen und Können. Dieser Extremfall ist jedoch selten. In der täglichen Praxis bedeutet *paternalistic decision making*: der Patient kooperiert und befolgt, was ihm der Arzt empfiehlt oder verordnet. Die Gefahr ist, die Grenze zwischen wohlwollender Beratung und Bevormundung zu überschreiten.

Informed decision making [4, 5]

Dieses Konzept von Entscheidungsfindung setzt einen kompetenten, rational abwägenden Patienten voraus. Das Modell für dieses Konzept ist der Käufer, der rational zwischen verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten am Markt abwägt, seine eigenen Präferenzen berücksichtigt und dann eine optimale Entscheidung trifft, die ökonomisch gesehen seinen Nutzen maximiert. Wird dieser Entscheidungsprozess auf die Arzt-Patient-Beziehung übertragen, lässt sich die Rolle des Arztes auf die eines Lieferanten von möglichst objektiver wissenschaftlicher Information re-

Korrespondenz:

J. Steurer

Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer
Bolleystrasse 40
CH-8091 Zürich

duzieren. Die Verantwortung für den Entscheid liegt in diesem Modell beim Patienten, mit allen Konsequenzen. Zuweilen entscheidet der Patient sogar aufgrund von Informationen von dritter Seite – etwa einer Zweitmeinung, Information aus dem Internet oder patientengerecht aufgearbeiteter Information von Interessengruppen. Vertreter des *informed decision making* gehen von zwei Annahmen aus: Erstens, der Patient ist trotz seiner Erkrankung fähig, vollumfänglich für seine Interessen einzustehen. Zweitens, die vom Patienten auffindbaren Informationen sind hinreichend, über die Erkrankung und ihre Behandlung so umfassend und objektiv zu unterrichten, dass der Patient eine rationale Entscheidung fällen kann.

Shared decision making [4, 6]

Dieses Modell steht zwischen den beiden oben genannten Modellen. Um zu einer *shared decision* zu kommen, müssen sich der Patient und der Arzt Wissen und Wertvorstellungen gegenseitig mitteilen. Ein wichtiger Aspekt der ärztlichen Kunst ist beim *shared decision making*, einem Patienten zu helfen, seine Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche zu konkretisieren. Das beinhaltet, auf die Vorstellungen, Bedenken, Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten einzugehen. Der Arzt informiert in einer für den Kontext des Patienten angemessenen Weise über die fachlichen Hintergründe. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden «Experten» einvernehmlich gesucht, die Verantwortung wird geteilt. Befürworter des *shared decision making* nehmen an, der Patient wünsche nicht nur Information zu seiner Krankheit oder zu einem Therapiekonzept. Vielmehr suche der Patient einen intensiven Austausch während des ganzen Prozesses bis zu einer Entscheidung.

Erläuterung der verschiedenen Decision-making-Modelle anhand eines klinisches Beispiels

Frau TS ist 47 Jahre alt, verheiratet, und hat zwei Kinder, die ins Gymnasium gehen. Bei der Vorsorgeuntersuchung tastet ihr Gynäkologe einen walnussgrossen Tumor in der linken Brust und zwei derbe Knoten in der Achselhöhle. Der Arzt empfiehlt, den Befund noch in der gleichen Woche in den etwa gleich weit entfernten Kliniken A, B oder C abklären zu lassen. Nach der Konsultation beim Gynäkologen sammelt Frau TS Information im Internet über Brustkrebs. Eine Tante von Frau TS hat vor mehreren Jahren wegen Brustkrebs eine Brust verloren.

Paternalistisches Modell

Am Aufnahmetag in die Klinik A begrüsst ein Assistenzarzt Frau TS, erhebt die Krankengeschichte und den klinischen Untersuchungsbefund. Anschliessend werden eine Ultraschalluntersuchung und eine Mammographie durchgeführt. Während der Ultraschalluntersuchung holt der untersuchende Arzt noch seine Oberärztin dazu. Als Frau TS nachfragt, erklären die Ärzte, ein vernünftiges Urteil sei erst nach der Mammographie möglich. Am späten Nachmittag kommt

die Oberärztin in ihr Zimmer. Leider, so eröffnet sie, sei Brustkrebs sehr wahrscheinlich. Sie habe für den übernächsten Tag einen OP-Termin vereinbart. Sie schlägt vor, anhand des Schnellschnitts der Knoten aus der Achsel während der Operation zu entscheiden, ob die Brust abgenommen wird oder nicht. Die Oberärztin empfiehlt, Frau TS solle sowohl der Mastektomie als auch der Extirpation des Knotens zustimmen. Bei gutartigem Befund in der Achselhöhle werde an dieser Klinik die Brust nicht mehr amputiert.

Informed decision making

Am Aufnahmetag in die Klinik B wird Frau TS von einem Assistenzarzt empfangen. Er erhebt die Vorgeschichte und schlägt eine Mammographie und eine Ultraschalluntersuchung vor. Er überreicht Frau TS ein Informationsfaltblatt: «Untersuchungen bei Verdacht auf Brustkrebs – Interpretation und Aussage der Befunde.» Während der Ultraschalluntersuchung holt der untersuchende Arzt seine Oberärztin dazu. Auf einem zweiten Bildschirm kann Frau TS die Untersuchung genau verfolgen. Am Nachmittag kommt die Oberärztin in Frau TS' Zimmer. Sie bringt für Frau TS Kopien der Mammographie und der Ultraschalluntersuchung mit. Die Bilder sind in einer Mappe abgeheftet: «Ihre Befunde – Was ist jetzt zu tun?» Die Mappe enthält Einlegeblätter, die in gut verständlicher Sprache und instruktiven Zeichnungen die Befunde erklären. Die Oberärztin demonstriert Frau TS auf einem Notebook ein internetbasiertes Programm, das für die anstehende Entscheidung Präferenzen herauszufinden hilft und die möglichen Langzeitfolgen der jeweiligen Entscheidung veranschaulicht. Die Oberärztin schlägt Frau TS vor, in aller Ruhe zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen zu kommen, bietet ihr auch die Möglichkeit an, noch eine zweite unabhängige Meinung einzuholen. Wenn sich Frau TS entschieden habe, könne man eine Operation kurzfristig ansetzen.

Informed shared decision making

Am Aufnahmetag in die Klinik C wird Frau TS zunächst von einer Oberärztin zu einer Besprechung gebeten. Die Oberärztin fragt Frau TS nach ihren Vermutungen und Befürchtungen. Sie befragt Frau TS auch, welche Informationen sie sich schon beschafft hat und welche sie noch wünscht und braucht. Die Ärztin schlägt Frau TS eine Mammographie und einen Ultraschall vor. Während der Ultraschalluntersuchung holt der untersuchende Arzt die Oberärztin hinzu. Als Frau TS fragt, was die Ärzte sehen, zeigen sie ihr die Knoten. Am Nachmittag kommt die Oberärztin in Frau TS' Zimmer. Sie bringt auch die Mammographiebilder. Sie betont, es sei nach ihrer Erfahrung sehr gut möglich, dass die Knoten bösartig sind. Sicherheit schaffe erst eine Gewebsprobe oder eine Schnellschnittuntersuchung während einer Operation. Die Oberärztin erklärt Frau TS die Operationsmöglichkeiten und die jeweiligen Nachbehandlungsoptionen. Sie gibt Frau TS Informationsmaterial über die verschiedenen Möglichkeiten. Damit Frau TS die unerfreuliche, aber befürchtete Nachricht erst einmal

verarbeiten kann, schlägt die Oberärztin einen neuen Gesprächstermin am nächsten Nachmittag vor. Zu diesem Termin lädt sie ausdrücklich auch alle anderen Personen, die Frau TS bei der Entscheidungsfindung unterstützen könnten, etwa ihren Mann oder die Tante, die bereits Erfahrung mit Brustkrebs hatte. Die Oberärztin betont, es mache keinen Unterschied, ob sofort oder erst in einigen Tagen operiert werde, wenn man in Ruhe zu einem guten Entschluss gefunden habe. Die Ärztin nennt Frau TS zwei Internetsites mit Chatrooms, auf denen ihrer Meinung nach kompetente, verständliche und sachlich richtige Information enthalten ist.

Resultate aus der Forschung

Welche Erkenntnisse liegen aus der bisherigen Forschung zu *informed decision making* und *shared decision making* vor? Bei der Suche nach Forschungsergebnissen lässt sich eine Dominanz von Arbeiten erkennen, die den Effekt von *decision aids* untersuchen (Entscheidungshilfen, die abhängig von der gewählten Therapieoptionen die möglichen Ergebnisse der Behandlung darstellen). So wurden beispielsweise in einer Studie über pränatales Screening [7] 849 Schwangeren und ihren Partnern zuerst das individuelle, altersabhängige Risiko für ein Kind mit Trisomie 21 und das Risiko für einen Spontanabort nach einer Amniozentese dargestellt. In einem zweiten Schritt wurde die individuelle Bereitschaft, einen Abort zu riskieren, mit der individuellen Bereitschaft, ein Kind mit Trisomie 21 auszutragen, ermittelt. Die Entscheidungshilfe bestand darin, diese beiden Informationen miteinander zu verrechnen, und zwar im Sinne der Maximierung des individuellen Nutzens (*utility*).

Die meisten Studien messen, wie stark derartige Hilfen die Entscheidung der Patienten beeinflussen, und fragen: Ändert der Einsatz der *decision aids* die Präferenzen? Tabelle 1 zeigt Beispiele aus der bisherigen Forschung. Nach den Ergebnissen scheinen Entscheidungshilfen unabhängig vom Kontext am deutlichsten das Wissen über die jeweilige Krankheit zu verbessern. Sie helfen, die Ambivalenz bei einer Entscheidung zu verringern: ein grosser Teil der Unter-

suchten gab an, aktiver an einer Entscheidungsfindung teilzunehmen, ohne dabei mehr Angst zu haben.

Systematische Übersichtsarbeiten sind im Gebiet des *shared decision making* selten [22]. Gründe sind die heterogenen Datenlage und die zum Teil beträchtlichen methodischen Unterschiede zwischen den einzelnen Studien. Eine zusätzliche Schwierigkeit ist das Fehlen allgemein anerkannter Standards, nach denen systematische Übersichtsarbeiten in der qualitativen Forschung verfasst werden sollten. Die Kritik an der vorhandenen Forschung lässt sich auf zwei Aspekte reduzieren [22, 23]: Erstens, die ungenügende methodische Qualität der einzelnen Studien behindert die Interpretation der Studienresultate. Zweitens, die Studien messen vorwiegend die Qualität, mit der Wissen über die Krankheit, ihre Behandlung und ihre Prognose vermittelt wird. Sie berücksichtigen nur unzureichend die Wertevorstellungen oder Präferenzen der Patienten [24]. Zukünftige Forschungsprojekte sollten daher vordringlich methodische Standards zur validen Erhebung von Daten in diesem Kontext erarbeiten. Dann sollten Fragen, die den Stellenwert und die Konsequenzen der verschiedenen Modelle auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene evaluieren, geplant werden.

Aus den vielen offenen Forschungsfragen im Kontext von *patient empowerment*, *informed decision making* und *shared decision making*, erscheint uns die Diskussion und Untersuchung der drei folgenden Fragen am wichtigsten: Was für Information wünscht der Patient und wie wird sie vermittelt? Wollen alle Patienten an den Entscheidungen partizipieren? Wird das Gesundheitssystem durch das *patient empowerment* kostengünstiger und effizienter?

Was für Information wünscht der Patient und wie wird sie vermittelt?

Äusserst selten lässt sich der Erfolg einer medizinischen Intervention hundertprozentig sicher vorher sagen. Behandelt man eine grosse Population mit erhöhten Cholesterinwerten mit einem lipidsenkenden Medikament, so wird ein bestimmter Prozentsatz aller Herzinfarkte verhindert – aber nicht jeder. Bei wem das Medikament den Infarkt verhindert und wer trotz Lipidsenker einen Infarkt erleidet, lässt sich heute nicht vorhersagen, allenfalls als Wahrscheinlichkeit formulieren. Eine Wahrscheinlichkeitsangabe ist aber nicht, was der Patient sucht. Er will wissen, ob ihm die Intervention hilft oder nicht. Ein Individuum kann nicht zu 25 Prozent überleben. Kahnemann und Tversky [25] zeigten, wie schwierig die Interpretation von Wahrscheinlichkeiten für Ärzte und Laien ist und wie sehr die Präferenz für oder gegen eine Therapie davon abhängt, wie die Wahrscheinlichkeitsinformation präsentiert wird, in der Fachliteratur «framing» genannt. In einer in der Literatur als «klassisch» angesehenen Studie wurden die Präferenzen von Ärzten, Wirtschaftsstudenten und Patienten bezüglich der Behandlung eines Bronchuskarzinoms untersucht. Jeder Gruppe wurden die Ergebnisse der Operation und der Bestrahlung als Überlebensrate und als Sterblichkeitsrate präsentiert:

Tabelle 1

Primärstudien, zu Entscheidungshilfen für Patienten in einem Informed- oder Shared-decision-making-Prozess.

- PSA-Bestimmung und Prostatascreening [8–10]
- Hormonbehandlung in der Postmenopause [11, 12]
- Koronare Herzkrankheit [13, 14]
- Pränatale Screeningmethoden [7, 15]
- Beratung von Eltern zur Zirkumzision ihrer Söhne [16, 17]
- Brustkrebs-Screening und -Behandlung [18, 19]
- Kieferchirurgische Interventionen [20]
- Hepatitis-B-Impfung [21]

Behandlungsergebnisse als Überlebenszahlen

(survival frame)

Chirurgische Therapie: Von 100 Patienten, die eine chirurgische Therapie erhielten, überleben 90 die postoperative Periode, 68 überleben das erste Jahr und 34 sind nach 5 Jahren am Leben.

Bestrahlungstherapie: Von 100 Patienten, die eine Bestrahlungstherapie erhielten, überleben alle die Behandlungsperiode, 77 überleben das erste Jahr und 22 sind nach 5 Jahren am Leben.

Behandlungsergebnisse als Mortalitätszahlen

(mortality frame)

Chirurgische Therapie: Von 100 Patienten, die eine chirurgische Therapie erhielten, sterben 10 während der Operation oder in der postoperativen Periode, nach einem Jahr sind 32 und nach 5 Jahren sind 66 gestorben.

Bestrahlungstherapie: Von 100 Patienten, die eine Bestrahlungstherapie erhalten, stirbt niemand während der Behandlung, nach einem Jahr sind 23 und nach 5 Jahren sind 78 gestorben.

Je nach Präsentation wurde eine unterschiedliche Behandlung bevorzugt: Wurden die Resultate als Überlebensrate dargestellt, wünschten 18 Prozent der Ärzte eine Bestrahlung. Wurden die gleichen Resultate als Mortalitätsrate gezeigt, wünschten 44 Prozent der befragten Ärzte eine Bestrahlung; die Ergebnisse waren gleich bei Studenten und Patienten. Eine Behandlung (in diesem Fall die Bestrahlung) wird subjektiv als vorteilhafter bewertet, wenn die Erfolgsaussicht als Reduktion des Risikos zu sterben dargestellt wird, als wenn die Erfolgsaussicht als Zunahme der Wahrscheinlichkeit zu überleben kommuniziert wird. Diese Resultate unterstreichen, dass Präferenzen keine feste Grösse sind, sondern entscheidend von der Verpackung (dem *framing*) bestimmt werden. Das fundamentale Problem der Informationsvermittlung, welche Darstellung als «richtig» anzuerkennen ist, bleibt offen. Weil die Verpackung der Information einen zentralen Einfluss auf die Entscheidung hat, ist «objektive» Informationsvermittlung eine Illusion. Der Informationsvermittler wählt die Verpackung, die seinen Zielen am nützlichsten ist.

Wollen alle Patienten an Entscheidungen partizipieren?

Zu dieser Frage liegen mehrere Untersuchungen mit unterschiedlichen Resultaten vor: Einige Studien zeigten, dass Patienten nicht am Entscheidungsprozess partizipieren wollen. Deber und Baumann [26, 27] führten diese teilweise widersprüchlichen Befunde auf ein grundsätzliches Problem beim Design solcher Studien zurück, nämlich die mangelnde Unterscheidung zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Abschnitten des Entscheidungsprozesses: dem *problem solving* und dem *decision making*. *Problem solving* umschreibt die Suche nach den Ursachen der Beschwerden und das Ausarbeiten von Therapiemöglichkeiten. Es braucht Fachwissen, um die möglichen Alternativen zu identifizieren und dem Patienten

die Erfolgsraten der verschiedenen Therapieoptionen mitteilen zu können. Dieser Vorgang hat mit den Präferenzen und Wünschen der Patienten noch wenig zu tun. Die Präferenzen des Patienten werden erst dann wichtig, wenn es darum geht, eine Entscheidung für die eine und gegen die andere von möglichen Optionen zu fällen. An der Suche nach Lösungen der Probleme und ihrer Ausarbeitung möchten die meisten Patienten nicht unbedingt teilnehmen, wohl aber an der anschliessenden Entscheidung über die Behandlung. Solange die Forschung nicht zwischen diesen beiden Aspekten unterscheidet, sind widersprüchliche Aussagen zu erwarten, wie weit Patienten bei Entscheidungen involviert sein wollen.

Wird das Gesundheitssystem durch das *patient empowerment* kostengünstiger und effizienter?

Die Auswirkungen des *informed decision making* und des *empowerment* auf die Gesundheitskosten sind unklar, obwohl von Gesundheitsökonomien und Politikern diese Modelle auch mit der Absicht, die Kosten zu reduzieren, gefordert und gefördert werden [28, 29]. Es gibt keine systematischen Untersuchungen, die nachweisen, dass *patient empowerment* zu einer Reduktion der Gesundheitskosten führt. Das schliesst zwar nicht aus, dass *patient empowerment* prinzipiell Kosten senken könnte. Neuerdings hat jedoch auch die Pharmaindustrie das *patient empowerment* entdeckt. Erst kürzlich verkündete der Marketingchef einer grossen Pharmafirma den Schlachtruf: «Kill to win – no prisoners» für den Weg zum legitimen Ziel jedes Pharmaunternehmens, seinen Gewinn zu steigern. Es ist daher realistisch anzunehmen, dass die Nachfrage nach Medikamenten steigt, wenn Informationen über neue teure Medikamente im Sinne eines *patient empowerment* direkt an die Patienten und nicht mehr primär an Ärzte weitergegeben werden. Die Werbebranche hat inzwischen mehr als ein Jahrhundert empirische Erfahrung, wie Informationen gestaltet werden müssen, dass nicht nur der Verstand, sondern auch die Emotionen etwas in Erregung geraten. Damit kann *patient empowerment* aus der Sicht der Pharmaindustrie zur Erfolgsmaxime werden. Welches Gewicht Informationsvermittlung aus der Ecke der Gesundheitspolitiker, Krankenkassen, Patientenorganisationen und kritischen Mediziner in der Konkurrenz zum «Kill to win – patient empowerment» in die Waagschale werfen kann, bleibt abzuwarten. So bleibt die Wirkung von *patient empowerment* auf die Gesamtgesundheitskosten zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzbar.

Konklusion

In diesem Artikel haben wir drei Modelle beschrieben, wie medizinische Entscheidungen getroffen werden können. Es ist realitätsfremd, einem der Modelle allgemeine Richtigkeit oder Gültigkeit zuzuschreiben. Heute wollen vorwiegend jüngere Menschen an medizinischen Entscheidungen aktiv partizipieren. Ältere Patienten sind diesbezüglich eher zurückhal-

tend [4]. Bei Entscheidungen aktiv involviert zu sein, heisst auch, einen Teil der Verantwortung zu übernehmen. Das kann Angst machen und überfordern. Daher sollte jeder Patient sein Bedürfnis zur Mitbeteiligung an medizinischen Entscheidungen einbringen können. Sogar beim gleichen Patienten kann das bevorzugte Entscheidungsmodell je nach Krankheit und eigener Verfassung verschieden sein. Wahrscheinlich wird im Jahr 2032 der Anteil Patienten, die wie meine Cousine zum Arzt kommen und von vorneherein Medikament C wünschen, grösser sein als heute. Aber auch im Jahre 2032 wird es Situationen geben, in denen eine im Sinne des paternalistischen Modells getroffene Entscheidung die beste ist.

Literatur

- Kuhn HP. Operationsaufklärung – eine Optimierungsaufgabe. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(34):1838-51.
- Damur C, Steurer J. Beurteilen Ärzte Therapieereignisse anders als Studenten. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130:171-6.
- Parsons T. *The Social Systems*. Glencoe, Illinois: Free Press; 1951.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44(5):681-92.
- Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model [see comments]. *Soc Sci Med* 1998;47(3):347-54.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49(5):651-61.
- Pauker SP, Pauker SG. The amniocentesis decision: ten years of decision analytic experience. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1987;23(2):151-69.
- Flood AB, Wennberg JE, Nease RF Jr, Fowler FJ Jr, Ding J, Hynes LM. The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer. Prostate Patient Outcomes Research Team [see comments]. *J Gen Intern Med* 1996;11(6):342-9.
- Wolf AM, Nasser JF, Wolf AM, Schorling JB. The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening [see comments]. *Arch Intern Med* 1996; 156(12):1333-6.
- Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nurs* 1997;20(3):187-96.
- O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, et al. Randomized trial of a portable, self-administered decision aid for postmenopausal women considering long-term preventive hormone therapy. *Med Decis Making* 1998;18(3):295-303.
- Rothert ML, Holmes-Rovner M, Rovner D, Kroll J, Breer L, Talarczyk G, et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. *Res Nurs Health* 1997; 20(5):377-87.
- Morgan MW. A randomized trial of the ischemic heart disease shared decision making program: an evaluation of a decision aid. [Master's thesis]. Toronto: University of Toronto. 1997. Ref Type: Generic.
- Bernstein SJ. A randomized controlled trial of information-giving to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care. *Health Expectations* 1998;1:50-61.
- Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Vail A. A randomised trial of three methods of giving information about prenatal testing [see comments]. *Br Med J* 1995;311(7013):1127-30.
- Herrera AJ, Cochran B, Herrera A, Wallace B. Parental information and circumcision in highly motivated couples with higher education. *Pediatrics* 1983;71(2):233-4.
- Maisels MJ, Hayes B, Conrad S, Chez RA. Circumcision: the effect of information on parental decision making. *Pediatrics* 1983;71(3):453-5.
- Street RL Jr, Voigt B, Geyer C Jr, Manning T, Swanson GP. Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer* 1995;76(11):2275-85.
- Lerman C, Biesecker B, Benkendorf JL, Kerner J, Gomez-Camirero A, Hughes C, et al. Controlled trial of pretest education approaches to enhance informed decision-making for BRCA1 gene testing. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89(2):148-57.
- Phillips C, Hill BJ, Cannac C. The influence of video imaging on patients' perceptions and expectations [see comments]. *Angle Orthod* 1995;65(4):263-70.
- Clancy CM, Cebul RD, Williams SV. Guiding individual decisions: a randomized, controlled trial of decision analysis. *Am J Med* 1988;84(2):283-8.
- O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review [see comments]. *Br Med J* 1999;319(7212):731-4.
- Entwistle VA, Sowden AJ, Watt IS. Evaluating interventions to promote patient involvement in decision-making: by what criteria should effectiveness be judged? *J Health Serv Res Policy* 1998;3(2):100-7.
- Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 1999;17(4):285-94.
- Tversky A, Kahneman D. Rational Choice and the Framing of Decisions. In: Hogarth RM, Reder MW (eds.). *Rational Choice*. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1995. p. 67-94.
- Deber RB, Baumann AO. Clinical Reasoning in Medicine and Nursing: Decision Making versus Problem Solving. *Teach Learn Med* 1992;4:140-6.
- Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996;156(13):1414-20.
- Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy* 1998;44(1):31-44.
- Hollenstein P. Gegen Ohnmacht hilft nur Wissen. *Sonntags-Zeitung* 2000 Jul 16;16.