

## Second Opinion

# Partizipative Entscheidung ist nicht immer einfach, aber anzustreben

---

*Von Manuel Battegay*

---

Szenario 1\*: Ein 51-jähriger Patient wird notfallmässig in kritischem Zustand wegen einer schweren Weichteilinfektion hospitalisiert. Die Todeswahrscheinlichkeit liegt bei zirka 15 Prozent und würde ohne Operation und sofortige Antibiotikaabgabe kurzfristig weiter ansteigen. Der Patient sagt, er möchte sterben. Der Arzt erklärt die Bedrohlichkeit und Wichtigkeit eines sofortigen Vorgehens. Der Patient stimmt der vorgeschlagenen Behandlung zu.

Szenario 2: Eine 63-jährige Frau riskiert wegen erhöhter Blutfette an Herz/Kreislauf zu erkranken. Nach einer differenzierten Meinungsbildung entschliesst sie sich, auf eine medikamentöse Therapie zu verzichten, Diät zu halten und mehr Sport zu treiben.

Szenario 3: Bei einer 47-jährigen Patientin wird eine Infektion der Herzklappe festgestellt. Diese erfordert eine gezielte intravenöse, mehrwöchige Antibiotikatherapie und gegebenenfalls einen chirurgischen Eingriff. Auf die Frage, ob zwei Wochen Antibiotika nicht reichen, erklärt die Ärztin, dass diese Therapiedauer zu kurz und nicht Erfolg versprechend sei. Die Patientin stimmt nach dieser Auskunft der empfohlenen Therapie zu.

Eine partizipative Entscheidungsfindung, in der Fachterminologie «Shared decision making» genannt, war nur in Szenario 2 vollumfänglich gegeben. Das ändert aber nichts daran, dass der Patient/die Patientin in allen drei Szenarien intensiv miteinbezogen wurde. Die Autoren Gerber und Co. diskutieren partizipative Entscheidungsfindungen im klinischen Kontext (Schweiz. Ärztezeitung 2014; 95:50, S. 1883–89). Entscheidungsbasis ist die evidenzbasierte Medizin, das heisst, was aufgrund von Studien und Erfahrung für Diagnostik, Therapie und Vorgehen belegt ist. Eine partizipative Entscheidungsfindung ist Priorität, wenn mindestens zwei praktisch gleichwertige Optionen vorhanden sind, zum Beispiel verschiedenartige chirurgische Eingriffe, die Wahl von Medikamenten, oder das Abwarten als Option.

In Akutsituationen ist der Faktor Zeit entscheidend und häufig ist ein unter Spezialisten angepasstes Vorgehen optimal, um die Behandlung erfolgreich zu gestalten. In Szenario 1 war der Patient verzweifelt und deshalb froh, dass

er nicht wirklich über den Entscheidungsweg mitbestimmen musste. Trotzdem war das Zuhören, Aufklären und die Beantwortung von Fragen unabdingbar. Zuerst non-verbal, dann ausdrücklich gab er sein Einverständnis zum weiteren Handeln. In Szenario 2 wurden Wahlmöglichkeiten der Therapie bei Blutfettstörungen sorgfältig erörtert, Kriterien, Lebensqualität und Wertvorstellungen reflektiert und gegeneinander abgewogen. In Szenario 3 gab es bei einer Herzklappeninfektion keine Alternativen – die Mortalität wäre bei Nichthandeln nahezu 100 Prozent im Gegensatz zur gut möglichen Heilung. Unter fachlichen Gesichtspunkten war somit die indizierte Behandlung eindeutig. Auch hier entschied am Schluss die Patientin.

Selbst in einem «alternativlosen» Szenario ist der Arzt nach eingehender Aufklärung auf das Einverständnis des Patienten angewiesen und auf Vertrauen als Basis. Auch wenn in akuten, intensiven Situationen mit hoher Komplexität die gemeinsame Entscheidungsfindung erschwert ist, steht der letzte Entscheid dem Patienten zu. Besonders ist die Situation bei nicht ansprechbaren Patienten, wo der mutmassliche Wille eines Patienten mit Angehörigen eruiert wird.

Bundesrat Berset schlägt eine neue ambulante Tarifierung unter anderem mit Zeitrestriktionen vor. Dies wird partizipatives Entscheiden erschweren – leider! Paradoxerweise wird Medizin ohne genügend Zeit für ein gutes Gespräch teurer werden und sicher nicht besser, weil verschiedene Optionen, so auch präventive Wege, weniger genau diskutiert werden können.

Partizipatives Entscheiden ist nicht einfach. Überzeugen Sie sich davon, zum Beispiel in diesem Sommer auf einer Wanderung mit Familie oder Freunden, wenn über alternative Wege, Pausen etc. diskutiert wird. Gemeinsam entscheiden – auch dann, wenn Sie einen grossen Informationsvorsprung haben oder unterschiedliche Rollen wahrnehmen.

\*Die Patientenbeispiele sind derart verändert und kombiniert, dass sie nicht einer wirklichen Patientengeschichte entsprechen; sie hätten sich jedoch so zutragen können.

Manuel Battegay ist Professor für Infektiologie und Innere Medizin und als Chefarzt der Klinik Infektiologie & Spitalhygiene am Universitätsspital Basel tätig. Er schreibt diese Kolumnen als Privatperson.