
4. Kärntner Ethik-Tag

Der aufgeklärte Patient: Anspruch und Wirklichkeit

20. November 2009 • Velden



„Shared Decision Making“ aus der Sicht des Patientenanwaltes

Erwin Kalbhenn, Patientenanwalt Kärnten

S_hared D_ecision-M_aking

Es gibt 50 Google Seiten zu diesem Begriff, aber überwiegend Publikationen und Beiträge in Englischer Sprache. Man meint, im anglo-amerikanischen Sprachraum (auch Indien!) kommt HEALTH-CARE ohne SDM nicht aus. Erwähnt man in Österreich oder Deutschland SDM im Zusammenhang mit Medizin bzw. Gesundheit, muss man mit der Frage rechnen

„Ist das ansteckend?“

Offenbar nicht.

2001 bis 2004 war ich – in der Nachfolge von Frau Dr. Lakomy eingebunden in ein bundesweites und gefördertes Projekt des Gesundheitsministeriums in Deutschland. Die mit großem Enthusiasmus betriebenen Aktivitäten und abgehaltenen Konferenzen ließen zunächst vermuten, dass ein ähnlicher Siegeszug, wie in USA und England bevorstand. Aber nach und nach wanderten Untergruppierungen der Teilnehmer und Subthemen in die Provinz ab, wurden immer leiser und verschwanden fast.

Man wird wohl nie eine rechte Erklärung dafür finden.

Was hat nun SDM mit dem Kärntner Ethiktag zu tun. Wo ist die Nahtstelle?

Stellt man sich – und ich hoffe wir tun dies – auf den Standpunkt, dass alle Menschen Würde, einen freien Willen und ein absolutes Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper besitzen, weiters diese Punkte absoluten Respekt erfordern, befindet man sich auf einer zentralen Spur der Autobahn, die Ethik genannt wird.

Fokussiert man dieses Prinzip auf Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund der langen Tradition einer äußerst paternalistisch geprägten Medizin, so ist der Bogen von SDM zur Medizinethik geschlagen.

Wie haben sich PatientInnen aus diesem Paternalismus gelöst und wurde parallel hierzu auch so etwas wie Patientenautonomie akzeptiert?

KAG 1920 enthielt 2 Bestimmungen, die wir heute als Patientenrechte bezeichnen.

Eine davon:

„Besondere medizinische Maßnahmen (OP's)
bedürfen der **Zustimmung** des Pfleglings“

Dies blieb nach meiner Information lange unberücksichtigt oder fand nur punktuell Beachtung. Genauso lange brauchte viel später der „**informed consent**“, um ernst genommen zu werden. Mehr aus Respekt vor der sich entwickelnden Rechtsprechung und deren Konsequenzen für Ärzte als durch Einsicht in das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen.

Dieser Begriff bedeutet, dass einer Zustimmung Informationen vorausgehen müssen (**Aufklärung**). Nur so ist die erwartete Zustimmung zum Therapieversuch des Arztes rechtlich wirksam.

SDM ist eine Weiterentwicklung:

- Informationsaustausch auf gleicher Augenhöhe
- Diskussion von Alternativen
- Einbauen der Meinung des Patienten als Experte für seinen Körper
- gemeinsame Entscheidung (Kompromiss?)
- gemeinsame Verantwortung

Was vermag SDM zu leisten, was wird erwartet?

Wo sind die Grenzen der Anwendbarkeit?

Dem Prinzip von SDM sind auch Grenzen gesetzt. So eignet sich nicht jeder Patient/Patientin hierzu. Ich gehe weiter: Nicht jeder will SDM, lehnt Mitverantwortung ab, sagt zum Arzt: „Mach Du!“

Auch wenn kognitive Fähigkeiten auf Seiten des Patienten - weshalb auch immer – eingeschränkt sind, funktioniert diese Strategie natürlich nicht.

Und selbstverständlich gibt es akute Erkrankungen, Notsituationen, bei denen SDM oder Ähnliches fehl am Platz ist.

Aber stellen wir das nicht in den Vordergrund, sonst wird der Blick auf die möglichen, realistischen und lohnenden Bereiche für SDM verstellt. Grenzen sollen in diesem Thema grundsätzlich von objektiven Fakten bestimmt sein und nicht von subjektiven Einschätzungen oder gar Vorurteilen auf Seiten der Behandler.

Für SDM gibt es darüber hinaus folgende unverzichtbare Voraussetzungen:

- Der echte Wille von Ärzten, dem Anspruch und Recht von Patienten zu mehr Information und **Selbstbestimmung** zu entsprechen. Studien haben diese Sehnsüchte – meist unausgesprochen – nachgewiesen.
- Ein **Empowerment** der Patienten, d.h. Strategien und Maßnahmen, welche dazu beitragen, Urteilskraft und Entscheidungswillen zur Mitbestimmung zu entwickeln. Beispiele:
Aktuelle Ziele in Kärnten zur evidenzbasierten Patienteninformation oder das bekannte und bereits seit längerem angebotene MiniMed-Studium. Auch Aktivitäten von Selbsthilfegruppen leisten Gewaltiges in dieser Hinsicht.
- Ein weiteres wichtiges Detail, geeignet für den „Einstieg“, ist die barrierefreie und zunehmende Ermöglichung einer **Second Opinion**. Hier sind Toleranz und Unvoreingenommenheit von Ärzten sowie die Anerkennung dieser Möglichkeit durch die Sozialversicherungen gefragt. Erste Ansätze zu letzterem sind erfreulicherweise erkennbar (Obmann Bittner in Wien).

Wie Sie aus meinen Ausführungen entnehmen konnten, ist SDM in gewisser Weise eine futuristische Vorstellung mit dem Charakter einer idealen Interaktion zwischen Patienten und Behandlern. In vielen Situationen nicht einfach zu realisieren. Auch regelrechte Barrieren – um nicht zu sagen Kontraindikationen - gibt es und wurden diese von mir erwähnt.

Aus Sicht eines Patientenvertreters, immer aufgefordert, Rechte von Patienten und ethische Grundsätze bei medizinischen Entscheidungen und deren Umsetzung einzufordern, bitte ich jedoch alle, die daran auf Behandlerseite teilhaben, nach Möglichkeit die dargelegten Prinzipien und Ziele anzunehmen.

Das heißt vor allen Dingen:

- Achtung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten
- Beachten deren Ausnahmesituation und Ängste
- Bereitstellung von wesentlichen, ehrlichen und hilfreichen Informationen
- abseits vorgedruckter Formulare –
- Berücksichtigung und Respektierung von individuellen Situationen, Wünschen und Entscheidungen der Patienten, auch wenn diese unlogisch, schädlich und unvernünftig anmuten
- Zeit, auch für wiederholte Gespräche und Ratschläge ermöglichen – auf gleicher Augenhöhe
- Immer die Fragen stellen:
 - Wer ist in einer bestimmten Entscheidung zu stärken ohne ihn zu bevormunden?
 - Wer ist tatsächlich in der Lage als Patient Mitverantwortung im Sinne von SDM zu tragen?

Dies sind wesentliche Grundsätze, denen wir uns mehr als bisher für die schrittweise aber wünschenswerte Umsetzung des Prinzips SDM nähern sollten.

European Charter of Patient's Rights
November 2002, Rom

Präambel

„Rights are indeed correlated with both, duties and responsibilities“.

4. Right of Consent

„Every individual has the right of access to all information that might enable him or her to actively participate in the decisions regarding him or her health; ... information is a prerequisite for any procedure and treatment, ...“

5. Right to Free Choice

„Each individual has the right to freely choose from among different treatment procedures and providers on the basis of adequate information.“