

Seminararbeit

**Das Ende des „Paternalismus“ –
Ärztliche Selbstverwaltung und Arzt-Patient-Beziehung
als Determinanten im Wandel der Berufssituation der
Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland**

eingereicht von:

Peter Clausen
Hasenbüelweg 38
6300 Zug
Tel.: 041 720 04 11
e-mail: pecla@freesurf.ch

Matrikel-Nr. 98-701-931

Student im 14. Semester
Hauptfach: Soziologie
1. Nebenfach: Publizistikwissenschaft
2. Nebenfach: Filmwissenschaft

Thema und Zeitpunkt des Seminars:

Wandel der Arbeitswelt
(Wintersemester 2006/07)

Dozent der Lehrveranstaltung:

Prof. Dr. Hans Geser
SUZ – Soziologisches Institut der Universität Zürich
Andreasstrasse 15
8050 Zürich

Zürich, 16. April 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	2
2.	Medizinisches Handeln und ärztliche Rollenzuteilung	3
3.	Der Arztberuf als „Profession“	4
3.1	Professionstheorien	4
3.1.1	Indikatorische Erklärungsansätze	4
3.1.2	Funktionalistische Erklärungsansätze	5
3.1.3	Konzept einer revidierten Professionalisierungstheorie	6
3.2	Das Professionalismus-Konzept in der Medizin	6
4.	Die Ärztliche Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland	7
4.1	Die Bundesärztekammer	7
4.2	Landesärztekammern	8
4.3	Bezirksärztekammern	10
4.4	Das Dilemma einer „Doppelfunktion“	10
5.	Ärztliche Selbstverwaltung und Qualitätsgarantie	11
5.1	„Up to date and fit to practise“ – zur Kompetenz von Ärzten	12
5.2	Die (neue) obligatorische Pflicht zur fachlichen Fortbildung	12
6.	Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel	16
6.1	Die Situation des Patienten als „Hilfesuchender“	17
6.1.1	Drei Funktionen der medizinischen Konsultation	17
6.1.2	Grundbedürfnisse der Patienten im Gespräch mit dem Arzt	18
6.1.3	Informationswünsche und Kommunikationsstil	19
6.2	Modelle der Arzt-Patient-Beziehung	21
6.2.1	Das paternalistische Modell (paternalistic model)	21
6.2.2	Das informative Modell (informative model)	21
6.2.3	Das interpretative Modell (interpretative model)	22
6.2.4	Das abwägende Modell (deliberative model)	23
7.	„Shared decision making“ und ein neues Rollenverständnis	23
7.1	Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Praxis	25
7.2	Kompetenzen für „Shared decision making“ sind erlernbar	26
8.	Fazit / Schlussbemerkungen	28
	Literaturverzeichnis	30

1. Einleitung

Die Arbeitswelt ist in den letzten Jahren in ein Stadium beschleunigten Wandels getreten, der ökonomische, demographische, technisch-organisatorische und sozial-kulturelle Ursachen hat. Nahezu alle Branchen und Berufsarten sind betroffen, auch der hochangesehene Berufsstand der Ärztinnen und Ärzte hat es nicht geschafft, sich dem mitreissenden Strudel der vielumfassenden, aber auch differenzierten Veränderungsprozesse zu entziehen.

Mit der Stärkung der Bürgerrechte als einer Metatendenz in der gesellschaftlichen Entwicklung haben sich auch die Erwartungen der Patienten und Bürger an die Ärzte grundlegend verändert. Patienten sind „erwachsen“ geworden, wollen besser informiert und immer mehr an Entscheidungen beteiligt werden. Zudem wünschen sie, dass ihr Vertrauen, das sie den Ärzten entgegenbringen durch externe Qualitätsprüfungen gerechtfertigt wird. Verschiedene Untersuchungen haben den Ärzten aber nur mittelmässige Leistungen attestiert, auch eine beängstigende Anzahl Medizinskandale ist schon an die Öffentlichkeit gelangt – und dies alles bei hohen Kosten. Allzu offensichtlich, dass neue und veränderte Anforderungen in der Berufswelt der Ärzte an Dringlichkeit gewinnen. Verlangt werden vor allem neue *Kompetenzen, Vorgehensweisen, Einstellungen* und ein neues *Rollenverhalten*.

Verschiedene Bereiche und Problemfelder beeinflussen den Wandel in der ärztlichen Berufswelt. Um nur die wichtigsten zu nennen: die Ärztliche Selbstverwaltung, die Arzt-Patient-Beziehung, die Beziehung der Medizin zur Wissenschaft als auch zur Industrie sowie der fachspezifische Paradigmenwechsel von der Biomedizin zur bio-psycho-sozialen Perspektive. Geht man vom Vertrauen aus, das Patienten den Ärzten entgegenbringen, und von ihren Erwartungen und Wünschen, die sie an die Ärzteschaft richten, so drängen sich zwei Bereiche auf, die den Wandel im Arztberuf besonders stark beeinflussen: die *Ärztliche Selbstverwaltung* und die *Arzt-Patient-Beziehung*. Anhand dieser zwei „Determinanten“ werde ich versuchen, die andauernde Umgestaltung der ärztlichen Berufssituation am Beispiel der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland zu beschreiben und zu verdeutlichen.

Zunächst die *Ärztliche Selbstverwaltung*, die als Teil des Professionalismus-Konzeptes in der Medizin nicht nur die „Standesvertretung“ übernimmt, sondern auch eine „öffentliche Aufgabe“ mit dem Ziel, die Sicherheit und das Wohl aller Patienten und Bürger zu gewährleisten. *Qualitätssicherung* und *Ärztekompetenz* stehen demzufolge

im Vordergrund meiner Betrachtungen. Beide haben mit der im Jahre 2004 für ganz Deutschland eingeführten, obligatorischen und sanktionsbewehrten „Pflicht zur Fortbildung“ einen neuen Impetus erhalten.

Im zweiten Teil der Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der *Arzt-Patient-Beziehung*. Auch in diesem Bereich sind mit der Einführung von „patientenzentrierten Modellen“ Änderungen eingetreten, die im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten nach einem Wechsel verlangen, und zwar von den (bisherigen) „paternalistisch“ geprägten Vorstellungen hin zu (zeitgemässeren) „partnerschaftlichen“ Denkweisen. Damit werden die Ärzte in ihrer Berufsausübung gleichzeitig aber auch vor neue Herausforderungen gestellt. Hier richtet sich mein Fokus insbesondere auf das „*Shared decision making*“, ein neuzeitliches Modell der Arzt-Patient-Beziehung, das den Patienten in dem von ihm gewünschten Ausmass an der Entscheidungsfindung beteiligt. Die Ärzte werden dabei in ein neues partnerschaftliches Rollenverständnis gedrängt, das sie vor allem auch veranlasst, ihre Kommunikationsfähigkeit zu überprüfen und allenfalls durch das Erlernen „erweiterter“ Kommunikationsfertigkeiten zu verbessern.

2. Medizinisches Handeln und ärztliche Rollenzuteilung

Die zunehmende Emanzipation der Patienten hatte ihren Ursprung in der Bürgerrechtsbewegung der 1960er Jahre und erfolgte parallel zu der in den 1970er Jahren anwachsenden Konsumentenbewegung. Um zu verstehen, wie sich die erstarkten Patientenrechte auf die ärztliche Arbeitswelt auswirken, soll zum einen jene zentrale Erwartungshaltung in den Vordergrund gerückt werden, die Patienten aus ihrem *Vertrauen* gegenüber den Ärzten einnehmen. Alle Patienten haben ein vitales Interesse daran, dass die gesamte Ärzteschaft in ihrem *medizinischen Handeln* über eine gute „Kompetenz“ verfügt. Dies betrifft nicht nur das Fachwissen, sondern auch die physischen, mentalen und interaktiven Fähigkeiten. Verschiedene Studien (u.a. Choudhry et al. 2005) haben aber gezeigt, dass die Kompetenz der Ärzte im Laufe ihres Berufslebens tendenziell nachlässt. Es muss gefragt werden, mit welchen Mitteln und Konzepten und mit welcher Nachhaltigkeit die Ärzte gestützt auf die Ärztliche Selbstverwaltung diesem „Kompetenzschwund“ begegnen? Emanzipierte Patienten wünschen aber auch bessere Informationen und Entscheidungsbeteiligung. Die Frage ist nur: Welche Art der Arzt-Patient-Beziehung eignet sich hierzu am besten, welche speziellen Fähigkeiten sind erforderlich, und welche *Rollenzuteilung* übernimmt der Arzt?

3. Der Arztberuf als „Profession“

Aus berufssoziologischer Sicht wird der Arztberuf als „Profession“ bezeichnet.¹ Professionen werden aus *sozialhistorischer Perspektive* diejenigen Berufe genannt, die „zentralwertbezogene Leistungen für die Gesellschaft erbringen und dabei einer besonderen Handlungslogik folgen, die sie gegenüber anderen Berufen heraushebt“ (Dewe 2006: 24). Nach Pellegrino zählen neben den Ärzten auch die Rechtsanwälte und Priester zu den Professionen (Pellegrino 1983: 174).

3.1 Professionstheorien

Originellerweise waren es in der *angelsächsischen Professionstheorie* die Ausübenden jener „Hungerleider-Tätigkeiten“ (Adam Smith), die nicht instrumentell arbeiten oder etwas herstellen, sondern deren Tätigkeit sich im Arbeitsprozess selbst vollzieht und auch vollendet. Es waren aber Berufe, denen es in einem historischen Prozess gelungen war, für ihre auf Wahrheit, Gerechtigkeit und Gesundheit bezogenen Aktivitäten eine gesellschaftliche Lizenz zu erhalten. So gelang es ihnen schon früh, sich sozial zu etablieren und sich gleichzeitig auch staatsfrei und marktfrem in relativer Autonomie zu organisieren.² Damit wurden die in der angelsächsischen Professionstheorie beschriebenen sog. „old-established-professions“ zum Modell eines um *Professionalität* bemühten Handelns, das einer besonderen *professionellen Handlungslogik* folgt.

3.1.1 Indikatorische Erklärungsansätze

Am Anfang der professionstheoretischen Debatte standen die „indikatorischen Professionstheorien“. Ihnen ging es vorwiegend um „die Begründung und ideologische Legitimation eines soziologischen Status innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie“ (Dewe 2006: 26). Indikatorische Professionstheorien konnten nur einen geringen theoretischen Anspruch geltend machen, da sie oft aus Merkmalskatalogen und der Aufzählung äußerer Attribute der jeweiligen Professionsrolle bestanden, demzufolge also eher als *Taxonomien* anzusehen waren. Als solche geben sie kein reales Abbild der Berufssituation, da sie diese lediglich auf Erfüllung oder Nichterfüllung „taxieren“.

¹ Das Wort Profession bedeutet „öffentliches Bekenntnis“ und meint die Bezeugung zu einer Art von Hilfeleistung, die sich von jener anderer Berufe deutlich unterscheidet. So wird etwa von Geschäftsleuten – wie von den Ärzten – ebenfalls Ehrlichkeit und Fairness erwartet, aber nicht, dass sie ihre Interessen denen ihrer Kunden nachordnen, d.h. Gewinne machen ist legitim. Von der Ärzteschaft jedoch wird verlangt – und hier liegt das entscheidende Merkmal der Profession –, dass ihr Hilfeversprechen an die Verpflichtung gebunden ist, die Interessen der Patienten vor die eigenen Interessen zu stellen (vgl. Klemperer 2006: 61).

² Die berufliche Autonomie schloss die Selbstkontrolle mit ein, weshalb die „Professionen“ in der deutschen Berufssoziologie anfänglich als „freie Berufe“ bezeichnet wurden (vgl. Hesse 1968).

Diese einfachsten professionstheoretischen Ansätze waren darauf ausgerichtet, die Professionen durch die Merkmale der wissenschaftlichen Ausbildung und der erhöhten Systematisierung dieses Wissens zu bestimmen. Der „Professionelle“ wurde als wissenschaftlich hochqualifizierter Spezialist dargestellt, der auf einem Kontinuum von Arbeit über Beruf zur Profession die „höchste“, fachwissenschaftlich fundierte Tätigkeit ausübte, die wiederum begleitet wurde durch ein erhöhtes Mass der sozialen Orientierung bzw. Vergesellschaftung der Betätigung. Eine Berufswirklichkeit, die als reiner, auf *Ausbildung* bezogener „Anforderungskatalog“ abgebildet wird, lässt sich aber nicht zur Rekonstruktion jener Problemstellungen gebrauchen, die beispielsweise die berufliche Interaktion betreffen. Hier sind weitere Fähigkeiten gefordert, die neben wissenschaftlichem Wissen auch persönlichkeitsbildende und normvermittelnde Aspekte einer Tätigkeit befriedigen müssen (vgl. Dewe 2006: 26, 27).

3.1.2 Funktionalistische Erklärungsansätze

Eine Abkehr von der bislang dominierenden, auf „Äusserlichkeiten“ anspielenden „indikatorischen“ Konzeption wurde mit den nachfolgenden „strukturfunktionalistischen“ Professionstheorien vollzogen. Unter Rückgriff auf funktionsbezogene Aspekte wird hier versucht, Gehaltvolles über das Verhältnis von Gesellschaft und Profession auszumachen. In dieser Konzeption geht es nicht mehr um die rein formalen Voraussetzungen bzw. ihren Erwerb, sondern um die Aufgaben des Professionellen im System der gesellschaftlichen Arbeitsteilung. In der Folge davon wird Professionalität strukturell, d.h. von den zu bearbeitenden Sujets und den damit verbundenen Anforderungen her definiert. Deshalb dürfen Professionen auch nicht mehr länger auf die rein zweckrationale Effizienz ihres Handelns bezogen werden. Eine besondere Stellung erlangen sie dann, wenn ihre *interpretierende* und *sinnstiftende Deutungsfunktion* in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt wird.

Derart komplexe Handlungsabläufe sind aber nicht ohne ein adäquat differenziertes Wissen möglich. Dies führte im Verlaufe der achtziger und neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts zu Konzepten, die sich das professionelle Wissen als „additive Komposition verschiedener Wissensbestandteile“ vorstellten (Dewe 2006: 28). Man begann, zentrale Komponenten oder Elemente des professionellen Wissens zu beschreiben und entsprechende Listen der Wissenskomponenten vorzustellen. Für die *allgemeine Professionstheorie* hat zuletzt Daheim (1992) einen solchen Katalog vor-

gelegt, in dem er unterscheidet zwischen einem „wissenschaftlichen Wissen“ als technischem Problemlösungs- und Deutungswissen, einem „Berufswissen“ im Sinne von tradiertem mimetischem Erfahrungswissen und schliesslich einem gängigen „Alltagswissen“, das vor allem auf die interaktiven Aspekte der täglichen Praxis zielt. Diese den strukturfunktionalistischen Modellen zugrunde liegende „Alchemie des Wissens“ verbindet die einzelnen Komponenten zu einer „praktischen Theorie im Sinne Durkheims“ (Daheim 1992: 30), in der sowohl wissenschaftliches Wissen als auch alltägliches Handlungswissen integriert sind.

3.1.3 Konzept einer revidierten Professionalisierungstheorie

Diese analytische Aufschichtung von Wissensbestandteilen oder -beständen erklärt aber noch nicht, wie dieses Wissen in komplizierten Interaktionssituationen berufspraktisch eingesetzt wird. In seiner revidierten, aufgabenspezifisch ausgerichteten Professionalisierungstheorie versteht Oevermann (1996) Professionalisierung als eine Handlungsstruktur, welche die in der Alltagspraxis auftretenden Handlungsprobleme (z.B. mit Patienten) sowohl „wissenschaftlich“ (Theorie) als auch „individuell einmalig“ (Praxis) bewältigt. Letzteres wird durch *kommunikatives Handeln* ermöglicht, das interpretatives, auf das Individuum ausgerichtetes Sinn- und Bedeutungsverstehen erfordert, worin nach Oevermann ein „situatives Urteilsvermögen“ eingeschlossen ist.

3.2 Das Professionalismus-Konzept in der Medizin

Das Professionalismus-Konzept in der Medizin geht davon aus, dass die *Regelung* und *Kontrolle* der ärztlichen Berufsausübung zwar grundsätzlich staatliche Aufgaben sind. Aufgrund der dazu erforderlichen, hohen fachlichen Anforderungen werden jedoch die Angehörigen dieses Berufsstandes als besser zur Erfüllung dieser Kontroll- und Regelungsaufgaben erachtet als staatliche Beamte. Deshalb wird dem Berufsstand auf gesetzlicher Grundlage das Privileg der *Selbstverwaltung* gewährt, sie soll jene Anforderungen erfüllen, die Öffentlichkeit und Politik an die Ärzteschaft stellen. Vor allem hat sie zu gewährleisten, dass die Ärzte allen moralischen Versuchungen widerstehen, die Verletzlichkeit und Abhängigkeit ihrer Patienten auszunutzen. Hierzu müssen Standards ärztlicher Kompetenz und ärztlichen Verhaltens definiert und vor allem auch eingehalten werden, denn die „Sicherheit für die Patienten ist der Kern des Kontraktes zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft“ (Klemperer 2006: 62).

4. Die Ärztliche Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Ärztliche Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland ist zu einem recht hohen Teil föderalistisch aufgebaut. In vielschichtig vernetzten und von „Überlagerungen“ geprägten Organisationsstrukturen werden die Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bund und Länder verteilt. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf die komplizierten Organisationsprozesse und Vorgehensbestimmungen mit ihren unzähligen Satzungen und Verordnungen im Detail einzugehen. In einem kurzen Überblick jedoch und in bildhafter „Übertragung“ lässt sich das deutsche Selbstverwaltungssystem in eine „Makro“- , „Meso“- und „Mikroebene“ unterteilen: *Bundesärztekammer, Landesärztekammern und Bezirksärztekammern*.³

4.1 Die Bundesärztekammer

Obwohl im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland weite Bereiche des Gesundheitswesens den Bundesländern und ihren zugehörigen ‚Ärztekammern‘ zugeordnet sind, kann die ‚Bundesärztekammer‘ (BÄK) als eigentliche „Spitzenorganisation“ der Ärztlichen Selbstverwaltung betrachtet werden. So vertritt die BÄK die berufspolitischen Interessen der deutschen Ärzteschaft⁴ und wirkt als Arbeitsgemeinschaft der insgesamt 17 deutschen Ärztekammern aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit, indem sie Strategien und Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik entwickelt. Ihre wichtigsten Aufgaben lassen sich wie folgt zusammenfassen⁵:

- Sicherung einer guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch den ständigen Erfahrungsaustausch zwischen den Landesärztekammern und gegenseitige Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten
- Pflege des Zusammengehörigkeitsgefühls sowie Beratung und Unterrichtung bei wichtigen Vorgängen im Gesundheitswesen und sozialen Leben
- Entwicklung einer möglichst einheitlichen Regelung der ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten
- Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft in landesüberschreitenden Zuständigkeitsbereichen sowie Kontakte zur Bundesregierung, zum Bundesrat und zu allen politischen Parteien

³ Die Bezeichnung ‚Landesärztekammer‘ ist gleichbedeutend mit ‚Ärztekammer‘.

⁴ Stand 31. Dezember 2005: 400'562 Ärztinnen und Ärzte (<http://www.bundesaerztekammer.de> - 16.11.2006)

⁵ www.bundesaerztekammer.de/cgi-bin/printVersion/cgi (29.12.2006)

- Vermittlung der Position der Ärzteschaft zu gesundheitspolitischen und medizinischen Fragen
- Förderung der ärztlichen Fortbildung und der Qualitätssicherung
- Beziehungsherstellung zur medizinischen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen des Auslandes
- Regelung der Berufsordnung, insbesondere der ethischen und berufsrechtlichen Pflichten der Ärzte untereinander und gegenüber den Patienten (z.B. ärztliche Schweigepflicht).
- Regelung der Weiterbildungsordnung, indem Inhalt, Dauer und Ziele sowie die entsprechenden Facharztbezeichnungen definiert werden

Organisatorisch besteht die Bundesärztekammer aus einem ‚Vorstand‘ mit insgesamt 22 Mitgliedern: dem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten, den Präsidenten der Landesärztekammern, die bereits aufgrund ihres Amtes Mitglieder der BÄK sind, sowie zwei zusätzlichen Ärztinnen oder Ärzten. Ein weiteres wichtiges Organ der Bundesärztekammer ist der sog. ‚Deutsche Ärztetag‘ – quasi das „Parlament der Ärzteschaft“. An seine Hauptversammlung, die ein Mal im Jahr tagt, werden insgesamt 250 Delegierte aus den bereits genannten 17 verschiedenen Ärztekammern entsandt. Die eigentliche Arbeit der Bundesärztekammer wird in zahlreichen ständigen oder temporären ‚Gremien‘ geleistet, während die spezifische Facharbeit in der Regel in ehrenamtlich besetzten ‚Ausschüssen‘ erfolgt. Die bundesweite Koordination der Landesärztekammern (z.B. bei Satzungsfragen) gehört schliesslich zu den Aufgaben der ‚Ständigen Konferenzen‘ der Bundesärztekammer.⁶

4.2 Landesärztekammern

Nachdem 1946 zuerst in Bayern eine ‚Landesärztekammer‘ als „Körperschaft öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“ gebildet worden war, erliessen in den nachfolgenden Jahren auch die anderen Bundesländer Gesetze zur Errichtung ihrer eigenen ‚Ärztekammern‘ (ÄK), so dass diese Entwicklung in Westdeutschland mit der Gründung der Ärztekammer Berlin 1962 ihren Abschluss fand. Nach dem Ende der DDR und der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahre 1990 konnte auch in den neuen Bundesländern mit dem Aufbau einer demokratischen Ärztlichen

⁶ In der Schweiz hat die „Schweizerische Ärztekammer“ als oberstes Organ der FMH (Föderatio Medicorum Helveticorum), des Vereins der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, eine ähnliche Funktion wie die deutsche Bundesärztekammer.

Selbstverwaltung begonnen werden, worauf in den folgenden Jahren schon bald fünf weitere Landesärztekammern errichtet wurden.⁷

Wie schon erwähnt hat das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland weite Bereiche des Gesundheitswesens den Bundesländern und ihren Ärztekammern zugeordnet. Dazu gehören vor allem die Regelung der *ärztlichen Berufsausübung* und die Organisation des *ärztlichen Berufsstandes*, soweit sie öffentlich-rechtlicher Art sind. Jede Ärztin und jeder Arzt ist jeweils Pflichtmitglied derjenigen Ärztekammer, in deren Gebiet sie ihre ärztliche Tätigkeit ausüben.

Sämtliche Landesärztekammern verfügen über eine eigene „Hauptsatzung“, in der u.a. auch ihre Aufgaben explizit aufgeführt sind. Am Beispiel der Landesärztekammer ‚Rheinland-Pfalz‘ sind dies (vgl. ‚Hauptsatzung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz‘ gültig ab 2. Februar 2006):

- Beratung der obersten Landesbehörden
- Abschluss von Verträgen, die den wirtschaftlichen oder sozialen Interessen des Berufsstandes als Gesamtheit dienen und überbezirkliche Bedeutung haben
- Förderung der Berufsausbildung auf Landesebene
- Erlass einer Berufs-, Fort- und Weiterbildungsordnung
- Erlass einer Satzung zur Einrichtung einer Ethikkommission
- Erlass einer Satzung für den nach dem Heilberufsgesetz (HeilBG) einzurichtenden Schlichtungsausschuss
- Erlass einer Wahl-, Beitrags- und Gebührenordnung
- Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durch geeignete Massnahmen unterstützen
- Zulassung (resp. Widerruf der Zulassung) von Weiterbildungsstätten
- Entscheidung in Angelegenheiten, die mehrere Bezirksärztekammern betreffen
- Aufgaben auf dem Gebiet des Strahlenschutzes gemäss Röntgen- und Strahlenschutzverordnung wahrnehmen

Die Landesärztekammer ist aber auch die „zuständige Stelle“ im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), wobei die in diesem Bereich anfallenden Aufgaben wiederum von den ‚Bezirksärztekammern‘ wahrgenommen werden.⁸

⁷ In Nordrhein-Westfalen wurden entsprechend den beiden Landesteilen zwei separate Ärztekammern gebildet, womit die Bundesrepublik Deutschland heute über insgesamt 17 Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts verfügt.

⁸ Für Rheinland-Pfalz sind dies die Bezirksärztekammern ‚Pfalz‘, ‚Koblenz‘, ‚Trier‘ und ‚Rheinhausen‘.

4.3 Bezirksärztekammern

Die „Mikroebene“ der Ärztlichen Selbstverwaltung in der BRD wird durch die ‚Bezirksärztekammern‘ gebildet. Sie sind den Landesärztekammern unterstellt und für folgende Aufgaben zuständig⁹:

- Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder gegenüber der Öffentlichkeit
- Beratung der Behörden einschliesslich ihrer gutachterlichen Betreuung
- Förderung der Berufsfortbildung
- Überwachung der Berufspflichten der Kammermitglieder gemäss der Berufsordnung der Ärzte
- Sorge für ein gedeihliches Verhältnis der Kammermitglieder
- Erteilung der Anerkennung zur Führung von Bezeichnungen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten Fachgebiet hinweisen

Die vorgängig erwähnten, von der Landesärztekammer im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) übernommenen und wahrgenommenen Aufgaben sind vor allem auf die Aus- und Weiterbildung (z.B. zum Facharzt) ausgerichtet:

- Eignungsfeststellung
- Abkürzung und Verlängerung der Ausbildungszeit
- Führen eines Verzeichnisses der Berufsbildungsverhältnisse
- Errichtung von Prüfungsausschüssen
- Überwachung der Ausbildung und Bestellung der Ausbildungsberater
- Durchführung der beruflichen Fortbildung
- Überwachung von Umschulungen und Durchführung von Umschulungsprüfungen

4.4 Das Dilemma einer „Doppelfunktion“

Es wäre vermessen, die Betrachtung dieser Vielzahl von Aufgaben, Ordnungen und Satzungen noch weiter zu vertiefen. Zusammenfassend und auf den Punkt gebracht ist schnell erkennbar, dass die Ärztekammern als Organe der Ärztlichen Selbstverwaltung in einer „Doppelfunktion“ stehen. Einerseits die der „Standesvertretung“, d.h. der Wahrung sowohl der *Eigeninteressen* (im Sinne von Interessenpolitik) als auch der *beruflichen Belange*. Zum anderen besteht in Form einer mittelbaren Staatsverwaltung eine „öffentliche Aufgabe“, die vorwiegend darauf ausgerichtet ist, Verantwortung für die *Qualität* und *Sicherheit* der ärztlichen Arbeit zu übernehmen.

⁹ Z.B. Bezirksärztekammer ‚Rheinhausen‘ (http://aerztekammer-mainz.de/ak_kammer.php vom 19.12.2006).

Diese Doppelfunktion führt nach Klemperer „zwangsläufig zu Zielkonflikten, die sehr häufig im Sinne der Standesvertretung gelöst werden“ (Klemperer 2006: 64). So sehen sich Fragestellungen und Problembereiche wie etwa systematisches Fehlermanagement, zeitnaher Transfer gesicherter Erkenntnisse in die Praxis oder kontinuierliche, im Sinne einer Rezertifizierung systematisch dargelegte Fortbildung – um nur ein paar wenige zu nennen – von den Ärztekammern fast nie im Sinne der öffentlichen Aufgabe beantwortet.

Gerade die *Fortbildung* der Ärzte ist exemplarisch dafür. Sie wird von den Ärztekammern zwar „programmatisch“ zur Erhaltung der erforderlichen Fachkenntnisse und zur Verbesserung des ärztlichen Handelns als notwendig anerkannt und als Instrument der Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsordnung auch als „Pflicht“ aufgeführt. Jedoch nicht sanktionsbewehrt, was nichts Anderes heisst, als dass ein Nichterfüllen dieser Pflichten in aller Regel folgenlos bleibt, womit der Vorschrift lediglich ein „unverbindlicher“ Charakter zufällt (vgl. Klemperer 2006: 64).¹⁰

5. Ärztliche Selbstverwaltung und Qualitätsgarantie

Angesichts des Versagens der Ärztlichen Selbstverwaltung in der sog. „Bristol-Affäre“¹¹ bezeichnete Richard Smith als damaliger Herausgeber des ‚British Medical Journal‘ das alte System als „halbherzig“ und veraltet, da die Medizin eine Kultur entwickelt hätte, Irrtümer zu verbergen und diejenigen, die sie begehen, zu schützen und ihnen zu verzeihen (vgl. Smith 1999: 1314). Medizin-Skandale sind aber nicht nur in England aufgetreten, sondern auch in Deutschland, verbunden etwa mit den Namen Bernbeck, Frischbier, Hübener und Kemnitz.¹² Im Gegensatz zu England, wo die Fälle unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes umfassend untersucht und Konsequenzen für das Selbstverwaltungs-System gezogen wurden, blieb man in Deutschland passiv und ging so schnell wie möglich wieder zur „Tagesordnung“ über.

¹⁰ Damit fällt die Ärzteschaft hinter andere Berufsgruppen zurück, denen Menschen ebenfalls ihr Leben anvertrauen. Um den Erhalt ihrer Berufseignung zu belegen müssen etwa „Swisspiloten“ jährlich sechs Prüfungen absolvieren (zwei Simulator-Checks, ein geprüfter Streckeneinsatz, ein schriftlicher Test, zwei medizinische Checks).

¹¹ In die ‚Bristol-Affäre‘ waren drei englische Kinderherzchirurgen verwickelt, die in den 1990er Jahren offensichtlich über lange Zeit hinweg handwerklich inkompetent arbeiteten, was den Tod zahlreicher Babys zur Folge hatte und in England eine grundlegende Neubestimmung und Neuorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung einleitete (vgl. Irvine 2003).

¹² Bernbeck hat als Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck in Hamburg über hundert Patienten durch mangelhafte Operationstechnik an der Wirbelsäule und durch Mängel in der Hygiene zum Teil schwerst geschädigt. Frischbier und Hübener mussten sich als Strahlentherapeuten mit dem Vorwurf auseinandersetzen, Patienten fahrlässig schwerste Strahlenschäden zugefügt zu haben. Und Kemnitz schliesslich hat als Pathologe mit falschen Befunden die grundlose Brustamputation von etwa 300 Patientinnen zu verantworten (vgl. Klemperer 2006: 63, 64).

5.1 “Up to date and fit to practise” – zur Kompetenz von Ärzten

Ohne in die fachlichen und wissenschaftlichen Bereiche der Humanmedizin vordringen zu wollen, erlaube ich mir, ein paar allgemeine und vornehmlich patientenorientierte Gedanken und Bemerkungen zur *Kompetenz* von Ärztinnen und Ärzten anzubringen. Angesprochen ist die „öffentliche Aufgabe“ der Ärztlichen Selbstverwaltung, haben doch Patienten und Bürger ein vitales Interesse daran, dass die Ärzteschaft im *Wissen* und *Handeln* auf der „Höhe der Zeit“ ist und über die neusten, gesicherten medizinischen Erkenntnisse verfügt – beispielsweise jene der Evidenzbasierten Medizin (EBM).¹³ Ebenfalls darf erwartet werden, dass Ärztinnen und Ärzte sowohl körperlich als auch seelisch und sozial jederzeit in der Lage sind, ihren Beruf bestmöglich zum Wohle der Patienten auszuüben. Mit der Formel „Up to date and fit to practise“ sind die Kompetenzanforderungen wohl treffend umschrieben.

5.2 Die (neue) obligatorische Pflicht zur fachlichen Fortbildung

In der Medizin mit dem Wissen auf „Höhe der Zeit“ zu sein, erfordert von der Ärzteschaft eine allseits überzeugende professionelle Bereitschaft zur ständigen und daher auch arbeitsintensiven fachlichen Fortbildung. Mit einem „freiwilligen Fortbildungszertifikat“ und der „vermehrten Aufmerksamkeit“ für die Qualität der Fortbildung – wie es die Ärztekammern zuletzt vorgeschlagen hatten – wurde das Problem der „Unverbindlichkeit“ der ärztlichen Fortbildungsbemühungen jedoch nicht gelöst.

Die allseits akzeptierte Forderung nach der *Verbindlichkeit* der Fortbildung haben die Politik und damit auch den Gesetzgeber reagieren lassen. Seit 2004 besteht in Deutschland für Vertrauensärzte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine systematisch darzulegende „Pflicht zur fachlichen Fortbildung“ – dies mit Androhung von Honorarkürzungen und Zulassungsentzug bei Nichterfüllung. Im ‚Sozialgesetzbuch V‘ (SGB V 2004: § 95d), das die GKV-Belange regelt, sind die neuen Bestimmungen und Verpflichtungen unter Paragraph 95d „Pflicht zur fachlichen Fortbildung“ enthalten.¹⁴ Die Auflagen, mit denen sich die Ärzte neuerdings konfrontiert sehen, seien hier kurz aufgelistet:

¹³ Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) entwickelte sich Mitte der 1990er Jahre als Weiterführung und Perfektionierung der „Outcome-Bewegung“, die Therapieverfahren nach der „Endpunkt“-Beurteilung, d.h. nach der sog. „klinischen Relevanz“ (Gesundheitsstatus und Lebensqualität) evaluiert. Bei EBM handelt es sich um wissenschaftliche Methoden zur Überprüfung der Effektivität medizinischen Handelns. Dabei gewonnene „gesicherte Erkenntnisse“ sollen dazu beitragen, zukünftige Therapie-Entscheidungen zu erleichtern und qualitativ zu verbessern.

¹⁴ Die im SGB V aufgeführten Regelungen gelten für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychologische Therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

- Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Masse fortzubilden, wie es die zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig machen.
- Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der Medizin entsprechen.
- Der Nachweis der Fortbildung erfolgt durch das verbindliche sog. „Fortbildungszertifikat“, das von den zuständigen Ärztekammern ausgestellt wird.
- Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis seiner Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erbringen. Nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums beginnt eine neue Nachweisperiode.
- Wird der Nachweis nicht oder nur vollständig erbracht, können stufenweise Honorarkürzungen vorgenommen werden.
- Wird der Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums erbracht, wird ein Antrag auf Zulassungsentziehung gestellt.

Das für den Nachweis der Fortbildung benötigte „Fortbildungszertifikat“ wird von den Ärztekammern üblicherweise dann ausgestellt, wenn ein Arzt innerhalb von fünf Jahren insgesamt 250 Fortbildungspunkte erworben hat. Um die enorme Datenflut zu bewältigen und die einzelnen „Fortbildungsprozesse“ besser verwalten und dokumentieren zu können, haben die Ärztekammern im Herbst 2005 mit dem sog. ‚Elektronischen Informationsverteiler‘ (EIV) ein Verfahren zur elektronischen Erfassung von Fortbildungspunkten eingeführt. Jeder Arzt erhält von der zuständigen Ärztekammer eine ‚Einheitliche Fortbildungsnummer‘ (EFN) in Form eines Barcodes. Ebenso wird jeder anerkannten Fortbildungsveranstaltung eine einheitliche Veranstaltungsnummer (VNR) zugeteilt. Der Fortbildungsveranstalter liest dann mit einem Barcode-Scanner die EFN der an der Veranstaltung teilnehmenden Ärzte ein und übermittelt sie zusammen mit der VNR an einen zentralen Server, der die Verteilung der Meldungen auf die einzelnen Ärztekammern übernimmt. Sobald diese gemeldeten Informationen in den Kammern als EDV-Daten zur Verfügung stehen, können elektronische Punktekonto generiert werden, die über gesicherte Internetverbindungen für jeden einzelnen Arzt einsehbar sind. Damit erhält er nicht nur einen verbindlichen Überblick seines geprüften und anerkannten Punktestandes, sondern auch die beruhigende Sicherheit, dass die gebuchten Punkte zum Stichtag auf dem vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Nachweis angerechnet werden.

Als nächster Schritt wäre zu untersuchen, welche „Qualität“ die zahlreich angebotenen Fortbildungsveranstaltungen zu bieten haben: Auf welchem aktuellen Wissensstand basieren die Kurse? Sind alle medizinischen Fachgebiete abgedeckt? Wie und von wem werden die Schwerpunkte der Programme gesetzt? Welche Unterlagen werden abgegeben? Wie wird das Instruktionspersonal rekrutiert und ausgebildet? Werden die vermittelten Informationen gar abgefragt und geprüft, oder hat es mit der reinen Teilnahmepräsenz sein Bewenden?

Lauter Fragen, die aus medizinischer Perspektive und mit zugehörigem Fachwissen sicher zu beantworten wären, aus meiner soziologischen Betrachtungsweise jedoch und mit dem vorgegebenen Rahmen nicht weiter verfolgt werden. Immerhin ist festzuhalten, dass allein schon der informative, zeitliche und administrative Aufwand, den sowohl die Ärzte als auch die Ärztekammern mit der obligatorischen Fortbildungspflicht neuerdings betreiben, sicher keinen nachteiligen Einfluss auf die Kompetenz der Kammermitglieder hat, im Gegenteil. Damit wird zweifelsohne ein positiver Einfluss auf die Qualität des medizinischen Angebots erzielt. Die „Neuerung“, mit der die Selbstverwaltungs-Organe auf den politischen Druck reagiert haben, ist ein schon längst fälliger (darum um so erfreulicherer) Schritt zur „Qualitätsverbesserung“.

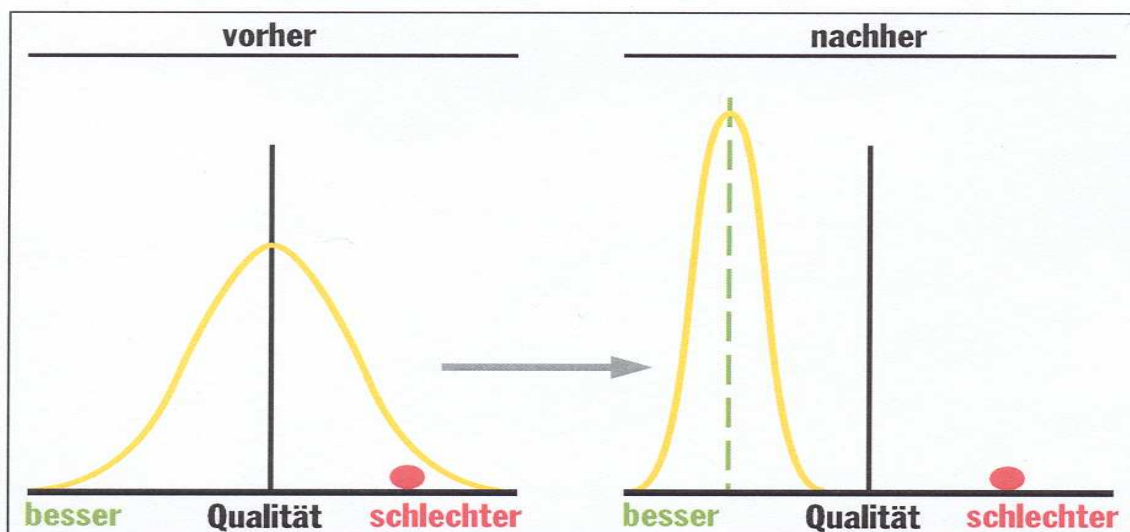


Abbildung 1: „Strategie“ der Qualitätsverbesserung (Klemperer 2006: 66)

Abbildung 1 veranschaulicht die Strategie der Qualitätsverbesserung. Die Normalverteilung der „ärztlichen Qualität“ verschiebt sich in den linken „besseren“ Bereich. Gleichzeitig nimmt die Streuung ab, womit „schwarze Schafe“ (rote Punkte) als statistische „Ausreisser“ in Erscheinung treten und leicht zu ermitteln sind.

Die Einführung der obligatorischen Pflicht zur Fortbildung ist für Klemperer aber nur ein erster Schritt hin zu einer neuen „ziel führenden beruflichen Selbstverwaltung der Ärzte“ (Klemperer 2006: 65). Neben der systematisch dargelegten Weiterbildung sieht Klemperer noch anderes „Potenzial“, das zur angestrebten Qualitätsverbesserung beitragen könnte. Demnach müssten neue Strategien folgende Fragestellungen und Problembereiche berücksichtigen (vgl. Klemperer 2006: 64):

- Systematische Kompetenzdarlegung resp. Rezertifizierung aller Ärzte
- Unverzögerlicher Transfer gesicherter Erkenntnisse in die Praxis
- Systematisches Fehlermanagement
- Verhältnis der Ärzteschaft zur Pharmaindustrie
- Interessenkonflikte in allen Bereichen der ärztlichen Tätigkeit
- Über-, Unter- und Fehlversorgung¹⁵

Mit der Aufbereitung dieser Problemfelder gibt sich Klemperer aber immer noch nicht zufrieden. In einem weiteren „fundamentalen“ Schritt fordert er eine grundlegend neue „Kultur der Selbstverwaltung“, die gleichzeitig auch eine „Erneuerung des Professionalismus-Gedankens“ bewirken könnte (Klemperer 2006: 65). Dieses hoch angesetzte Ziel ist aber nur durch eine radikale und umfassende *Weiterentwicklung* der Selbstverwaltungsstrukturen zu verwirklichen.

Und hier geraten vor allem zwei Massnahmen ins Blickfeld, die in der Selbstverwaltung der deutschen Ärzte sowohl organisatorisch als auch ideologisch wesentliche Änderungen zur Folge hätten. Zum einen fordert Klemperer, dass die Vertretung der *berufsständischen Interessen* aus dem Aufgabenkatalog herauszunehmen sei, da die Standesvertretung keine Aufgabe einer mittelbaren Staatsverwaltung sein dürfe. Für die Eigeninteressen der deutschen Ärzte sollten fortan nur deren Berufsverbände zuständig sein. Zusätzlich soll eine „Neustrukturierung“ auch berücksichtigen, dass ärztlicher Sachverstand allein nicht zur Erfüllung der Selbstverwaltungsaufgaben ausreicht. „Spezialisten“ für die Belange der Patienten und Bürger sind diese nämlich selbst, weshalb nach Klemperer die *Öffentlichkeit* in angemessener Weise in allen Organen der Selbstvertretung vertreten sein müsse. Damit würden die Ärztekammern veranlasst, eine „neue Qualitätskultur zu entwickeln und die Interessen der Patienten den ständischen Interessen voranzustellen“ (Klemperer 2006: 65).

¹⁵ Oder anders ausgedrückt: die Erbringung *überflüssiger* Leistungen, die Nichterbringung *nützlicher* Leistungen sowie die Erbringung *gefährlicher* Leistungen.

6. Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel

Lange Zeit ging man in der Medizin davon aus, dass der Arzt aufgrund seiner Ausbildung und seines Wissensvorsprunges am besten geeignet sei, medizinische Entscheidungen zu treffen. Der Patient nahm eine untergeordnet passive Rolle ein, die sich lediglich darauf beschränkte, dem Arzt so genau wie möglich die erforderlichen Krankheitssymptome zu schildern, damit dieser eine Diagnose stellen und das therapeutische Vorgehen festlegen konnte. Subjektive Gefühle wie Erwartungen, Befürchtungen oder Ängste blieben unausgesprochen, sie wurden vielmehr als störend empfunden. Auch beunruhigende Informationen behielten die Ärzte für sich, in der Annahme sie könnten dem Patienten schaden. Klemperer spricht in diesem Zusammenhang vom Paradigma des „Paternalismus“¹⁶, das bis etwa Mitte des 20. Jahrhunderts geherrscht habe (vgl. Klemperer 2006: 63).¹⁷

Mit der Stärkung der Bürgerrechte als einer Metatendenz in der gesellschaftlichen Entwicklung der letzten Zeit haben sich auch die Erwartungen und Forderungen der Patienten und Bürger an die Ärzte erheblich gewandelt. Eine Vielzahl von Patienten wünscht sich mehr und vor allem „andere“, als bisher gewohnte Informationen. Ebenfalls würden es viele Patienten begrüßen, eine aktivere Rolle im Umgang mit ihrer Krankheit zu spielen. Zudem sind Patienten auch bereit, sich stärker als bisher an der Entscheidung zu beteiligen. So erstaunt es nicht, dass die tendenzielle Stärkung der Patientenposition im Gesundheitswesen nicht zuletzt auch in der Erforschung, Entwicklung und Einführung von Modellen und Konzepten der *medizinischen Entscheidungsfindung* (medical decision making) zum Ausdruck kommt.¹⁸ Die Art und Weise, wie medizinisch entschieden wird, hängt aber zu einem grossen Teil vom *Rollenverständnis* innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung ab. Auch hier hat sich in letzter Zeit einiges verändert, wie ich im zweiten Teil meiner Untersuchung zeigen werde.¹⁹

¹⁶ Mit „Paternalismus“ ist nach Duden (Fremdwörterbuch) das „Bestreben, jemanden zu bevormunden“ gemeint.

¹⁷ Coulter hat sich bereits 1999 im „British Medical Journal“ zum Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom Paternalismus zur Partnerschaft geäussert. Sie unterstreicht, dass die Patienten „erwachsen“ geworden seien und Paternalismus – auch wenn er gut gemeint sei – eine ungesunde Abhängigkeit schaffe, die mit anderen Strömungen in der Gesellschaft nicht mehr im Einklang stehe (Coulter 1999: 719, 720).

¹⁸ Konzepte der medizinischen Entscheidungsfindung werden mit Begriffen überschrieben wie ‚patient-centered care‘, ‚informed choice‘, ‚informed decision making‘, ‚evidence-based patient choice‘ und ‚shared decision making‘. Letzteres wird als „Shared-decision-making“-Modell (SDM) einer genaueren Betrachtung unterzogen (vgl. auch Klemperer 2003: 7).

¹⁹ Zu ergänzen ist, dass die jeweils praktizierte Form der Arzt-Patient-Beziehung wiederum weitgehend vom Selbstverständnis der Medizin bestimmt wird. Das heutige medizinische Denken und Handeln ist immer noch stark auf das „biomedizinische Paradigma“ ausgerichtet, das Krankheit „pathologisch“ als eine lokalisierbare Störung der Körperfunktion, aber auch als Ergebnis einer spezifischen Ursache betrachtet. Zum Verständnis dieser Störung ist in der Biomedizin der Einbezug des psychischen und sozialen Kontextes nicht unbedingt erforderlich.

6.1 Die Situation des Patienten als „Hilfesuchender“

Der durch Krankheit und Schmerz beeinträchtigte Patient befindet sich in der Rolle eines „Hilfesuchenden“, der dem Arzt sein Wohlergehen und sein Leben anvertraut. Der Patient erwartet, dass der Arzt über ein umfassendes und „zeitgemässes“ Wissen verfügt und mit beachtlichem Geschick und grosser Sorgfalt sein medizinisches Handeln in die Tat umsetzt. Verlangt wird nicht nur eine „technische“ Lösung, sondern auch Beratung, Beistand und Führung. Die einmal gefundene „technisch korrekte“ Lösung soll aber mit dem übereinstimmen, was der Patient für gut hält.

Dafür ist er bereit, einen Einblick in seine persönlichen und intimen Bereiche zu gewähren. Er lässt es zu, seinen Körper zu berühren und gegebenenfalls in Körperöffnungen einzudringen oder die Integrität seiner Körperoberfläche mit Messern, Nadeln oder sonstigen Geräten zu verletzen. Umso verständlicher geht der Patient davon aus, dass der Arzt sein Vertrauen vollumfänglich rechtfertigt und nicht etwa seine Abhängigkeit und Verletzlichkeit auf irgend eine Art auszunützen versucht.

6.1.1 Drei Funktionen der medizinischen Konsultation

Ohne grosse Theoriebildung darf die Arzt-Patient-Beziehung generell als ein typisches Beispiel kommunikativer Interaktion betrachtet werden. In Bezug auf die ärztlichen Kommunikationsfähigkeiten wird etwa im angelsächsischen Raum das sog. „Three Function“-Modell für das Arzt-Patient-Gespräch vorgeschlagen, ein Modell, das systematisch die subjektive Sicht, die emotionalen und informativen Bedürfnisse sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung berücksichtigt (Gask/Usherwood 2002: 1567).

Three functions of the medical consultation nach Gask/Usherwood (2002):

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1) Build the relationship: | <ul style="list-style-type: none">- Greet the patient warmly and by name- Detect and respond to emotional issues- Active listening |
| 2) Collect data: | <ul style="list-style-type: none">- Do not interrupt patient- Elicit patient's explanatory model- Consider other factors- Develop shared understanding |
| 3) Agree a management plan: | <ul style="list-style-type: none">- Provide information- Appropriate use of reassurance- Negotiate a management plan- Make links and negotiate behaviour change |

6.1.2 Grundbedürfnisse der Patienten im Gespräch mit dem Arzt

Auf Seite der Patienten stellt sich die Frage, mit welchen Erwartungen und Bedürfnissen sie eigentlich in eine medizinische Konsultation gehen. Wollen sie überhaupt über ihre Krankheit umfassend orientiert werden? Erwarten sie ein Mitgefühl des Arztes? Ist die partnerschaftliche Kommunikation wirklich ein Bedürfnis?

Aus einer Reihe von Untersuchungen, die sich mit der Patientenperspektive befassen, möchte ich auf diejenige von Little et al. (2001) hinweisen und ihre wichtigsten Erkenntnisse hier kurz zusammenfassen (vgl. Little et al. 2001: 3, 4).²⁰

Über 800 Patienten wurden im Wartezimmer vor ihrem Arztgespräch befragt, was sie von ihrem bevorstehenden Arztbesuch erwarten und worauf sie besonderen Wert legen. Am häufigsten genannte Faktoren waren die ‚Kommunikation‘ (88-99%), die ‚Partnerschaft‘ (77-87%) und die ‚Gesundheitsförderung‘ (85-89%).²¹ Weit weniger ausgeprägt war dagegen der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63%) oder nach einer Medikamentenverschreibung (25%). Der Blick auf die einzelnen Unterkategorien zeigt in differenzierter Auflösung, welcher prozentuale Anteil der Patienten welche „Teilerwartungen“ an den Arzt richtet. Als Beispiele im Bereich *Kommunikation* sind es ‚Freundlichkeit und Nahbarkeit‘ (99%), ‚Aufmerksamkeit‘ (95%) und ‚klare und umfassende Informationen‘ (98%). Im Bereich *Partnerschaft* werden etwa ‚Interesse an der Sicht des Patienten‘ (84%) und ‚Diskussion und Einigung über die medizinische Behandlung‘ (86%) genannt, während bei der *Gesundheitsförderung* ‚Ratschläge bezüglich Krankheitsvermeidung‘ (89%) und ‚Gesundheitserhaltung‘ (85%) im Vordergrund stehen. Um das Verständnis der nachfolgenden Modelle der Arzt-Patient-Beziehung zu erleichtern, scheint es mir angebracht, auf den *Informationsaustausch*, der in diesen Modellen neben der Entscheidungsfindung und der Kommunikationsfähigkeit eine zentrale Rolle spielt, noch etwas näher einzugehen.

²⁰ Das der Untersuchung zugrunde liegende Befragungsinstrument orientierte sich an einem „patientenzentrierten Modell“ der Arzt-Patient-Kommunikation, das ein kanadisches Arbeitsteam – ‚Patient-Doctor Communication Group‘ – am Zentrum für Studien der Familienmedizin der Universität von Western Ontario 1986 publiziert hat. In der aktuellen Version umfasst die „Patientenzentrierte klinische Methode“ (Patient-Centered Clinical Method) sechs Komponenten (vgl. Klemperer 2003: 16, der sich auf <http://www.uwo.ca/fammed/csfm> bezieht):

- Erforschung der Vorstellungen und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit.
- Verständnis der ganzen Person durch Integration ihrer Konzepte von Krankheit und Gesundheit.
- Für das weitere Vorgehen eine gemeinsame Grundlage und Partnerschaft finden.
- Prävention und Gesundheitsförderung.
- Arzt-Patient-Beziehung im Hinblick auf die weitere Zusammenarbeit pflegen und verbessern.
- Realistischer Umgang mit Zeit, Ressourcen und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie.

²¹ Der Grund, weshalb die Resultate in „Prozentbereichen“ angegeben werden, liegt in der Unterteilung der Faktoren Kommunikation, Partnerschaft und Gesundheitsförderung in zusätzliche Teilkriterien. Die in diesen gemachten Prozentangaben befinden sich alle innerhalb jenes Wertebereichs, der in Klammern angegeben ist.

6.1.3 Informationswünsche und Kommunikationsstil

Um zu entscheiden, in welchem Umfang und Gehalt der Arzt seinen Patienten informieren will, muss der Frage nachgegangen werden, was Patienten überhaupt über ihre Krankheit wissen wollen. Genau dies haben Coulter et al. (1999) getan, indem sie Informationsbroschüren zu häufig vorkommenden Gesundheitsproblemen unter dem Gesichtspunkt „Verlässlichkeit“ und „Angepasstheit an die Informationsbedürfnisse der Patienten“ untersuchten.²² Für die Beurteilung der *Verlässlichkeit* waren Ärzte des jeweiligen Fachgebiets zuständig, während die *Patienteneignung* von Patienten mit Erfahrung im angesprochenen Krankheitsbild beurteilt wurde. Auf die vielen Fehler, Ungenauigkeiten und irreführenden Aussagen, die in den Informationsmaterialien offenbar enthalten waren, möchte ich nicht näher eingehen. Viel wichtiger sind dafür die klaren Vorstellungen der Patienten, nicht nur bezüglich ihrer Informationswünsche, sondern auch in ihrer generellen Beurteilung der abgegebenen Informationsbroschüren. Viele waren unzufrieden mit dem Material und hätten sich viel mehr Informationen über ihre Krankheit und vor allem auch über die diversen Behandlungsmöglichkeiten gewünscht; ebenfalls wurden detaillierte Informationen bezüglich Krankheitsursachen und Krankheitsverlauf vermisst. In der folgenden Zusammenfassung erweist sich, dass die Informationsbedürfnisse der Patienten sehr vielseitig und für den behandelnden Arzt recht anspruchsvoll sind. So wollen Patienten (vgl. Coulter et al. 1999: 319):

- verstehen, was in ihrem Krankheitsfall nicht in Ordnung ist.
- einen realistischen Eindruck der Krankheits- resp. Therapieprognose erhalten.
- die Konsultation und das Arztgespräch bestmöglichst nutzen.
- die Abläufe und die Ergebnisse von Untersuchungen begreifen.
- die Durchführung der Behandlung und ihre wahrscheinliche Wirkung verstehen.
- Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung der Krankheitssituation erhalten.
- ihr Hilfsbedürfnis, ihre Erwartungen und ihre Befürchtungen rechtfertigen.
- in der Initiative, selber etwas zu tun, unterstützt werden.
- Kenntnisse sammeln, um allenfalls weitere Krankheiten zu verhindern.
- wissen, wer der beste Arzt ist.

²² Die Informationsmaterialien wurden zu zehn nicht-akuten und nicht lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen abgegeben: Rückenschmerzen, grauer Star, Depression, Mittelohrentzündung, erhöhte Blutfette, Hüftgelenkersatz, Infertilität, Menorrhagie (starke und lang anhaltende Monatsblutung), Prostatavergrößerung, Rehabilitation nach Schlaganfall.

In der gleichen Studie sind auch eine Vielzahl von Fragen aufgeführt, die üblicherweise von Patienten gestellt werden und die sich aus den oben aufgelisteten Informationswünschen ableiten lassen. Der umfangreiche und erstaunlich differenzierte „Fragenkatalog“ lässt erkennen, dass seine kompetente Beantwortung für jeden Arzt eine grosse Herausforderung bedeuten muss. Die Fragen eignen sich aber nicht nur für das Arzt-Patient-Gespräch, sondern sie müssten auch Ausgangspunkt der Planung und Gestaltung von Informationsmaterial sein. Ein paar wenige, eher zufällig ausgewählte Fragen sollen andeuten, welche umfassenden und konkreten Informationen Patienten wünschen (vgl. Coulter et al. 1999: 321):

- Was ist die Ursache meines gesundheitlichen Problems?
- Welches sind die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten?
- Was sind die Risiken der verschiedenen Therapien?
- Welches sind die zu erwartenden Nebenwirkungen?
- Kann ich mich auf die Behandlung vorbereiten?
- Welchen Ablauf kann ich nach meinem Eintritt ins Krankenhaus erwarten?
- Wann kann ich frühestens wieder nach Hause gehen?
- Welche Informationen müssen meine Betreuungspersonen haben?
- Welche Möglichkeiten gibt es für die Rehabilitation?²³

Ebenso wichtig wie der Umfang und die Qualität der vom Arzt abgegebenen Informationen ist die Art und Weise, wie er das Gespräch mit dem Patienten führt: sein „Kommunikationsstil“. McKinstry (2000) befragte schottische Patienten anhand von Videos mit gespielten Arztbesuchen nach ihrem bevorzugten Konsultationsstil. Zur Auswahl standen ein „direktiver Stil“ (Entscheidung durch den Arzt) und ein „patientenzentrierter Stil“ (gemeinsame Entscheidungsfindung). Dabei zeigten sich unterschiedliche Präferenzen, die vor allem vom Krankheitsbild, vom Alter und von der sozialen Schichtung abhingen. Ältere Menschen und Patienten mit körperlichen Problemen bevorzugten den „direkten“, Angehörige der oberen Sozialschicht und psychisch Kranke den „patientenzentrierten“ Stil. Demnach zeigt sich, dass der von Patienten gewünschte Kommunikationsstil nicht vorhersagbar ist.

²³ Etwas anders sieht das Informationsbedürfnis bei lebensbedrohenden Erkrankungen aus. Leydon et al. (2000) befassten sich mit der Frage, was Krebspatienten über ihre Krankheit wissen wollen. Es zeigte sich ein „variables“ Informationsbedürfnis, d.h. nicht alle Patienten möchten umfangreiche Informationen in jeder Phase ihrer Krankheit erhalten. Zudem besteht im Informationsbedürfnis der Patienten ein Unterschied, ob es sich um einen gutartigen oder bösartigen Tumor handelt. Bei Krebserkrankungen ist der Wunsch nach Information je nach Patient und Situation verschieden, weshalb der Arzt immer wieder „neu“ erkunden muss, was der Patient zum Zeitpunkt des Gesprächs wissen möchte (vgl. Leydon et al. 2000: 909).

6.2 Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

In einer grundlegenden Arbeit haben Emanuel und Emanuel bereits 1992 vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben und kritisch beleuchtet (vgl. Emanuel E.J./ Emanuel L.L. 1992: 2221-2226). Sie unterscheiden zwischen einem *paternalistischen*, *informativen*, *interpretativen* und *abwägenden* Modell. Mit dieser Unterteilung weisen die Autoren darauf hin, dass sich Patienten in ihrer Persönlichkeit und ihren Bedürfnissen unterscheiden. Dadurch erhalte jedes Modell seine Berechtigung, weil es im übertragenen Sinne die Bedürfnisse einer jeweiligen Patientengruppe widerspiegle. Als relevanteste Kriterien, die der Unterteilung zu Grunde liegen, sind zum einen die *Ziele* der Arzt-Patient-Beziehung sowie die *Pflichten* des Arztes. Eine ebenso wichtige Rolle spielen aber auch die persönlichen *Werte* des Patienten, die Konzeption der *Patientenautonomie* und die Bestimmung des *Entscheidungssträgers*.

6.2.1 Das paternalistische Modell (paternalistic model)

Auf das ‚paternalistische Modell‘ als dem „herkömmlichsten“ unter den vier ist andeutungsweise bereits hingewiesen worden. Bei diesem Modell stellt der Arzt aufgrund seiner Kenntnisse und Fertigkeiten den Gesundheitszustand des Patienten fest und entscheidet über die besten, diese Gesundheit wieder herstellenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Der Patient erhält nur „selektive“ Informationen mit dem eindeutigen Ziel, seine Zustimmung für die vom Arzt als „beste“ erachtete Massnahme zu erwirken. Es handelt sich also um einen reinen Wissensentscheid, welche Behandlung für die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten die richtige ist. Und zwar in der Annahme, dass es „objektive Kriterien“ gibt, die letztlich darüber bestimmen, welche Massnahmen die geeignetsten sind. Wichtig ist, dass beim paternalistischen Modell der Arzt allein entscheidet. Er ist der klassische „Beschützer“ des Patienten, dessen Beteiligung nur in sehr eingeschränkter Form erfolgt, was ihn wiederum verpflichten soll, dem Arzt seine Dankbarkeit zu zeigen.

6.2.2 Das informative Modell (informative model)

Beim ‚informativen Modell‘, das auch als „wissenschaftliches Modell“ oder „Konsumenten-Modell“ bezeichnet wird, besteht die Aufgabe des Arztes darin, dem Patienten alle relevanten Informationen abzugeben, damit dieser auswählen kann, welche medizinischen Massnahmen seinen eigenen Werten und Vorstellungen am besten

entsprechen. Zu den ärztlichen Informationen gehören Angaben über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Interventionen, aber auch über alle Unsicherheiten medizinischen Wissens, die in den vorgeschlagenen Massnahmen enthalten sind. Der Patient entscheidet dann allein, er ist also autonom in der Auswahl und Kontrolle der für ihn in Frage kommenden medizinischen Eingriffe. Der Arzt ist lediglich der „Ausführende“ derjenigen Massnahmen, für die sich der Patient entschieden hat. Im informativen Modell übernimmt der Arzt also die Rolle eines „Technikers“, der in der Entscheidungsfindung lediglich für angemessene Informationen zu sorgen hat. Wie diese verarbeitet und in seine persönlichen Lebensumstände integriert werden, damit muss der Patient selbst zurecht kommen. Allfällige Wünsche nach Empathie und persönliche, auch das soziale Umfeld miteinbeziehende Beratung kommen im informativen Modell nicht zur Geltung.²⁴

6.2.3 Das interpretative Modell (interpretative model)

Auch im ‚interpretativen Modell‘ ist der Arzt verpflichtet, dem Patienten alle relevanten, im informativen Modell bereits beschriebenen Informationen zu vermitteln (Gesundheitszustand, Risiken und Chancen der Massnahmen, Unsicherheiten im Fachwissen usw.). Ergänzend kommt hinzu, dass der Arzt im interpretativen Konzept den Patienten mit den erteilten Informationen nicht alleine lässt. Vielmehr hilft er ihm, seine Wünsche, Vorstellungen und Werte zu erkennen und zu erklären – eben: zu interpretieren. Oft nimmt der Patient diese nur partiell und unvollständig wahr, so dass der Arzt durch eine gezielte und beispielsweise auch die Lebensumstände miteinbeziehende Arzt-Patient-Interaktion bewirken kann, dass der Patient seine eigenen Vorstellungen und Werte im Verlaufe eines solchen Gespräches erst richtig kennen lernt. Hervorzuheben ist aber auch in diesem Modell, dass der Entscheid über die am besten passende Behandlung letztlich vom Patienten selbst und nicht vom Arzt getroffen wird.

²⁴ Braddock et al. benennen ein paar Jahre später sieben Elemente der informierten Entscheidungsfindung, die schon deutlich über das von Emanuel und Emanuel konzipierte informative Modell hinaus weisen und im Ansatz bereits das Konzept des „Shared-decision-making“-Modells (SDM) vorweg nehmen. Nach Braddock et al. findet die informierte Entscheidungsfindung in folgenden Schritte statt (vgl. Braddock et al. 1999: 2314):

1. Diskussion der Rolle des Patienten in der Entscheidungsfindung
2. Erörterung und Diskussion des klinischen Problems und der Art der Entscheidungsfindung
3. Besprechung von Alternativen
4. Abwägen des „Für“ (denkbarer Gewinn) und „Wider“ (allfälliger Schaden) der Alternativen
5. Diskussion der Unsicherheiten, die mit der Entscheidung verbunden sind
6. Einschätzung des Verständnisses des Patienten
7. Abklärung der Präferenz des Patienten

6.2.4 Das abwägende Modell (deliberative model)

Das ‚abwägende‘ resp. ‚beratende Modell‘ der Arzt-Patient-Beziehung unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Konzepten in einem wesentlichen Punkt: die Entscheidung, welche medizinischen Massnahmen ergriffen werden sollen, treffen Arzt und Patient gemeinsam. Vorgängig dieses Entscheides stellt der Arzt dem Patienten Informationen zur Verfügung, die zur klinischen Situation passen. Im gleichen Gespräch bringt der Arzt die Lebensumstände und Werte des Patienten in Erfahrung, um dann in deren Kenntnis und in der Beurteilung der medizinischen Situation eine Lösung zu erarbeiten, die mit dem Patienten ausführlich erörtert wird. Gleichzeitig versucht der Arzt, den Patienten von „seiner“ Lösung zu überzeugen, ohne sie ihm aufzwingen zu wollen. Im wachsenden gegenseitigen Vertrauen wird versucht, eine gemeinsame Entscheidung über das weitere Vorgehen zu treffen. – Abschliessend wende ich mich nun dem „Shared-decision-making“-Modell (SDM) zu, das in vielerlei Hinsicht dem als „deliberative“ bezeichneten Modell entspricht.²⁵

7. „Shared decision making“ und ein neues Rollenverständnis

Die heilsame Wirkung, die von einer guten Arzt-Patient-Beziehung ausgehen kann, ist seit dem Altertum bekannt. Bereits Hippokrates hatte ihr eine besondere therapeutische Wirkung zugeschrieben. Auch für Di Blasi et al. (2001) kommt der Arzt-Patient-Beziehung eine besondere Bedeutung zu. In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchen sie den Zusammenhang zwischen „Kontexteffekten“ und Behandlungsergebnissen, wobei die Arzt-Patient-Beziehung zu den sog. ‚Kontextfaktoren‘ zählt.²⁶

Konzepte einer „patientenzentrierten Medizin“ wurzeln in den 1970er Jahren. Sie sind aus Untersuchungen zur geographischen Variabilität medizinischer Interventionen hervorgegangen, die gezeigt haben, dass es „Präferenz-sensitive“ Entscheidungen gibt (vgl. Mulhan 2004). Dabei handelt es sich um Diagnose- und Therapiesituationen

²⁵ Charles et al. kommen in ihrer, den Kriterien ‚Informationsaustausch‘, ‚Erörterung‘ und ‚Wer entscheidet?‘ folgenden Analyse der Arzt-Patient-Beziehung auf drei Modelle. Sie betrachten das paternalistische (paternalistic model) und das informative Modell (informed model) als Extreme, zwischen denen das „Shared-Modell“ (shared model) einen Mittelplatz einnimmt. Hier wird nach dem Kriterium des „decision makers“ unterteilt: Im paternalistischen Modell erfolgt die Entscheidung allein durch den Arzt, im informativen allein durch den Patienten, während im Shared-Modell, das dem SDM gleichzustellen ist, sowohl Arzt als auch Patient an der Entscheidung beteiligt sind (vgl. Charles et al. 1999: 781).

²⁶ Als Kontextfaktoren werden die „unspezifischen Faktoren“ bezeichnet, die im Zusammenwirken mit der „spezifischen Therapie“ das Behandlungsergebnis beeinflussen. Dazu zählen die Art der Behandlung bis hin zur Farbe der Medikamente, dann aber auch die typischen Charaktereigenschaften des Patienten und des Arztes. Ebenfalls zu den Kontextfaktoren gehören das Therapie-Setting (hospitalisiert oder zu Hause, Art der Raumeinrichtung des Behandlungszimmers usw.) sowie die Art und Qualität der Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Di Blasi et al. 2001: 757).

mit verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, die wiederum mit unterschiedlichen Behandlungszielen einhergehen.²⁷ Obwohl sich in solchen Fällen, in denen die Präferenz des Patienten entscheidet, auf den ersten Blick das ‚informative‘ wie auch das ‚interpretative Modell‘ in den Vordergrund schieben, scheint bei differenzierter Betrachtung auch das „Shared-decision-making“-Modell sehr gut geeignet zu sein, den Prozess der Entscheidungsfindung für beide Seiten vorteilhaft zu gestalten und zu unterstützen. SDM beruht als „patientenzentriertes Modell“ auf folgenden Prinzipien²⁸:

- Mindestens zwei Teilnehmer sind beteiligt (Patient und Arzt).
- Der Informationsaustausch findet in beiden Richtungen statt.
- Arzt und Patient sind sich bewusst, dass Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen, und sie wissen, um welche es sich handelt.
- Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung (gemeinsame) Verantwortung.

Entscheidend für eine neue Rollenzuteilung der Ärzte ist nicht nur die Berücksichtigung heutiger Patientenwünsche, sondern vor allem auch die Tatsache, dass sich die Entscheidungsbeteiligung der Patienten mittels SDM günstig auf die *Behandlungsergebnisse* auswirkt. So heben etwa Coulter und Dunn die Bedeutung von ‚Information‘ und ‚Beteiligung der Patienten‘ gerade auch wegen der Verbesserung der Ergebnisse hervor (Coulter/Dunn 2002: 648). Und Stewart (1995), der 21 Studien aus dem Jahre 1983 bis 1993 bezüglich der Auswirkungen einer „effektiven“ Arzt-Patient-Kommunikation auf die Behandlungsergebnisse analysierte, fand heraus, dass die Ergebnisse in 16 der 21 Studien positiv waren. Als von der Kommunikation beeinflusste „Outcomes“ werden etwa emotionale Gesundheit, Symptomminderung, aber auch physiologische Masse wie Blutdruck und Blutzuckerspiegel genannt. Ohne weitere Untersuchungen mit ähnlichen Ergebnissen zu nennen, ist evident, dass Ärzte ihre Behandlungsergebnisse durch aktives Zuhören, Angstminderung, Empathie, klare Informationen und Einigkeit über das Vorgehen eindeutig verbessern können.

²⁷ Als Beispiel nennt Klemperer, der sich auf Mulham (2004) bezieht, die „gutartige Prostatavergrößerung“. Als Therapie kommt hier die Operation in Frage, mit der die Beschwerden beim Wasserlassen zwar beseitigt werden, die aber in vielen Fällen zur Impotenz führt. Hier muss der Patient selbst abwägen, ob ihm der Erhalt der Potenz wichtiger ist als die Beseitigung der Beschwerden beim Harnlassen. Die „Präferenz“ des Patienten ist daher einziges Entscheidungskriterium zwischen Operation oder konservativem Vorgehen (Klemperer 2006: 70).

²⁸ www.patient-als-partner.de (02.05.2005)

7.1 Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Praxis

Nach Klemperer, der sich auf Elwyn et al. (2003) bezieht, läuft der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung wie folgt ab (vgl. Klemperer 2006: 70):

- Der Arzt erklärt dem Patienten die bestehenden Optionen.
- Er vergewissert sich, dass der Patient seine Angaben verstanden hat.
- Dann erkundet der Arzt die Erwartungen und Sorgen des Patienten.
- Gleichzeitig versucht er dessen Rollenpräferenz ausfindig zu machen.
- Der Arzt trifft schliesslich eine Entscheidung, an der sich der Patient im gewünschten Ausmass beteiligt.

Es erweist sich, dass vor allem jene Ärztinnen und Ärzte, die schon vor Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen haben, durch dieses Vorgehen vielfach überfordert werden. Dies zeigte eine Untersuchung von Elwyn et al. (1999) mit der Fragestellung, was „Allgemeinmediziner“ von der Entscheidungsbeteiligung der Patienten halten und ob sie willens und in der Lage sind, mit dem SDM-Konzept zu arbeiten. Ohne auf das Untersuchungs-Design einzugehen, liess sich aus den Reaktionen der befragten Ärzte ein weites Spektrum von Meinungen und Haltungen, aber auch Vorbehalte, Skepsis und Unsicherheiten ableiten. Dabei kamen folgende Punkte deutlich zum Ausdruck (vgl. Elwyn et al. 1999: 754, 755):

- Die Ärzte glaubten, nicht über die erforderlichen Fähigkeiten zu verfügen, um Patienten mitentscheiden zu lassen.
- Einig waren sich die Befragten darin, das SDM ein neues, von ihren bisherigen Vorgehensweisen abweichendes Konzept ist.
- Eine kleinere Gruppe von Ärzten traute den Patienten grundsätzlich keine Entscheidung zu.
- Andere wiederum sahen es, gerade wenn vergleichbare Optionen zur Wahl standen, als Entlastung, Patienten mitentscheiden zu lassen.
- Einigkeit herrschte darin, dass Patienten weitergehende Informationen wünschen, dass diese aber oft nicht verfügbar sind.
- Ein weiteres Problem sahen die Ärzte im Zeitmangel, besonders für das Auffinden und Aufbereiten der benötigten Informationen.
- Normalerweise fragten die Ärzte nicht danach, welche Rolle die Patienten im Entscheidungsprozess wünschten.
- Die Ärzte fühlten sich in ihrer Kommunikationsfähigkeit zu wenig ausgebildet.

7.2 Kompetenzen für „Shared decision making“ sind erlernbar

Dass „Shared decision making“ als neues Modell der Arzt-Patient-Beziehung noch längst nicht in jede deutsche Praxis Einzug gefunden hat, verwundert nicht. Die für den SDM-Prozess erforderlichen Kompetenzen sind nach Klemperer „bislang nicht systematisch vermittelt“ (Klemperer 2006: 70).²⁹ Häufig lägen auch die für die Risikokommunikation erforderlichen Informationen nicht vor. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von SDM seien aber einzig und allein die *Bereitschaft* und die *Haltung* der Ärzte zur Patientenbeteiligung, die dazu erforderlichen Kompetenzen könnten mit ein wenig Aufwand problemlos erlernt werden.

Wie wir gesehen haben, steht die *Kommunikationsfähigkeit* neben aktivem Zuhören, Empathie und klarer Information an vorderster Stelle der Patientenerwartungen an die Ärzte. Um so erstaunlicher, dass im Studium der Medizin in Deutschland bisher nicht sichergestellt wurde, dass ein Arzt mit dem Eintritt ins Berufsleben über professionelle kommunikative Kompetenz verfügt. Diesem Defizit versucht man mit sog. „Anamnesegruppen“ entgegenzutreten, dabei handelt es sich um studentische Selbsthilfegruppen, in denen Medizinstudierende unter Beratung einer studentischen Tutorenschaft mit Patienten sprechen lernen.³⁰ Inhaltlich sollen die Diskussionen jene Aspekte hervorbringen, die Thema sein können, wenn eine (neue) Beziehung im Entstehen ist:

- Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Grenzen für die beteiligten Gesprächsteilnehmer
- Tabuthemen wie Sterben, Tod, Suchtverhalten, Sexualität usw.
- Verbale und nonverbale Kommunikation wie Gestik, Mimik usw.
- Fragen nach dem Sinn von Krankheit
- Macht und Hilflosigkeit
- Entwicklungsaspekte der Arzt-Patient-Beziehung

²⁹ Im Vergleich zu Klemperers Aussage für Deutschland, sieht das Medizinstudium in der Schweiz (z.B. an der Universität Zürich) die „Vermittlung des ärztlichen Gesprächs“ schon im zweiten Jahr des sog. Kernstudiums vor. Besonderes Gewicht wird dabei auf „Kommunikation und Interaktion“ gelegt, die den Studierenden „in Form von Rollenspielen und Seminaren“ näher gebracht werden (Aussagen von Prof. Dr. Wilhelm Vetter, Studiendekan Klinik und Direktor der Medizinischen Poliklinik am Zürcher Universitätsspital, in einem Interview des Zürcher „Tages Anzeigers“ vom 20. November 2006, S. 17).

³⁰ Eine Anamnesegruppe besteht aus 8 bis 12 TeilnehmerInnen und zwei studentischen TutorInnen, die sich einmal pro Woche in einer Klinik treffen, um patientenorientierte Anamnesen (ohne körperliche Untersuchung) erheben zu lernen. Zugelassen sind Medizin- und PsychologiestudentInnen sowie andere Interessierte aus dem Gesundheitsbereich. Als „peer groups“ kommen sie ohne DozentInnen aus, es gibt auch keine Arbeits- oder Themenvorgaben. Arbeitsweise und Zielvorstellungen entwickeln sich bis auf einige Rahmenbedingungen innerhalb der Gruppe selbst. Anamnesegruppen sind keine Selbsterfahrungsgruppen, bieten aber dennoch die Möglichkeit der Selbstreflexion und des integrierten psychosomatischen Zugangs zum Patienten. (www.anamnesegruppen.de)

Eine andere Möglichkeit, kommunikative Fähigkeiten zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung zu entwickeln und zu verbessern, sind die „Balint-Gruppen“.³¹ Hier steht insbesondere das Arzt-Patient-Gespräch mit „Problempatienten“ im Vordergrund. Zweck und Ziel einer Teilnahme an Balint-Gruppen sind:

- Besseres Verständnis der Patienten
- Erlernen des „sensiblen Zuhörens“
- Erleichterter Zugang zu Problempatienten
- Wirkung der „Droge Arzt“ gezielt einsetzen
- Erkennen der eigenen Gefühle gegenüber einem Problempatienten
- Körperliche und seelische Anteile einer Krankheit im Sinne einer „Gesamtdiagnose“ besser erfassen

Ähnlich wie bei den Anamnesegruppen liegt auch hier der Fokus weniger auf der Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess als vielmehr auf dem Gelingen einer für beide Seiten gedeihlichen Kommunikation. Dennoch dürften beide Gruppenmethoden sowohl in ihrem Ansatz als auch im Gruppenprozess gut geeignet sein, das „Shared decision making“ zu fördern und zu unterstützen.

Um das Thema der Verbesserung der ärztlichen Kommunikationsfähigkeit abzuschliessen möchte ich noch auf einen Beitrag von Maguire und Pitceathly (2002) im ‚British Medical Journal‘ hinweisen. In einer Übersichtsarbeit haben sie sechs „Schlüsselfertigkeiten“ (key tasks) in der Kommunikation mit Patienten dargestellt und Möglichkeiten und Wege zu ihrem Erlernen aufgezeigt.³² Dieses soll in Kursen oder Arbeitsgruppen erfolgen und immer die drei Komponenten *kognitiver Input*, *Modellbildung* und *praktisches Üben* der Schlüsselfertigkeiten umfassen. In der Arzt-Patient-Beziehung profitieren beide Seiten von einer „gelungenen“ Kommunikation. Der Patient sieht seine Erwartungen und Wünsche erfüllt und ist demnach zufriedener mit der Behandlung. Und ein Arzt mit guten Kommunikationsfertigkeiten findet leichteren Zugang zu seinem Patienten. Er ist besser in der Lage, ihn auch in schwierigeren Fällen angemessen zu informieren und an der Entscheidung zu beteiligen.

³¹ Eine Balint-Gruppe besteht aus 8 bis 12 Ärztinnen und Ärzten, die unter der Gruppenleitung eines Psychotherapeuten über Problempatienten aus der Praxis oder Klinik diskutieren. Der Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint entwickelte diese Gruppenmethode, um Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung zu erkennen und zu entschärfen. Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bedienen sich heute dieser Fortbildungsmethode, die auch in der studentischen Ausbildung einen festen Platz erhalten hat. (www.balintgesellschaft.de)

³² Auf diese Schlüsselaufgaben (Maguire/Pitceathly 2002: 697) wird nicht näher eingegangen, da sie Anweisungen enthalten, die an anderer Stelle dieser Arbeit schon mehrfach angesprochen worden sind (z.B. wichtigste Probleme des Patienten eruieren; Informationen dem Informationsbedürfnis des Patienten anpassen; Patientenverständnis feststellen; abklären, inwieweit sich der Patient an der Therapie-Entscheidung beteiligen will usw.).

8. Fazit / Schlussbemerkung

Mit der Stärkung der Bürgerrechte, einer in den 1960er Jahren beginnenden Metatendenz in der gesellschaftlichen Entwicklung, und mit dem Aufkommen der Konsumentenbewegung in den 1970er Jahren haben sich auch die Patientenrechte und damit die Erwartungen der Patienten an die Ärzte grundlegend verändert. Patienten sind „erwachsen“ geworden, sie verlangen transparente Informationen, Entscheidungsbeteiligung, Rücksichtnahme auf emotionale Bedürfnisse und den Einbezug der Lebenssituation in der Entscheidungsfindung. Zudem haben Ärzte in ihrem theoretischen wie praktischen medizinischen Handeln immer auf der „Höhe der Zeit“ zu sein. Diese Entwicklung ist nicht ohne Einfluss auf die Berufswelt der Ärzte geblieben. Die Rahmenbedingungen und damit die Erwartungen an die Ärzteschaft haben sich in den letzten Jahrzehnten zumindest in Teilbereichen grundlegend verändert. Betroffen sind vor allem die Ärztliche Selbstverwaltung, die Arzt-Patient-Beziehung, die Beziehung der Medizin zur Wissenschaft und zur Industrie sowie der medizinische Paradigmenwechsel von der Biomedizin zur bio-psycho-sozialen Perspektive – alles Bereiche und Problemfelder, in denen sich der Wandel in der ärztlichen Arbeitswelt deutlich nachvollziehen lässt. Besonders in der Ärztlichen Selbstverwaltung und der Arzt-Patient-Beziehung kann veranschaulicht werden, wie sich diese Veränderungen auf das medizinische Handeln und das Rollenverständnis der Ärzte auswirken.

Die Ärztliche Selbstverwaltung, die Teil des Professionalismus-Konzeptes in der Medizin ist, übernimmt die Regelung und Kontrolle der ärztlichen Berufsausübung im Auftrag des Staates. Damit ist sie auch verantwortlich für die Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz und zur ständigen Qualitätsverbesserung. Zugleich ist sie auch zuständig für die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft im Sinne von Interessenpolitik. Diese „Doppelfunktion“ von Standesvertretung und Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe führt zwangsläufig zu Zielkonflikten, die oft im Sinne der Standesvertretung gelöst werden. Exemplarisch dafür ist die Pflicht zur Fortbildung, die von den Ärztekammern über Jahrzehnte hinweg zwar programmatisch anerkannt, bei Nichterfüllung jedoch nicht mit Sanktionen belegt wurde. Mit dieser unverbindlichen „Vorschrift“ konnten die Ärztekammern nie gewährleisten, dass ihre Mitglieder ständig „up to date“ sind. Auch die Einführung eines „freiwilligen Fortbildungszertifikates“, das politische Appelle nach Verbindlichkeit in der ärztlichen Fortbildung entschärfen sollte, konnte an diesem unbefriedigenden Zustand nichts ändern.

Der Gesetzgeber hat daher reagiert und 2004 eine (neue) „Pflicht zur fachlichen Fortbildung“ für Vertrauensärzte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt – dies mit Androhung von Honorarkürzungen und Entzug der Zulassung bei Nichterfüllung. Das für den Nachweis benötigte, offizielle „Fortbildungszertifikat“ wird von den Ärztekammern nur dann ausgestellt, wenn ein Arzt innerhalb von fünf Jahren eine gesetzlich festgelegte Anzahl von Fortbildungspunkten ausweisen kann, die er in dieser Zeit durch den Besuch verschiedener „Fortbildungsveranstaltungen“ erworben hat. Mit der Einführung des sog. Elektronischen Informationsverteilers (EIV), einem speziellen Verfahren zur elektronischen Erfassung der Fortbildungspunkte, sind sowohl die Ärztekammern als auch die Ärzte jederzeit in der Lage, den „gegenwärtigen“ Punktestand abzurufen, so dass für beide die Sicherheit besteht, zum Stichtag über die vom Gesetzgeber geforderten Punkte zu verfügen.

Ohne auf die fachliche Qualität dieser Fortbildungskurse eingegangen zu sein und ohne ihre Durchführungsmodalitäten im Detail abgeklärt zu haben, kann doch festgestellt werden, dass allein schon der informative, zeitliche und administrative „Fortbildungsaufwand“, den sowohl die Ärzteschaft als auch die Ärztekammern neuerdings betreiben, einen nachhaltigen und verbindlichen Eindruck hinterlässt, der zweifelsohne einen positiven Einfluss auf die ärztliche Kompetenz und damit auch auf die „Qualität“ des medizinischen Angebots haben wird.

Diesem „ersten Schritt“ könnten weitere folgen, indem die von Klemperer vorgeschlagene „neue Kultur der Selbstverwaltung“ mit ihren weiterentwickelten Selbstverwaltungsstrukturen in die Praxis umgesetzt würde. Damit wäre die Vertretung berufsständischer Interessen aus dem Aufgabenkatalog herausgenommen und den ärztlichen Berufsverbänden übergeben worden. Anstelle davon würde neu die Öffentlichkeit in angemessener Weise in allen Organen der Selbstverwaltung vertreten sein, womit die Ärztekammern förmlich dazu gedrängt würden, eine von allen Seiten anerkannte, überzeugende Qualitätskultur zu entwickeln. Leitgedanken dieser Erneuerung des Professionalismus-Konzeptes wären nicht nur die Verpflichtung zu fachlicher Kompetenz und ständiger Qualitätsverbesserung, sondern auch soziale Gerechtigkeit, das Primat des Patientenwohls und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten.

Dazu hat in der Arzt-Patient-Beziehung der zu einem guten Teil schon vollzogene Paradigmenwechsel vom Paternalismus zur Partnerschaft bereits einen vortrefflichen Nährboden zubereitet. Mit dem „Shared decision making“ besteht eine patientenzent-

rierte Vorgehensweise, die zu einem grossen Teil die Wünsche der heutigen Patientenschaft erfüllt. Sie erbitten sich von ihren Ärzten umfassende Informationen über ihre Krankheit und ehrliches Interesse für ihr Verständnis und ihre Deutung der Krankheit. Ebenso wünschen sie, dass sich die Ärzte um ihre Ängste und Befürchtungen kümmern, sie an den Entscheidungen beteiligen und dabei einen warmen und einfühlsamen Kommunikationsstil pflegen. Mit der Erfüllung dieser Voraussetzungen können nachweislich bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden, was die Ärzte förmlich zum SDM-Modell drängt. Die dazu erforderlichen Kommunikationsfertigkeiten sind erlernbar (z.B. in Anamnese- oder Balint-Gruppen). Wichtige Voraussetzungen sind die Bereitschaft und die Haltung der Ärzte zur Patientenbeteiligung. Andererseits müssen sich Ärzte aber auch bewusst sein, mit SDM in ein schweres persönliches Dilemma geraten zu können. Nämlich dann, wenn sie erkennen müssen, dass ihr Patient etwa infolge mangelnden Internetzugangs über keine „Medizinkompetenz“ verfügt, oder wenn er nicht so entscheidet, wie es sein Arzt als „optimal“ erachtet. Im Arztberuf ist das Ende des Paternalismus schon vor einiger Zeit eingeläutet worden, und zwar in doppeltem Sinn: in der Kompetenz des medizinischen Handelns und in der Rollenzuteilung der Arzt-Patient-Beziehung. So neigt sich die Epoche jener „legendären“ Eminenzen, die ihren medizinischen Erkenntnisgewinn vorwiegend auf Einzelfallbeobachtungen abstützten und deren Unsicherheiten und Verzerrungsmöglichkeiten schier bedenkenlos akzeptierten, langsam ihrem Ende entgegen. Vereinzelt Unbelehrbare wehren sich vielleicht noch verbissen gegen die inzwischen weltweit anerkannten Erkenntnisse der „Evidenzbasierten Medizin“. Und die vom Staat geforderte, obligatorische und sanktionsbewehrte „Pflicht zur Fortbildung“ ist ihnen vermutlich auch ein Dorn im Auge. Dennoch werden auch sie schon bald anerkennen müssen, dass hier ein ernsthafter und aufwändiger Schritt unternommen wurde, die Kompetenz der Ärzte und damit die Qualität ihres medizinischen Handelns nicht nur zu erhalten, sondern tendenziell gar zu verbessern. In der Arzt-Patient-Beziehung hat sich mit der Einführung des SDM ebenfalls ein entscheidender Wandel vollzogen. Der direktive Stil des Paternalismus ist einem patientenzentrierten und partnerschaftlichen Rollenverständnis gewichen, auch dieser Schritt verbunden mit zusätzlichen Herausforderungen für die Ärzteschaft. Der Wandel in der Arbeitswelt der deutschen Ärztinnen und Ärzte ist für alle ein umfassender und anspruchsvoller Prozess, der in vollem Gange ist und noch lange nicht abgeschlossen sein wird.

Literaturverzeichnis

- Braddock, Ch. / Edwards, K. / Hasenberg, N. / Laidly, T. / Levinson, W. (1999): Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *The Journal of the American Medical Association* 282, S. 2313-2320.
- Charles, Cathy / Whelan, Tim / Gafni, Amiram (1999): What do we mean by partnership in making decision about treatment? *British Medical Journal* 319, S. 780-782. In:
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/780> (14.04.2007)
- Charles, Cathy / Gafni, Amiram / Whelan, Tim (1999) : Decision-making in the physician-patient encounter : revisitting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* 49, S. 651-661.
- Choudhry, N. / Fletcher, R. / Soumerai, S. (2005): Systematic review: the relationship between clinical experience an quality of health care. *Annual Internal Medicine* 142, S. 260-273.
- Coulter, Angela (1999): Paternalism or partnership? *British Medical Journal* 319, S. 719-720. In:
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/719> (14.04.2007)
- Coulter, Angela / Entwistle, Vikki / Gilbert, David (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal* 318, S. 318-322. In:
<http://bmj.com/cgi/content/full/318/7179/318> (14.04.2007)
- Coulter, Angela / Dunn, Nick (2002): After Bristol: putting patients at the centre – Commentary: Patient centred care: timely, but is it practical? *British Medical Journal* 324, S. 648-651. In:
<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7338/648> (14.04.2007)
- Daheim, H.-J. (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession. In: Dewe, Bernd / Ferchhoff, Wilfried / Radke, Frank-Olaf (Hg.): Erziehen als Profession? Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich Verlag. S. 21-35.
- Dewe, Bernd (2006): Professiionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, Johanne (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen, Potenziale, Perspektiven. Bern, S. 23-35.
- Di Blasi, Zelda / Harkness, Elaine / Ernst, Edzard / Georgiou, Amanda / Kleijnen, Jos (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* 357, S. 757-762. In:
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/01406736/PIISO140673600041696.pdf> (14.04.2007)

- Elwyn, Glyn / Edwards, Adrian / Gwyn, Richard / Grol, Richard (1999): Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. *British Medical Journal* 319, S. 753-756. In: <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/753> (14.04.2007)
- Elwyn, Glyn et al. (2003): Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care* 12, S. 93-99.
- Emanuel E.J. / Emanuel L.L. (1992) : Four models of the physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267, S. 2221-2226.
- Gask, Linda / Usherwood, Tim (2002): ABC of psychological medicine: The consultation. *British Medical Journal* 324, S. 1567-1569. In: <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7353/1567> (14.04.2007)
- Hesse, Hans Albrecht (1968): *Berufe im Wandel*. Enke Verlag. Stuttgart.
- Irvine, Donald (2003): *The Doctor's Tale. Professionalism and Public Trust*. Redcliff Medical Press. Oxon.
- Klemperer, David (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin.*
- Klemperer, David (2006): Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Eine Profession im Wandel. In: Pundt, Johanne (Hg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen, Potenziale, Perspektiven*. Bern, S. 61-75.
- Leydon, Geraldine M. / Boulton, Mary / Moynihan, Clare / Jones, Alison / Mossmann, Jean / Boudioni, Markella / McPherson, Klim (2000): Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal* 320, S. 909-913. In: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/320/7239/909> (14.04.2007)
- Little, Paul / Everitt, Hazel / Williamson, Ian / Warner, Greg / Moore, Michael / Gould, Clare / Ferrier, Kate / Payne, Sheila (2001): Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal* 322, S. 1-7. In: <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/468> (14.04.2007)
- Maguire, Peter / Pitceathly, Carolyn (2002): Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal* 325, S. 697-700. In: <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7366/697> (14.04.2007)
- McKinstry, Brian (2000): Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal* 321, S. 867-871. In: <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/867> (14.04.2007)

- Mulham, Fitzhugh (2004): Wrestling with Variation: An interview with Jack Wennberg. Health Affairs/Web Exclusives/7 October.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, Arno / Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Verlag. Frankfurt a. Main. S.70-182.
- Pellegrino, Edmund D. (1983): What is a profession? Journal Applied Health (12) 3, S. 168-175
- Smith, Richard (1999): Editorial. Managing the clinical performance of doctors. British Medical Journal 315, S. 1314-1315.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2004) – Gesetzliche Krankenversicherung. Auf dem Stand des Bürgerlichen Gesetzbuches BGBI. I Nr. 40/2004 vom 31.07.2004. <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php> (01.04.2007)
- Stewart, M.A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal 152, S. 1423-1433. In: <http://www.cmaj.ca/cgi/ijlink?linkType=ABST&journalCode=cmaj&resid=152/9/1423> (14.04.2007)