

Mitbestimmung bei der Behandlungsentscheidung

Jeder zweite Patient ändert seinen Wunsch im Behandlungsverlauf

Fragestellung

Wie verändert sich der Wunsch von Patienten hinsichtlich ihrer Einbeziehung in medizinische Entscheidungen (im Folgenden „Rollenpräferenz“) zwischen Beginn und Ende der Primärbehandlung?

Hintergrund

Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen müssen im Verlauf einer Krebserkrankung wiederholt von Patienten und Ärzten getroffen werden. Dabei variiert das Ausmaß, in dem Patienten in entsprechende Entscheidungsprozesse involviert werden möchten. Querschnittsstudien zeigen, dass 50–90% neu diagnostizierter Patienten in irgendeiner Form in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden möchten. Die Präferenz für eine aktive Rolle korreliert mit jüngerem Alter und höherer Bildung, während zu krankheitsbezogenen Variablen (Stadium und Zeit seit Erstdiagnose) keine konsistenten Befunde vorliegen. Mallinger et al. untersuchen Rollenpräferenzen erstmals in einer Längsschnittstudie im Verlauf der Primärtherapie.

Patienten und Methodik

Die Studie umfasste 729 Patienten aus 18 onkologischen Schwerpunktpraxen in den USA. Einschlusskriterien waren die Erstdiagnose einer bösartigen Neubildung und indizierte adjuvante Chemotherapie und/oder Radiatio. Ausschlusskriterien waren Vorerfahrungen mit Chemo- oder Radiotherapie sowie eine Lebenserwartung von unter zehn Monaten. 66% der Studienteilnehmer waren Frauen, 72% verheiratet, 42% hatten maximal High-School-Abschluss, das mittlere Alter betrug 60 Jahre. 52% der Patienten waren an einem Mammarkarzinom erkrankt. Vor Beginn der adjuvanten Therapie (T1) und nach Abschluss der Radio- oder Chemotherapie (T2) wurde die Rollenpräferenz hinsichtlich medizinischer Entscheidungsprozesse [3] und zum subjektiven Gesundheitszustand mittels Fragebögen evaluiert. Für die Auswertung wurden die Rollenpräferenzen dreistufig gruppiert. Aktiv: Wunsch, die Behandlungsentscheidungen selbst zu treffen, mit oder ohne ausführliche Beratung durch den Arzt; geteilte Verantwortung: Wunsch, Behandlungsentscheidungen gemeinsam mit dem Arzt zu treffen; passiv: Wunsch, der Arzt möge Behandlungsentscheidungen selbst treffen, mit oder ohne ausführliche Rücksprache.

Ergebnisse

Vor Behandlungsbeginn (in Klammern: bei Behandlungsende) wünschten 20% (22%) eine aktive Rolle, 46% (32%) eine geteilte Verantwortung und 34% (46%) eine passive Rolle (Tabelle 1). Zwischen beiden Messzeitpunkten verändern insgesamt 59% der Patienten ihre Rollenpräferenz: 37% verändern sich in Richtung auf mehr Passivität und 22% in Richtung auf mehr Aktivität. Die stabilsten Rollenpräferenzen weisen Patienten auf, die zu Behandlungsbeginn eine passive Rolle wünschten: sie überließen auch bei Behandlungsende zu 70% die weiteren Entscheidungen ihrem Arzt. Demgegenüber blieben von denen, die anfangs eine aktive Rolle wünschten, nur 49% bei diesem Wunsch; der Wunsch nach geteilter Verantwortung blieb nur bei 43% zeitstabil.

Die Veränderungen in der Rollenpräferenz sind unabhängig von soziodemographischen und klinischen Merkmalen. In einer regressionsanalytischen Vorhersage der T2-Werte verbleibt die Rollenpräferenz zu T1 als stärkster Prädiktor, allerdings nur mit einer Gesamtaufklärung von 17% der Varianz.

Schlussfolgerung

Die Rollenpräferenz von Patienten in der Entscheidungsfindung verändert sich im Verlauf der Primärtherapie. Diese Veränderungen sind weder anhand der initial erhobenen Rollenpräferenz, noch mittels soziodemographischer und klinischer Merkmale prognostizierbar. ■

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung – Entscheidungsfindung – Shared Decision Making – Patientenpräferenzen

Mallinger JB, Shields CG, Griggs JJ et al. Stability of decisional role preference over the course of cancer therapy. *Psychooncology* 2006;15:297–305.

Tabelle 1

Rollenpräferenzen vor Behandlungsbeginn (T1) und nach Behandlungsende (T2); absolute Häufigkeiten, in Klammern Zeilenprozent.

	T2			
T1	aktiv	geteilt	passiv	Zeile gesamt
aktiv	72 (49%)	40 (27%)	36 (24%)	148 (20%)
geteilt	65 (19%)	145 (43%)	125 (37%)	335 (46%)
passiv	27 (11%)	48 (20%)	171 (70%)	246 (34%)
Spalte gesamt	164 (22%)	233 (32%)	332 (46%)	729 (100%)

Einmaliges Erfassen des Patientenwunsches reicht nicht aus

Kommentar von Klaus Lang



Dr. phil. Klaus Lang
Psychologischer
Psychotherapeut,
Praxis für Psychoonkologie und Verhaltenstherapie, München
E-mail: mail@klauslang-online.de

Patientenwünsche nach Teilhabe an medizinischen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen, dürfte sowohl unter ethischen Gesichtspunkten als auch im Hinblick auf die Ergebnisqualität einer Therapie geboten sein. Bei allen Plädoyers für mehr Patientenkompetenz und Shared-Decision-Making darf jedoch nicht übersehen werden, dass die pauschale Forderung an Patienten, sich aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen, eine eigene Form von Paternalismus darstellen kann [1]. Nötig erscheint es vielmehr, das kommunikative Vorgehen individuell auf den Wunsch des Patienten, in Entscheidungsprozesse umfassend, schwächer oder auch gar nicht eingebunden zu werden, abzustimmen. Wie zeitstabil solche Wünsche oder Rollenpräferenzen sind, ist für die klinische Praxis von hohem Interesse.

Die Rollenpräferenz ist keine statische Größe

Die Ergebnisse von Mallinger et al. deuten darauf hin, dass sich die Rollenpräferenz bei mehr als jedem zweiten Patienten im Lauf der Primärtherapie verändert. Da die Präferenzen nur in drei grobe Kategorien zusammengefasst worden waren, ist die beobachtete Fluktuation umso bemerkenswerter. Obwohl die Rollenpräferenz in Querschnittstudien häufig mit Alter und Bildung korreliert ist (Jüngere und Gebildete bevorzugen mehr Teilhabe), zeigten ihre Veränderungen keinen Zusammenhang zu soziodemographischen Merkmalen.

Einer Untersuchung von Butow et al. zufolge ist die Rollenpräferenz in dem kurzen Zeitraum zwischen Beginn und Ende einer onkologischen Konsultation stabil [2]. Im längeren Verlauf einer Primärtherapie sind aber vielfältige Einflüsse auf die Rollenpräferenz denkbar. So involvieren sich Patienten bei Behandlungsbeginn unter Umständen weniger in den Entscheidungsprozess, weil sie vom Aufnehmen vieler neuer Informationen, der Neuorientierung im medizinischen Feld und der Verarbeitung des Diagnoseschocks überfordert sind. Zu späteren Zeitpunkten sind sie möglicherweise besser informiert und subjektiv kompetenter, sodass sie ihre Behandlung stärker mitbestimmen wollen.

Umgekehrt ist denkbar, dass sich Patienten mit zunehmenden Behandlungskontakten vertrauter mit ihrem Behandlungsteam fühlen und infolgedessen mehr Entscheidungen an den Arzt delegieren. Querschnittsbefunde zeigen, dass Patienten umso mehr Entscheidungen ihrem Arzt überlassen, je stärker sie unter körperlichen Beschwerden

leiden [3]. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden; allerdings wurde lediglich ein grobes Maß für den subjektiven Gesundheitszustand erhoben.

Eine wichtige Studie trotz methodischer Kritikpunkte

Unter forschungsmethodischen Gesichtspunkten sind bei der Interpretation der Studienergebnisse einige Einschränkungen zu beachten. So liegen keine Angaben zur Reliabilität der verwendeten Rollenpräferenzskala vor, sodass ein Teil der Veränderungen auf Messungenauigkeiten zurückzuführen sein könnte. Die Autoren testeten eine Vielzahl von Hypothesen, versäumen es jedoch, die Irrtumswahrscheinlichkeit zu korrigieren (Alphafehler-Adjustierung). Dadurch werden einige Korrelationen, die auf dem 5%-Niveau signifikant sind, fälschlicherweise als signifikant bewertet und überinterpretiert. Ferner ist zu bedenken, ob die beiden Erhebungszeitpunkte inhaltlich miteinander vergleichbar sind, da vor der Chemo- oder Radiotherapie anders gelagerte Entscheidungen zu treffen sind als zu einem späteren Zeitpunkt, wo Fragen der Nachsorge, Hormontherapie oder additiver Maßnahmen im Vordergrund stehen.

Bislang unbeantwortet ist, ob sich die Rollenpräferenz beim Übergang von kurativen zu palliativen Behandlungszielen ändert und ob sie mit psychologischen Faktoren (Kontrollüberzeugung, Depression, Angst) und interaktionellen Variablen (Vertrauen in den Arzt) korreliert.

Fazit

Die Untersuchung deutet darauf hin, dass die Rollenpräferenz hinsichtlich des Einbezogenwerdens in medizinische Entscheidungsprozesse keine statische Größe ist, sondern sich bei der Mehrzahl der Patienten im Behandlungsverlauf verändert. Demnach reicht ihre einmalige Erfassung nicht aus. Vielmehr gilt es, bei jeder neu zu treffenden Behandlungsentscheidung aufmerksam für die aktuelle Rollenpräferenz des Patienten zu sein. Sie kann in der Praxis häufig aus dem Interaktionsverhalten des Patienten erschlossen werden. Im Zweifel sollte sie explizit erfragt werden. ■

Literatur

1. Gattellari M et al. Soc Sci Med 2001;52:1865–78.
2. Butow PN et al. Ann Oncol 1997;8:857–63.
3. Degner LF et al. J Am Med Assoc 1997;277:1485–92.