

## Medizin der Person

68. Internationale Tagung

27. bis 30.07.2016

GB – PILGRIM HALL

Vortrag 4

**Dr Gordon CALDWELL (GB)**

29/07/2016

(Deutsche Übersetzung: Gerda MATTHIESSEN)

### **Was schränkt die gemeinsame Entscheidungsfindung bei stationären Akutpatienten ein?**

Ich werde Ihnen zwei Geschichten erzählen, mit denen ich die Komplexität und das Dilemma einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Notfallabteilung verdeutlichen möchte.

Ein 53-jähriger Mann, der in einem Fotogeschäft arbeitete, bekam Schmerzen in der Brust, als er einige Familienportraits aufnahm. Abgesehen davon, dass er rauchte, war er sonst ganz gesund. Er war verheiratet und hatte 2 Kinder im Teenage-Alter. Er rief den Notdienst an, und während der Fahrt zum Hospital wurde schon ein EKG geschrieben und die Diagnose eines akuten Vorderwandinfarktes gestellt. In der Notaufnahme wurde er mit Morphium behandelt, sein Thorax wurde geröntgt, und er wurde dann auf die Spezialabteilung für Koronarerkrankungen verlegt. Es wurden ein Koronarangiogramm durchgeführt und perkutan Stents gesetzt. Der Durchfluss klappte gut, so dass er bald entlassen werden konnte. Er hörte auf zu rauchen und gönnte sich mehr Freizeit, indem er Golf spielte. Einige Monate später fühlte er sich beim Golfspielen nicht wohl und wurde erneut in die Notaufnahme eingeliefert. Weil man einen erneuten Myokardinfarkt fürchtete, leiteten die Ärzte sofort eine Behandlung mit Antikoagulantien ein und verlegten ihn auf die medizinische Akut-Station. Es stellte sich bald heraus, dass sein Unwohlsein durch eine akute gastrointestinale Blutung verursacht war, die sich durch die Antikoagulantien noch massiv verschlimmerte. Er brauchte zahlreiche Bluttransfusionen und musste endoskopisch behandelt werden. Ich sah den Patienten zum ersten Mal am Morgen nach seiner zweiten stationären Aufnahme. Ich musste ihm mitteilen, dass er fälschlicherweise wegen eines Myokardinfarktes behandelt wurde, was seine innere Blutung noch erheblich verschlimmert hätte. Ich musste ihm außerdem mitteilen, dass die erneute Röntgenaufnahme vom Thorax ein inoperables Karzinom der Lunge zeigte und dass dieses schon einige Monate zuvor im Frühstadium auf dem damaligen Röntgenbild zu erkennen war. Der Befund war damals von einem Radiologen beschrieben worden; aber kein anderer Arzt hatte ihn je gelesen. Er erholte sich gut von seiner gastrointestinalen Blutung und erhielt etwas palliative Chemotherapie. Er verklagte das Krankenhaus; allerdings nicht aus Bosheit, sondern um eine Versorgung für seine Frau und seine 2 Kinder sicherzustellen. Er wollte mir helfen, ein Video zu erstellen, durch das die Mitarbeiter auf die Wichtigkeit von Untersuchungsergebnissen aufmerksam gemacht werden sollten; aber unsere Verwaltung erlaubte uns dieses Vorhaben nicht, so lange noch gegen uns juristisch ermittelt

wurde. Nach einem außergerichtlichen Vergleich starb er. Bei diesem Mann verlief die Behandlung während zweier lebensbedrohlicher Ereignisse völlig falsch; ein Myokardinfarkt und eine gastrointestinale Blutung, und er starb an einem potentiell behandelbaren Lungenkrebs. Hätte er überhaupt irgendeine Möglichkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung während dieser Ereignisse gehabt? Hatte er überhaupt irgendeine Möglichkeit, die Richtigkeit der Diagnose und einer optimalen Therapie zu hinterfragen?

Bei einer 60-Jährigen entwickelte sich ein hochgradiges Gliom rechts parietal in ihrem Gehirn. Sie musste ihre Arbeit aufgeben und wurde mehrfach wegen dieses Tumors operiert. Der Tumor wuchs weiter und wölbte sich schließlich an der Stelle der Kraniotomie über den Schädelknochen hervor. Der Wundbereich infizierte sich schließlich bis zum Schädelknochen. Während einer für längere Zeit geplanten intravenösen Antibiotikatherapie, die einer palliativen Bestrahlung vorausgehen sollte, kam sie in meine Behandlung. Obwohl ihre medizinischen Befunde sehr ausführlich dokumentiert waren, konnte ich keinerlei Angaben über ihre Arbeit, ihr häusliches Leben oder über ihre Familie finden. Es war lediglich festgehalten, dass sie keine Diskussion über ihre Prognose wünschte. Durch ein Gespräch mit ihr fand ich heraus, dass sie Witwe war, aber mehrere Kinder und Enkelkinder in einem engen Familienverband hatte. Sie musste ihre Arbeit als Reiseleiterin aufgeben und war sehr traurig, dass es ihr nie wieder gut genug gehen würde, ihren Lebenstraum, eine Reise nach Vietnam, zu verwirklichen. Wir unterhielten uns darüber, wie meine Frau nach Vietnam reisen könne. Die Patientin bot an, sie mitzunehmen, wenn uns nicht ein Unglück ereilen würde. Am nächsten Tag sprach sie über ihre Sorge, dass sie sterben möge und noch nicht einmal mehr Weihnachten erleben würde. Wir hatten ein sehr emotionales Gespräch darüber, dass das wohl wahr sein könnte, und welche Hoffnung sie für diese Wochen hätte. Sie wollte nach Hause gehen; aber ihre linke Seite wurde immer schwächer. Am nächsten Tag, einem Mittwoch, bat sie darum, am Sonntag mit ihrer Familie 130 km zu einem Themenpark reisen zu dürfen, um den Weihnachtsmann zu sehen. Ich stellte mir alle möglichen Probleme vor. Sie könnte einen Anfall bekommen oder sterben. Vielleicht würde die Familie nicht in der Lage sein, ihr zur Toilette zu helfen. Sie und ihre Familie schienen alles bedacht zu haben. Ich schlug vor, dass sie an dem Tag einen Katheter haben sollte, so dass sie keine öffentliche Toilette aufsuchen müsste. Ich war sehr besorgt an dem Sonntag; aber an dem Montag war sie so fröhlich. Sie zeigte mir ein wunderschönes Familienfoto, das mich zu Tränen rührte. Sie bedankte sich bei mir für die Idee des Katheters. Sie akzeptierte meine Empfehlung, die Antibiotika abzusetzen und sich durch unsere Palliativbetreuung nach Hause bringen zu lassen und dort zu versorgen. Sie war Weihnachten zu Hause und konnte Ende Januar in unserem lokalen Hospiz aufgenommen werden. Dort starb sie friedlich im Februar. Irgendwie hat sie sich während ihres stationären Aufenthaltes entschieden, sich der Frage der Prognose zu öffnen. Wir haben gemeinsam die nervenaufreibende Entscheidung über den Tagesausflug getroffen, und wir haben gemeinsam über die Versorgung an ihrem Lebensende gesprochen; und ihre Wünsche wurden erfüllt. Beide Patienten sind gestorben; der eine Tod fühlte sich schrecklich an, der andere mehr als eine Erfüllung. In dem einen Fall gab es keinerlei gemeinsame Entscheidungsfindung, in dem anderen sehr wohl. Aber hat das wirklich einen großen Einfluss auf das Endergebnis gehabt?

In der akuten Situation, wie im ersten Fall, müssen wir etwas schneller sein als der Fortschritt des Krankheitsprozesses. Wenn der Kardiologe bei einem Myokardinfarkt nicht sehr schnell nach Auftreten der Symptome therapeutisch einschreitet, wird das Myokard substantiell geschädigt. Der

Patient würde dann eine Herzschwäche mit Abgeschlagenheit und Atemnot entwickeln. Das Ausmaß der gemeinsamen Entscheidungsfindung würde sich lediglich darauf auswirken, dass der Patient erkennt, dass er ein ernstes gesundheitliches Problem hat, für das er Hilfe braucht und den Rettungssanitätern und Ärzten in der Notaufnahme vertrauen muss; dass die Kardiologen und die Organisation alles für die Rettung seines Herzens und zur Erhaltung seiner Gesundheit tun würden. Irgendwann hat der Patient wahrscheinlich auf Anraten seines Kardiologen ein Einwilligungsfeld für ein Angiogramm unterzeichnet mit dem Wortlaut: „In dieser Situation würde ich gern so bald wie möglich ein Angiogramm gemacht haben und Stents gesetzt bekommen“. Nach der Genesung bekam der Patient den Rat, nicht mehr zu rauchen und regelmäßig seine Medikamente zum Schutz des Herzens einzunehmen. Er hat beides befolgt, was sicher sehr sinnvoll war. Er hat sein Vertrauen in die Professionalität der Menschen gesetzt, die ihn versorgten. Die Sanitäter, die „A+E-Schwester“ und Ärzte sowie der Kardiologe haben eine jahrelange Ausbildung genossen und berufliche Examina bestanden. Das Personal wurde regelmäßig beurteilt, geprüft und weitergebildet. Es wurden viele Arbeitsanleitungen und Maßregeln eingeführt, um eine weise aber nicht formell niedergelegte Entscheidung sicher zu stellen und das Vertrauen in die Verantwortlichen während schnell fortschreitender lebensbedrohlicher Situationen zu gewährleisten. - Es bestünde noch eine Möglichkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Aber wenn man bedenkt, wie groß der Druck ist, Patienten so bald wie möglich zu entlassen, bezweifle ich, dass über den Wert, das Rauchen aufzugeben, und die herzschonende Wirkung der Medikamente gesprochen wird. Wer weiß, ob ein Gespräch über den zweifellosen Wert, mit dem Rauchen aufzuhören, ihn zum Nachfragen über seinen Thorax-Röntgenbefund gebracht hätte? Der Wert von herzschtützenden Medikamenten mögen für einen Kardiologen eindeutig erscheinen; aber werden die Vor- und Nachteile besprochen und die Statistiken in der Weise interpretiert, dass der Patient das auch versteht? Ohne Zeitdruck könnten solche Gespräche im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu besseren Ergebnissen führen, als wenn der Patient die Medikamente nur nimmt, weil ihm der Kardiologe das eben empfohlen hat. Der Patient entschied sich für das Vertrauen, dass durch die Organisation zuverlässig Warnungen bei unerwartet ernsthaften Röntgenbefunden angezeigt würden. In diesem Fall war das Vertrauen leider unangebracht. Die einzige Möglichkeit, dieses in Zukunft zu vermeiden, sehe ich in besseren Kommunikationssystemen innerhalb eines Krankenhauses, der Herausgabe von Kopien sämtlicher Befunde und einen abschließenden Bericht bei der Entlassung mitzugeben. Der Patient könnte dann selbst entscheiden, ob er zur Bedeutung der Befunde noch Fragen stellen möchte. Wir erwarten von den Patienten nicht, dass sie uns herausfordern in dem Sinne eines „Checkup des Arztes: haben Sie wirklich alles für meine Versorgung getan? Haben Sie auf alle meine Befunde geachtet? Haben Sie meine Medikamentenliste überprüft?“ Bei der zweiten Krankenhausaufnahme konnte er wegen der Notfallsituation wieder nicht an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung teilnehmen. Ebenso erwarten wir auch in der Notaufnahme nicht von unseren Patienten, dass sie uns im Stile von Jerome Groopman herausfordern. Groopman hat das Buch geschrieben: „Wie Ärzte denken“, in dem er Patienten prägnante Fragen an ihren Arzt vorschlägt wie z.B.: „Wie sicher sind Sie Ihrer Diagnose? Könnte es auch zwei Diagnosen geben? Könnte es überhaupt etwas anderes sein? Könnte mir bei einer falschen Diagnose die Behandlung schaden?“ Oder im Falle dieses Patienten: „Das letzte Mal hatte ich schlimme Schmerzen im Bereich der Brust, diesmal aber nicht. Könnte es eine andere Ursache für meine Beschwerden geben?“ Vielleicht sollten wir, als Teil des vom Patienten in uns gesetzten Vertrauens, an seiner Stelle uns solche Fragen stellen.

Nach der zweiten Aufnahme meinte ich, ihm die Möglichkeit einer Entscheidung anbieten zu sollen, welche Maßnahmen wegen der medizinischen Fehler zu ergreifen seien. Das war noch vor der Zeit, als die „Pflicht zur Offenheit“ an Bedeutung gewann. Ich hatte den Eindruck, dass ich ihm weder den übersehenen Thorax-Röntgenbefund verheimlichen dürfe noch die fälschliche Gabe der Antikoagulantien. Ich sah es als Teil des beruflichen Vertrauensverhältnisses an, das Versagen auf unserer Seite zuzugeben. Ich glaube, dass diese Offenheit die Folge hatte, dass er auf unsere Organisation nicht bitter reagierte und er bereit war, bei einem Video mitzuwirken - was (allerdings) durch unsere Verwaltung blockiert wurde. Ich traf ihn zweimal während seiner Chemotherapie. Er begegnete mir immer freundlich und respektvoll und bestätigte damit mein Empfinden.

Wenn wir mit Patienten auf einer Akutstation im Krankenhaus umgehen, sollten wir uns bemühen, ihn als Person kennenzulernen und mit ihm von Mensch zu Mensch zu sprechen. Wir sollten uns bemühen, ein Gespräch ohne Zeitdruck anzubieten. Wir müssen lernen, uns selbst die herausfordernden Fragen von Groopman zu stellen, damit unsere Patienten sicherer sind. Unsere Organisationen müssen so gestaltet werden, dass „wasserdichte“ Arbeitsabläufe für die Sicherheit von Patienten sorgen und das Vertrauen, das unsere Patienten für eine korrekte Behandlung in uns setzen, honorieren.

Der Fall der Reiseleiterin, die nach ihrem Familienbesuch beim Weihnachtsmann im Themenpark an ihrem Hirntumor verstarb, veranschaulicht, was in akuten Situationen erreicht werden kann, wenn zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ermutigt wird und die Situation nicht wirklich so akut ist. Als ich über diese Geschichte nachdachte, hat mich vor allem fasziniert, wie das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung sich entwickelte, überhaupt erst begann. Gewöhnlich eröffne ich ein Gespräch mit einem Patienten im Krankenzimmer nach der üblichen Begrüßung mit „Hallo, Frau Jones, wie geht es Ihnen heute?“ mit der Frage: „Was machen Sie beruflich (oder haben Sie gemacht)?“ „Was sind Ihre Interessen?“ oder „Womit beschäftigen Sie sich gern?“, bevor ich auf die klinischen Befunde zu sprechen komme. Das führt oft zu einem kurzen Gespräch wie z.B. über die Reise nach Vietnam. Bei diesem ersten Gespräch hatte ich noch keine Kenntnis von ihrer Prognose, da sie vorwiegend in einem anderen Krankenhaus behandelt worden war. Ich hatte auch noch keinen Befundbericht von ihr. Ich hatte kein Gespräch über Prognose, Behandlung oder Zukunftshoffnungen angestrebt. Am nächsten Tag begann sie das erste Mal während ihrer komplizierten Erkrankung, Fragen zur Prognose zu stellen. Ich glaube, dass sie auf Grund meines Interesses an ihrer Person mich als Vertrauensperson wahrgenommen hat, als jemanden, der sie als Erwachsene, wie ein Familienmitglied, Eltern oder Großeltern, ansah. Manchmal denke ich, dass ich bei meinen Visiten nur das kleine Bisschen von menschlicher Beziehung zusätzlich einbringe. Letztes Jahr traf ich auf eine Patientin mit einem schrecklichen Unterleibtumor in völlig desolater Verfassung. Es lagen über fünf Akten an Befundberichten über sie vor, jedoch ohne einen Hinweis auf ihren Beruf oder ihre Interessen. Sie war Musikerin, die Klaviermusik sowohl komponierte als auch spielte. Plötzlich war sie nicht mehr eine zweifach inkontinente Frau, die von Schmerzen schwer geplagt wurde, sondern sie lächelte und sprach lebhaft. Ich glaube, wenn wir wirklich zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ermutigen wollen, müssen wir damit beginnen, heraus zu finden, wer diese Person ist, bevor wir die Person lediglich als einen Patienten mit dem Etikett einer Krankheit wahrnehmen oder noch schlimmer, als nur noch ein Krankheitsetikett. Bei meiner Patientin mit dem Hirntumor entwickelte sich alles

unplanmäßig; ein gewisses menschliches Interesse hat sie aus ihrer Sprachlosigkeit herausgelöst. Ich hatte ziemliche Bedenken bei der Entscheidung, sie für einen Tag aus dem Krankenhaus zu beurlauben. Ich dachte daran, dass mich andere Kollegen dafür kritisieren würden, sie einen Tag ohne antibiotische Behandlung zu lassen, dass die Verwaltung so einen Tag nicht genehmigen würde, sie entlassen und sie das Anrecht auf ihr Bett verlieren würde. Sie könnte eventuell einen Anfall bekommen und in einem anderen Krankenhaus aufgenommen werden. Gemeinsame Entscheidungen können beunruhigen!

Die einfache Option hätte sein können, zu sagen: „nein, zu riskant.“ Ich bin so froh, dass ich dieser Option nicht gefolgt bin und erlebte die Freude der sterbenden Frau.

Ich möchte auf den Punkt zurückkommen, Patienten mit dem Etikett einer Krankheit zu versehen, sie nur noch als Krankheit wahrzunehmen. Ich glaube, dass wir auf den schlüpfrigen Pfad der krankheitszentrierten Versorgung geraten, wenn wir nicht diese kleine Verbindung zu der Person, die zu einem Patienten wird, herstellen. Unsere Gesellschaften betonen die „Personenzentrierte Behandlung“ oder die weniger wertschätzende Bezeichnung „Patientenzentrierte Behandlung“, die bereits die Person zu einem Patienten macht. Was wir aber letztlich zu praktizieren scheinen, läuft auf eine krankheitsbezogene oder eine nach Richtlinien durchgeführte Behandlung hinaus. Der erste Patient erhielt eine perfekte Behandlung nach den Richtlinien für einen akuten Myokardinfarkt. Niemand hat kurz innegehalten und darüber nachgedacht, dass er jung ist und eine durch Rauchen verursachte Erkrankung bekommen hat. Vielleicht könnte er ja auch gleichzeitig eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung haben - und hätte sein Thorax-Röntgenbild überprüft. Er war mit dem Etikett „Myokardinfarkt“ versehen und noch nicht einmal mit dem eines „durch Rauchen bedingten Myokardinfarkt“ und sicherlich auch nicht mit dem eines Berufsfotografen, der verheiratet ist und 2 Kinder hat, der raucht und einen Myokardinfarkt hat.

Das schien bei der Reiseleiterin, die an einem Hirntumor starb, sogar noch mehr der Fall zu sein. Für mich sah es so aus, dass ihr Hirntumor durch wiederholte Resektionen und ihre Wundinfektion mit Antibiotika behandelt wurde. Sie war die Frau mit einem großen schrecklichen Hirntumor. Ich hatte den Eindruck, dass niemand je versucht hatte, an sie mit der Frage heranzutreten, ob sie diese „Behandlung“ überhaupt möchte, die bestenfalls palliativ war und schlimmstenfalls total nutzlos. Wollte sie wirklich die letzten Monate ihres Lebens im Krankenhaus verbringen oder lieber zu Hause durch ein Pflegeteam versorgt werden? Ich vermute, dass die Ärzte in ihrem Fall das Akutbehandlungsmodell angewendet haben in dem Sinne: „Wir wissen, was am besten ist, die Patientin vertraut uns, wir werden mit der Behandlung fortfahren“. Ich bin mir sicher, dass die beteiligten Ärzte von einer solchen gemeinsamen Entscheidungsfindung ausgingen, die durch den Behandlungsvertrag abgedeckt war. Oft sind Ärzte sich dessen nicht bewusst, wie sehr sie Entscheidungen beeinflussen können. Ein Onkologe, der sehr begeistert von einer palliativen Chemotherapie ist, wird leicht einen Patienten davon überzeugen, diese Behandlung anzunehmen. Wenn ein Patient aber auf einen Palliativmediziner trifft, der sich bemüht, die Patienten möglichst aus einem Krankenhaus herauszuhalten, wird dieser sich leicht davon überzeugen lassen, einer häuslichen Versorgung zuzustimmen, d.h. ohne eine spezifische Behandlung. Ich muss es von mir selbst wissen; bin ich jemand, der gern interveniert oder nicht? Manchmal wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten zu der Entscheidung führen, eine zweite Meinung zu Therapie und Prognose einzuholen. Ein Krankheitsetikett kann einen Arzt zu einer bestimmten

Behandlung drängen aus Angst, nicht das Richtige gegen diese Krankheit zu unternehmen. Das Richtige gegen eine Krankheit muss aber für die Person eines Patienten nicht unbedingt das Richtige sein.

Es gibt noch andere Faktoren in der Krankenhaussituation, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung beeinträchtigen, die ich kurz diskutieren möchte.

Im Vereinigten Königreich begegnen sich Arzt und Patient am Krankenbett. Gewöhnlich gibt es 4- oder 6-Bettenzimmer. Oft gibt es wenig Platz rund ums Bett, so dass der Arzt und die Schwester gezwungen sind, über den Patienten herauszuragen. Das versetzt den Patienten in eine niedrigere Lage, sowohl physisch als auch psychisch, die zusätzlich durch das Problem belastet wird, dass auch noch eine Menge von Personal herumsteht. Dies erschwert dem Patient schon allein, etwas zu sagen, geschweige denn tatsächlich zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu kommen. Die Umgebung im Krankenzimmer ist oft unruhig und lenkt ab. Manche ältere Patienten haben zudem Probleme mit Schwerhörigkeit und/oder eingeschränkter Sehfähigkeit, die wiederum eine einfache Kommunikation erschweren. Ein Delirium oder eine Demenz behindern außerdem die Entscheidungsfähigkeit. Gewöhnlich möchten die Ärzte möglichst schnell ihre Visiten beenden und haben keine angemessene Zeit, sich mit Patienten zu unterhalten und ihnen aufmerksam zuzuhören. Ich hoffte, dass unsere Schwestern mehr Zeit haben, mit Patienten und ihren Angehörigen mehr in die Tiefe zu gehen; aber traurigerweise scheinen sie genauso beschäftigt zu sein wie wir, mit wenig Zeit für ein Gespräch und zum Zuhören. Zudem passiert es nur selten, dass eine Schwester bei meinen Visiten dabei ist und für den Patienten das Wort ergreift. Ein Verwandter könnte häufiger für einen Patienten sprechen; aber im Vereinigten Königreich scheinen wir Verwandte und nahe Freunde nicht dazu zu ermutigen, bei Visiten dabei zu sein.

Patienten sind von vielen Besprechungen ausgeschlossen, in denen wichtige Entscheidungen über ihre Behandlung getroffen werden. Das scheint nicht zu unserer beabsichtigten Personen- oder patientenzentrierten Versorgung zu passen. Zum Beispiel werden Patienten nie eingeladen zu unseren multidisziplinären Personalbesprechungen auf Station, wo über Entlassungsmodalitäten entschieden wird. Ebenso werden Patienten niemals eingeladen oder erwartet, an multidisziplinären Besprechungen teilzunehmen, in denen die Entscheidungen über Krebs-Behandlungen getroffen werden. Ich denke, dass die Entscheidung eines Patienten, ob er eine palliative Chemotherapie haben will oder nicht, sehr wichtig und sehr persönlich ist; aber der Patient kann bei so einer Besprechung nicht seine Stimme erheben!

Einige dieser Probleme könnten verringert werden, wenn der Patient einen wohl durchdachten Vorsorgeplan („Patientenverfügung“ in Deutschland) mit in das Krankenhaus bringen würde. Obwohl es ungewöhnlich ist, tun Patienten das zunehmend, so dass wir wissen, welche Vorstellungen sie z.B. für ihre Versorgung an ihrem Lebensende haben.

Gemeinsame Entscheidungen sind bei einer Notfallaufnahme in der Klinik erheblich eingeschränkt, z.T. weil rasch effektiv gehandelt werden muss, bevor die Krankheit sich noch verschlimmert, z.T. durch die physische, psychische und emotionale Situation in einer Notfallabteilung.

Ich denke, wir sollten uns trotzdem immer wieder bemühen, den Patienten jede Möglichkeit zu verschaffen, ihre Meinung äußern zu können. Ein einfacher Weg ist der, von der ersten Begegnung an Interesse an der Person zu zeigen. Fast immer lässt sich durch meine eröffnende Frage nach sozialen Fakten etwas über die Person herausfinden. Meistens frage ich nach ihrer augenblicklichen oder ehemaligen Beschäftigung, Interessen außerhalb des Berufes, oder wer zu Hause ist. Das zeigt mein Interesse, das vor der Krankheit vor allem der Person gilt, und ermöglicht dem Patienten, sich mehr zu öffnen, so dass ich ein bisschen über seine Person erfahren kann. Den Wert davon habe ich an der Geschichte der Dame mit dem Hirntumor gezeigt. Ich glaube, dass dieser einfache Schritt das Vertrauen eines Patienten in den Arzt stärkt; dass dieser sich eher traut, emotionalere Fragen und Gedanken auszusprechen.

In Kungälv, nahe Göteborg in Schweden, erlebte ich eine neue Art von Visiten. Dr. Valdemar Erling und sein Team haben Visitenräume geschaffen. Die Patientin kommt in diesen Raum, wo sie dem Behandlungsteam auf Augenhöhe gegenüber sitzt. Die Privatsphäre ist gut geschützt und die Konversation, wie ich sie beobachtet habe, geschieht sehr viel ebenbürtiger, als wenn Schwestern und Ärzte das Patientenbett überragen. Wenigstens dreiviertel der Patienten schaffen es, aus ihrem Krankenzimmer für so ein privateres Gespräch in diesen Raum zu kommen, was die Möglichkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung verbessern muss.

In Atlanta Georgia/ USA haben Dr. Jason Klein und sein Team einen neuen Visitenprozess entwickelt, der sich „strukturierte interdisziplinäre Besprechung am Krankenbett“ nennt. Für mich erscheint das wie eine mobile multidisziplinäre Besprechung mit dem Patienten wörtlich im Zentrum der Behandlung. Im Video sieht das so aus wie ein Prozess, in dem der Patient wenigstens eine Stimme bei den Entscheidungen über seine Behandlung im Krankenhaus hat.

Das „Royal College of Physicians“ in London hat ein Projekt begonnen, das „Das Krankenhaus der Zukunft“ genannt wird. Ich denke, die Ausstattung, das Personal und die Behandlungsprozesse sollten in zukünftigen Krankenhäusern so optimiert werden, dass jede Möglichkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung gegeben wird; denn z.Zt. ist diese in Akutkrankenhäusern mehr ein Mythos als Realität.

Vielen Dank