

# Wenn die Medizin weiß, was die Systemtheorie tut

## *Therapieentscheidungen als Ordnungsbildungsprozesse*

*von Friedemann Geiger*

Soll eine Operation bei Prostatakrebs Potenz erhaltend durchgeführt werden, auch wenn dadurch das Rezidivrisiko steigt? Fragen dieser Art sind prädestiniert für eine gemeinsame Erörterung von Arzt und Patient, das sog. shared decision making (SDM). Denn einerseits müssen durch den Arzt die medizinischen Erkenntnisse über die Chancen und Risiken einer Potenz erhaltenden Operation bereitgestellt werden. Andererseits sind die individuellen Präferenzen des Patienten (und ggf. seiner Partnerin) entscheidend: Nur er selbst kann eine Vorstellung von der persönlichen Wertigkeit der Ziele Potenserhaltung und Rückfallrisikominimierung entwickeln. In solchen Fällen müssen Arzt und Patient also gleichermaßen Informationen einbringen und verhandeln, denn beide sind Experten für Teilbereiche des Entscheidungsgegenstands. Charles bezeichnet dieses Charakteristikum der SDM-Kommunikation als „two way exchange of information“ (Charles et al., 1997). Ziel ist dabei im besten konstruktivistischen Sinne keine *richtige*, sondern eine *passende* Entscheidung, die von Patient zu Patient anders ausfallen kann. Gleiches gilt auch bei eher alltäglichen medizinischen Entscheidungen, etwa über eine Grippeimpfung.

Da sich SDM seit einigen Jahren als Kommunikationsmodell der Wahl etabliert hat, wird mit der üblichen ‚Verspätung‘ nach einem Wirksamkeitsnachweis von SDM gesucht. In einem früheren Beitrag im ISS’ES (Kasper, 2004) hatte Jürgen Kasper bereits die Unzulänglichkeiten bisheriger Evaluationsversuche umrissen. Die Zustandsbeschreibung aus dem Jahre 2004 ist nach wie vor aktuell: Nach mehr als einem Jahrzehnt der internationalen SDM-Forschung existieren noch immer keine Messverfahren, mit denen man den Kern von SDM befriedigend abbilden könnte. Denn Patientenbeteiligung ist beim SDM kein Wert an sich. Sie ist entweder *Ausdruck* einer vertieften Auseinandersetzung des Patienten mit der Entscheidung oder ein *Mittel*, um diese zu erzeugen (Kasper, 2005). In diesem Sinne messen zwar alle etablierten Verfahren mit der von Patienten oder externen Beobachtern erlebten Patientenbeteiligung eine bedeutende Variable, verfehlen dabei allerdings die tatsächlich relevante Größe, nämlich die Güte der Informationsverarbeitung selbst.

Diese messmethodische Unschärfe geht nach Meinung vieler Forscher (Elwyn et al., 2001; Büchi et al., 2000) nicht zuletzt auf eine unzureichende theoretische Konzeptualisierung von SDM zurück. Im angesprochenen ISS’ES-Artikel hatte Kasper präzisiert, was eine ‚geteilte Entscheidungsfindung‘ im Sinne der Luhmannschen Systemtheorie spezifiziert. Aus der Selbstorganisationstheorie lassen sich darüber hinaus auch neue Möglichkeiten der empirischen Umsetzung ableiten, die ich in diesem Beitrag skizzieren möchte.

### ***Entscheidungsprozessmodelle in der Psychologie***

Versucht man, für eine detailliertere Konzeption von Entscheidungsprozessen in anderen Bereichen der Psychologie Anleihen zu machen, so stellt man die starke Betonung von Rationalität fest. Das gilt zum Beispiel für alle Formen von auf den bekannten Erwartungs-Wert-Ansätzen fußenden Kosten-Nutzen-Kalkülen (Lee, 1977; Heckhausen, 1989), die die zu erwartenden positiven Konsequenzen aus den einzelnen Entscheidungsoptionen jeweils dem dafür nötigen Aufwand entgegenstellen. Das mag in einem der Entstehungsfelder dieses Ansatzes, der Spieltheorie, durchaus angemessen sein. Denn dort lassen sich ‚Konsequenzen‘ als ‚Gewinn‘ und ‚Aufwand‘ als ‚Einsatz‘ sehr leicht numerisch operationalisieren und somit exakt verrechnen. Alle für eine rationale Entscheidung nötigen Parameter sind schließlich bekannt (vgl. etwa Roulette).

In anderen Bereichen hingegen erscheint es fragwürdig, ob die Größe von Ergebnisfolgeerwartungen und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten den Entscheidungsträgern so präzise oder auch nur grob zugänglich sind. Wenn etwa eine Patientin mit Brustkrebs überlegt, sich eine Brust amputieren zu lassen, kann sie dann die Wahrscheinlichkeit einer Heilung und den daraus resultierenden ‚Gewinn‘ bzw. gleichzeitig den ‚Verlust‘ für ihr Selbstwertgefühl, die Partnerschaft etc. beziffern oder auch nur abschätzen? Und dasselbe auch noch für alle denkbaren Entscheidungsalternativen wie Strahlen-, Chemo- oder gar keine Therapie?

### ***Entscheidungsfindung als Ordnungsbildungsprozess***

Die Informationsgrundlage in Entscheidungssituationen ist nicht durch eine solche Überschaubarkeit gekennzeichnet. Wer eine Entscheidung zu treffen hat, sieht sich vielmehr einer gleichzeitig über- und unterdeterminierten Informationslage gegenüber: Zum einen sind Entscheidungssituationen so *komplex*, dass aus den verfügbaren Informationen selektiv nur eine Untermenge verarbeitet werden kann. Zum anderen existiert eine *Unterbestimmtheit*, d.h. für die Entscheidungsfindung müssen fehlende Informationen wiederum aus internen Plausibilitätsüberlegungen heraus ergänzt werden. Dieser Automatismus in der Informationsverarbeitung lässt sich exemplarisch an folgender Szene verdeutlichen: Wir fahren mit dem Auto an einem an der Hand blutenden Kind vorbei, das einem Pitbull gegenübersteht. Sofort folgern wir, dass der Hund das Kind gebissen hat. Denn die Situation ist zu komplex, um alle Informationen aufnehmen zu können – etwa das etwas abseits liegende Fahrrad, mit dem das Kind gestürzt ist. Außerdem passt ein Biss durch einen Kampfhund in unser Klischee. Wir nutzen also internalisierte Überzeugungen, um Lücken in der Informationsgrundlage zu füllen (Kriz, 1993). Solche Vor-Urteile sind in den meisten Fällen unentbehrliche und nützliche Hilfsmittel, um überhaupt eine einigermaßen kohärente Wahrnehmung zu konstruieren (vgl. auch den Beitrag von Wollschläger in diesem Heft). Die Verarbeitung von Informationen, auf deren Grundlage eine Entscheidung zu treffen ist, lässt sich nach diesen kurzen Ausführungen als *selbstorganisierter Ordnungsbildungsprozess* beschreiben (Schiepek, 1999; Haken, 1996).

### ***Shared Decision Making als Ordnungsbildungsprozess***

Dieses allgemeine Bild von Entscheidungsprozessen lässt sich nun übertragen auf die Konsensbildung zwischen Arzt und Patient. Auch hier gilt es, die vielen, teils widersprüchlichen Informationen aus verschiedenen Quellen in einen Konsens zu integrieren. Zwar umfasst SDM mindestens zwei Akteure. Durch deren kommunikative Kopplung bilden sie jedoch gemeinsam wiederum ein selbstorganisiertes, ordnungsbildendes System (Schiepek et al., 1994). Bei zwei Beteiligten können hier somit drei einander wechselseitig beeinflussende Ordnungsbildungsprozesse beschrieben werden: Ganz analog zum oben Beschriebenen bilden einerseits beide Beteiligte jeweils eine Ordnung aus. Dabei wirken auf sie als Kontrollparameter z.B. medizinische Informationen, Meinungen und Erfahrungsberichte anderer, der Gesundheitszustand des Patienten, die Äußerungen des Gesprächspartners etc. ein. Dieser Prozess erfolgt demnach ‚*innerhalb*‘ der Personen, wenngleich in Abhängigkeit der Meinung der jeweils anderen. Andererseits lässt sich ein dritter Ordnungsbildungsprozess im SDM-System, also ‚*zwischen*‘ Arzt und Patient ausmachen. Wenn hier eine stabile Ordnung etabliert worden ist, kann von einem gefundenen Konsens bei der zu klärenden Frage gesprochen werden. *Welches* Muster entsteht, d.h. was der Konsens beinhaltet, hängt dabei von den Ordnungsparametern des SDM-Systems und den oben angerissenen Kontrollparametern seiner Umwelt ab.

Die Entscheidung über die weitere therapeutische Vorgehensweise ist also gefällt worden, wenn sich aus einem vorher ungeordneten Zustand auf der Ebene des SDM-Systems durch dessen Kommunikation eine Ordnung herausgebildet hat. Damit ist eine Vorstellung formuliert, was unter ‚*Entscheidungsfindung*‘ zu verstehen sein könnte.

### ***Nur eine Analogie?***

Die bisherigen Ausführungen wären nicht mehr – aber auch nicht weniger – als eine Formulierung in den interdisziplinär fruchtbaren Termini der Systemtheorie, wenn sich nicht auch Erkenntnisse für die *empirische* Forschung zum SDM ableiten ließen. Jürgen Kasper hatte in seinem ISS'ES-Artikel (2004) von der Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von entscheidungsrelevanten Ungewissheiten bei Patienten mit Multipler Sklerose (QUICC) berichtet. Den Bogen haben wir mittlerweile für den Einsatz bei chronischen Erkrankungen allgemein weiterentwickelt. In einem Prä-Post-Design hoffen wir, anhand von Veränderungen im Antwortprofil Anzeichen einer Ordnungsbildung im Entscheidungsprozess zu erkennen. Dies geschieht derzeit im Rahmen einer multizentrischen Studie mit verschiedenen chronischen Erkrankungen.

Entsprechende Instrumente für die anderen beiden Systemebenen wären indes noch zu entwickeln. Bereits jetzt lässt sich allerdings die wechselseitige Inspiration von systemischem und ‚*traditionellem*‘ Denken erkennen.

## **Literatur**

Büchi, M., Bachmann, L. M., Fischer, J. E., Peltenburg, M., & Steurer, J. (2000). Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(49), 2776-2780.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science Medicine*, 44(5), 681-692.

Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 5-22.

Haken, H. (1996). An Application of Synergetics. Decision Making as Pattern Recognition. *Zeitschrift für Wissenschaftsforschung*, 9/10, 45-72.

Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.

Kasper, J. (2004). Ungewissheit: Die Kernbotschaft in der Arzt-Patient-Dyade. *ISS'ES, Zeitschrift des Instituts für systemische Studien*, 16 (Januar).

Kasper, J. (2005, 23.-25.05.2005). *Welchen Beitrag leistet der BMGS Förderschwerpunkt "Patient als Partner" zum Bereich der Entscheidungshilfen?* Gemeinsam entscheiden - neue Anstöße zur Förderung der Patientenbeteiligung, Berlin.

Kriz, J. (1993). Pattern Formation in Complex Cognitive Processes. In H. Haken & A. Mikhailov (Hrsg.), *Interdisciplinary Approaches to Nonlinear Complex Systems* (S. 161-175). Berlin/Heidelberg: Springer.

Lee, W. (1977). *Psychologische Entscheidungstheorie*. Weinheim: Beltz.

Schiepek, G. (1999). Selbstorganisation in psychischen und sozialen Prozessen: Neue Perspektiven der Psychotherapie. In K. Mainzer (Hrsg.), *Komplexe Systeme in Natur und Gesellschaft. Komplexitätsforschung in Deutschland auf dem Weg ins nächste Jahrhundert* (S. 280-317). Berlin: Springer.

Schiepek, G., & Strunk, G. (1994). *Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*. Heidelberg: Asanger.