

Erstes Hintergrundpapier zum SDM Chartbook: Was ist Shared Decision Making?

David Klemperer, Melanie Rosenwirth

Dieses Hintergrundpapier dient zur Vertiefung der Definition des Begriffs Shared Decision Making (SDM) und der Charts aus dem Kapitel 5.1 "Internationaler und Deutscher Status Quo". Schon Gesagtes wird noch einmal explizit dargestellt und spezifiziert, weitere Studien und wissenschaftliche Erkenntnisse wurden hinzugefügt, um einen tieferen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Diskussion um das SDM-Modell zu liefern. Auf zusätzliche Literatur wird hingewiesen.

Inhalt:

- 1) Entstehung des Shared Decision Making-Modells
 - 2) Definition und Abgrenzung zu anderen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung
 - 3) Warum brauchen wir Shared Decision Making?
 - a) Das Problem der geographischen Variabilität sowie der Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - b) Präferenz-sensitive Entscheidungen durch SDM
 - 4) Weitere Studien über den Nutzen von SDM
 - a) Decision aids
 - b) Framing
 - 5) Schlussfolgerungen
- Literaturhinweise

1) Entstehung des Shared Decision Making-Modells

Das Shared Decision Making-Modell zur medizinischen Entscheidungsfindung ist das Ergebnis einer Entwicklung, die durch die Bürgerrechts- und Konsumentenbewegung in den 1960er Jahren initiiert wurde. Die Medizin wurde nicht mehr bedingungslos akzeptiert, Kritik – wie sie exemplarisch von McKeown (1976) und Illich (1981) angebracht wurde – sensibilisierte für die Grenzen medizinischen Handelns, die Beschränktheit des biomedizinischen Modells und die Erfordernis, die Subjektivität des Patienten zu berücksichtigen (Klemperer 2003).

Das lange Zeit vorherrschende paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung erschien nicht mehr zeitgemäß. Ausgehend von der Beschreibung eines biopsychosozialen Modells durch Engel Anfang der 1960er Jahre (Engel 1977) und gefördert durch die Arbeiten von Balint bereits in den 1940er Jahren (Balint 2001), bildete sich in den 1980er Jahren das Konzept einer patientenzentrierten Medizin heraus (Stewart und Brown 2001).

Die Entwicklung des Shared Decision Making-Modells selbst begann in den 1990er Jahren. Mittlerweile handelt es sich um das am weitesten entwickelte und operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung (Elwyn 2005). SDM stößt theoretisch als Konzept auf breite Zustimmung. Doch die Übertragung auf den medizinischen Alltag ist bislang in noch keinem Gesundheitssystem vollzogen. Zu den zu überwindenden Barrieren zählen weniger die zeitliche Restriktionen, sondern vielmehr fehlende kommunikative Fertigkeiten auf Seiten der Ärzte und die Überwindung paternalistischer Haltungen und Einstellungen. Erste Ansätze zur Einführung des SDM-Modells in Deutschland finden sich in dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) 2001 eingerichteten Förderungsschwerpunkt "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess".

2) Definition und Abgrenzung zu anderen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung

Im **paternalistischen Modell** dominiert der Arzt (Charles et al. 1999, Emanuel und Emanuel 1992). Er stellt den Gesundheitszustand des Patienten fest und entscheidet über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die aus seiner professionellen Sicht am besten dazu geeignet sind, die Gesundheit des Patienten wieder herzustellen. Die Zustimmung des Patienten verschafft er sich mit selektierten Informationen. Botschaften, die den Patienten in Zweifel stürzen könnten, enthält er ihm vor. Der Arzt entscheidet allein und auf Grund seines Wissens darüber, welche Behandlung für die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten die beste ist. Dies geschieht aus einer dem Patienten übergeordneten Position heraus und unabhängig von den aktuellen Präferenzen des Patienten. Der Arzt fungiert demnach als Hüter über die Gesundheit seines Patienten (Scheibler 2004). Die Zustimmung des Patienten ist Formsache. Seine Beteiligung erfolgt in eingeschränkter Form.

Das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung korreliert mit dem biomedizinischen Modell von Krankheit (Engel 1996). Letzteres herrscht in der Medizinerbildung und im Medizineralltag noch immer vor und prägt die Arzt-Patient-Kommunikation. Es wird aber auch objektiv durch den hohen Anteil von Notfallpatienten und -situationen im Krankenhaus als wichtigem Ausbildungs- und Sozialisationsort von Ärzten begünstigt. In diesem Konzept liegt der Fokus auf der Behebung struktureller und funktioneller Veränderungen des Organismus unter häufig unzureichender Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Bedürfnisse der Patienten und unzureichender Erwägung patientenrelevanter Behandlungsziele.

Mögliche unerwünschte Folgen dieser Art von Arzt-Patienten-Beziehung können von totaler Behandlungsverweigerung bis hin zur eigenmächtigen oder unabsichtlichen Modifikation der Verordnung (z. B. der Medikamenteneinnahme) reichen. Dadurch kann das Therapieziel gefährdet werden (Scheibler 2004).

Das **informative Modell** wird auch als Konsumenten-Modell bezeichnet (Charles et al. 1999, Emanuel und Emanuel 1992). Die Aufgabe des Arztes besteht darin, dem Patienten alle medizinisch-wissenschaftlichen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit dieser eine informierte Entscheidung treffen kann. Dazu gehören Informationen über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Chancen und Risiken. Der Patient durchläuft den Abwägungsprozess allein, in dem er technisches Wissen und Selbstwissen zusammenführt. Der Arzt richtet sich nach den Entscheidungen des Patienten.

Das **informative Modell** geht davon aus, dass der Patient feststehende, ihm bekannte und bewusste Werte hat, die in die Abwägung und Entscheidung einfließen. Etwaige Unsicherheiten oder mögliche Veränderungen der Präferenzen im Rahmen eines Prozesses der Reflektion und Abwägung, an dem auch andere Personen beteiligt sein können, sind nicht Teil des informativen Modells. Der Arzt erfüllt die Rolle eines kompetenten technischen Experten (Scheibler 2004), der für angemessene Informationen zu sorgen hat. Die Integration und Verarbeitung der Informationen auf seine spezifische Lebensumstände und Werte vollzieht der Patient allein. Er selbst entscheidet auch über die Auswahl der medizinischen Behandlung und hat auch die alleinige Kontrolle darüber.

Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass nur der Patient allein die beste Entscheidung treffen kann, vorausgesetzt, er verfügt über die aktuellen wissenschaftlichen Informationen bezüglich seiner Krankheit und der Behandlungsmöglichkeiten. Der Grad an Autonomie des Patienten ist in diesem Modell am höchsten. Der Arzt hat sich aus der Abwägung und aus der Entscheidung herauszuhalten, weil seine Interessen sich von denen des Patienten unterscheiden können und dem Patienten Schaden entstehen kann, wenn die Interessen des Arztes in Abwägung und Entscheidung einfließen.

Keine legitime Rolle in der Diskussion und Entscheidung über Behandlungsmöglichkeiten zu spielen, widerspricht sicherlich allem, was Ärzte in Studium und Berufstätigkeit gelernt und verinnerlicht haben. Das Bedürfnis der Ärzte nach Wertschätzung ihrer klinischen Expertise wird in diesem Modell nur unzureichend, wenn überhaupt, befriedigt. Die Annahme unterschiedlicher Interessen von Arzt und Patient sind jedoch nicht von der Hand zu weisen. Ärzte befinden sich häufig in einem Spannungsfeld von Eigen- und Patienteninteressen, in welchem sie nicht regelhaft für die Interessen des Patienten entscheiden.

Shared Decision Making dagegen bezeichnet eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die auf Interaktion basiert und zum Ziel hat, den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an Entscheidungen über sein Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung zwischen zwei oder mehr Optionen, wobei eine der Optionen stets beobachtendes Zuwarten sein kann. Vom paternalistischen und vom informativen Modell der Arzt-Patient-Kommunikation ist das SDM-Modell unterscheidbar anhand der Bereiche Informationsfluss, Abwägen und Entscheidung (siehe Abbildung 1). Das SDM-Modell ist gekennzeichnet durch gegenseitiges Informieren von Arzt und Patienten, gemeinsames Abwägen und gemeinsames Entscheiden. Der Patient klärt dabei den Arzt über seine subjektiven behandlungsrelevanten Bedürfnisse und Präferenzen auf und spielt eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess, aber auch in allen weiteren Abschnitten der Therapie (Scheibler 2004).

Tabelle 1: Conceptual framework for treatment decision making*

Analytical stages	Models	Paternalistic	Shared	Informed
Information exchange	Flow	One way (largely)	Two way	One way (largely)
	Direction	Physician → patient	Physician ↔ patient	Physician → patient
	Type	Medical	Medical and personal	Medical
	Amount**	Minimal legally required	All relevant for decision-making	All relevant for decision-making
Deliberation		Physician alone or with other physicians	Physician and patient (plus potential others)	Physician and patient (plus potential others)
Deciding on treatment to implement		Physicians	Physician and patient	Patient

Quelle: Charles, C., A. Gafni, T. Whelan. "Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model". Soc Sci Med (49) 1999: 653.

* Illustration for an encounter focusing on the case of a (treating) physician-patient dyad.

** Minimum required.

3) Warum brauchen wir Shared Decision Making?

Nach Eddy (1990) wird die Qualität der Medizin durch zwei Faktoren bestimmt ("what to do and how to do it"):

- die Qualität der Entscheidungen, durch die festgelegt wird, welche Maßnahmen durchgeführt werden („Entscheidungs-Qualität“),
- die Qualität, mit der diese Maßnahmen ausgeführt werden („Ausführungs-Qualität“).

Werden die falschen Maßnahmen gewählt, leidet die Qualität, egal wie qualitativ hochwertig die ausgewählten Maßnahmen durchgeführt werden. Werden die richtigen Dinge fehlerhaft durchgeführt, leidet die Qualität ebenfalls. Die Bedeutung der Qualitätssicherung der Ausführung ist allgemein anerkannt. Die Bedeutung der Qualität des Entscheidungsfindungsprozesses wird vernachlässigt. Ziel einer Entscheidung ist es, die Maßnahme auszuwählen, deren Ergebnis (outcome) der Patient erstrebenswert findet.

Daraus ergeben sich zwei Schritte:

- Die Ergebnisse unterschiedlicher Maßnahmen müssen geschätzt werden.
- Für jede Option muss bestimmt werden, wie weit sie mit dem Wunsch des Patienten übereinstimmt.

Schritt 1 beinhaltet, alle Daten zu sammeln und zu analysieren, die eine Aussage zu Nutzen, Schaden und Kosten ermöglichen. Da die vorhandenen Daten praktisch nie perfekt sind, ist ein Teil der Beurteilung subjektiv. Die Schätzungen, die aus dieser Analyse resultieren, stellen die Grundlage für den 2. Schritt dar. Der 2. Schritt umfasst drei Vergleiche:

- Der potentielle Nutzen (benefit) wird mit dem potentiellen Schaden (harm) verglichen.
- Die Ergebnisse (health outcomes) werden mit den entstehenden (materiellen und nicht-materiellen) Kosten verglichen.
- Bei beschränkten Ressourcen werden Prioritäten gesetzt. Praktiken, die sich am meisten lohnen, müssen bevorzugt werden.

Explizit, implizit, bewusst oder unbewusst, korrekt oder inkorrekt wird bei jeder Entscheidung jeder dieser Schritte durchlaufen.

Die Einbeziehung der Wünsche und Präferenzen des Patienten, nachdem dieser über Behandlungsalternativen sowie deren Nutzen und Schaden informiert wurde, können sich positiv auf die Qualität medizinischer Entscheidungen auswirken und somit auf die Qualität der Medizin im Allgemeinen.

3a) Das Problem der geographischen Variabilität sowie der Über-, Unter- und Fehlversorgung

Umgekehrt führen auch Defizite in der Entscheidungsqualität zu Qualitätsverlusten, die es zu vermeiden gilt. In den 1970er Jahren wurden erstmals geographischen Variabilitäten medizinischer Interventionen bei vergleichbaren Krankheitsinzidenzen beschrieben. Seit den 1990er Jahren wird das Phänomen eines Nebeneinanders von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Gesundheitsversorgung diskutiert. Sowohl die Variabilitäten als auch die Über-, Unter- und Fehlversorgung weisen auf grundlegende Qualitätsdefizite auf der Makro- und Mesoebene des Gesundheitswesens hin, aber auch auf der Mikroebene der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient.

“Geographische Variabilitäten” bezeichnen dabei das Phänomen der sich teils massiv unterscheidenden Raten für medizinische Behandlungsmaßnahmen in unterschiedlichen Regionen. Diese sind aber nicht durch unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten erklärbar oder durch bessere Gesundheitsergebnisse in Regionen höherer Behandlungsraten zu rechtfertigen (Klemperer 1996, Wennberg 1998).

Der Begriff Überversorgung bezeichnet eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, also Leistungen ohne gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Überversorgung) oder Leistungen, deren Kosten nicht gerechtfertigt sind (ökonomische Überversorgung) bzw. Leistungen, deren Potential für einen Schaden größer ist als für einen möglichen Nutzen. Unterversorgung hingegen bezeichnet eine teilweise oder gänzliche Verweigerung von Versorgung trotz Bedarfs bzw. Leistungen, die ein günstiges Ergebnis für den Patienten bewirken würden, aber nicht erbracht werden. Fehlversorgung bezeichnet jegliche Art von Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht bzw. Leistung, die zwar geeignet sind, aber vermeidbare Komplikationen zur Folge haben (Chassin et al. 1998, Sachverständigenrat 2002).

Beides, sowohl die geographischen Variabilitäten als auch die Über-, Unter- und Fehlversorgung beschreibt ernsthafte und weit verbreitete Qualitätsdefizite, die in unterschiedlichen Gesundheitsversorgungssystemen zu finden sind, jedoch in ihrer Ausprägung den Anreizsystemen für die Erbringung bzw. Unterlassung von Leistungen des jeweiligen Versorgungssystems entsprechen (Chassin et al. 1998, Sachverständigenrat 2002).

Die Patientenbeteiligung auf Grundlage evidenzbasierter Informationen könnte zumindest einen wichtigen Beitrag zur Minderung medizinisch nicht gerechtfertigter geografischer Variabilitäten bzw. zur Minderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung leisten.

3b) Präferenz-sensitive Entscheidungen durch SDM

Besondere Bedeutung kommt der Patientenbeteiligung bei Präferenz-sensitiven Entscheidungen zu. Hier gibt es keine per se “beste” Entscheidung zwischen zwei oder mehr Optionen. Die beste Lösung erfordert vielmehr einen Abwägungsprozess, der die persönlichen Werte des Patienten mit einbezieht.

Dies ist beispielsweise bei der gutartigen Prostatavergrößerung mit Schwierigkeiten beim Wasserlassen gegeben. Eine Operation der Prostata beseitigt die Probleme beim Wasserlassen, führt aber bei einem Teil der Patienten zu sexuellen Funktionsstörungen. Somit hat der Patient abzuwägen, was für ihn schwerer wiegt - die Probleme beim Wasserlassen oder die Impotenz. Eine per se bessere Entscheidung gibt es hier nicht. Ausschlaggebend für die Entscheidung kann nur sein, welche Bedeutung der Patienten der jeweiligen Option zumisst. Über das für diese Entscheidung relevante Wissen verfügt ausschließlich er selbst (Mullan 2004).

Medizinisches Handeln ist sinnvoll, wenn es effektiv und effizient die objektiven und subjektiven Bedürfnisse kranker Menschen erfüllt. Die Qualität der Medizin beginnt schon bei dem Entscheidungsprozess über medizinische Maßnahmen. Mangelerscheinungen wie die Über-, Unter- und Fehlversorgung können unter anderem vermindert werden, wenn bei der medizinischen Entscheidung die Wünsche, Ansichten und Präferenzen des Patienten nicht nur berücksichtigt, sondern in den Entscheidungsprozess nach dem SDM-Modell einbezogen werden.

4) Weitere Studien über den Nutzen von SDM

Die Wirkung des SDM-Konzepts auf die medizinische Qualität ist in vielen Studien untersucht worden. So können Information und Beteiligung von Patienten an Entscheidungen zu besserer Entscheidungsqualität führen und zu besseren Ergebnissen bezüglich Behandlungswahl, Therapietreue sowie psychischen und somatischen Behandlungsergebnissen.

Hierfür seien exemplarisch drei Studienergebnisse genannt:

- Eine vom Patienten als patientenzentriert wahrgenommene Kommunikation verbessert die selbst eingeschätzte Gesundheit, Symptome und Besorgnis werden gemindert und der Aufwand an Untersuchungen verringert (Stewart 2000).
- Patienten mit erhöhtem Blutdruck erwarten bei der Behandlung ihrer Beschwerden generell mehr potentiellen Benefit als Ärzte, um die Belästigungen, Kosten und unerwünschten Wirkungen der Behandlung auszugleichen (McAlister et al 2000, Steel 2000). Der potentielle Benefit kann dabei ausgedrückt werden als “minimal clinically important difference” (die Patienten setzen eine höhere Differenz an als Ärzte, um eine Behandlung für lohnend zu erachten) oder als “number needed to treat” (die Patienten erwarten niedrigere NNTs als Ärzte, vgl. Hintergrundpapier Nr. 3).
- Bei der Behandlung des Vorhofflimmerns mit Antikoagulantien wägen Patienten und Ärzte unterschiedlich ab – Patienten akzeptieren ein höheres Blutungsrisiko für die Verhinderung eines Schlaganfalls als Ärzte (Protheroe et al. 2000). Es handelt sich hierbei um eine Präferenz-sensitive Entscheidung.

4a) Decision aids

Der potentielle Nutzen und Schaden wurde den Patienten in der Studie von Protheroe et al. (2000) mit Hilfe von “Decision aids” vermittelt. Decision aids sind Informationsmaterialien, die entwickelt werden, um Menschen in ihrem Entscheidungsprozess zu unterstützen. Sie sollen helfen, spezifische und abwägende Entscheidungen zu treffen unter Optionen und Outcomes, die relevant sind für die Gesundheit des Patienten. Sie sind damit ein entscheidendes Instrumentarium im SDM-Prozess. Decision aids unterscheiden sich von herkömmlichen Gesundheitsbroschüren durch ihren detaillierten, spezifischen und personalisierten Fokus auf Optionen und Outcomes mit dem Ziel, die Menschen auf eine Entscheidung vorzubereiten (O’Connor et al. 2004, Übersetzung Klempere, siehe dazu auch Hintergrundpapier Nr. 2).

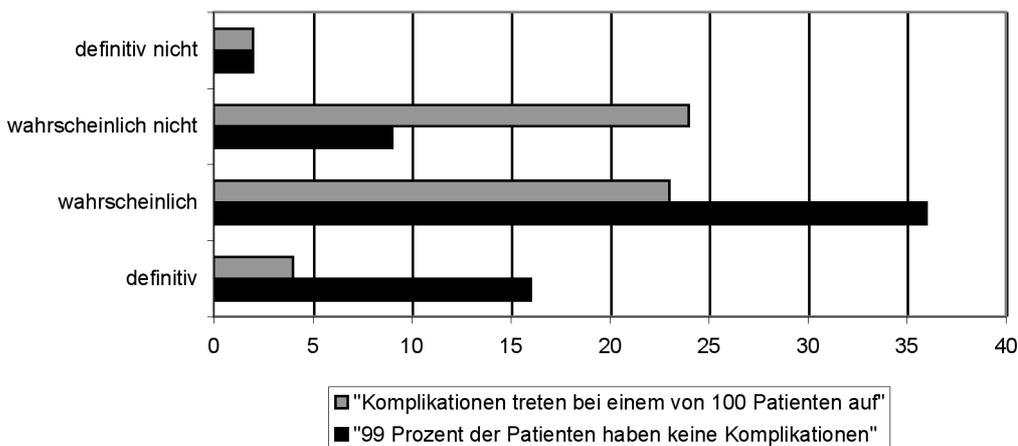
- Der Einsatz von Decision aids kann bei größeren elektiven Operationen die Inanspruchnahme vermindern (O’Connor et al. 2004). Ein größerer Anteil von
 - Patienten mit koronarer Herzkrankheit entscheidet sich für eine konservative Behandlung und gegen eine koronare Revaskularisation,
 - Frauen mit Brustkrebs entscheidet sich für die brusterhaltende Therapie und gegen die Mastektomie,
 - Männern mit Prostata-Karzinom entscheidet sich gegen die Prostatektomie und für ein konservatives Vorgehen.
- Auch bei Früherkennungsuntersuchungen können Decision aids zu einer Minderung der Inanspruchnahme führen, wie z. B. beim PSA-Screening auf Prostatakrebs (O’Connor et al. 2004, Evans et al. 2004).

4b) Framing

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Entscheidung eines Patienten kann auch die unterschiedliche Form sein, in der identische medizinische Sachverhalte dargeboten werden ("framing").

- Behandlungseffektes können in Form der relativen Risikoreduktion und der absoluten Risikoreduktion dargestellt werden. Für den Patienten ist die absolute Risikoreduktion wesentlich aussagekräftiger. Das Mammographie-Screening für Frauen im Alter von 50-69 Jahren führt in einem Zehnjahreszeitraum zu einer Senkung der Todesfälle an Brustkrebs von vier auf drei pro Tausend Frauen. Der relativen Risikoreduktion von 25 Prozent entspricht eine absolute Risikoreduktion von 0,1 Prozent; mit anderen Worten stirbt von 1.000 Frauen im Früherkennungsprogramm eine Frau nicht an Brustkrebs, die andernfalls daran gestorben wäre, entsprechend einer number needed to screen (NNTs) von 1.000 (Thornton et al. 2003, ähnliche Ergebnisse bei Barratt et al. 2005). Dieses Beispiel dürfte verdeutlichen, wie die alleinige Darstellung der relativen Risikoreduktion bei niedriger absoluter Risikoreduktion zu unrealistischen Erwartungen und zu Entscheidungen führen kann, die so in Kenntnis der absoluten Risikoreduktion nicht getroffen werden würden.
- Wahrscheinlichkeiten lassen sich in positiver oder negativer Form darstellen. Die Form der Darstellung kann sich in erheblichem Ausmaß auf die Entscheidung von Patienten auswirken. Am Beispiel der Angioplastie (=PTCA, Gefäßaufdehnung) zur Beschwerdelinderung bei Patienten mit anhaltender Angina pectoris konnte gezeigt werden, dass Patienten bei positiver Darstellung des Risikos ("99% der Patienten haben keine Komplikationen") sich häufiger für den Eingriff entschieden als bei negativer Formulierung ("Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf") (Gurm und Litaker 2000).

Abbildung 1: Einfluss des Framings auf Entscheidungen beim Patienten



Quelle: Gurm und Litaker (2000: 841), Antworten von 116 Befragten auf die Fragen: "Wenn Ihr Arzt Ihnen zu dieser Behandlung raten würde, um das Symptom Brustschmerz zu lindern, aber die Angioplastie würde nicht lebensverlängernd wirken, würden Sie die Behandlung durchführen?" Befragte wurden zufällig ausgewählt, um Videos zu sehen, die entweder die Behandlungsrisiken mit "99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen" (N=63) oder "Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf" (N=53) umschrieben.

Werden Patienten nach dem SDM-Modell in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen, ist es hilfreich die Darstellungsform der Wahrscheinlichkeiten und Risikoreduktionen von Behandlungseffekten entsprechend Patienten-freundlich zu gestalten, d. h. Outcomes in absoluten Zahlen und mit positiven Wahrscheinlichkeiten wiederzugeben.

5) Schlussfolgerungen

Die Beteiligung der Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung in dem von ihnen gewünschten Ausmaß ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität. Daher muss das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) die Grundlagenforschung und den Transfer des SDM-Konzeptes in die Praxis durch Forschungsförderung unterstützen, z. B. indem der im Jahr 2001 eingerichtete Förderschwerpunkt "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess" mit neuen Projekten und ausreichender Ausstattung weitergeführt wird.

Längsschnittbefragungen, wie z. B. der Gesundheitsmonitor müssen fortgesetzt werden, damit die weitere Entwicklungen der Patientenbedürfnisse und die Reaktionen im Gesundheitswesen erfasst werden.

Die Durchführung Präferenz-sensitiver Maßnahmen sollte solange verboten sein, bis die vollständige und verständliche Information der Patient über alle Behandlungsoptionen sicher gestellt ist.

Die Verbesserung der Entscheidungsqualität erfordert außerdem die Verfügbarkeit umfassender Informationen. Die Patienten müssen insbesondere Zugriff auf konkrete Informationen über den potentiellen Nutzen und Schaden einer Behandlung haben. Ohne sie können Patienten nicht angemessen an Entscheidungen beteiligt werden.

Da unterschiedliche Darstellungen identischer medizinischer Sachverhalte zu unterschiedlichen Entscheidungen führen können, müssen evidenzbasierte Patienteninformationen in unterschiedlichen Formaten angeboten werden (Edwards 2004). Anbieter, die keine wirtschaftlichen Interessen und keine Partikularinteressen verfolgen, sind zur zuverlässigen und vertrauenswürdigen Patienteninformation am besten geeignet.

Einen wichtigen Schritt in diese Richtung stellen die Bestrebungen des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar, "ein effektiver, zuverlässiger, vertrauenswürdiger und populärer Herausgeber von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zu sein" (IQWiG 2005). Als Kooperationspartner bieten sich ferner das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Verbraucherorganisationen, Krankenkassen und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin an.

Literaturhinweise

Balint, M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2001.

Chassin, M.R., R.W. Galvin and the National Roundtable on Health Care Quality. "The Urgent Need to Improve Health Care Quality". *JAMA*. 280(11) 1998: 1000–1005.

Charles, C., A. Gafni, T. Whelan. "Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model". *Soc Sci Med* (49) 1999: 651-661.

Eddy, D.M. "Anatomy of a Decision". *JAMA* (263) 1990: 441-3.

Edwards, A. "Flexible rather than standardised approaches to communicating risks in health care". *Qual. Saf. Health Care* (13) 2004: 169-170.

Elwyn, G., H. Hutchings, A. Edwards, F. Rapport, M. Wensing, W.Y. Cheung und R. Grol. "The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks". *Health Expectations* 8 (1) 2005: 34-42.

Emanuel, E.J. und L.L. Emanuel LL. "Four models of the physician-patient relationship". *JAMA* (267) 1992: 2221-2226.

Engel, G. L. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Science* (196) 1977: 535-544.

Evans, R., A. Edwards, J. Brett, M. Bradburn, G. Elwyn, E. Watson und J. Austoker. "Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. Patient Education and Counseling". In Press, Corrected Proof.

Gurm, H.S. und D.G. Litaker. „Framing Procedural Risks to Patients: Is 99% Safe the Same as a Risk of 1 in 100?" *Academic Medicine*. (75) 2000:840-842.

Illich, I. *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1981.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. "Methoden". Version 1.0 vom 1. März 2005. http://www.iqwig.de/media/_ber_uns/institut/files/2005_03_01_IQWiG_Methoden.pdf (Download 23.05.2005).

Klemperer, D. "Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation". Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2003: i03-302. (Auch online unter www.klemperer.info, Download 08.06.2005.)

Klemperer, D. "Qualität in der Medizin - Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen". Dr. med. Mabuse (1/2) 1996.

McAlister, F.A., A.M. O'Connor, G. Wells, S.A. Grover und A. Laupacis. "When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients". CMAJ (163) 2000: 403-8.

McKeown, T. The Role of Medicine – Dream, Mirage or Nemesis. Nuffield Provincial Trust, 1976.

Mullan F. "Wrestling with Variation: An interview with Jack Wennberg". Health Affairs, Web Exclusive: http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.var.73v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULT-FORMAT=&fulltext=Wrestling+with+Variation&andorexactfulltext=and&searchid=1117788660847_113&stored_search=&FIRSTINDEX=0&resource=1&journalcode=healthaff (7 October 2004).

O'Connor, A.M., D. Stacey, V. Entwistle, H. Llewellyn-Thomas, D. Rovner, M. Holmes-Rovner, V. Tait, J. Tetroe, V. Fiset, M. Barry und J. Jones. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1.

Protheroe, J., T. Fahey, A.A. Montgomery und T.J. Peters. "The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis". BMJ (320) 2000: 1380-4.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Nomos, Baden-Baden 2002.

Scheibler, F. Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Verlag Hans Huber. Bern 2004.

Steel N. "Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey". BMJ (320) 2000: 1446-1447.

Stewart M.A. et al. "The Impact of Patient-Centered Care on Outcome". The Journal of Family Practice (49) 2000: 796-804.

Stewart, M und J.B. Brown. "Patient-centredness in medicine". in: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford: Oxford University Press 2001: 97-117.

Wennberg, J. "Variation in the Delivery of Health Care". Ann Int Med (288) 1998: 866-8.