

Zweites Hintergrundpapier zum SDM-Chartbook:

Die Sicht der Patienten

David Klemperer, Melanie Rosenwirth

Dieses Hintergrundpapier dient zur Vertiefung des Chartbook-Kapitels 5.2 "Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Patienten". 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.

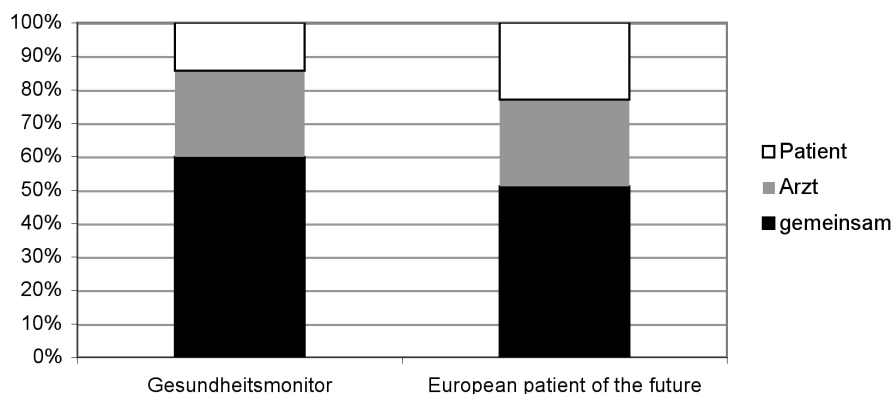
Inhalt:

- 1) Der Wunsch der Patienten nach Shared Decision Making
 - 2) Erwartungen der Patienten an ihren Arzt
 - 3) Die Arzt-Patient-Kommunikation
 - 4) Das OPTION-Instrument zur Messung der Arzt-Patient-Kommunikation
 - 5) Informationsbedürfnisse der Patienten
 - 6) Decision Aids
 - 7) Schlussfolgerungen
- Literaturhinweise

1) Der Wunsch der Patienten nach Shared Decision Making

Viele Patienten möchten sich am medizinischen Entscheidungsprozess beteiligen. Dies belegen verschiedene Studien zu diesem Thema. So sprechen sich mehr als die Hälfte der im Bertelsmann Gesundheitsmonitor befragten deutschen Versicherten für Shared Decision Making aus (Böcken et al. 2004). Der Wunsch nach einem gemeinsamen Entscheidungsprozess über medizinische Behandlungen bleibt über den Befragungszeitraum von 2002 bis 2004 stabil und findet sich auch in anderen europäischen Ländern wieder (Coulter und Magee 2003):

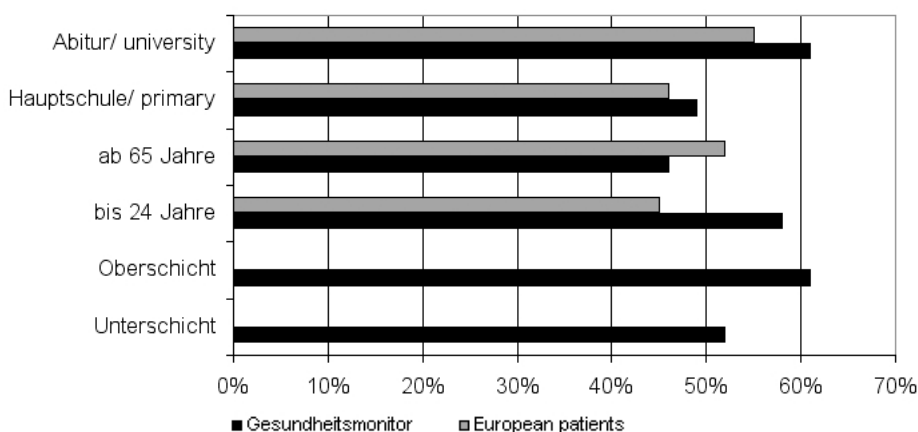
Abbildung 1: Wer soll entscheiden?



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor von 2001-2004 (N = 9146), nachzulesen in Böcken et al. (2004) sowie europäisches Telefonsurvey von Coulter und Magee (2003: 217 ff.), N = 8119 aus Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und Großbritannien (Zusammenfassung der Kategorien: "I should decide"/"I should make the decision after consulting my doctor"; "my doctor should decide"/"my doctor should make the decision after discussion with me"; "my doctor and I should decide together").

In beiden Studien zeigt sich, wie stark alters- und bildungsabhängig die Bereitschaft zur gemeinsamen Entscheidungsfindung ist, auch wenn der bundesweite Durchschnitt etwas höher liegt, als der europäische. Eine weitere Einflussgröße ist die Schichtzugehörigkeit: Je jünger ein Patient und je höher sein Bildungsstatus bzw. seine Schichtzugehörigkeit ist, desto mehr präferiert er SDM. Ausgenommen sind die unter 24jährigen, die eher dazu tendieren, die Entscheidung ihrem Arzt zu überlassen. Dies könnte auf einen Mangel an Erfahrung zurückzuführen sein. Eine unterschiedliche Präferenz je nach Geschlecht zeigt sich bei den Daten des Gesundheitsmonitors nicht:

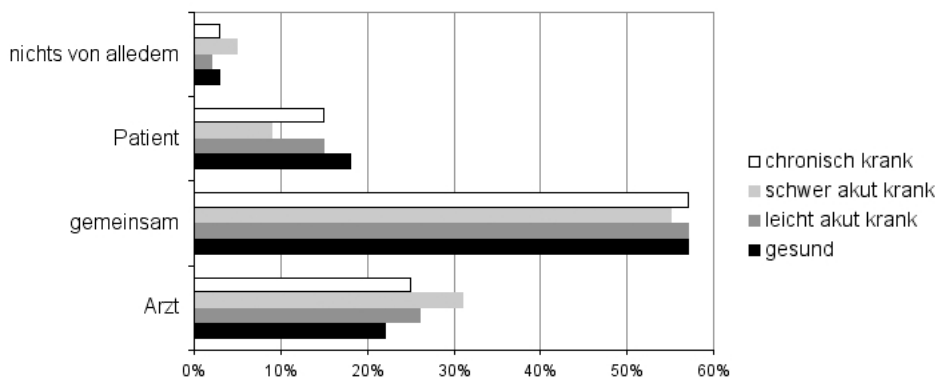
Abbildung 2: Patient und Arzt sollen gemeinsam entscheiden



Quelle: Böcken et al. (2004) sowie Coulter und Magee (2003: 217 ff.)

Geringe bis gar keine Unterschiede ergeben sich zwischen Gesunden, akut leicht Erkrankten und chronisch Kranken (jeweils 57-prozentige Präferenz für die gemeinsame Entscheidungsfindung). Lediglich die akut schwer Erkrankten liegen mit 55 Prozent geringfügig unter diesem Wert, diese Gruppe spricht sich mit 31 Prozent am häufigsten für den Arzt als Alleinentscheider aus (Abbildung 3). Hier spiegelt sich möglicherweise wider, wie selten ein schnelles Eingreifen auf Seiten des Arztes bei akut schweren Erkrankungen möglich ist und oft kaum Zeit bleibt für ausführliche Erörterungen des Problems und eine gemeinsame Entscheidung. Die Werte für die einzelnen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mit und ohne Insulinbehandlung (44 bzw. 51 Prozent für SDM), Asthma (60 Prozent) oder chronische Bronchitis (53 Prozent) differenzieren sehr stark und zeigen ein sehr heterogenes Bild dieser Gruppe. Diese Erkenntnis wird auch durch andere Studien bestätigt (Isfort 2004).

Abbildung 3: Entscheidungsbereitschaft nach Gesundheitszustand



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor von 2001-2004 (N = 9146)

Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer Befragung von 410 Patienten in schottischen Allgemeinmedizinpraxen über den von ihnen bevorzugten Konsultationsstil (McKinstry 2000). Die Patienten beurteilten Videos gespielter Arztbesuche, die fünf medizinische Probleme (blutender Leberfleck, Wadenzerung, rheumatoide Arthritis, Depression, Raucherentwöhnung) zeigten mit jeweils einer Konsultation im SDM-Stil und einer Konsultation mit einem direktiven Stil. Die Patienten gaben nach Betrachten der Videos an, welche Form der Entscheidungsfindung ihnen bei dem jeweiligen medizinischen Problem mehr zusagte. In den drei somatischen Szenarien bevorzugte die Mehrheit der Patienten eine direktive Herangehensweise. Bei der Depression sprach sich die Mehrheit für SDM aus. Die Auswertung nach sozialer Schicht zeigte auch hier einen stärkeren Wunsch nach Beteiligung in den oberen Schichten. Keine wesentlichen Unterschiede ergaben sich beim Geschlecht und bei Patienten mit chronischen Krankheiten. Bei der Auswertung nach Alter zeigte sich wiederum bei jüngeren Patienten ein stärkerer Wunsch nach Beteiligung als bei den Älteren.

Bei einer Befragung von 1543 Patienten in schwedischen Allgemeinmedizinpraxen befürworteten insgesamt 94 Prozent eine gemeinsame Entscheidung, die restlichen sechs Prozent wollten selbst bzw. "den Arzt" entscheiden lassen (Rosen et al. 2001). Befragte mit höherer Bildung und jüngere Befragte sprachen sich stärker für ein höheres Maß an Beteiligung aus als weniger Gebildete bzw. Ältere.

2) Erwartungen der Patienten an ihren Arzt

Patientenbeteiligung setzt spezifische Fertigkeiten auf Seiten des Arztes voraus, die durchaus auch so von den Patienten erwartet werden. In der europäischen Gemeinschaftsstudie EUROPEP (European Project on Patient Evaluation of General Practice Care) wurden für Deutschland 429 Patienten schriftlich gefragt, was ihrer Meinung nach einen guten Hausarzt oder eine gute Hausarztpraxis ausmache (Klingenberg et al. 1996). Es stellte sich folgende Patientenerwartungen an den Hausarzt heraus (Angaben von "sehr wichtig" oder "besonders wichtig"):

Tabelle 1: Patienten wünschen sich Ärzte, die immer verfügbar, sorgfältig sowie ehrlich sind und über einen offenen Kommunikationsstil verfügen.

Der Hausarzt sollte...

1. im Notfall schnell zur Hilfe sein,	89 %
2. sorgfältig sein,	88 %
3. genügend Zeit haben zum Zuhören/Reden/Erklären,	88 %
4. mir alles sagen, was ich über meine Krankheit wissen will,	84 %
5. es mir ermöglichen, offen über meine Probleme zu reden,	82 %
6. offen und ehrlich sein,	82 %
7. alle Informationen über seine Patienten vertraulich behandeln,	82 %
8. Nützlichkeit von Medikamenten/Verordnungen kritisch abwägen,	79 %
9. über neueste Entwicklungen in der Medizin informiert sein,	77 %
10. zuhören können.	76 %

Quelle: Klingenberg et al. 1996

Neben der Arzt-Patient-Kommunikation sind den Patienten auch die partnerschaftliche Beziehung zu ihrem Arzt sowie die Gesundheitsförderung wichtig. Dies ergab eine britische Befragung von 824 Patienten nach ihren Präferenzen bezüglich einer patientenzentrierten Kommunikation (Little et al. 2001). Der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung und dem Verschreiben von Medikamenten war weitaus weniger ausgeprägt (Tabelle 2). Die Studie zeigt auch sehr deutlich wie sehr Patienten sich wünschen, ihr Arzt möge sich mehr für ihre Bedürfnisse, Ängsten und Wünschen interessieren.

Tabelle 2: Patienten erachten neben der Arzt-Patienten-Kommunikation auch die partnerschaftliche Beziehung zu und die Gesundheitsförderung durch ihren Allgemeinmediziner (general practitioner) als wichtig. Klinische Untersuchungen oder Medikamentenverschreibung treten eher in den Hintergrund.

Ich möchte, dass der Arzt...	stimme sehr stark zu	stimme stark zu	stimme zu	neutral/ stimme nicht zu
Faktor 1: Kommunikation (Krankheitserfahrung, Kommunikation und Arzt-Patient-Beziehung)				
mit meinen Ängsten umgeht	27 %	23 %	38 %	12 %
alles zuhört was ich zu dem Problem zu sagen habe	34 %	29 %	33 %	5 %
daran interessiert ist, was ich wissen will	24 %	26 %	39 %	11 %
den Hauptgrund für mein Kommen versteht	28 %	29 %	40 %	3 %
freundlich und umgänglich ist	42 %	27 %	30 %	1 %
gut erklärt, was gemacht werden sollte	40 %	30 %	27 %	3 %
das Problem gut erklärt	45 %	31 %	22 %	2 %
Faktor 2: Partnerschaft (Interesse des Arztes in die Hoffnungen und Erwartungen des Patienten, gemeinsame Verhandlungsbasis)				
interessiert daran ist, was ich für das Problem halte	26 %	24 %	35 %	16 %
mit mir das Problem diskutiert und einer Meinung darüber ist	27 %	27 %	33 %	13 %
daran interessiert ist, was ich getan haben will	23 %	23 %	38 %	16 %
daran interessiert ist, welche Behandlung ich will	22 %	21 %	34 %	23 %
die Behandlung mit mir diskutiert und dann mit mir entscheidet	27 %	25 %	34 %	14 %
Faktor 3: Gesundheitsförderung				
mir rät wie ich das Risiko weiterer Krankheiten reduziere	24 %	24 %	41 %	11 %
mir rät wie ich zukünftig gesund bleibe	23 %	24 %	38 %	15 %
andere erwünschte Aspekte der Arzt-Konsultation				
mich vollständig untersucht	14 %	18 %	32 %	36 %
mir Medikamente verschreibt	5 %	5 %	15 %	76 %
mir rät, was ich tun kann	23 %	25 %	44 %	8 %
meine emotionale Bedürfnisse versteht	17 %	17 %	37 %	30 %
daran interessiert ist, wie sich das Problem mein Leben auswirkt	29 %	25 %	35 %	12 %

Quelle: Little et al. (2001), Übersetzung Rosenwirth

3) Die Arzt-Patient-Kommunikation

Die Arzt-Patient-Kommunikation ist ein wichtiger Prozessschritt im Shared Decision Making und trägt entscheidend zum Behandlungsergebnis bei. Sie dient dazu, eine Entscheidung herbeizuführen unter Berücksichtigung und Befriedigung der kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der Patienten. Kommunikative Kompetenz ist von Seiten des Arztes in besonderem Maße gefragt, weil diese Bedürfnisse interpersonell unterschiedlich und auch intrapersonell nicht immer zeitstabil sind (Klemperer 2003).

Nach Donabedian (1988) können Informationen über die Qualität der medizinischen Behandlung den Kategorien Struktur, Prozess und Ergebnis zugeordnet werden. Prozess ist dabei definiert als das, was innerhalb der Behandlung getan wird und umfasst den technischen und den interpersonalen Bereich. Der interpersonale Anteil des Prozesses – d.h. die Kommunikation von Arzt und Patient – soll die Entscheidung über die medizinische Therapie herbeizuführen. Eine gelingende Kommunikation ist somit eine entscheidende Voraussetzung für die richtige, präferenzkonforme Entscheidung und damit für ein gutes Behandlungsergebnis.

In verschiedenen Studien ist belegt, dass sich Patienten Ärzte wünschen, die ihnen einerseits umfassende Informationen über ihre Krankheit geben, sich für ihr Verständnis und ihre Deutung der Krankheit interessieren, sich um ihre Ängste kümmern, sie an den Entscheidungen beteiligen und dabei über einen warmen, zugewandten Kommunikationsstil verfügen (Stewart 2001).

Nach Di Blasi et al. (2001) verbessert eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient durch Erfüllung der kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der Patienten die psychologischen und somatischen Behandlungsergebnisse. Dies geschieht durch die Förderung einer positiven Erwartungshaltung, Minderung von Angst, Erleichterung der Krankheitsbewältigung sowie Verbesserung der Beteiligung und der Therapietreue. Die Empathie des Arztes, d.h. die Fähigkeit, die Situation, die Perspektive und die Gefühle des Patienten zu verstehen und dieses Verständnis dem Patienten zu kommunizieren, verbessert das Wissen des Arztes um den Patienten, fördert die diagnostische Genauigkeit, die Therapietreue und die Zufriedenheit des Patienten (Elwyn et. 1999).

Auch Larson und Yao (2005) befassen sich mit der Bedeutung der Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung. Ihr Fazit: Ärzte, die Empathie zeigen, arbeiten effektiver und sind in ihrem Beruf zufriedener. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Arzt-Patient-Beziehung aus.

Drei Jahre nach der ersten EUROPEP-Studie (Klingenberg 1999) wurden die Aussagen über die Hausärzte und ihre Praxen genauer untersucht. Hierfür wurden 2224 Patienten aus 36 Hausarztpraxen zu ihrer Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in den vergangenen 12 Monaten befragt (Klingenberg et al. 1999). Während die Gesamtzufriedenheit mit 95 Prozent sehr hoch lag, wurden die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte durchaus kritischer beurteilt:

Tabelle 3: Die Befragten der EUROPEP-Studie sehen die kommunikativen Fähigkeiten ihrer Hausärzte nicht nur positiv. Angaben auf einer 5-stufigen Skala von 1 = „schlecht“ bis 5 = „ausgezeichnet“

	Anteil der Paxen mit Urteil „ausgezeichnet“
Wie hat er Ihnen zugehört?	65 %
Wie gründlich war er?	64 %
Hatte er Interesse an Ihrer persönlichen Situation?	61 %
Hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	61 %
Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	60 %
Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	59 %
Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	58 %
Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	57 %
Wie hat er Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, seine Ratschläge zu befolgen?	55 %
Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	55 %
Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	54 %
Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	53 %

Quelle: Klingenberg et al. 1999

Die Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung durch die Patienten in der Primärversorgung war auch Bestandteil einer Länder-vergleichenden Befragung des Commonwealth Fund (Schoen et al. 2004). Der Vergleich der Patientenerfahrungen in Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und den USA zeige ausgeprägte Defizite in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in allen fünf Ländern, aber in jeweils unterschiedlichen Ausprägungen (Tabelle 4). So scheinen in Australien und Neuseeland die kommunikativen Fertigkeiten der Ärzte besser zu sein als in den USA. Beispielsweise verstehen über 70 Prozent der australischen und neuseeländischen Patienten immer (“always”) die Erklärungen ihrer Ärzte, während es bei den Amerikanern “nur” 60 Prozent sind. Auch bei der Frage nach der Zeit, die der Arzt mit ihnen verbringt, liegen amerikanische Patienten rund 20 Prozent unter den

Angaben anderen Länder. Allerdings scheinen Behandlungsalternativen in allen fünf Ländern weniger angesprochen zu werden, nur rund 40 Prozent der Australier und Neuseeländer sowie rund 30 Prozent der Amerikaner machten hierzu positive Angaben.

Tabelle 4: Arzt-Patient-Beziehung und Kommunikation in fünf Ländern, 2004

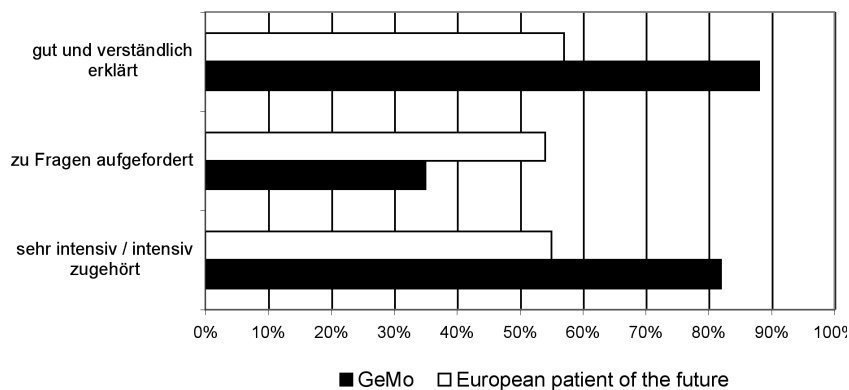
	Australien	Kanada	Neuseeland	Großbritannien	USA
N	1400	1410	1400	3061	1401
Wie beurteilen Sie die Qualität der ärztlichen Versorgung in den letzten 12 Monaten?					
exzellent oder sehr gut	71 %	68 %	74 %	64 %	61 %
gut	19 %	20 %	15 %	21 %	22 %
fair oder schlecht	8 %	9 %	6 %	11 %	14 %
Wie oft hörte Ihnen der Arzt genau zu?					
immer	71 %	66 %	74 %	68 %	58 %
normalerweise	19 %	21 %	19 %	20 %	25 %
manchmal/selten oder nie	9 %	12 %	7 %	11 %	15 %
Wie oft erklärte er die Dinge, so dass Sie es verstehen konnten?					
immer	73 %	70 %	73 %	69 %	58 %
normalerweise	18 %	21 %	19 %	19 %	26 %
manchmal/selten oder nie	9 %	9 %	7 %	11 %	15 %
Hat er genügend Zeit mit Ihnen verbracht?					
immer	63 %	55 %	66 %	58 %	44 %
normalerweise	23 %	27 %	21 %	23 %	28 %
manchmal/selten oder nie	14 %	17 %	12 %	17 %	25 %
Wenn Sie eine Behandlung benötigten, wie oft hat Ihnen der Arzt die Ziele und Pläne der Behandlung klar gemacht?					
immer	61 %	55 %	59 %	52 %	45 %
normalerweise	22 %	27 %	23 %	21 %	31 %
manchmal/selten oder nie	14 %	15 %	13 %	19 %	20 %
Wie oft gab er Ihnen klare Anweisungen, so dass sie wussten, was zu tun war oder auf welche Symptome Sie achten mussten?					
immer	70 %	62 %	71 %	64 %	60 %
normalerweise	19 %	25 %	20 %	20 %	24 %
manchmal/selten oder nie	10 %	12 %	8 %	13 %	13 %
Wie oft informierte er sie über Behandlungsalternativen und fragte Sie nach Ihrer Meinung?					
immer	43 %	36 %	41 %	27 %	29 %
normalerweise	19 %	26 %	22 %	15 %	23 %
manchmal/selten oder nie	35 %	35 %	30 %	50 %	44 %
Gab es in den letzten 2 Jahren eine Zeit, wo Sie den Arzt verließen, ohne Antworten auf wichtige Fragen bekommen zu haben?					
	22 %	19 %	20 %	13 %	24 %
Gab es eine Zeit, wo Sie den Anweisungen Ihres Arztes nicht folgten?					
	28 %	22 %	26 %	14 %	31 %

Quelle: Schoen et al. 2004, Übersetzung Rosenwirth

Ähnlich niedrige Werte wie bei den amerikanischen Patienten aus der Befragung des Commonwealth Fund zeigen sich bei Coulter und Magee (2003) in dem europäischen Telefonsurvey: 57 Prozent der 8119 Befragten bezeichneten die Erklärungen ihres konsultierten Arztes als immer klar, 55 Prozent bescheinigten ihm die Fähigkeit sorgfältig zuzuhören und 54 Prozent antworten, dass er Zeit für Fragen hatte. Dabei gaben ältere Befragte und Personen mit Universitätsabschluss durchwegs höhere Werte an (teilweise über 60 Prozent). Allerdings liegen die Angaben für Deutschland mit nur 51 Prozent (“always listens carfully”) sowie 50 Prozent (“allows questions and gives clear explanations”) etwas niedriger als im Vergleich zu den Daten aus dem Gesundheitsmonitor.

Hier ergibt sich ein differenzierteres Bild: 82 Prozent der 9 146 Befragten hatten das Gefühl, ihr Hausarzt habe ihnen sehr intensiv bzw. intensiv zugehört und 88 Prozent bescheinigten ihm die Fähigkeit, gut und verständlich zu erklären. Nur 35 Prozent wurden explizit von ihrem Arzt zu Frage aufgefordert (Abbildung 4):

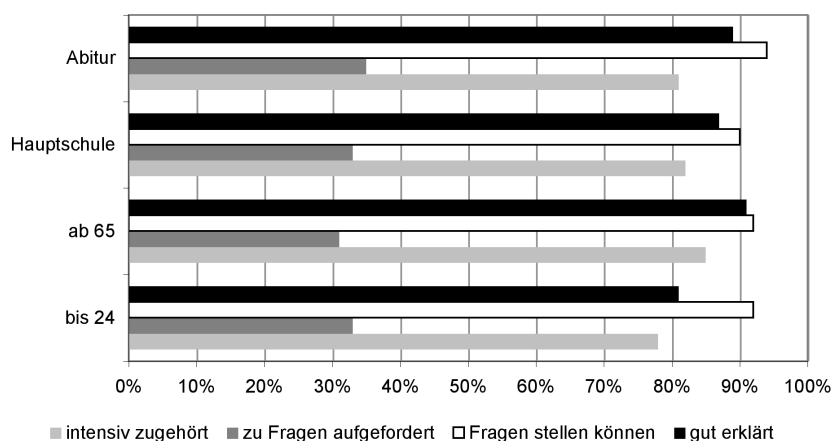
Abbildung 4: Arzt-Patient-Kommunikation im europäischen Vergleich



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor von 2001-2004 (N = 9146) sowie europäisches Telefonsurvey von Coulter und Magee (2003: 208 ff.), N = 8119 aus Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und Großbritannien (Gleichstellung der Kategorien: “always listen carefully” = sehr intensiv/intensiv zugehört; “always allows time for questions” = zu Fragen aufgefordert; “always gives clear explanations” = gut und verständlich erklärt).

Auch die Arzt-Patient-Kommunikation wird je nach Alter und Bildungsstand unterschiedlich wahrgenommen. Abiturienten verstehen Erklärungen besser und können häufiger Fragen stellen, während Hauptschüler das Gefühl haben, ihr Arzt höre ihnen intensiv zu und erkläre gut. Die über 65-Jährigen wurden etwas weniger zu Fragen aufgefordert als die unter 24-Jährigen, hatten aber am meisten das Gefühl, dass der Arzt ihnen intensiv zuhörte (Abbildung 5).

Abbildung 5: Arzt-Patient-Kommunikation nach Alter und Schulabschluss



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor von 2001-2004 (N = 9146)

4) Das OPTION-Instrument zur Messung der Arzt-Patient-Kommunikation

Das OPTION (observing patient involvement)-Instrument (Abbildung 6) beschreibt ärztliche Kompetenzen, die zur Beteiligung des Patienten am Entscheidungsfindungsprozess erforderlich sind. Das Instrument misst die Fähigkeit des Arztes, dem Patienten das medizinische Problem und die Behandlungsoptionen zu erklären, sein Verständnis zu überprüfen, in Abwägungsprozessen seine subjektive Sicht einzubeziehen, sich seiner persönlichen Präferenzen zu vergegenwärtigen und ihn in dem Ausmaß an der Entscheidung zu beteiligen, wie er es wünscht (vgl. Hintergrundpapier Nr. 3).

Das SDM-Modell ist zwar noch nicht eindeutig definiert und umfassend operationalisiert (Charles et al. 1997). Mit dem Option-Instrument und den darin beschriebenen Prozessschritten und ärztlichen Kompetenzen (Elwyn et al. 2003, 2005) scheint das SDM-Konzept jedoch inzwischen einen höheren Grad an Klarheit und Präzision erlangt zu haben:

Abbildung 6: OPTION (observing patient involvement)-Skala (Elwyn 2005, Übersetzung Klemperer), Instrument zur Messung der Arzt-Patienten-Kommunikation:

1. Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit auf ein erkanntes Problem, das einen Entscheidungsfindungsprozess erfordert.
2. Der Arzt stellt fest, dass es mehr als seine Möglichkeit gibt, mit dem Problem umzugehen („equipoise“).
3. Der Arzt bringt die vom Patienten bevorzugte Herangehensweise in Erfahrung, Informationen zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses zu erhalten.
4. Der Arzt nennt die Optionen, zu denen auch zählen kann, keine Maßnahme zu ergreifen.
5. Der Arzt erklärt dem Patienten den Nutzen und Schaden der Behandlung (eine Option besteht darin, keine Maßnahme zu ergreifen).
6. Der Arzt exploriert die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
7. Der Arzt exploriert die Sorgen und Ängste des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
8. Der Arzt prüft, ob der Patient die Informationen verstanden hat.
9. Der Arzt bietet dem Patienten explizit Möglichkeiten an, während des Entscheidungsprozesses Fragen zu stellen.
10. Der Arzt bringt das vom Patienten gewünschte Ausmaß an Beteiligung an der Entscheidung in Erfahrung.
11. Der Arzt stellt die Notwendigkeit einer Entscheidung (oder eines Aufschubs) fest.
12. Der Arzt weist auf die Notwendigkeit einer Überprüfung der Entscheidung (oder eines Aufschubs) hin.

Auswertungsanleitung für OPTION (auch Elwyn 2005)

The revised scale scoring guidance

scale score	definition
0	The behaviour is not observed
1	A minimal attempt is made to exhibit the behaviour
2	The clinician asks the patient about their preferred way of receiving information to assist decision
3	The behaviour is exhibited to a good standard
4	The behaviour is observed and executed to a high standard

Mit Fragen aus dem Gesundheitsmonitors lassen sich einige der in der OPTION-Skala aufgeführten Items an Patienten schriftlich abfragen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Vergleichbare Fragen aus dem Gesundheitsmonitor („Denken Sie bitte an das letzte Mal, als im Rahmen einer Behandlung durch Ihren Hausarzt eine Entscheidung über das weitere Vorgehen gefällt werden musste. Was ist passiert?“):

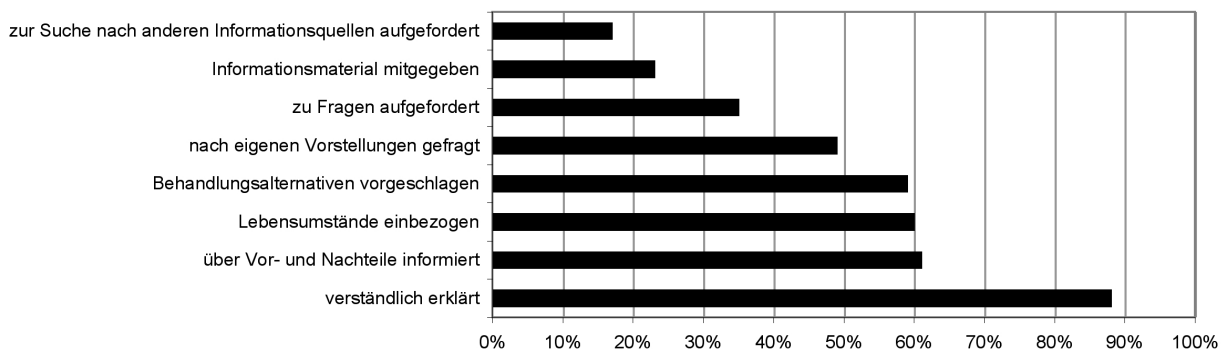
- Mein Arzt hat mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vorgeschlagen (vergleichbar mit OPTION 2 und 4)
- Mein Arzt hat mir Informationsmaterial mitgegeben (vergleichbar mit OPTION 3)

- Mein Arzt hat mich ermuntert, auch bei anderen Quellen Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu suchen (vergleichbar mit OPTION 3)
- Mein Arzt hat mich über Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsalternativen informiert (vergleichbar mit OPTION 5)
- Mein Arzt hat mir alles verständlich erklärt (vergleichbar mit OPTION 5)
- Mein Arzt hat mich nach meinen Vorstellungen zum Behandlungsergebnis befragt und sie in seine Behandlungsvorschläge einbezogen (vergleichbar mit OPTION 6)
- Mein Arzt hat meine Lebensumstände in seine Behandlungsvorschläge einbezogen (vergleichbar mit OPTION 7)
- Mein Arzt hat mich aufgefordert Fragen zu stellen (vergleichbar mit OPTION 9)

Die Fähigkeit, verständlich zu erklären, wird den Ärzten von 88 Prozent der deutschen Patienten bescheinigt. Allerdings fallen die Ergebnisse je nach Schulabschluss unterschiedlich aus. Befragte mit Abitur scheinen Erklärungen des Arztes besser zu verstehen als Hauptschulabgänger (vgl. Abbildung 5). Rund 60 Prozent der Versicherten fühlt sich gut über Vor- und Nachteile von Behandlungen informiert oder in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Zu den eigenen Vorstellungen befragt wurde knapp die Hälfte. Nur 35 Prozent wurden aufgefordert, Fragen zu stellen. Letztendlich erhielten nur 23 Prozent der Patienten schriftliches Informationsmaterial und nur 17 Prozent wurden von ihrem Arzt aufgefordert, nach anderen Informationsquellen zu suchen. Im Kontrast zu den von Patienten geäußerten Defiziten bewerten die im Gesundheitsmonitor befragten Ärzte ihre kommunikativen Kompetenzen deutlich besser (vgl. "Drittes Hintergrundpapier", Abbildung 8).

Die Frage aus den Gesundheitsmonitor: "Denken Sie bitte an das letzte Mal, als im Rahmen einer Behandlung durch Ihren Hausarzt eine Entscheidung über das weitere Vorgehen gefällt werden musste. Was ist passiert?" deckt sich teilweise mit dem von Elwyn et al. (2005) entwickelten Messinstrument (OPTION-Skala) zur Erfassung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Mehrzahl der deutschen Patienten bescheinigen ihrem Arzt, dass er ihnen medizinische Sachverhalte verständlich erklären kann, aber nur die Hälfte fühlt sich gut informiert oder in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Weitaus weniger wurde zu Fragen aufgefordert oder Informationsmaterial mitgegeben.

Abbildung 8: Der Hausarzt hat bei der Entscheidung über eine Behandlung ...



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor von 2001-2004 (N = 9146).

5) Informationsbedürfnisse der Patienten

Medizinische Interventionen sollen den Verlauf einer Krankheit günstiger gestalten als dies ohne die Intervention der Fall wäre. Um entsprechend dieser Maxime entscheiden zu können benötigen die meisten Patienten umfassende Informationen über alle Aspekte ihrer Krankheit (Coulter et al. 1999). Damit ist die Information der Patienten neben der Arzt-Patient-Kommunikation ein weiterer zentraler Prozessschritt im SDM.

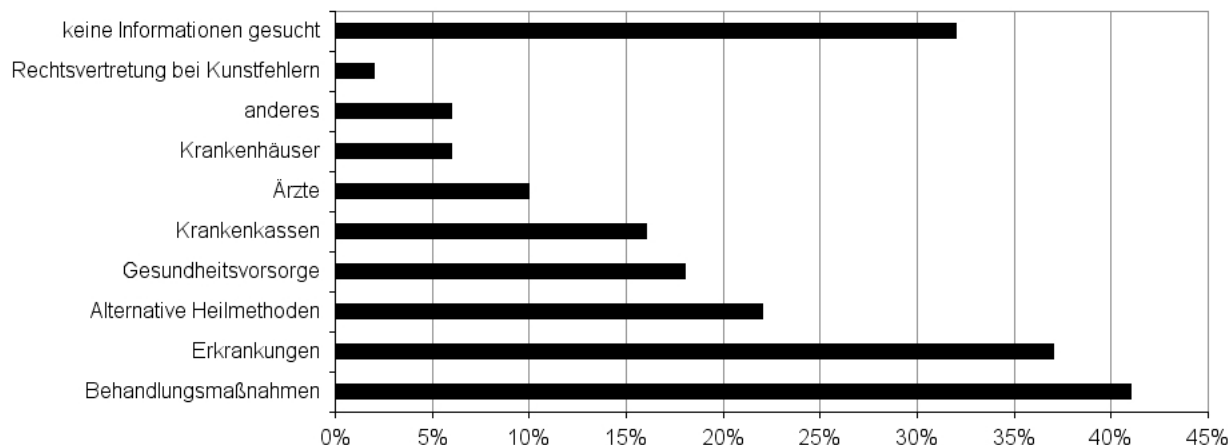
Bei Untersuchungen mit Fokusgruppen von Patienten mit chronischen Erkrankungen gaben diese an, ein tieferes Verständnis über das Wesen ihrer Gesundheitsstörung erlangen zu wollen (Coulter et al. 1999). Ebenfalls von Interesse seien die Prognose, die Untersuchungen und die Behandlung, die Mög-

lichkeiten der Unterstützung und der Selbsthilfe. Patienten benötigen Informationen über die Ursachen ihrer Erkrankung, die Behandlungsnotwendigkeit, den Nutzen und Schaden unterschiedlicher Behandlungsoptionen, das Ausmaß der Symptomlinderung, die Behandlungsdauer, die Auswirkungen der Behandlung auf das psychische Wohlbefinden und auf das Sexualleben, die Rehabilitation und auf zusätzliche Informationsquellen.

Auch die Befragten des Gesundheitsmonitors geben Behandlungsmaßnahmen und Erkrankungen (41 und 37 Prozent) als die wichtigsten Gesundheitsthemen an. Weiterhin suchen sie nach Informationen über alternative Heilverfahren und Gesundheitsvorsorge, während Informationen über Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser von eher geringem Interesse sind. Allerdings suchen 32 Prozent der Deutschen überhaupt nicht nach Informationen zu Gesundheitsthemen (Abbildung 9).

Der deutsche Patient informiert sich am häufigsten über Behandlungsmaßnahmen und Erkrankungen. Gut ein Fünftel sucht nach Informationen über alternative Heilverfahren und Gesundheitsvorsorge. Informationen über Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser sind für sie von geringerem Interesse. Allerdings sucht ein Drittel der Deutschen überhaupt nicht nach Informationen zu Gesundheitsthemen.

Abbildung 9: Welche gesundheitsrelevanten Informationen werden gesucht?



Quelle: Daten aus dem Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2001-2003, N = 7628

Neben der Arzt-Patient-Kommunikation wurde in der international vergleichenden Befragung des Commonwealth Fund auch der Wissensstand der Patienten zu den Behandlungszielen bzw. dem Behandlungsplan, den Anweisungen des Arztes bzw. den Verhaltensregeln und den Behandlungsoptionen untersucht (Schoen et al. 2004). Es stellte sich in allen Ländern ein relevanter Anteil von Patienten heraus, der nicht angemessen informiert und beteiligt wird.

Tabelle 5: Weniger als die Hälfte der angelsächsischen Patienten haben Zugang zu den eigenen medizinischen Aufzeichnungen.

	Australien	Kanada	Neuseeland	Großbritannien	USA
habe derzeit Zugang	40 %	34 %	45 %	28 %	51 %
habe keinen Zugang	33 %	43 %	29 %	44 %	31 %
habe keine Zugang, aber will Zugang	67 %	73 %	64 %	59 %	75 %
Habe keinen Zugang und will auch keinen Zugang	29 %	22 %	27 %	35 %	19 %

Quelle: Schoen et al. 2004

6) Decision Aids

Valide Informationen sind eine grundlegende Voraussetzung für Patientenbeteiligung nach dem SDM-Modell. Bisher gibt es keine verlässlichen Standards für Patienteninformationen, dafür aber viele unzuverlässige Informationen im Internet und in gedruckten Broschüren. Der Patient benötigt evidenzbasierte Informationen über den potentiellen Nutzen und Schaden von medizinischen Interventionen, zugeschnitten auf seine spezifische Situation und die für ihn relevanten Outcomes.

Grundlage der Information von Patienten über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen sind aggregierte Daten. Sie stammen häufig aus randomisierten kontrollierten Studien. Die Darstellung aggregierter Studiendaten bildet den Ausgangspunkt der Information individueller Patienten. Für diesen Transfer können "Decision aids" eingesetzt werden, als elektronische oder nicht elektronische evidenzbasierte Interventionen, um eine abwägenden Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Behandlungsoptionen zu unterstützen (O'Connor et al. 2004, vgl. Hintergrundpapier Nr. 1).

Decision aids bieten im Gegensatz zu herkömmlichen Informationsbroschüren keine allgemeinen Krankheitsinformationen sondern spezifisches, auf eine Entscheidungssituation bezogenes Wissen, u. a. mit Angaben zu personalisierten Risikoabschätzungen für Outcomes, die sich auf Aspekte des Gesundheitszustandes beziehen, die der Patient für wichtig erachtet. Sie unterscheiden sich damit von herkömmlichen Gesundheitsbroschüren durch ihren detaillierten, spezifischen und personalisierten Fokus auf Optionen und Outcomes mit dem Ziel, die Menschen auf eine Entscheidung vorzubereiten.

Als Beispiel sei eine Decision Aid im Internet für das Mammographie-Screening von Frauen im Alter von 50-69 Jahren genannt (www.mammographie-screening-online.de/Mammographie_Online/mammographie_online.html, 10.06.2005). Hier werden erst Begriffe wie Früherkennungsuntersuchung und Mammographie erklärt. Dann erhält die Patientin Informationen über den Nutzen, den fehlenden Nutzen und die unerwünschten Wirkungen der Untersuchung sowie über die Häufigkeit von Brustkrebs bei Frauen unterschiedlicher Altersklassen. So heißt es u. a., das von 1 000 Frauen in der Altersgruppe von 50-69 Jahren innerhalb von 10 Jahren mit Mammographie-Screening 3 an Brustkrebs sterben, ohne Screening dagegen 4. Auch die Zahl der falsch positiven Befunde wird genannt. Die hinzugezogene Fachliteratur wird ebenso erwähnt wie das Datum der letzten Aktualisierung.

Decision aids sollen Patienten darin unterstützen,

- ihr Wissen über Behandlungsoptionen zu verbessern,
- realistischere Erwartungen bezüglich der Auswirkungen auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität zu entwickeln,
- ihre Entscheidungskonflikte zu mindern,
- die Übereinstimmung zwischen der persönlichen Präferenz und Entscheidung zu erhöhen,
- die Bereitschaft zur Beteiligung an der Entscheidung zu erhöhen (O'Connor et al. 2004).

Analog stehen Ärzten in zunehmender Zahl klinische Entscheidungsunterstützungssysteme ("Clinical Decision Support Systems") zur Verfügung. Hier erhalten Ärzte in automatisierter Form Informationen für spezifische Entscheidungssituationen bezüglich individueller Patienten.

Abschließend seien hier drei Studien zur Validität von Decision Aids und Entscheidungsunterstützungssystemen genannt:

- O'Connor et al. (2004) untersuchten in einem Cochrane Review die Qualität von 131 Decision aids anhand der „CREDIBLE-Kriterien“. Das CREDIBLE-Instrument bewertet u. a. den Entwicklungsstand, die Aktualität, die Evidenzbasierung, die Offenlegung von Interessenkonflikten, die ausgewogene Darstellung von Optionen, Nutzen und Schaden sowie die Verbesserung der Entscheidungsfindung (<http://decisionaid.ohri.ca/cred.html>, Download 8.6.2005). Die meisten Decision aids informierten über den potentiellen Nutzen und Schaden der Intervention und über die Aktualität, nannten relevante Literatur und wurden als frei von Interessenkonflikten bezeichnet. Wenige hingegen beschrieben den Grad an Unsicherheit der Evidenz und nur 34 Decision aids waren durch randomisierte kontrollierte Studien evaluiert.
- Zwei systematische Übersichtsarbeiten aus dem Jahr 2005 belegen den Beitrag klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme, die ärztlichen Entscheidungen gemäß evidenzbasierter Leitlinien zu verbessern (Garg et al. 2005, Kawamoto et al. 2005). Dies ist insbesondere der Fall, wenn sie in klinische Abläufe eingebunden sind, klare Empfehlungen enthalten und die Informationen automatisch zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zur Verfügung stellen.

7) Schlussfolgerungen

Die Bedürfnisse der Patienten nach Information, Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und Empathie sind ein konsistentes Ergebnis der vorliegenden empirischen Untersuchungen. Die Ausprägung dieser Bedürfnisse ist jedoch unterschiedlich und auch beim einzelnen Patienten nicht immer zeitstabil. Ebenfalls konsistent zeigen unterschiedliche Untersuchungen ein Defizit bei den Ärzten, wenn es darum geht, die kognitiven und emotionalen Patientenbedürfnisse zu erfüllen.

Der Gesetzgeber und die ärztliche Selbstverwaltung müssen in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern dafür sorgen, die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen zu einem verbindlichen Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation werden zu lassen. Dazu müssen die Medizinischen Fakultäten sicherstellen, dass jeder einzelne Student die entsprechenden Kompetenzen erlernt. Die ärztliche Selbstverwaltung muss gewährleisten, dass alle bereits im Beruf stehenden Ärzte über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen.

Die ärztlichen Kompetenzen zur Patientenbeteiligung sollten als Performance-Indikator in alle Strategien und Methoden der Qualitätssicherung eingehen. Die "neuen" Anforderungen im Zuge der SDM-Implementierung sind systematisch in das Zertifizierungsverfahren "Europäisches Praxisassessment" (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen 2005) integriert worden.

Präferenz und Entscheidung sollen übereinstimmen. Deshalb müssen Gesetzgeber und Ärztekammern die Durchführung von Präferenz-sensitiven Maßnahmen für unzulässig erklären, solange nicht sicher gestellt ist, dass der Patient über die Behandlungsoptionen informiert ist und sie auch verstanden hat.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) muss weiterhin seinen Auftrags umsetzen, den Bürgern und Patienten zuverlässige, valide und unabhängige Informationen in unterschiedlichen Formaten zur Verfügung zu stellen.

Literaturhinweise

Böcken J., B. Braun und M. Schnee (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh 2004.

Coulter, A., und H. Magee (eds.). *The European Patient of the Future*. Open University Press: Maidenhead, Philadelphia 2003.

Coulter, A., V. Entwistle und D. Gilbert. "Sharing decisions with patients: is the information good enough?" *BMJ* (318) 1999: 318-322.

Di Blasi, Z., E. Harkness, E. Ernst, A. Georgiou und J. Kleijnen. „Influence of context effects on health outcomes: a systematic review". *The Lancet* (357) 2001: 757-762.

Donabedian, A. "The Quality of Care. How Can It Be Assessed?" *JAMA* (260) 1988: 1743-8.

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.

Elwyn, G., A. Edwards, M. Wensing, K. Hood, C. Atwell und R. Grol. "Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement". *Qual Saf Health Care* (12) 2003: 93-99.

Elwyn, G., A. Edwards und P. Kinnersley. "Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation". *Br J Gen Pract* (49) 1999: 477-482.

Garg, A.X., N.K.J. Adhikari und H. McDonald et al. "Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review". *JAMA* (293) 2005:1223-1238.

Guyatt, G., V. Montori, P.J. Devereaux, H. Schunemann und M. Bhandari. „Patients at the centre: in our practice, and in our use of language". *Evid Based Med* (9) 2004: 6-7.

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).

Isfort, J., B. Floer, N. Koneczny, H.C. Vollmar, S. Lange und M. Butzlaff. "Shared Decision Making – sind Patienten

ten in der hausärztlichen Praxis dazu bereit? (Teilergebnisse der PIA-Studie)”. Vortrag auf der 2. Tagung des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess” vom 25.-27.03.2004 in Freiburg. (Auch online unter http://www.patient-als-partner.de/tagung-end_abstract1.htm#_Toc67806625, Download 08.06.2005.)

Kawamoto, K., C.A. Houlihan, E.A. Balas und D.F. Lobach. “Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success”. *BMJ* 330 (7494) 2005: 765.

Klemperer, D. “Arzt-Patient-Beziehung. Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden”. *Dtsch Arztebl* (100) 2003: A 753-755.

Klingenberg, Anja, Ottmar Bahrs und Joachim Szecsenyi. “Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EURO-PEP)”. *ZaeFQ* (93) 1999: 437-445.

Klingenberg, Anja, Ottmar Bahrs und Joachim Szecsenyi. “Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie”. *Allg Med* (72) 1996: 180-186.

Larson, E.B. und X. Yao. “Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship”. *JAMA* (293) 2005:1100–1106.

Little, P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore und C. Gould et al. “Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study”. *BMJ* (322) 2001: 468–72.

McKinstry, B. “Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes”. *BMJ* (321) 2000: 867–71.

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.*

Rosen, P., A. Anell und C. Hjortsberg. “Patient views on choice and participation in primary health care”. *Health Policy* (55) 2001: 121-8.

Schoen, C., R. Osborn, P.T. Huynh, D. Michelle, K. Davis, K. Zapert, und J. Peugh. “Primary Care and Health System Performance: Adults’ Experiences in Five Countries,” *Health Affairs Web Exclusive* (October 28, 2004).

Stewart, M. “Towards a global definition of patient centred care”. *BMJ* (322) 2001: 444-5.