

# Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin

D. Klemperer

Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

## *Shared Decision-Making and Patient-Centred Care – From Paternalism to Partnership in Medicine Part I: Models of Doctor-Patient Relations*

Original

### Zusammenfassung

Patienten erwarten von ihren Ärzten in zunehmendem Maße mehr Informationen und mehr Beteiligung an Entscheidungen, die sie betreffen. Shared Decision Making ist das am weitesten entwickelte Konzept einer patientenzentrierten Arzt-Patient-Kommunikation. Im ersten Teil dieses Aufsatzes wird das Shared-Decision-Making-Modell im Zusammenhang mit herkömmlichen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben. Die Haltung der Ärzte und der Patienten zur Patientenbeteiligung wird dargestellt. Im zweiten Teil geht es um die Risikokommunikation und die Verlässlichkeit der medizinischen Wissensbasis als wesentliche Elemente von Shared Decision Making. Abschließend werden die Auswirkungen von Shared Decision Making auf die Behandlungswahl und auf die Behandlungsergebnisse erläutert.

### Schlüsselwörter

Shared Decision Making · Patientenbeteiligung · Patientenzentrierung · Arzt-Patient-Beziehung · Entscheidungsfindung · Risikokommunikation · Interessenskonflikt

### Abstract

Patients expect more information than they get and a higher degree of participation concerning decisions about their treatment. Shared decision-making is the most advanced model of patient-centred care. The first part of this two-part series offers a description of the shared decision-making model in comparison to traditional models of doctor-patient communication and an account of the attitude of doctors and patients towards sharing decisions. The second part deals with risk communication and the validity of the knowledge base of medicine as prerequisites for shared decision-making. Finally, the consequences of shared decision-making for treatment decisions and treatment outcomes are delineated outlined.

### Key words

Shared Decision-Making · Patient participation · Patient-centred care · Doctor-patient relations · Decision Making · Risk Communication · Conflict of Interests

### Einleitung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient wandelt sich. Dies kommt in unterschiedlichen Bereichen zum Ausdruck. Eine

wachsende Zahl von Patienten möchte eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess spielen. Diese Patienten wünschen umfassende Informationen und eine angemessene Beteiligung an Entscheidungen. Die Rechte der Patienten gegenüber ihren Ärzten

### Vita

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Umweltmedizin, Sozialmedizin sowie Innere Medizin. Seit 2002 Lehrauftrag für Sozialmedizin an der Universität Regensburg. Autor verschiedener Publikationen

**Institutsangaben**  
Regensburg

**Korrespondenzadresse**  
Prof. Dr. med. David Klemperer · Obere Regenstraße 31 · 93059 Regensburg ·  
E-Mail: klemperer@klemperer.info

**Bibliografie**  
Balint 2005; 6: 71–79 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2005-871310  
ISSN 1439-5142

71

haben an Umfang und Bedeutung gewonnen. Seit kurzem sind Patientenvertreter in Deutschland in einigen politischen Entscheidungsgremien vertreten.

Die zunehmende Tendenz zur Patientenbeteiligung ist Ausdruck eines seit den 1960er Jahren andauernden gesamtgesellschaftlichen Trends zu stärkeren Bürgerrechten. Weiterhin besteht ein partieller Vertrauensverlust der Bevölkerung und der Politik gegenüber einer als selbstgefällig, eigennützig und unkritisch empfundenen Medizin [Klemperer 1996]. Hinzu kommen grundlegend verbesserte Informationsmöglichkeiten der Patienten durch das Internet und andere Medien. Als Teil des Wandels ist auch die in den letzten 20 Jahren vermehrte wissenschaftliche Erforschung und Diskussion der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten zu verstehen.

„Shared Decision Making“ (SDM) bezeichnet ein Konzept der Arzt-Patient-Beziehung auf gleicher Augenhöhe. Für den Begriff „Shared Decision Making“ gibt es zwei Übersetzungen ins Deutsche: „Gemeinsame Entscheidungsfindung“ und „Partizipative Entscheidungsfindung“. Dieses Mitte der 1990er Jahre im anglo-amerikanischen Raum entwickelte Konzept soll im Folgenden im Zusammenhang beschrieben und bewertet werden.

Um von vornherein Missverständnissen vorzubeugen sei hier angemerkt, dass es nicht um die Beschreibung und Propagierung eines „idealen“ Kommunikationskonzeptes geht. Auch wäre es irrig anzunehmen, dass die Kommunikationsformen im medizinischen Alltag klar voneinander abgrenzbar wären – vielmehr finden sich unterschiedliche Ausprägungen und Mischformen. Der Wert der Definition und Kategorisierung besteht – neben wissenschaftlicher Notwendigkeit – darin, dass sich Ärzte und auch Patienten mehr Klarheit über ihren Kommunikationsstil, ihre Kommunikationsbedürfnisse und ihre kommunikative Kompetenz verschaffen können. Setzt sich dies in besser gelingende Kommunikation um, ist auch – wie später noch weiter ausgeführt wird – mit einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu rechnen.

Da sich die Patienten in ihren Bedürfnissen nach Information und Kommunikation unterscheiden, ist es für den Arzt unabdingbar, unterschiedliche Kommunikationsstile zu kennen und zu beherrschen. Jedes der im Folgenden beschriebenen Modelle hat seine Berechtigung, weil damit das Spektrum der Bedürfnisse von Patienten widerspiegelt wird. Gelingen ist Kommunikation immer dann, wenn die Kommunikation den Bedürfnissen des Patienten entspricht und zu guten Entscheidungen und bestmöglichen Behandlungsergebnissen beiträgt.

Die heilsame Wirkung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung ist seit dem Altertum bekannt. Umso erstaunlicher erscheint es, dass klinische Kompetenz aus der Sicht des medizinischen Mainstream bis in die 1970er Jahre lediglich die drei Bereiche medizinisches Wissen, körperliche Untersuchung und medizinische Problemlösung umfasste. Kommunikation mit dem Patienten wurde an den medizinischen Fakultäten weder explizit gelehrt noch geprüft noch systematisch erforscht [Kurtz 2002].

## Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

Mehrere Typen der Arzt-Patient-Beziehung sollen im Folgenden besprochen werden:

- paternalistisches Modell
- informatives Modell
- interpretatives Modell
- beratendes Modell
- patientenzentriertes Modell
- Shared Decision Making-Modell (SDM)

Zur Unterscheidung können die Rolle und das Verhalten von Arzt und Patient in den Bereichen Informationsfluss, Abwägungsprozess und Entscheidung dienen.

Der Informationsfluss ist ein wesentlicher Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Der Informationsfluss kann einseitig oder gegenseitig sein. Die Informationen sind unterschiedlicher Natur. Aufgabe des Arztes ist es, Informationen über die Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten, den Nutzen und die Risiken einer Behandlung, weitergehende Informationsmöglichkeiten, usw. zu geben. Dies sind technische Informationen, über die der Patient in der Regel nicht verfügt. Der Patient kann den Arzt über die Krankheitsvorgeschichte, seine Lebensweise und Lebenssituation sowie seine Annahmen und Befürchtungen über die Krankheit informieren. Hier handelt es sich um ein Wissen des Patienten, das der Arzt nur im Gespräch mit dem Patienten erhalten kann. Wie später noch ausgeführt wird, verläuft der Informationsfluss im paternalistischen und im informativen Modell überwiegend in eine Richtung, nämlich vom Arzt zum Patienten, und im patientenzentrierten und im SDM-Modell in beide Richtungen im Sinne eines Austausches.

Im Abwägungsprozess werden unterschiedliche Vorgehensweisen und Behandlungsmöglichkeiten benannt, erörtert und diskutiert. Im paternalistischem Modell ist dies die Aufgabe des Arztes bzw. mehrerer Ärzte. Der Arzt informiert den Patienten über das Ergebnis und ggf. auch über den Abwägungsprozess, der Patient bleibt passiv. Im informierten Modell wägt der Patient allein ab auf Grundlage der technischen Informationen, die er vom Arzt erhalten hat. Im SDM-Modell beteiligen sich Arzt und Patient aktiv am Abwägungsprozess.

Die am Ende des Abwägungsprozesses stehende Entscheidung über die durchzuführende Behandlung trifft im paternalistischen Modell der Arzt, im informativen Modell der Patient. Im SDM-Modell treffen Arzt und Patient eine gemeinsame, von beiden getragene Entscheidung.

### Paternalistisches Modell

Im paternalistischen Modell dominiert der Arzt. 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. Informationen, die den Patienten in Zweifel stürzen könnten, enthält er ihm vor. Der Arzt entscheidet somit aufgrund seines Wissens und seiner dem Patienten übergeordneten Position darüber, welche Behandlung für die Gesundheit und das Wohlergehen des

Patienten die beste ist. Er entscheidet letztendlich allein. Die Zustimmung des Patienten ist Formsache. Die Beteiligung des Patienten erfolgt in eingeschränkter Form. Vom Patienten wird Dankbarkeit erwartet. Der Arzt ist der Beschützer des Patienten. Es ist seine Pflicht, die Interessen des Patienten über alle anderen Interessen zu stellen.

Weston [2001] beschreibt anschaulich die Essenz der paternalistischen Denk- und Handlungsweise (Abb. 1).

*"Thirty-five years ago, when I was a medical student, we were taught to be paternalistic. We were trained to withhold information from patients, especially painful information about a potentially terminal illness; we were also instructed to take charge of interviews and to avoid getting "sidetracked" by patients' "irrelevant" concerns. The handbook that my university developed to teach the clinical method referred to the interview as "the interrogation." Patients who did not comply with "doctor's order" were called defaulters, untrustworthy, unreliable or faithless.*

Abb. 1

Dem paternalistischen Modell liegen mehrere Annahmen zu Grunde:

- Es gibt objektive Kriterien dafür, was das Beste für den Patienten ist. Die Ärzte verfügen über dieses Wissen und wenden es an ihren Patienten an.
- Die Ärzte sind aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Fachwissens diejenigen, die das Für und Wider unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten am besten abwägen können.
- Aufgrund ihrer Verpflichtung auf ethische Prinzipien stellen die Ärzte das Patientenwohl allen anderen Interessen voran.

In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten haben diese Annahmen zunehmend an Glaubwürdigkeit verloren. So wurde deutlich, dass es in vielen Situationen Optionen mit unterschiedlichen Risiken und Nutzen gibt, über die sinnvollerweise der Patient entscheidet, weil er es ist, der mit den Folgen leben muss. Als ein Beispiel sei die Situation eines Patient mit Prostatakarzinoms im Frühstadium genannt. Legt man die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie mit 695 Patienten von Holmberg et al. [2002] zugrunde, in welcher die radikale Prostataentfernung mit beobachtendem Abwarten verglichen wurde, lässt sich durch eine operative Prostataentfernung die krankheitsspezifische Mortalität senken (von 8,9% auf 4,6% nach 6,2 Jahren), nicht aber die Gesamt mortalität. Diesen bestenfalls moderaten Benefit gilt es mit den Risiken der Operation abzuwägen, zu denen eine erektile Impotenz bei 8 von 10 Männern zählt. Da es der Patient ist, der mit der Impotenz zu leben hat und nicht der Arzt, erscheint es unabdingbar, dass sich der Patient an der Entscheidung maßgeblich beteiligt. Sowohl die Entscheidung für als auch gegen eine Operation kann die bessere Entscheidung sein – je nach Lebenssituation sowie Wünschen und Bedürfnissen des Patienten. Eine von vornherein beste Entscheidung gibt es in dieser Situation nicht. Diese Art von Entscheidung hat Wennberg als „Präferenz-sensitive Entscheidung bezeichnet“ [Mulhan 2004]. Als Präferenz-sensitiv können auch Situationen bezeichnet werden, in denen die Ergebnisse im Vergleich von Behandlung und Abwarten bzw. zwischen zwei Behandlungsmöglichkeiten ge-

ring sind. Das Konzept der Number needed to treat (NNT, Anzahl der Patienten, die behandelt werden müssen, damit bei einem Patienten das erwünschte Behandlungsergebnis auftritt) macht deutlich, dass diese Situation im medizinischen Alltag recht häufig vorkommt. Eine ausführliche Erklärung der NNT findet sich in Barratt et al. [2004].

Zwei weitere Faktoren, die zur Erosion des Paternalismus beigetragen haben, sollen noch genannt werden. Es hat sich Anfang der 1960er Jahre (Thalidomid) aber auch noch im Jahr 2002 (Hormonsubstitution in den Wechseljahren/sog. Hormonersatztherapie) und 2004 (Cox-2-Hemmer, Vioxx) gezeigt, dass die Medizin aufgrund unzureichender gesetzlicher Regelungen und eingeschränkter Kritikfähigkeit von Meinungsführern infolge ihrer Interessenkonflikte auch Schaden in größerem Ausmaß anrichten kann. Weiterhin hat die Untersuchung der Effektivität und der Angemessenheit von medizinischen Maßnahmen schon vor Jahrzehnten gravierende Probleme aufgedeckt, die bis heute nicht befriedigend gelöst sind; Studien vorwiegend aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum in den 1970 und 1980er Jahren zeigten, dass sich die Vorgehensweisen von Ärzten bei gleicher Krankheit innerhalb von Regionen und Ländern erheblich unterscheiden. Die geographischen Variabilitäten in der Durchführung zahlreicher medizinischer Interventionen sind Ausdruck davon, dass Ärzte in vergleichbaren medizinischen Situationen unterschiedlich handeln, ohne dass dies medizinisch zu erklären wäre. Als neueres Beispiel seien die interventionellen Maßnahmen nach abgelaufenem Herzinfarkt genannt. In den USA beträgt die Durchführungsrate an Herzkatheteruntersuchungen, Ballondilatation und Bypassoperationen bei älteren Patienten in den ersten 30 Tagen nach Herzinfarkt ein Vielfaches im Vergleich zu Kanada, ohne dass sich die Mortalitätsraten und die selbst eingeschätzte Gesundheit in beiden Ländern unterscheiden [Tu et al. 1997]. Eine der wenigen deutschen Untersuchungen ergab, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Blinddarmentfernung für einen Hannoveraner Angestellten im Vergleich zu einem Hannoveraner Arbeiter im Jahr 1968 um den Faktor drei erhöht war [Lichtner und Pflanz 1971]. Nicht-medizinische Faktoren wie Infrastruktur, finanzielle Anreize und juristische Absicherung stehen bis heute häufig in einem Spannungsfeld zu den Interessen des Patienten und führen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung [Bundesministerium für Gesundheit 2000].

### Informatives Modell

Das informative Modell wird auch als Konsumenten-Modell bezeichnet. 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, die Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Chancen und Risiken. Der Patient führt den Abwägungsprozess allein durch, in dem er technisches Wissen und Selbstwissen zusammenführt. Der Arzt führt durch, was der Patient entschieden hat.

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 Mo-

dells. Der Arzt erfüllt eher die Rolle eines Technikers, der für angemessene Informationen zu sorgen hat. Die Integration und Verarbeitung der Informationen auf seine spezifischen Lebensumstände und Werte ebenso wie die letztendliche Entscheidung vollzieht der Patient allein.

Das informative Modell geht weiterhin von der Annahme aus, dass der Patient die beste Entscheidung treffen kann, wenn er über die aktuellen wissenschaftlichen Informationen über seine Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten verfügt. 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. Wie weiter oben bereits dargelegt, befinden sich Ärzte häufig in einem Spannungsfeld von Eigen- und Patienteninteressen, in welchem sie nicht regelhaft für die Interessen des Patienten entscheiden. Stünden tatsächlich immer die Patienteninteressen an erster Stelle, wäre das Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung weitaus weniger gravierend.

### Interpretatives Modell und abwägendes Modell

Im interpretativen Modell bringt der Arzt die Vorstellungen und Werte des Patienten in Erfahrung, um dem Patienten zu helfen, die geeigneten Maßnahmen auszuwählen. Wie im informativen Modell umfasst dies Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Maßnahmen und alle Unsicherheiten im Wissen. Der Arzt lässt den Patienten jedoch nicht mit den Informationen allein, sondern hilft ihm dabei, seine Wünsche, Vorstellungen und Werte zu erkennen und zu erklären, zu interpretieren. Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass die Werte des Patienten nicht notwendigerweise feststehend und ihm bekannt sind, sondern oft unfertig und im Konflikt mit spezifischen Situationen. Der Arzt hilft dem Patienten dabei, seine Vorstellungen zu erkennen und auf die Situation anzuwenden. Dafür kann die Kenntnis der Lebensumstände des Patienten erforderlich sein. Die Entscheidung über die zu ihm am besten passende Behandlung trifft der Patient.

Im abwägenden Modell (deliberative model) stellt der Arzt dem Patienten die auf die klinische Situation passenden Informationen zur Verfügung. Er bringt im Gespräch mit dem Patienten dessen Lebenssituation und dessen Werte in Erfahrung. In Kenntnis der medizinischen Situation und wissend um die Lebensumstände des Patienten erarbeitet er eine Lösung, die er mit dem Patienten erörtert. Dabei versucht er, den Patienten von seiner Lösung zu überzeugen, ohne sie ihm jedoch aufzwingen zu wollen. Die Entscheidung treffen Arzt und Patient letzten Endes gemeinsam.

### Patienten-zentriertes Modell

Das Begriffspaar „patient-centred medicine“ und „disease-centred medicine“ wurde von Balint et al. [1970] geprägt (in: [Stewart und Brown 2001], S. 100). Ein Verständnis der Beschwerden, das sich auf patientenzentriertes Denken gründet, beschrieben Balint et al. als „umfassende Diagnose“ („overall diagnosis“), ein krankheitszentriertes Verständnis als „traditionelle Diagnose“. Die in der Medizinerbildung gelehrt traditionelle Diagnose gründet sich auf das biomedizinische Modell und fokussiert auf die physiologischen Aspekte von Krankheit. Die umfassende Diagnose stellt einen Schritt zur Erweiterung der Perspektive auf psychologische und soziale Aspekte des Krankheitserlebens dar. Engel (1980, in [Stewart und Brown 2001], S.99) hat dieses erweiterte Verständnis im bio-psycho-sozialen Modell ausformuliert, als dessen Fortschreibung sich das patientenzentrierte Modell versteht.

Die medizinische und psychologische Dimension von Krankheit spiegelt sich auch in den englischsprachigen Begriffen „illness“ und „disease“. „Disease“ beschreibt die Symptome des Patienten als Abweichungen der Struktur oder Funktion der Organe oder Systeme des Körpers von der Norm, ausgedrückt als Diagnose. „Illness“ bezieht sich auf das Erleben des Patienten bezüglich seiner Beschwerden und umfasst nach Stewart und Brown [2001, S. 101] vier Dimensionen:

1. seine Gefühle, insbesondere die mit dem Kranksein verbundenen Ängste
2. seine Vorstellungen davon, was mit ihm nicht in Ordnung ist
3. die Auswirkungen der Probleme auf den Alltag
4. seine Erwartungen, was getan werden sollte.

Das patientenzentrierte Modell und die daraus entwickelte patientenzentrierte klinische Methode gehen von der Notwendigkeit aus, sowohl Krankheit (disease) als auch Krankheitserfahrung (illness) zu berücksichtigen und sie zu integrieren.

Das patientenzentrierte Modell wurde Mitte der 1980er Jahre von einer kanadischen Arbeitsgruppe entwickelt (Patient-Doctor Communication Group, University of Western Ontario <http://www.uwo.ca/fammed/csfm> 7.3.2005).

Dem Modell liegen Befragungen und Beobachtungen von Patienten zugrunde, mit denen die Bedürfnisse der Patienten in der Arzt-Patient-Kommunikation in Erfahrung gebracht wurden. Die patientenzentrierte klinische Methode umfasst sechs Elemente ([Stewart und Brown 2001], S.100 ff.):

1. Erkunden der Krankheit und des Krankheitserlebens  
Aufgabe des Arztes ist es, beide Dimensionen von Krankheit zu berücksichtigen. Zum Einen hat der Arzt die pathologische Abweichung von Struktur oder Funktion des Organismus in Form einer klinischen Diagnose zum Ausdruck zu bringen. Zum anderen geht es um die Berücksichtigung der Dimensionen des Krankheitserlebens des Patienten, also der mit der Krankheit im Zusammenhang stehenden Gefühle, Vorstellungen, Auswirkungen und Erwartungen. Für Letzteres ist eine gezielte Gesprächsführung erforderlich, die in der traditionellen medizinischen Ausbildung zumeist nicht vermittelt wird.
2. Die gesamte Person verstehen  
Ein Verständnis der gesamten Person in ihren Lebensbedingungen trägt dazu bei, die Bedeutung einer Krankheit für den

Patienten und die Auswirkungen der Krankheit und ihrer Behandlung besser zu verstehen. Zu den relevanten Bereichen können zählen die Familie, Unterstützungssysteme, kultureller Hintergrund, Haltungen, religiöser Glauben, Beruf, bisherige Krankheitserfahrungen und ihre Bewältigung.

### 3. Eine gemeinsame Grundlage finden

Die gemeinsame Grundlage zwischen Arzt und Patient bezieht sich auf eine gemeinsame Definition des Problems, der Ziele und der Rolle von Arzt und Patient. Patienten haben in aller Regel ein starkes Bedürfnis danach, dass ihr gesundheitliches Problem einen Namen und eine Erklärung erhält, weil sie dadurch ein Gefühl der Kontrolle gewinnen. Initial können die jeweiligen Sichtweisen des Problems weit auseinander liegen. Patienten können beispielsweise irrationale und magische Vorstellungen darüber entwickeln, was ihre Krankheit verursacht. Ohne eine Verständigung zwischen Arzt und Patient wird jedes weitere Vorgehen schwierig. Gemeinsame Definitionen und ein gemeinsames Verständnis zu finden, erfordert einen Prozess der Verständigung, in dem es insbesondere darum geht, dass sich der Arzt nicht nur ein Bild von der Krankheit sondern auch vom Krankheitsverständnis des Patienten macht. Die Informationen über die Krankheit sollte er dem Patienten in klarer Sprache vermitteln, er sollte sich im nächsten Schritt vergewissern, dass der Patient ihn verstanden hat.

Eine Verständigung über die Behandlungsziele erfordert die Auseinandersetzung mit den Vorstellungen und den Erwartungen des Patienten. Diese sollte der Arzt explizit vom Patienten erfragen. Sind die Erwartungen unangemessen – wie z. B. der Wunsch nach Verschreibung eines Antibiotikums bei einem grippalen Infekt – können Schwierigkeiten entstehen, deren Lösung die Voraussetzung für eine gemeinsame Grundlage ist. Unausgesprochene, nicht erfüllte Wünsche und Erwartungen des Patienten bezüglich der Behandlung können zu erheblichen Störungen und Konflikten in der Arzt-Patient-Kommunikation führen.

Eine Klärung der Rollenerwartung sowohl des Patienten als auch des Arztes ist erforderlich. Patienten haben unterschiedliche Erwartungen an die Rolle, die der Arzt und sie selbst einnehmen sollen. Die Erwartungen eines Patienten sind nicht als starr zu betrachten, vielmehr können sie sich je nach Krankheit oder Krankheitsphase ändern. Besteht kein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Einverständnis über die Rolle, kann es ebenfalls zu Konflikten und Störungen kommen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn der Patient sich einen autoritären Arzt wünscht, der die Behandlungsziele festlegt, sich der Arzt aber mehr egalitär verhalten möchte und die Behandlung mit dem Patienten gemeinsam festlegen möchte oder auch, wenn der Arzt sich ein Bild des gesamten Patienten verschaffen möchte, dieser aber nur technische Informationen wünscht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Arzt mit dem Patienten eine gemeinsame Grundlage schafft, indem er die Bereiche Problemdefinition, Behandlungsziele und Rollenerwartung anspricht, unterschiedliche Sichtweisen und etwaige Probleme erkennt und im Dialog klärt.

### 4. Prävention und Gesundheitsförderung einbeziehen

Bei dieser Komponente geht es darum, dass die Möglichkeiten zur Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden. Dafür ist eine kontinuierliche Zusammenarbeit von Arzt und

Patient erforderlich. Insbesondere die hausärztlichen Versorgung bietet zahlreiche Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung und bei regelmäßigen Kontakten und länger dauernden Beziehungen auch Möglichkeiten der Verlaufskontrolle.

### 5. Die Arzt-Patient-Beziehung verbessern

Die Beziehung bildet den Kern der patientenzentrierten klinischen Methode. Die Beziehung allein kann schon heilend wirken. Zur Herstellung und Pflege einer effektiven Beziehung sollte der Arzt jedem Patienten gegenüber Wertschätzung, Empathie und Aufrichtigkeit zeigen. Eine über längere Zeit erworbene Kenntnis des Patienten in seinen Lebensumständen kann beim Management gesundheitlicher Probleme hilfreich sein.

### 6. Realistisch sein

Diese Komponente bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche ärztlicher Tätigkeit, wie z. B. den realistischen Umgang mit der für Patienten zur Verfügung stehenden Zeit, mit der eigenen physischen und emotionalen Energie.

Stewart und Brown [2001, S.97] weisen darauf hin, dass die patientenzentrierte klinische Methode eine bestimmte Haltung des Arztes erfordert. In der traditionellen hierarchischen Arzt-Patient-Beziehung übt der Arzt Macht über den Patienten aus. Patientenzentrierung bedeutet, dass der Arzt von seiner Macht abgibt und es dem Patienten ermöglicht, sie mit ihm zu teilen. Für den klinischen Alltag dürfte dies ein entscheidender Aspekt sein, insbesondere dann, wenn das Abgeben von Macht über die Behandlungsentscheidung zu finanziellen Mindereinnahmen des Arztes führt.

### Shared-decision-making-Modell

Das SDM-Modell hat in den letzten Jahren ein hohes Maß an Publizität gewonnen. Eine umfassende Beschreibung leisten Charles et al. in zwei grundlegenden Aufsätzen [Charles et al. 1997, 1999]. Sie weisen darauf hin, dass SDM zwar ein zunehmend propagiertes aber noch unscharfes Konzept sei. Es bestehe keine Übereinstimmung darin, was genau unter Shared Decision Making zu verstehen sei. So komme es dazu, dass unter dem selben Begriff unterschiedliche Vorstellungen, Prinzipien und Philosophien der Arzt-Patient-Interaktion gefasst würden. Für die Beschreibung und Eingrenzung von SDM haben Charles et al. [1997, S. 685–688] eine Reihe von Schlüsselmerkmalen beschrieben. Diese Merkmale werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

#### 1. SDM umfasst zumindest zwei Beteiligte – den Arzt und den Patienten

In den meisten Fällen von SDM handelt es sich um zwei Teilnehmer – den Arzt und den Patienten. Patienten können Angehörige oder Freunde einbeziehen. Ärzte können Mitglied eines Teams sein. Die Beteiligung von mehreren Personen auf jeder Seite ist also möglich. Die Beteiligung mehrerer Ärzte in unterschiedlicher Position bzw. Funktion (z. B. Krankenhausbehandlung, ambulante Behandlung) kann zu Spannungen führen, wenn die Vorstellungen über die Behandlung unterschiedlich sind. Verhält sich eine Seite bezüglich der Entscheidungsfindung passiv wie im paternalistischen und im informierten Modell, liegt eindeutig kein SDM vor.

#### 2. Beide Seiten (Ärzte und Patienten) unternehmen Schritte, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen.

Sowohl der Arzt als auch der Patient müssen zu einer aktiven Beteiligung am Prozess der Abwägung und Entscheidung bereit sein. Ist der Arzt nicht zu SDM bereit, kann es der Patient nicht erzwingen; er muss sich für SDM einen anderen Arzt suchen. Andersherum kann der Arzt den Patienten nicht zu SDM zwingen, wenn der Patient es nicht will. Aufgabe des Arztes ist es, eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient das Gefühl hat, dass seine Sichtweise gefragt ist. Weiterhin muss der Arzt die Präferenzen des Patienten in Erfahrung bringen und ihm die Behandlungsoptionen mit den jeweiligen Risiken und Benefits in verständlicher und unverzerrter Weise mitteilen. Er beteiligt sich darüber hinaus an der Verarbeitung der Informationen durch den Patienten um dann schließlich seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten abzugleichen, ohne dabei dem Patienten seine Werte aufzudrängen. SDM erfordert vom Patienten die Bereitschaft, sich am Entscheidungsfindungsprozess zu beteiligen, Präferenzen mitzuteilen, Fragen zu stellen, Argumente abzuwägen und Verantwortung zu übernehmen.

### 3. Das Teilen von Informationen ist eine Voraussetzung für SDM

Ohne Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten kann es naturgemäß keinen Abwägungs- und Entscheidungsprozess geben.

Beide Seiten bringen sowohl Informationen als auch Werte ein. Die Vorstellung, dass der Arzt die Informationen und der Patient die Werte einbringt, trifft nicht zu. Informationen können für Patienten unterschiedliche Bedeutung haben. Manche Patienten möchten umfassend informiert sein, ohne aber eine Entscheidung treffen zu wollen. Hier geht es dem Patienten also nicht um Informationen als Hilfsmittel für eine Entscheidung. Psychologische Aspekte wie Minderung von Ungewissheit können im Vordergrund stehen.

Der Informationsaustausch bezieht sich auf Art und Umfang der Informationen, die der Arzt und der Patient austauschen. Wie bereits erwähnt erwartet der Patient vom Arzt medizinisch-wissenschaftliche Informationen, über die er – der Patient – nicht verfügt. Der Patient teilt dem Arzt sein Selbstwissen mit.

Teil des initialen Informationsaustauschs sollte auch eine Klärung der jeweils bevorzugten Rolle im Entscheidungsfindungsprozess sein.

### 4. Eine Entscheidung über die Behandlung wird getroffen und beide Seiten stimmen der Entscheidung zu.

Ein entscheidendes Kriterium für SDM besteht darin, dass beide Seiten der Behandlungsoption zustimmen. Dies muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass sie es auch jeweils für die beste Wahl halten, sondern vielmehr, dass beide dazu bereit sind, die Behandlung durchzuführen. Durch die gegenseitige Akzeptanz teilen beide Seiten die Verantwortung für die Entscheidung. In der extremen Ausformung des paternalistischen Modells und des informierten Modells liegt die Verantwortung ausschließlich auf Seiten des Arztes bzw. des Patienten und die Akzeptanz der anderen Seite spielt keine Rolle. Gegenseitige Akzeptanz kann, muss aber nicht bei dem paternalistischen und dem informierten Modell entstehen. Für SDM hingegen handelt es sich dabei um eine notwendige Bedingung.

Derzeit besteht insbesondere für den deutschsprachigen Raum noch ein Mangel an validierten Messinstrumenten für das SDM-

Konzept. Im Oktober 2001 richtete das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung den Förderschwerpunkt Partizipative Entscheidungsfindung ein (s.a. <http://www.patient-als-partner.de> 7.3.2005). Eine der Aufgaben der 10 geförderten Projekte bestand darin, ein sog. Core-Set von Messinstrumenten für den deutschen Bereich verfügbar zu machen und weiter zu entwickeln (Abb. 2) [Giersdorf et al. 2003, 2004, Scheibler et al. 2004].

1. Partizipations- und Informationspräferenzen - API (Autonomy Preference Index)
2. Wunsch nach Beteiligung an der Entscheidungsfindung - Control Preference Scale
3. Subjektive Bewertung des Entscheidungsprozesses - COMRADE (Combined Outcome Measure For Risk Communication and Treatment Decisions Making Effectiveness)
4. Wahrnehmung der Beteiligung durch den Patienten - PICS (Patients' Perceived Involvement in Care Scale)

Abb. 2 Core-Set an Messinstrumenten für SDM [Giersdorf et al. 2004]

Elwyn et al. [2003a] haben die Arzt-Patient-Kommunikation analysiert und die Kompetenzen beschrieben, die auf Seiten des Arztes erforderlich sind, um den Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung einzubeziehen (Abb. 3). Ausgangspunkt ist die Verständigung über das medizinische Problem. Klarheit und Übereinstimmung in der Problemdefinition sind für das Gelingen der folgenden Schritte erforderlich. Nun muss der Arzt erklären, dass es für dieses Problem mehr als eine legitime Option gibt, eine Situation, bei der sich – bildlich gesprochen – die Waage in einer Vorab-Abwägung im Gleichgewicht („equipoise“) befindet. Nun muss der Arzt die Optionen verdeutlichen. Dazu gehört die Darstellung von potenziellem Nutzen und Schaden und den Unsicherheiten der unterschiedlichen Vorgehensweisen (zu denen auch beobachtendes Abwarten gehören kann) bezogen auf Outcomes, die für den Patienten relevant sind, ggf. unter Zuhilfenahme von Decision aids. Im nächsten Schritt überprüft der Arzt, dass der Patient die Informationen auch verstanden hat. Dies wird in der Praxis bislang kaum jemals realisiert; Decision aids am Computer können hier in Zukunft mit einfachen Mitteln Abhilfe schaffen. Nun erkundet der Arzt die Vorstellungen, Sorgen und Erwartungen des Patienten bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten, bezieht also die persönlichen und subjektiven Aspekte ein. Erst jetzt klärt der Arzt mit dem Patienten,

1. Problem definition (Definition des medizinischen Problems)
2. Portray equipoise („Gleichgewicht“ der Optionen)
3. Portray options (Beschreibung der Optionen)
4. Check understanding (Überprüfung des Verständnisses)
5. Explore ideas, concerns, and expectations about intervention (Erkundung der Vorstellungen, Sorgen und Erwartungen bezüglich der Intervention)
6. Role preference (Rollenerklärung für die Entscheidung)
7. Decision making (die Entscheidung treffen)
8. Deferment if necessary (Aufschub der Entscheidung, wenn notwendig)
9. Review arrangements (Überprüfung der Vereinbarungen)

Abb. 3 OPTION (observing patient involvement)-Skala (Übersetzung Klemperer)

welche Rolle dieser bei der Entscheidung spielen will, d. h. in welchem Ausmaß er sich beteiligen will. Der Versuch, diese Klärung im ersten oder zweiten Schritt des Entscheidungsfindungsprozesses zu erlangen, kann zu Irritationen auf Seiten des Patienten führen; die Bereitschaft zur Beteiligung steigt, wenn Patienten verstanden haben, was zur Entscheidung ansteht. Es folgt die Entscheidung oder, falls erforderlich, ein Aufschub der Entscheidung. Im Verlauf der Behandlung werden die getroffenen Vereinbarungen überprüft, um sie ggf. zu modifizieren oder zu korrigieren.

### Was halten Ärzte von Patientenbeteiligung?

Elwyn et al. [1999] gingen der Frage nach, was Allgemeinmediziner von der Beteiligung von Patienten an Entscheidungen halten und inwieweit sie willens und in der Lage sind, mit dem SDM-Konzept zu arbeiten. Dafür nahmen 39 Allgemeinärzte an vier Sitzungen teil, bei der jeder Arzt jeweils vier Situationen mit simulierten Patienten durchspielte. „Simulierte Patienten“ sind speziell trainierte Schauspieler, die einen Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild darstellen. In den Situationen ging es um unterschiedliche Formen der Wahl bzw. Entscheidung für eine Behandlung. Die Reaktionen der Ärzte wurden mit Fokusgruppeninterviews erfasst.

Dabei wurden die folgenden Dinge deutlich:

- Die Ärzte hatten das Gefühl, nicht über die erforderlichen Fertigkeiten zu verfügen, um Patienten in die Entscheidung einzubeziehen.
- Zu SDM bestand ein weites Spektrum von Meinungen bzw. Haltungen.
- Die Ärzte waren sich darin einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren Vorgehensweisen abweicht.
- Einige Ärzte trauten den Patienten keine Entscheidung zu. Andere sahen es als Entlastung und Chance, wenn vergleichbare Optionen zur Wahl standen.
- Es bestand Einigkeit, dass Patienten weitergehende Informationen wünschen, die aber häufig nicht zur Verfügung stehen.
- Zeitmangel sei ein Problem, insbesondere für das Auffinden der benötigten Informationen; dies sei aber kein unüberwindbares Hindernis.
- Die Ärzte fragen normalerweise nicht danach, welche Rolle die Patienten im Entscheidungsprozess wünschen.
- Ärzte denken, dass es für die Patienten Stress bedeutet, wenn sie spüren, dass der Arzt unsicher ist.
- Ärzte fühlen sich nicht ausreichend ausgebildet in Kommunikationsfertigkeiten.
- Fertigkeiten und Haltung sind Voraussetzung für SDM.

Das Fazit lautete, dass die Einbeziehung der Patienten in Entscheidungen zwar zunehmend gefordert wird. Damit dies auch geschehen könne, müsse jedoch zum einen die Kommunikationsfähigkeit, zum anderen aber die Haltung der Ärzte gefördert werden.

### Möchten sich Patienten beteiligen?

Der Frage, welche Informationen Patienten über ihre Krankheit erhalten möchten, untersuchten Coulter et al. [1999], indem sie

Focusgruppen mit Patienten für eine Reihe von Krankheitsbildern durchführen. Eine Zusammenfassung der Informationsbedürfnisse zeigt die Abb. 4.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung ist eine Liste von Fragen, die Patienten üblicherweise stellen (Abb. 5). Diese Fragen eignen sich nicht nur als Ausgangspunkt der Entwicklung von Informationsmaterialien sondern auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Diese Studie zeigt deutlich, dass Patienten – zumindest bei den hier untersuchten nicht-akuten und nicht bedrohlichen Zuständen – umfassende und konkrete Informationen wünschen.

#### Patienten benötigen Informationen. Sie möchten

- verstehen, was nicht in Ordnung ist,
- eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten,
- das Arztgespräch bestmöglich nutzen,
- die Abläufe und die wahrscheinlichen Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlung verstehen,
- Unterstützung erhalten und Hilfe bei der Bewältigung,
- darin unterstützt werden, selber etwas zu tun,
- ihr Hilfsbedürfnis und ihre Besorgnis rechtfertigen,
- andere darin unterstützen, sie zu verstehen,
- lernen, weitere Krankheit zu verhindern,
- wissen, wer die besten Ärzte sind

Abb. 4 Informationsbedürfnisse von Patienten [Coulter et al. 1999, Übersetzung Klemperer]

- Was verursacht das Problem?
- Bin ich alleine? Wie sieht meine Erfahrung aus im Vergleich mit den Erfahrungen anderer Patienten?
- Kann ich irgendetwas tun, um das Problem zu bessern?
- Was ist der Zweck der Untersuchungen?
- Welches sind die unterschiedlichen Behandlungsoptionen?
- Was sind die Benefits der Behandlung(en)?
- Was sind die Risiken der Behandlung(en)?
- Ist es notwendig, dieses Problem zu behandeln?
- Wird die Behandlung die Symptome mindern?
- Wie lang wird es bis zur Wiedererlangung der Gesundheit dauern?
- Was sind die möglichen Nebenwirkungen?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf meine Empfindungen und Emotionen haben?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf mein Sexualleben haben?
- Wie wird es mein Risiko für künftige Krankheit beeinflussen?
- Wie kann ich mich auf die Behandlung vorbereiten?
- Wie wird der Ablauf sein, wenn ich ins Krankenhaus gehe?
- Wann kann ich nach Hause gehen?
- Was müssen diejenigen wissen, die mich betreuen?
- Was kann ich machen, um die Gesundung zu beschleunigen?
- Welche Optionen gibt es für die Rehabilitation?
- Wie kann ich das Wiederauftreten oder künftige Krankheit verhindern?
- Wo kann ich mehr Informationen über das Problem oder über Behandlungen erhalten?

Abb. 5 Fragen, die üblicherweise von Patienten gestellt werden [Coulter et al. 1999 Übersetzung Klemperer]

Leydon et al. [2000] befassten sich mit der Frage, was Krebspatienten über ihre Krankheit wissen möchten. Es zeigte sich, dass Patienten mit einer Krebskrankheit zwar den Wunsch haben informiert zu werden. Aber nicht jeder Patient möchte umfangreiche Informationen zu jedem Zeitpunkt bzw. in jeder Phase seiner Krankheit erhalten. Was diese Patienten wissen möchten und was sie nicht wissen möchten, hängt mit ihrer jeweiligen Coping-Strategie und mit der Krankheitsphase zusammen.

Dies macht deutlich, dass es für das Informationsbedürfnis von Patienten einen Unterschied macht, ob es sich um eine gutartige oder eine bösartige und bedrohliche Erkrankung handelt. Gerade bei Patienten mit Krebserkrankung kann sich das Informationsbedürfnis verändern. Der Arzt muss daher stets von Neuem in Erfahrung bringen, was der Patient wissen möchte.

Welchen Kommunikationsstil Patienten in der hausärztlichen Versorgung bevorzugen, untersuchte McKinstry [2000]. Er befragte Patienten in schottischen Allgemeinmedizinpraxen nach dem von ihnen bevorzugten Konsultationsstil. Die Patienten beurteilten Videos gespielter Arztbesuche. Die Videos zeigten für fünf medizinische Probleme jeweils eine Konsultation mit SDM und eine Konsultation mit einem direktiven Stil, d. h. einer Entscheidung weitgehend durch den Arzt allein. 410 Patienten gaben nach Betrachtung der Videos an, welche Form der Entscheidungsfindung ihnen mehr zusagte.

Im Ergebnis zeigten die Patienten unterschiedliche Präferenzen. In drei der fünf Szenarien (blutender Leberfleck, Wadenzerrung, rheumatoide Arthritis) bevorzugten sie eine direktive Herangehensweise. Bei der Depression sprach sich die Mehrheit für SDM aus, bei der Raucherberatung waren die Stimmen etwa gleich verteilt.

Bei körperlichen Probleme wünschten die Patienten eher einen direktiven Stil. Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Krankheitsbildern ältere Patienten eher den direktiven Stil bevorzugen. Angehörige der oberen Sozialschicht tendieren stärker zu SDM. Für Geschlecht, Häufigkeit des Arztbesuches oder Patienten mit chronischen Krankheiten wurden keine stärkeren Assoziationen gefunden.

Diese Untersuchung zeigte, dass der von einem Patienten bevorzugte Kommunikationsstil im Einzelfall nicht vorhersagbar ist. Es lassen sich lediglich Tendenzen oder Mehrheiten für einen direktiven Stil bzw. SDM in Gruppen mit bestimmten Merkmalen finden. Insbesondere bei weniger gravierenden Zuständen scheint der Wunsch nach Beteiligung an der Entscheidung nicht sehr groß.

Rosen et al. [2001] fragten Patienten nach ihrer Grundhaltung bei medizinischen Entscheidungen, wenn mehr als eine Option besteht. Die Frage bezog sich nicht auf konkrete Krankheitsbilder. 1543 Patienten in Allgemeinmedizinpraxen sollten angeben, wer im Falle von alternativen Behandlungsmöglichkeiten die Entscheidung treffen soll. Dass der Arzt bzw. der Patient alleine entscheiden soll, wünschten nur 6 % aller Befragten; in dieser kleinen Gruppe bevorzugten die alleinige eigene Entscheidung vor allem jüngere Patienten, die alleinige Entscheidung durch den Arzt hingegen ältere Patienten. 94 % bevorzugten eine der mittleren Alternativen, d. h., dass sie beteiligt sein wollen, wobei sie entweder selbst die letzte Entscheidung treffen oder diese dem Arzt überlassen wollen. Der Anteil derjenigen, die dem Arzt die letzte Entscheidung überlassen oder ihm die Entscheidungsfindung ganz überlassen wollen, wächst mit zunehmendem Alter. Umgekehrt wünschen jüngere Patienten ein höheres Maß an Partizipation (Abb. 6).

In dieser Studie wird deutlich, dass die große Mehrheit der Patienten die Beteiligung des Arztes an der Wahl der Behandlung bei bestehenden Alternativen wünscht. Jüngere Patienten zeigen dabei ein höheres Bedürfnis nach Autonomie.

Der von der Bertelsmann-Stiftung geförderte Gesundheitsmonitor 2002 belegt, dass auch in Deutschland die Mehrheit der Bürger eine gemeinsame Entscheidung wünscht. Mit zunehmendem Alter nimmt auch hier der Anteil der Patienten zu, die dem Arzt die Entscheidung allein überlassen wollen [Streich et al. 2002, S.40].

Das Picker-Institut in Oxford untersuchte die Wünsche und Bedürfnisse von Patienten in acht europäischen Ländern – Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und Großbritannien [Coulter und McGee 2003]. Erneut wurde hier deutlich, dass Patienten gute, konkrete und verlässli-

- vom Arzt (li. Säule)
- von mir (re. Säule)
- von mir und dem Arzt – der Arzt hat das letzte Wort (2. Säule von li.)
- von mir und dem Arzt – ich habe das letzte Wort (2. Säule von re.)

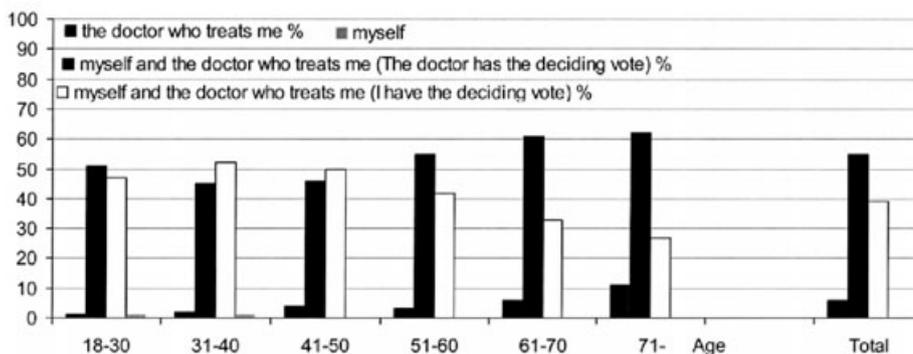


Abb. 6 „Wenn es unterschiedliche Behandlungen gibt, sollte die Wahl getroffen werden...“

che Informationen wünschen, mit denen sie ihre aktuelle Situation und den zu erwartenden Verlauf einer Erkrankung mit und ohne Behandlung beurteilen können. An den zu treffenden Entscheidungen möchten sie sich in mehr oder weniger großem Ausmaß beteiligen. Nur eine kleine Minderzahl möchte den Arzt allein entscheiden lassen bzw. allein ohne den Arzt entscheiden. Hinzu kommt, dass die Patienten mehr Informationen über Ärzte wünschen, um sich für oder gegen einen Arzt als Behandler entscheiden zu können.

## Literatur

Anmerkung: Die Hyperlinks bei Aufsätzen führen zum kostenlosen Volltext. Die Links wurden überprüft am 7.3.2005.

- <sup>1</sup> Balint M, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice. London: Tavistock publications, 1970
- <sup>2</sup> Barratt A, Wyer PC, Hatala R, McGinn T, Dans AL, Keitz S et al. For the Evidence-Based Medicine Teaching Tips Working Group. Tips for learners of evidence-based medicine: 1. Relative risk reduction, absolute risk reduction and number needed to treat. *CMAJ*, 2004; 171(4): 353–8  
<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/4/347>
- <sup>3</sup> Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Operationshäufigkeiten in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung. Baden-Baden: Nomos, 2000
- <sup>4</sup> Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651–661
- <sup>5</sup> Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1996; 44: 681–92
- <sup>6</sup> Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*, 1999; 318: 318–322  
<http://bmj.com/cgi/content/full/318/7179/318>
- <sup>7</sup> Coulter A, Magee H (Eds.). *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003
- <sup>8</sup> Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. *BMJ*, 1999; 319: 753–756  
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/753>
- <sup>9</sup> Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003a; 12: 93–9
- <sup>10</sup> Giersdorf N, Loh A, Härter M. Quantitative Messverfahren des shared decision-making. In: Scheibler F, Pfaff H. Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München: Juventa, 2003; S. 69–85
- <sup>11</sup> Giersdorf N, Loh A, Härter M sowie die Mitglieder der Methoden-AG. Messung der partizipativen Entscheidungsfindung. *Z ärztl Fortb Qual Gesundheitswesen* 2004; 98: 35–141
- <sup>12</sup> Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 781–789
- <sup>13</sup> Klemperer D. Qualität in der Medizin – Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse; Heft Januar/Februar 1996; S. 22–27  
Download: <http://klemperer.info> → Publikationen
- <sup>14</sup> Kurtz SM. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can J Neurol Sci* 2002; 29(Suppl 2): S23–29
- <sup>15</sup> Leydon GM, Boulton M, Jones A, Mossman J, McPherson K, Faith. Hope and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. *WJM*, 2000; 173: 26–31  
<http://www.ewjm.com/cgi/content/full/173/1/26>
- <sup>16</sup> Lichtner S, Pflanz M. Appendectomy in the Federal Republic of Germany: epidemiology and medical care patterns. *Med Care* 1971; 9: 311–30
- <sup>17</sup> McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*, 2000; 321: 867–71  
<http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/867>
- <sup>18</sup> Mullhan F. Wrestling with Variation: An interview with Jack Wennberg. *Health Affairs*. Web Exclusive, 7 October 2004
- <sup>19</sup> Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001; 55: 121–8
- <sup>20</sup> Scheibler F, Freise D, Pfaff H. Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. *Journal of Public Health* 2004; 12: 199–209
- <sup>21</sup> Stewart M, Brown JB. Patient-centredness in medicine. In: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? Edited by: Edwards A and Elwyn G. Oxford: Oxford University Press, 2001
- <sup>22</sup> Streich W, Klemperer D, Butzlaff M. Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2002 Gütersloh*: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002
- <sup>23</sup> Tu JV, Pashos CL, Naylor CD, Chen E, Normand S-LT, Newhouse JP et al. Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1997; 336: 1500–5
- <sup>24</sup> Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care. *CMAJ* 2001; 165: 438–9