

Shared Decision Making:

Konzept, Voraussetzungen
und politische Implikationen

Chartbook





Impressum

Herausgeber:

Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit
Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
Parkallee 39, 28209 Bremen

Verantwortlich:

Jan Böcken, jan.boecken@bertelsmann.de
Bernard Braun, bbraun@zes.uni-bremen.de

Autoren:

David Klemperer (Fachhochschule Regensburg),
Melanie Rosenwirth (Universität Bremen)

Redaktion:

Robert Amhof

Gestaltung:

A.DREIplus, Gütersloh

Druck:

Media Copy, Gütersloh
2. Auflage

© 2005, Bertelsmann Stiftung

| | |
|---|----|
| 1. Vorwort | 4 |
| 2. Was ist Shared Decision Making? | 5 |
| 3. Die Qualität der medizinischen Versorgung | 8 |
| 4. Zur Methodik des Bertelsmann Gesundheitsmonitors | 9 |
| 5. Charts | |
| 5.1 Internationaler und deutscher Status quo | 12 |
| Chart 5.1.1 – Wünschen Patienten Shared Decision Making? | 13 |
| Chart 5.1.2 – Effekte des Shared Decision Making auf die medizinische Qualität | 15 |
| 5.2 Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Versicherten | 16 |
| Chart 5.2.1 – Wünsche und Erwartungen der Patienten an die Arzt-Patient-Beziehung | 17 |
| Chart 5.2.2 – Arzt-Patient-Kommunikation: das OPTION-Instrument | 18 |
| Chart 5.2.3 – Informationsbedürfnisse der Patienten im Shared Decision Making | 22 |
| 5.3 Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Ärzte | 24 |
| 6. Politische Implikationen | 29 |
| Literaturverzeichnis | 30 |

1. Vorwort

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen scheint notwendig, plausibel und unausweichlich zu sein. So beanspruchen mittlerweile viele Patienten eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess, angeregt durch den in den letzten Jahrzehnten gesellschaftlich gewachsenen Trend zu mehr Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Befragungen von Bürgern und Patienten zeigen zudem, dass diese im Krankheitsfall umfassende Informationen wünschen, oft gekoppelt mit einer angemessenen Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und der Einbeziehung ihrer eigenen Vorstellungen von Gesundheit.

Die Informationsmöglichkeiten zu gesundheitsbezogenen Themen haben sich durch das Internet und andere Medien erheblich verändert. Auch die Rechte der Patienten gegenüber ihren Ärzten haben an Konkretisierung, Umfang und Bedeutung gewonnen (Bundesminister der Justiz und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003). In einigen wichtigen politischen Entscheidungsgremien gibt es inzwischen auch Patientenvertreter.

Das in der Patientencharta festgelegte Entscheidungsrecht der Patienten stößt in der Arztpraxis jedoch auf Schwierigkeiten, weil die Realisierung dieses Rechtes eine Abkehr von den stark verbreiteten paternalistischen und direktiven Formen der Arzt-Patient-Kommunikation erfordert. Außerdem verlangt die angemessene Beteiligung des Patienten gute kommunikative Kompetenzen auf Seiten des Arztes. Diese Kompetenzen sind zwar mittlerweile beschrieben (Elwyn 2005), werden aber noch nicht angemessen in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt. Darüber hinaus erfordert Patientenbeteiligung die Bereitschaft des Arztes, die Beziehung zum Patienten partnerschaftlich zu gestalten und (Entscheidungs-)Macht abzugeben.

Patientenbeteiligung spielt sich zweifellos nicht in einem Vakuum ab. Die grundlegenden Qualitätsprobleme des deutschen Gesundheitssystems finden sich auch in der Entscheidungsfindung für individuelle Patienten wider. So ist **die überwiegende Anzahl von Fällen der Über-, Unter- und Fehlversorgung auch ein Ergebnis defizitärer Entscheidungsqualität auf der Arzt-Patient-Ebene. Die Qualität und Validität der Informationen, die in den Entscheidungsprozess einfließen, sind genauso wichtig wie die Art und Weise, in der der Arzt den Patienten informiert.** Gelingt diese Kommunikation, kann dies die Behandlungsergebnisse verbessern.

„Shared Decision Making“ (SDM) wird im Folgenden als das am weitesten entwickelte und am besten operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung beschrieben. Um Missverständnissen vorzubeugen sei hier angemerkt, dass es sich um ein Konzept handelt, das die Bedürfnisse vieler, aber nicht aller Patienten berücksichtigt. Patienten unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen nach Information und Kommunikation, teilweise wollen sie nur gut informiert sein, teilweise wollen sie aber darüber hinaus mitentscheiden. Gelingen ist Kommunikation immer dann, wenn sie den Bedürfnissen des Patienten entspricht und zu guten Entscheidungen und bestmöglichen Behandlungsergebnissen beiträgt.

Patientenbeteiligung hat möglichst hohe Entscheidungsqualität zum Ziel. Neben dem Erfordernis, ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse zur Verfügung zu stellen, gilt es, die Haltung und die kommunikative Kompetenz der Ärzte zu fördern. Die Herausforderung besteht darin, Anreize für eine flächendeckende Umsetzung der Patientenbeteiligung in Arztpraxen und Krankenhäusern zu schaffen.

2. Was ist Shared Decision Making?

„Shared Decision Making“ ist ein Modell der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung, die gekennzeichnet ist durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess.

Entstehung:

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 McKewon (1976) und Illich (1981) angebracht wurde – sensibilisierte für die Grenzen medizinischen Handelns und die Beschränktheit des biomedizinischen Krankheitsmodells. Zudem rückte die Bedeutung der Subjektivität des Patienten stärker ins Blickfeld. Das lange Zeit vorherrschende paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung erschien nicht mehr zeitgemäß.

Ausgehend von der Beschreibung eines biopsychosozialen Modells durch Engel (1996) und gefördert durch die Arbeiten von Balint (2001) bildete sich das Konzept einer patientenzentrierten Medizin heraus (Stewart und Brown 2001). Die Entwicklung des Shared Decision Making-Modells reicht in die 1990er Jahre zurück. Mittlerweile handelt es sich um das am weitesten entwickelte und operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung (Elwyn 2005).

SDM stößt als Konzept auf breite Zustimmung. Die Übertragung auf den medizinischen Alltag ist jedoch bislang in noch keinem Gesundheitssystem vollzogen. Zu den Barrieren zählen weniger zeitliche Restriktionen, als vielmehr fehlende kommunikative Fertigkeiten auf Seiten der Ärzte.

Definitionen und Abgrenzung zu anderen Modellen:

In der Medizinsoziologie wird zwischen drei grundlegenden Modellen der Arzt-Patient-Beziehung unterschieden. In dem am stärksten verbreiteten *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 durch selektives Informieren. Botschaften, die den Patienten in Zweifel stürzen könnten, enthält er ihm vor. Der Arzt entscheidet somit allein, welche Behandlung der Patient erhält. Dies geschieht aus einer dem Patienten übergeordneten Position heraus. 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). Es prägt die Arzt-Patient-Kommunikation durch Fokussierung auf die Behebung struktureller und funktioneller Veränderungen des Organismus. Dies geschieht unter häufig unzureichender Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Bedürfnisse der Patienten und unzureichender Erwägung patientenrelevanter Behandlungsziele.

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 medizinischen 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. Den Abwägungsprozess durchläuft der Patient allein, indem er technisches Wissen und Selbstwissen zusammenführt. Der Arzt setzt anschließend um, was der Patient entschieden hat.

Das informative Modell geht weiterhin 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 eher die Rolle eines Technikers, der für angemessene Informationen zu sorgen hat. Die Integration und Verarbeitung der Informationen sind auf die spezifischen Lebensumstände und Werte des Patienten abgestimmt, die letztendliche Entscheidung vollzieht dieser allein. Das informative Modell geht auch von der Annahme aus, dass nur der Patient die beste Entscheidung treffen kann, vorausgesetzt, er verfügt über die aktuellen wissenschaftlichen Informationen bezüglich seiner Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten. Der Arzt hat sich aus der Abwägung und aus der Entscheidung herauszuhalten. Denn seine Interessen können sich von denen des Patienten unterscheiden und dem Patienten kann ein Schaden entstehen, wenn die Interessen des Arztes in Abwägung und Entscheidung einfließen.

Shared Decision Making dagegen bezeichnet eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die zum Ziel hat, den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an den Entscheidungen über sein Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung. Diese Entscheidung kann aus zwei oder mehr Optionen bestehen, wobei eine davon auch beobachtendes Abwarten sein kann. Vom paternalistischen und informativen Modell der Arzt-Patient-Kommunikation ist das SDM-Modell unterscheidbar anhand der drei Bereiche Informationsfluss, Abwägen und Entscheidung (siehe Abbildung 1).

Das SDM-Modell ist gekennzeichnet durch Interaktion zwischen Arzt und Patient, gegenseitige Information, gemeinsames Abwägen und gemeinsames Entscheiden. Der Patient informiert dabei den Arzt auch über seine subjektiven behandlungsrelevanten Bedürfnisse und Präferenzen. Die einzelnen Schritte des Entscheidungsprozesses finden sich in Chart 5.2.2.

Weiterführende Literatur:

Härter, M., Loh, A. und C. Spies (Hrsg.). Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln 2005.

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

Scheibler, F. und H. Pfaff (Hrsg.). Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München 2003.

Edwards, A. und G. Elwyn (Hrsg.). Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible? Oxford University Press. Oxford. 2001.

Abbildung 1: Conceptual framework for treatment decision making*

Quelle: Charles et al. 1999: 653.

| Analytical stages | Models | Paternalistic | Shared | Informed |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|
| Information exchange | Flow Direction Type Amount** | One way (largely) Physician → patient Medical Minimal legally required | Two way Physician ↔ patient Medical and personal All relevant for decision-making | One way (largely) Physician → patient Medical 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 |

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

**Minimum required.

3. Die Qualität der medizinischen Versorgung

Medizinisches Handeln ist sinnvoll, wenn es effektiv und effizient die objektiven und subjektiven Bedürfnisse kranker Menschen erfüllt. Aus dieser Perspektive heraus kann Qualität in der medizinischen Versorgung einer Definition des Institute of Medicine zufolge verstanden werden als „das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes“ (Lohr 1990). Idealerweise sollten sich medizinische Entscheidungen an dieser Qualitätsdefinition orientieren.

Die in den 1970er Jahren erstmals beschriebenen geographischen Variabilitäten sowie die seit den 1990er Jahren diskutierte Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Gesundheitsversorgung weisen jedoch auf grundlegende Qualitätsdefizite hin. *Geographische Variabilitäten* bezeichnen das Phänomen der sich teils massiv unterscheidenden Raten für medizinische Behandlungsmaßnahmen in unterschiedlichen Regionen. Diese sind aber weder durch unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten zu erklären, noch durch bessere Gesundheitsergebnisse in Regionen mit höheren Behandlungsraten zu rechtfertigen (Wennberg 1998).

Der Begriff *Übersorgung* bezeichnet Leistungen, deren Potenzial für einen Schaden größer ist als für einen möglichen Nutzen. *Unterversorgung* bezeichnet Leistungen, die ein günstiges Ergebnis für den Patienten bewirken würden, aber nicht erbracht werden. *Fehlversorgung* bezeichnet geeignete Leistungen mit vermeidbaren Komplikationen (Chassin et al. 1998). Beides (sowohl die geographischen Variabilitäten als auch die Über-, Unter- und Fehlversorgung) dient zur Beschreibung ernsthafter und weit verbreiteter Qualitätsdefizite. Diese sind in allen Gesundheitsversorgungssystemen zu finden, weil die jeweiligen finanziellen Anreizsysteme stets zur Erbringung nicht erforderlicher bzw. Unterlassung erforderlicher Leistungen führen (Chassin et al. 1998, Sachverständigenrat 2002).

Aus der Patientenperspektive können geographische Variabilitäten sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung gleichbedeutend mit schlechter Entscheidungsqualität sein. Ziel von Patientenbeteiligung und damit des Shared Decision Making ist jedoch die Verbesserung der Entscheidungsqualität im Sinne der o. g. Qualitätsdefinition des Institute of Medicine, so dass Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden kann.

Weiterführende Literatur:

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

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. „Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century“. Washington, DC. 2001.

4. Zur Methodik des Bertelsmann Gesundheitsmonitors

Der Bertelsmann Gesundheitsmonitor (GeMo) liefert seit 2001 Informationen über die Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung in Deutschland aus der Perspektive von Versicherten und Ärzten. Dabei wird insbesondere auf die Erfahrungen und Bedürfnisse der Leistungsempfänger und die Implementierungschancen von Reformvorhaben bei den Leistungserbringern fokussiert. Die Befragung der Versicherten erfolgt zweimal jährlich, die Ärztebefragung einmal jährlich. Mit bis heute über 12.000 befragten Versicherten zu über 150 gesundheitspolitisch relevanten Fragen ist der GeMo eines der größten Surveys dieser Art in Deutschland. Die Fortsetzung der Befragungen ist derzeit bis 2007 vorgesehen.

Etwa drei Viertel der Fragen der Versichertenbefragung werden in jeder Befragungswelle identisch erhoben, so dass es möglich ist, im Sinne eines echten Monitorings zeitnah Veränderungen zu erkennen. Das restliche Viertel der Fragen steht für aktuelle Fragestellungen zur Verfügung (z. B. Alternativmedizin, Vertrauen in die Eigenschaften und die Akteure des Gesundheitswesens oder die Bewertung der Folgen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes).

Die Charakteristika des GeMo:

Versichertenbefragung: Die Grundgesamtheit ist die deutschsprachige Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren. Die Befragung erfolgt schriftlich/postalisch. Die Stichprobenbasis beruht auf einem ACCESS-Panel von 71.000 befragungsbereiten Haushalten mit insgesamt 165.000 Personen. Die Nettostichprobe für jede Befragungswelle umfasst mind. 1.500 Personen.

Ärztebefragung: Die Grundgesamtheit für diese telefonische Befragung sind die niedergelassenen Ärzte. Die Stichprobenziehung erfolgt aus einem Adresspool mit einer Netto-Stichprobe von mind. 500. Dabei werden je 50 Prozent niedergelassene Primärärzte (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, Kinder- und Frauenärzte) und 50 Prozent niedergelassene Fachärzte (alle Facharztgruppen mit mindestens 1.000 Mitgliedern, außer Anästhesisten) befragt.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des GeMo liegen auf der Status-quo-Erhebung der ambulanten Versorgung. Im Einzelnen werden dabei folgende Themen berücksichtigt: Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, differenzierte Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion und ihre Bewertung durch Versicherte und Ärzte, Informationsbedürfnisse der Versicherten, der Umfang des Krankenversicherungsschutzes sowie das Ausmaß der persönlichen Gesundheitsausgaben.

Weiterhin werden im GeMo die Anforderungen und Erwartungen der Versicherten bzw. Patienten an die ambulante Gesundheitsversorgung erhoben. Fragen zu Kenntnissen und Bewertungen der Versicherten zu aktuellen und potenziellen Reformen im Versorgungs-, Finanzierungs- und Organisationsbereich des Gesundheitswesens bilden einen weiteren wichtigen Meilenstein des GeMo. Komplettiert werden die Erhebungen durch die Abfrage der selbst wahrgenommenen Gesundheit, Aspekte des Gesundheitsverhaltens und eine Reihe von soziodemographischen Merkmalen. Auf der Basis der Angaben zum Haushaltsnetto-Äquivalenzeinkommen, zum beruflichen Status und zum höchsten Bildungsabschluss wird ein additiver Sozialschichtindex ermittelt, der die Kategorien Oberschicht, obere Mittelschicht, Mittelschicht, untere Mittelschicht und Unterschicht umfasst.

Die Methodik des GeMo ist vergleichbar mit der Vorgehensweise des vom Picker-Institut konzipierten und bereits mehrmals durchgeführten Patienten-Surveys im britischen nationalen Gesundheitswesen.



5. Charts

5.1 Internationaler und deutscher Status quo

5.1.1 – Wünschen Patienten Shared Decision Making?

Warum ist es wichtig? Bis in die 1980er Jahre bevorzugte die Mehrheit der Patienten noch eine passive Rolle im medizinischen Behandlungsprozess. Die aktive und dominante Rolle des Arztes entsprach anscheinend den Bedürfnissen der meisten Patienten (Arora und McHorney 2000). Heute möchten viele Patienten an medizinischen Entscheidungen beteiligt werden (Böcken et al. 2004, Coulter und Magee 2003) und auch die Politik fordert die stärkere Einbeziehung und Mitbestimmung der Patienten.

Was wir wissen? In einem Telefonsurvey von Coulter und Magee (2003) in acht europäischen Ländern gaben 23 Prozent der insgesamt 8.119 Befragten an, selbst über die Behandlung bestimmen zu wollen (I should decide/I should make the decision after consulting my doctor), 26 Prozent würden lieber den Arzt entscheiden lassen (my doctor should decide/my doctor should make the decision after discussion with me) und 51 Prozent wollen gemeinsam mit dem Arzt über die Behandlungsmethode entscheiden (my doctor and I should decide together). Dabei waren Ältere eher geneigt, die Entscheidung dem Arzt allein zu überlassen (32 Prozent der über 65-jährigen gegenüber 23 Prozent der 35-44-jährigen). Personen mit Universitätsausbildung sprachen sich häufiger für die gemeinsame Entscheidungsfindung aus (55 Prozent) als Personen mit Volksschulabschluss (46 Prozent).

Die Daten des Gesundheitsmonitors ergeben ein ähnliches Bild (Böcken et al. 2004): 58 Prozent der 9.146 Befragten wollen sich am Entscheidungsprozess beteiligen. Allerdings möchten nur 14 Prozent der Versicherten allein die Entscheidung über ihre Behandlung fällen und 28 Prozent würden lieber den Arzt entscheiden lassen (Abbildung 2). Die Unterschiede in den Ergebnissen könnten aus den unterschiedlichen Antwortvorgaben in den beiden Studien resultieren, doch zeigt auch der Gesundheitsmonitor, dass ältere Befragte sich lieber auf die Entscheidung ihres Arztes verlassen (41 Prozent der über 65-jährigen gegenüber 16 Prozent der 35-44-jährigen).

Die Bereitschaft, an Entscheidungsprozessen teilzuhaben, ist nicht nur alters-, sondern auch schicht- und bildungsabhängig. Die Befragten im Gesundheitsmonitor mit Abitur und aus der Oberschicht ziehen es vor, gemeinsam über Behandlungen zu entscheiden (jeweils 61 Prozent), während nur 49 Prozent der Hauptschüler und 52 Prozent aus der Unterschicht das SDM-Modell bevorzugen (Abbildung 3). Kein Unterschied ergibt sich allerdings 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.

Was daraus folgt? Die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen sollte weiter gefördert werden. Der im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eingerichtete Förderschwerpunkt „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ sollte mit neuen Projekten und ausreichender Ausstattung fortgeführt werden. Längsschnittbefragungen wie z. B. der Gesundheitsmonitor müssen fortgesetzt werden.

Weiterführende Literatur:

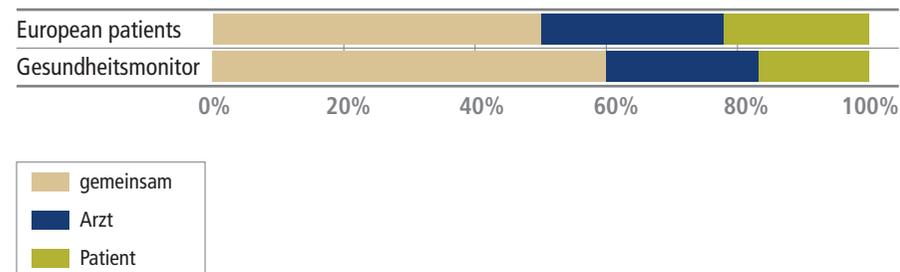
McAlister et al. „When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients“. *CMAJ* (163) 2000.403-8.

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

Chart 5.1.1 – Wünschen Patienten Shared Decision Making?

Mehr als die Hälfte der deutschen und europäischen Patienten möchten gemeinsam mit ihrem Arzt über die Behandlungsmaßnahmen entscheiden.

Wer soll entscheiden?

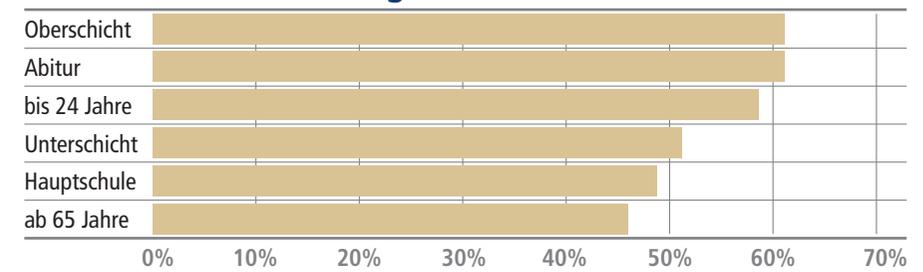


Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2001–2004 (n = 9146), nachzulesen in Böcken et al. (2004) sowie europäischer Telefonsurvey nachzulesen in Coulter und Magee (2003: 217 ff.), n = 8119 aus Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und Großbritannien.

Abbildung 2

Unter den deutschen Patienten sind mehrheitlich die Jüngeren sowie Versicherte aus der Oberschicht mit höherer Schulbildung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

Patient und Arzt sollen gemeinsam entscheiden



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2001–2004 (n = 9146), nachzulesen in Böcken et al. (2004).

Abbildung 3

5.1.2 – Effekte des Shared Decision Making auf die medizinische Qualität

Warum ist es wichtig? Shared Decision Making soll die Entscheidungsqualität verbessern, indem aufgrund neuester, evidenzbasierter Informationen Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden, die mit den Präferenzen der Patienten übereinstimmen. Das SDM-Konzept beinhaltet somit die Patienten- und Outcome-Orientierung sowie eine wissenschaftliche Grundlage. Diese drei Punkte finden sich auch in der generellen medizinischen Qualitätsdefinition des Institute of Medicine (siehe Seite 7), so dass Patientenbeteiligung im Allgemeinen und SDM im Besonderen als zentrale Bausteine zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität angesehen werden können.

Besondere Bedeutung kommt der Patientenbeteiligung bei präferenz-sensitiven Entscheidungen zu. Bei dieser Art von Entscheidungen gibt es keine per se „beste“ Wahl zwischen zwei oder mehr Optionen. Die Entscheidung erfordert vielmehr einen Abwägungsprozess unter Berücksichtigung der persönlichen Werte des Patienten. Ausschlaggebend für die Entscheidung kann nur sein, welche Bedeutung der Patient der jeweiligen Alternative zumisst. Über das für diese Entscheidung relevante Wissen verfügt ausschließlich er (Mullan 2004).

Was wir wissen? Die Information (als ein entscheidendes Instrument des SDM-Prozess) und die Beteiligung von Patienten an Entscheidungen können zu besserer Entscheidungsqualität und zu besseren Ergebnissen bezüglich Behandlungswahl, Therapietreue sowie psychischen und somatischen Behandlungsergebnissen führen. Dies belegen u. a. Studien von McAlister et al. (2000) und Steel (2000) über die Behandlung von Patienten mit erhöhtem Blutdruck oder Protheroe et al. (2000) über den unterschiedlichen Abwägungsprozess beim Einsatz von Antikoagulantien bei der Behandlung von Vorhofflimmern.

Von ausschlaggebender Bedeutung ist die unterschiedliche Form, in der identische Sachverhalte dargestellt werden („framing“), wie etwa die Darstellung von Wahrscheinlichkeiten über Behandlungserfolge in positiver oder negativer Form. Dies wirkt sich wiederum auf die Entscheidung von Patienten aus (Abbildung 4). Am Bei-

spiel der Angioplastie (Gefäßaufdehnung) zur Beschwerdelinderung bei Patienten mit anhaltender Angina pectoris konnte gezeigt werden, dass sich Patienten bei positiver Risikodarstellung („99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen“) häufiger für den Eingriff entschieden als bei negativer Formulierung („Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf“) (Gurm und Litaker 2000).

Was daraus folgt? Die Verbesserung der Entscheidungsqualität erfordert die Verfügbarkeit umfassender Informationen. Die Patienten müssen insbesondere Zugriff auf konkrete Informationen über den potenziellen Nutzen und Schaden einer Behandlung haben.

Da die unterschiedliche Darstellung identischer Sachverhalte zu unterschiedlichen Entscheidungen führen kann, müssen die Informationen in unterschiedlichen Formaten angeboten werden (Edwards 2004).

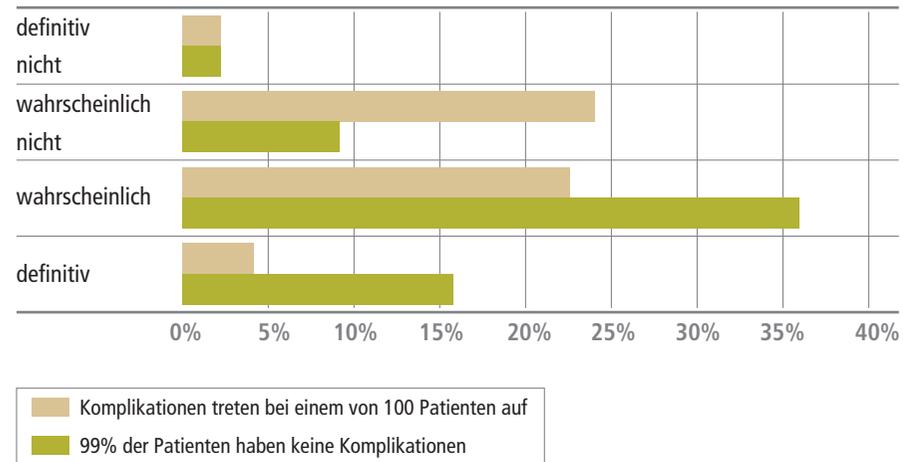
Einen wichtigen Schritt in diese Richtung stellen die Bestrebungen des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar, „ein effektiver, zuverlässiger, vertrauenswürdiger und populärer Herausgeber von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zu sein“ (IQWiG 2005). Als Kooperationspartner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

Weiterführende Literatur:

Stewart MA et al. „The Impact of Patient-Centered Care on Outcome“. *The Journal of Family Practice* (49) 2000: 796-804.

Chart 5.1.2 – Effekte des Shared Decision Making auf die medizinische Qualität

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 ein Video zu sehen, das entweder die Behandlungsrisiken mit „99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen“ (n=63) oder „Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf“ (n=53) umschreibt.

Abbildung 4

Eine positive Darstellung des Risikos von Therapien („99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen“) führt eher dazu, dass sich Patienten für diese Behandlung entscheiden als eine negative Darstellung („Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf“).

5.2 Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Versicherten

5.2.1 – Wünsche und Erwartungen der Patienten an die Arzt-Patient-Beziehung

Warum ist es wichtig? Patienten wünschen sich Ärzte, die ihnen 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).

Das Gelingen einer solchen Kommunikation zwischen Arzt und Patient führt über die kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der Patienten zur Verbesserung der psychologischen und somatischen Behandlungsergebnisse. Eine positive Erwartungshaltung wird gefördert, Angst gemindert, die Krankheitsbewältigung erleichtert, die Beteiligung verbessert und die Therapietreue erhöht (Di Blasi et al. 2001).

Andererseits sind aber nicht nur der Kommunikationsstil des Arztes und die Struktur des Kommunikationsprozesses für ein Shared Decision Making entscheidend (hierauf wird im Chart 5.2.2 noch genauer eingegangen), sondern es sind auch weitere Faktoren wichtig, darunter die Information, die der Patient vom Arzt erhält (siehe Chart 5.2.3) und die allgemeinen Erwartungen des Patienten an den Arzt.

Was wir wissen? Die europäische Gemeinschaftsstudie EUROPEP (European Project on Patient Evaluation of General Practice Care) stellte für Deutschland folgende Patientenerwartungen an den Hausarzt heraus (Klingenberg et al. 1996). Der Hausarzt soll während der Konsultation:

- genügend Zeit zum Zuhören und Erklären haben;
- im Notfall rasch verfügbar sein;
- die Vertraulichkeit aller Patientendaten gewährleisten;
- alle gewünschten Informationen geben;
- kurzfristig einen Konsultationstermin anbieten können;
- Raum geben, um alle Probleme zu besprechen;
- sich regelmäßig fortbilden, um neue Entwicklungen zu erlernen;
- nicht nur Krankheiten behandeln, sondern diesen vorbeugen helfen;
- die Wirksamkeit möglicher Maßnahmen kritisch abwägen
- und die Ziele der Abklärungen und Behandlungen genau erklären.

Auch bei Little et al. (2001) zeigt sich, dass zwar fast alle der 824 befragten Patienten auf die Arzt-Patient-Kommunikation Wert legten (99 Prozent antworteten mit very strongly agree/strongly agree/agree). Aber auch die partnerschaftliche Beziehung (87 Prozent, inkl. Interesse des Arztes an den Hoffnungen und Erwartungen des Patienten) und die Gesundheitsförderung (89 Prozent) werden als wichtig empfunden. Dabei wurde den Erklärungen des Arztes am meisten Bedeutung beigemessen (99 Prozent). Der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63 Prozent) und nach einer Medikamentenverschreibung (25 Prozent) war weniger ausgeprägt (Tabelle 1).

Was daraus folgt? Neben dem Kommunikationsstil nennen Patienten eine Reihe weiterer Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung, wie das Zeigen von Interesse, mehr Zeit bei der Konsultation oder die direkte Einbeziehung des Patienten. Diese Anforderungen sind systematisch in das Zertifizierungsverfahren „Europäisches Praxisassessment“ integriert worden (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen 2005). Nur solche medizinischen Verfahren, die diese Anforderungen berücksichtigen, sollten implementiert werden.

Weiterführende Literatur:

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 (EUROPEP)“. *ZaeFQ* (93) 1999: 437-445.

Chart 5.2.1 – Wünsche und Erwartungen der Patienten an die Arzt-Patient-Beziehung

Tabelle 1: Patienten erachten neben der Arzt-Patient-Kommunikation auch die partnerschaftliche Beziehung zu und die Gesundheitsförderung durch ihren All-

gemeinmediziner 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 | | | | |
| mit meinen Ängsten umgeht | 27 Prozent | 23 Prozent | 38 Prozent | 12 Prozent |
| den Hauptgrund für mein Kommen versteht | 28 Prozent | 29 Prozent | 40 Prozent | 3 Prozent |
| an meinen Fragen interessiert ist | 24 Prozent | 26 Prozent | 39 Prozent | 11 Prozent |
| das Problem gut erklärt | 45 Prozent | 31 Prozent | 22 Prozent | 2 Prozent |
| Faktor 2: Partnerschaft | | | | |
| interessiert daran ist, was ich für das Problem halte | 26 Prozent | 24 Prozent | 35 Prozent | 16 Prozent |
| mit mir das Problem diskutiert | 27 Prozent | 27 Prozent | 33 Prozent | 13 Prozent |
| daran interessiert ist, welche Behandlung ich will | 22 Prozent | 21 Prozent | 34 Prozent | 23 Prozent |
| die Behandlung mit mir diskutiert | 27 Prozent | 25 Prozent | 34 Prozent | 14 Prozent |
| Faktor 3: Gesundheitsförderung | | | | |
| mir rät, wie ich das Risiko weiterer Krankheiten reduziere | 24 Prozent | 24 Prozent | 41 Prozent | 11 Prozent |
| mir rät, wie ich zukünftig gesund bleibe | 23 Prozent | 24 Prozent | 38 Prozent | 15 Prozent |
| andere Aspekte | | | | |
| klinische Untersuchung | 14 Prozent | 18 Prozent | 32 Prozent | 36 Prozent |
| Medikamentenverschreibung | 5 Prozent | 5 Prozent | 15 Prozent | 76 Prozent |
| emotionale Bedürfnisse verstehen | 17 Prozent | 17 Prozent | 37 Prozent | 30 Prozent |

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

5.2.2 – Arzt-Patient-Kommunikation: das OPTION-Instrument

Warum ist es wichtig? In vielen medizinischen Situationen gibt es keine Lösung, die für alle Patienten geeignet ist. Beispielsweise führt die operative Beseitigung einer gutartigen Prostatavergrößerung, die bei einem Großteil der Patienten Beschwerden beim Wasserlassen auslöst, durch Nervenschädigungen bei einem relevanten Anteil der Patienten zu sexuellen Funktionsstörungen. Hier muss der Patient abwägen, ob für ihn die Beseitigung der Beschwerden beim Wasserlassen schwerer wiegt als die mögliche Impotenz oder nicht. Es handelt sich also um eine präferenz-sensitive Entscheidung.

In vielen anderen – wenn nicht den meisten – Entscheidungssituationen gilt es, eine Wahl zwischen zwei oder mehr Möglichkeiten zu treffen, von denen eine Möglichkeit häufig das beobachtende Abwarten sein kann. Das OPTION („observing patient involvement“-)Instrument wurde entwickelt, um die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen in dem von ihnen gewünschten Ausmaß sicher zu stellen (Elwyn et al. 2003, 2005).

Was wir wissen? Das OPTION-Instrument (siehe Abbildung 5) beschreibt die einzelnen Schritte und ärztlichen 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.

Mit Fragen aus dem Gesundheitsmonitor lassen sich einige der in der OPTION-Skala aufgeführten Items an Patienten abfragen (siehe Abbildung 6). So berichten 88 Prozent der deutschen Patienten, ihr Arzt könne ihnen medizinische Sachverhalte verständlich erklären. Die Schulbildung ist dabei ein Faktor, der die Verständlichkeit der Erklärungen beeinflusst. Befragte mit Abitur scheinen Erklärungen des Arztes besser zu verstehen, als Hauptschulabgänger (siehe Abbildung 7). 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 wurden nur knapp die Hälfte und nur 35 Prozent wurden vom Arzt zu Fragen aufgefordert. Letztendlich gaben nur noch 23 Prozent an, dass ihnen Informationsmaterial mitgegeben wurde und 17 Prozent wurden von ihrem Arzt aufgefordert, nach anderen Informationsquellen zu suchen.

Was daraus folgt? Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung sollten in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern dafür Sorge tragen, dass die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen zu einem verbindlichen Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation wird. So könnte die Arzt-Patient-Kommunikation nach dem OPTION-Instrument zu einer Handlungstechnik erklärt werden, die jeder klinisch tätige Arzt anwenden muss. Dafür müssen die Medizinischen Fakultäten sicherstellen, dass jeder Student die entsprechenden Kompetenzen erlernt.

Die ärztliche Selbstverwaltung muss sicherstellen, dass nach einer Übergangszeit alle bereits im Beruf stehenden Ärzte über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen. Die ärztlichen Fertigkeiten zur Patientenbeteiligung sollten als Performance-Indikator in alle Strategien und Methoden der Qualitätssicherung eingehen.

Um die Übereinstimmung von Präferenz und Entscheidung sicherzustellen, sollten Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung 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.

Weiterführende Literatur:

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

Chart 5.2.2 – Arzt-Patient-Kommunikation: das OPTION-Instrument

Abbildung 5: 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 eine 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 |

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?“):

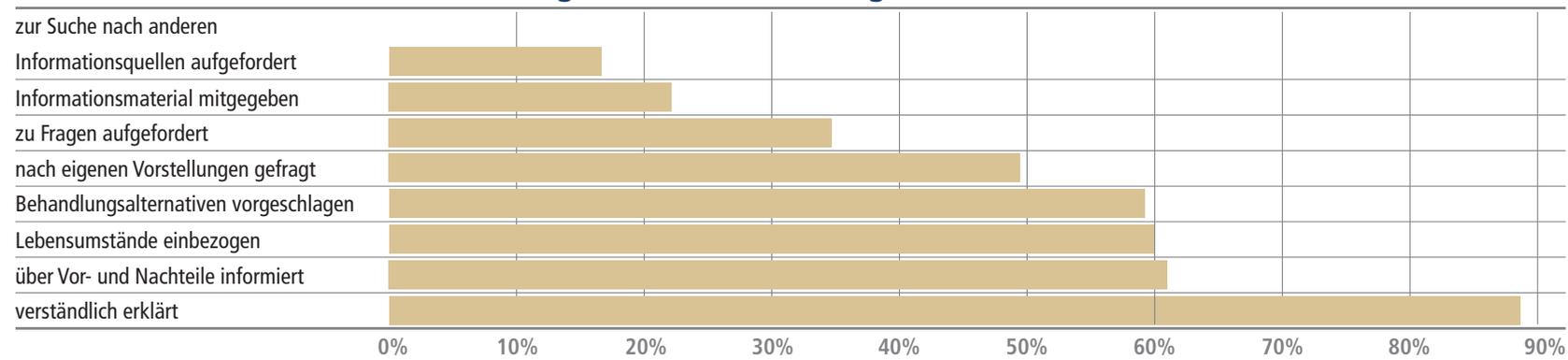
- Mein Arzt hat mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vorgeschlagen (vergleichbar mit OPTION 2 und 4)
- Mein Arzt hat mir Informationsmaterial mitgegeben (vergleichbar mit OPTION 3)
- Mein Arzt hat mich ermuntert, auch bei anderen Quellen Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu suchen (vergleichbar 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)

Chart 5.2.2 – Arzt-Patient-Kommunikation: das OPTION-Instrument

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. Es zeigt sich, dass die Mehr-

zahl der deutschen Patienten ihrem Arzt bescheinigen, er habe ihnen medizinische Sachverhalte verständlich erklärt, rund 60 Prozent fühlen sich gut informiert oder in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Weitaus weniger wurde zu Fragen aufgefordert oder Informationsmaterial mitgegeben.

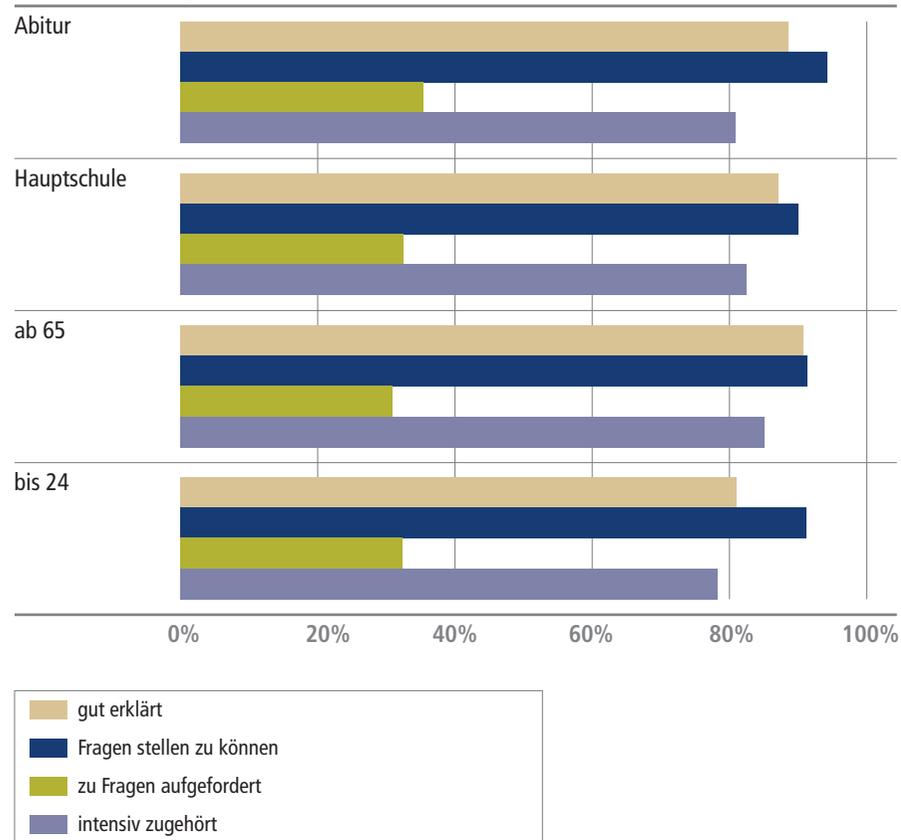
Der Hausarzt hat bei der Entscheidung über die Behandlung ...



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2001–2004 (n = 9146).

Chart 5.2.2 – Arzt-Patient-Kommunikation: das OPTION-Instrument

Arzt-Patient-Kommunikation nach Alter und Bildungsstand differenziert



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2001–2004 (n = 9146).

Die Arzt-Patienten-Kommunikation wird je nach Alter und Bildungsstand unterschiedlich beurteilt. 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.

5.2.3 – Informationsbedürfnisse der Patienten im Shared Decision Making

Warum ist es wichtig? Medizinische Interventionen sollen den Verlauf einer Krankheit günstiger gestalten, als dies ohne die Intervention der Fall gewesen wäre. Dafür wünschen sich die meisten Patienten umfassende Informationen über alle Aspekte ihrer Krankheit (Coulter et al. 1999). Besonders wichtig sind valide Informationen für eine Patientenbeteiligung nach dem Shared Decision Making-Modell. Bisher gibt es keine verlässlichen Standards für Patienteninformationen, dafür aber viele unzuverlässige Informationen im Internet und in gedruckten Broschüren. Insbesondere benötigt der Patient evidenzbasierte, auf seine spezifische Situation und die für ihn relevanten Outcomes zugeschnittene Informationen über den Nutzen und Schaden von Interventionen.

Nutzen und Schaden einer Behandlungsoption lassen sich in Form von Wahrscheinlichkeiten bzw. Risiken darstellen. Diese Wahrscheinlichkeiten muss der Patient mit seinen Präferenzen in Einklang bringen und benötigt dafür nicht nur allgemeine Krankheitsinformationen, sondern auch Angaben zu seinem individuellen Risiko (vgl. Chart 5.1.2). Für die zu treffende Entscheidung stehen sog. *Decision aids* zur Verfügung, die als elektronische oder nicht elektronische evidenzbasierte Interventionen zur Unterstützung einer abwägenden Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Behandlungsoptionen definiert sind (O'Connor 2003).

Was wir wissen? Untersuchungen mit Fokusgruppen von Patienten mit chronischen Erkrankungen haben gezeigt, dass die Informationsbedürfnisse dieser Patienten umfassend sind (Coulter et al. 1999). Die Patienten wollen ein Verständnis erlangen über das Wesen ihrer Gesundheitsstörung, die Prognose, die Untersuchungen und die Behandlung, über Möglichkeiten 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 als die wichtigsten Gesundheitsthemen an, nach denen sie suchen (41 bzw. 37 Prozent der Nennungen). Weiterhin wird nach Informationen über alternative Heilverfahren und Gesundheitsvorsorge gesucht, während Informationen zu/über Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser von eher geringem Interesse sind. Allerdings suchen 32 Prozent der Deutschen überhaupt nicht nach Informationen zu Gesundheitsthemen (siehe Abbildung 8).

Der Einsatz von Decision aids als besondere Form der Informationsgabe zu speziellen Krankheiten verändert die Entscheidung von Patienten. Insbesondere sinkt die Inanspruchnahme aufwändiger Interventionen mit eher geringem potenziellem Nutzen (Garg et al. 2005; Kawamoto et al. 2005).

Was daraus folgt? Verlässliche, unabhängige Informationsquellen für Patienten müssen geschaffen werden. Den Patienten sind Informationen zur Verfügung zu stellen, die sich auf Outcomes beziehen, die aus Patientensicht relevant sind. Die für den Patienten weniger bedeutsamen Surrogatparameter (Ersatzmessgrößen) in Form von physiologischen Messwerten (z. B. Blutdruck, Blutfettspiegel, Kontraktionskraft des Herzens) sind zu ergänzen durch Indikatoren, die sich auf Lebensdauer und die Lebensqualität beziehen (Guyatt 2004, Coulter et al. 1999).

Weiterführende Literatur:

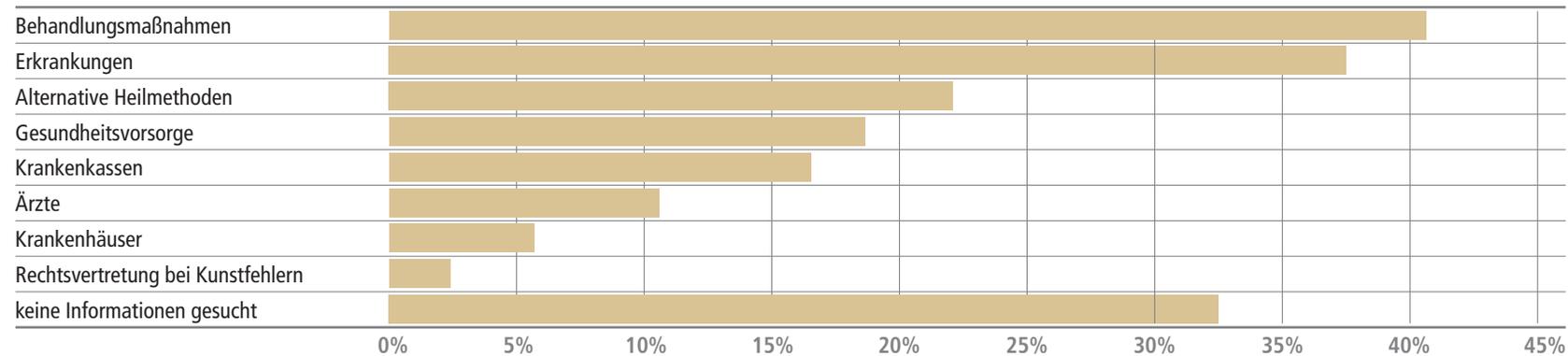
Chamot, E. und T.V. Perneger. „Misconceptions about efficacy of mammography screening: a public health dilemma“. *J. Epidemiol Community Health* (55) 2001: 799–803.

Chart 5.2.3 – Informationsbedürfnisse der Patienten im Shared Decision Making

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 Kran-

kenhäuser sind von geringerem Interesse. Ein Drittel der Deutschen sucht überhaupt nicht nach Informationen zu Gesundheitsthemen.

Gesundheitsthemen, über die sich Patienten informieren



Quelle: Daten aus dem Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2001–2003, n = 7628

5.3 Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Ärzte

Warum ist es wichtig? Shared Decision Making findet als Konzept überwiegend die Zustimmung der Ärzte. Im medizinischen Alltag wird die Patientenbeteiligung an Entscheidungen hingegen noch nicht ausreichend umgesetzt. Die erforderlichen Kompetenzen sind erlernbar (Loh et al. 2005), werden in Aus-, Weiter- und Fortbildung jedoch noch nicht systematisch vermittelt. Dessen ungeachtet reichen kommunikative Kompetenzen allein vermutlich nicht aus. SDM erfordert zusätzlich die Bereitschaft des Arztes, dem Patienten partnerschaftlich, zugewandt, akzeptierend und empathisch gegenüber zu treten. Eine Schwierigkeit liegt dabei in ärztlichen Vorbildern, die überwiegend in einem paternalistischem Milieu beruflich sozialisiert wurden.

Was wir wissen? Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen eine 67-prozentige Präferenz der befragten 500 Haus- und Fachärzte für SDM, 21 Prozent wollen lieber selbst entscheiden und acht Prozent würden den Patienten allein entscheiden lassen.

Die aktuelle Fassung des OPTION-Instrumentes (siehe Abbildung 5) beschreibt Kompetenzen für den SDM-Prozess (Elwyn et al. 2005). Bei der Evaluation des OPTION-Instrumentes anhand von 186 Konsultationen (durchgeführt von 21 Allgemeinärzten, die nicht in SDM geschult waren) zeigte sich, dass diese Ärzte in nur geringem Ausmaß über die SDM-Kompetenzen verfügten. In keiner einzigen Konsultation prüfte der Arzt, ob der Patient die Informationen verstanden hatte (Schritt 8 der OPTION-Skala). Im Gegensatz dazu beurteilen die im Gesundheitsmonitor befragten Ärzte ihre kommunikative Kompetenz ausgesprochen positiv (Abbildung 9). Die Ergebnisse liegen dabei deutlich höher, als die Beurteilung durch die befragten Versicherten (Abbildung 6).

Erkenntnisse über die Barrieren zur Umsetzung des SDM-Konzeptes ergab eine Focusgruppenbefragung von 39 Allgemeinärzten (Elwyn et al. 1999):

- Die Ärzte hatten das Gefühl, nicht über die erforderlichen Fertigkeiten zu verfügen, um Patienten in die Entscheidung einzubeziehen.
- Die Ärzte waren sich darin einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren Vorgehensweisen abweicht.

- Einige Ärzte trauen 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.
- 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.
- Neben den Fertigkeiten ist auch eine entsprechende Haltung Voraussetzung für SDM.

Elwyns Fazit: Die Einbeziehung der Patienten in Entscheidungen wird zwar zunehmend gefordert. Damit dies auch geschehen kann, muss zum einen die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte gefördert, zum anderen ihre Haltung verändert werden (Elwyn 2005).

Auch die im Gesundheitsmonitor befragten Ärzte sprechen sich einerseits für eine gemeinsame Entscheidungsfindung aus, andererseits haben sie aber scheinbar Probleme mit zu informierten Patienten (siehe Abbildung 10). Zum einen empfinden sie es als Zeitersparnis (47 Prozent antworteten „trifft [voll] zu“) und Erleichterung (32 Prozent), wenn sich ein Patient schon vor dem Arztbesuch informiert hat, zum anderen sehen auch sie das Problem, dass ihnen zumeist die Zeit fehlt um auf einen informierten und interessierten Patienten einzugehen (27 Prozent). Zudem beurteilen die Ärzte die gesammelten Informationen häufig als ein „Gemisch aus mehr oder weniger Zutreffendem“ (42 Prozent). 32 Prozent waren sogar der Meinung, dass im Voraus gesuchte Informationen den Patienten nur verwirren würden.

Dagegen werden in den Praxen vorliegende schriftliche Patienten-Informationen von den im Gesundheitsmonitor befragten Ärzten durchweg positiv beurteilt (Abbildung 11) und genutzt. Nur sechs Prozent verwenden gar keine schriftlichen Patienteninformationen in ihrem täglichen Alltag. Zwölf Prozent der Ärzte waren der Meinung, Patientenbroschüren würden „häufig falsche Informationen“ enthalten.

Was daraus folgt? Wie schon unter 5.2.2 erwähnt, müssen der Gesetzgeber und die ärztliche Selbstverwaltung das Erlernen und die Anwendung der für die Patientenbeteiligung in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelbaren Kompetenzen sicherstellen. Entsprechende Trainingsprogramme liegen aus einigen medizinischen Fakultäten und aus dem Förderschwerpunkt des BMGS „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ vor. Diese müssen allerdings vor ihrem flächendeckenden Einsatz genauer evaluiert werden.

Zehn der 50 pro Jahr zu erwerbenden CME-Punkte (Continuous Medical Education, so genannte Fortbildungspunkte) im Rahmen der Fortbildungskonzepte der Ärztekammern sollten obligat über Kommunikationstraining zu erwerben sein.

Patientenbeteiligung muss mehr als bisher ein Bestandteil der Verträge im Rahmen der neuen Versorgungsmodelle (Hausärztliche Versorgung, Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme) und Vergütungssysteme werden.

Die Entwicklung einer positiven Haltung zur Patientenbeteiligung erfordert eine Änderung der Einstellung innerhalb der Ärzteschaft. Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung müssen den Ärzten, Bürgern und Patienten noch mehr als bisher die gesellschaftliche Erwünschtheit der Patientenbeteiligung verdeutlichen. Dazu sollten Ansätze wie der Förderschwerpunkt des BMGS „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ ausgebaut werden.

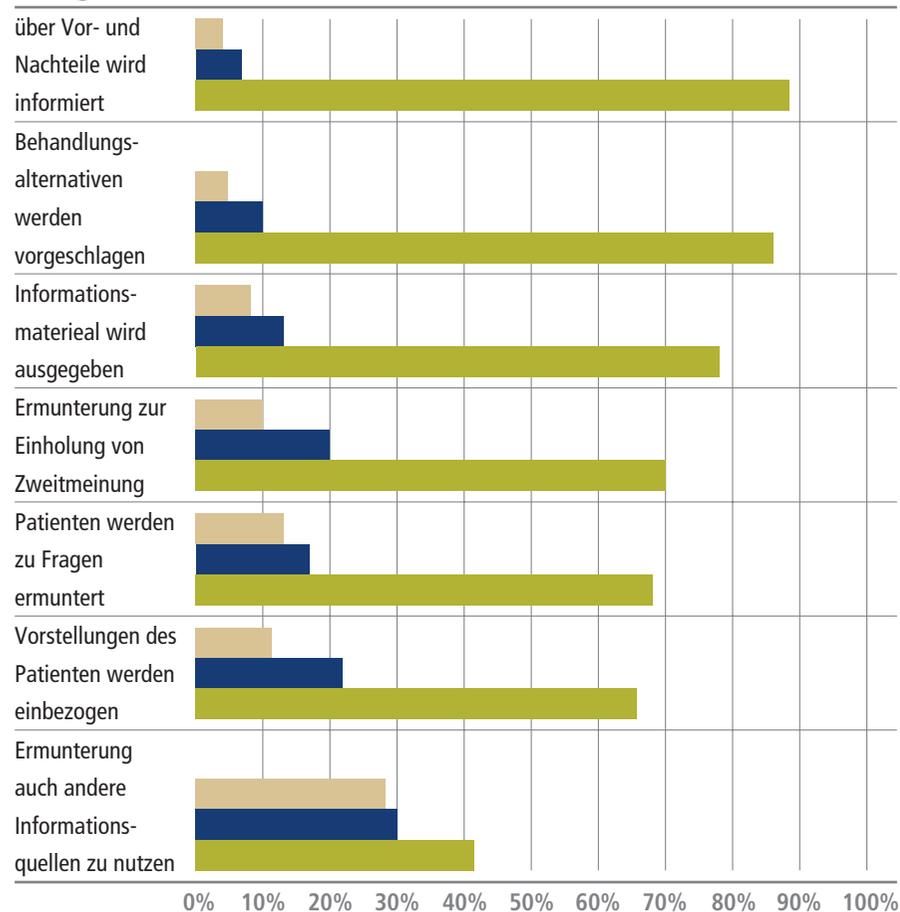
Weiterführende Literatur:

Towle, A. und W. Godolphin. „Education and training of health care professionals“. in: Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and Elwyn G). Oxford: Oxford University Press 2001: 245-269.

Kurtz, S. J. Silverman und J. Draper. „Teaching and Learning Communication Skills in Medicine“. 2nd ed. Oxon: Radcliffe, 2005.

Chart 5.3.1 – Was wollen die Ärzte?

Sind diese Aussagen für ihre ärztliche Tätigkeit zutreffend?

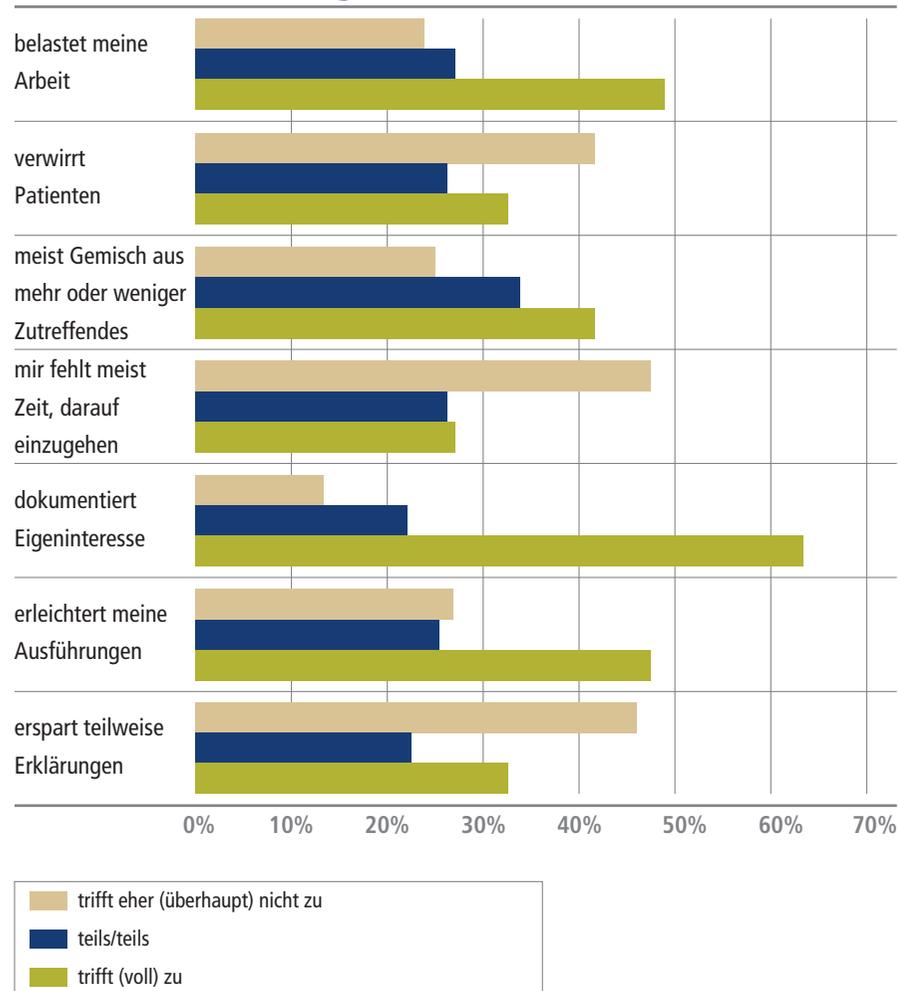


Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors 2002, n = 502; Frage: Wie zutreffend sind folgende Aussagen über Ihre ärztliche Tätigkeit? (einzelne Antwortkategorien lassen sich wiederum mit einzelnen Kategorien aus der OPTION-Skala von Elywn et al. (2005) vergleichen)

Ärzte beurteilen ihre kommunikativen Kompetenzen weitaus besser als Patienten, insbesondere wenn es darum geht, ob sie über Vor- und Nachteile einer Behandlung informieren, Behandlungsalternativen vorschlagen oder Informationsmaterial ausgeben. Weniger häufig werden die Vorstellungen des Patienten miteinbezogen oder wird dazu ermuntert, andere Informationsquellen zu nutzen.

Chart 5.3.1 – Was wollen die Ärzte?

Effekte eines informierten Patienten auf die ärztliche Tätigkeit

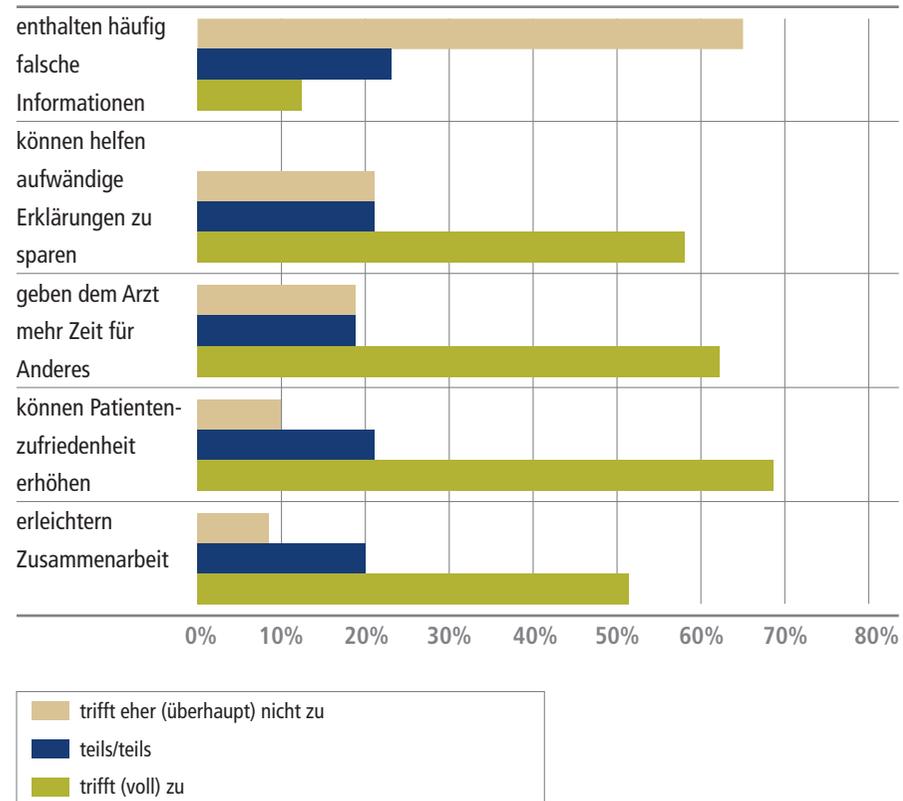


Ein informierter Patient dokumentiert nach Meinung der Ärzte Eigeninteresse. Uneinigkeit herrscht bei den Ärzten über die Auswirkungen eines informierenden Patienten: Die einen empfinden es als Belastung, die anderen als Erleichterung der Arbeit. Doch scheint es weder Erklärungen zu sparen, noch haben die Ärzte Zeit, auf diese Informationen genauer einzugehen.

Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors 2003, n = 511;
Frage: Welche Wirkung hat es Ihrer Meinung nach, wenn Patienten sich schon vor dem Arzttermin über Beschwerden, Behandlungen, usw. informiert haben?

Chart 5.3.1 – Was wollen die Ärzte?

Schriftliche Patienteninformationen ...



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003, n = 511;
Frage: Welche Aussagen über schriftliche Patienteninformationen treffen zu?

Ärzte halten schriftliche Patienteninformationen für nützlich, sie erhöhen die Patientenzufriedenheit, geben dem Arzt Zeit für andere Dinge und helfen bei langwierigen Erklärungen, Zeit zu sparen.

6. Politische Implikationen

Um die Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen zu fördern, sind folgende Veränderungen notwendig:

Die Medizinischen Fakultäten müssen vom Gesetzgeber zur Sicherstellung des Erwerbs kommunikativer Kompetenzen verpflichtet werden.

Die Ärztekammern müssen die Ärzte dazu verpflichten, einen Teil (z. B. 20 Prozent) der Pflichtfortbildung in Kommunikationstrainings zu absolvieren.

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen müssen die Patientenbeteiligung zu einem obligaten Bestandteil der Verträge über neue Versorgungsformen machen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss dafür sorgen, dass die Patientenbeteiligung zu einem obligaten Bestandteil des Qualitätsmanagements in ambulanten Praxen und im Krankenhaus wird.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) muss die Umsetzung seines Auftrags fortführen, den Bürgern und Patienten zuverlässige, valide und unabhängige Informationen in geeigneten Formaten zur Verfügung zu stellen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) muss die Grundlagenforschung und den Transfer des SDM-Konzeptes in die Praxis durch Forschungsförderung unterstützen (z. B. Weiterführung des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“).

Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung müssen dafür sorgen, dass präferenz-sensitive Interventionen nur dann durchgeführt werden, wenn sicher gestellt ist, dass der Patient über die Behandlungsoptionen informiert ist und sie auch verstanden hat.

Literaturverzeichnis

- Arora, NK, und C.A. McHorney. „Patient Preferences for Medical Decision Making: Who Really Wants to Participate?“ *Med Care* (38) 2000:335-341.
- Balint, M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2001.
- Bekelman, J.E. et al.: „Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research“. *JAMA* (289) 2003: 454-465.
- Böcken J., B. Braun und M. Schnee (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh 2004.
- Bundesminister der Justiz und Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003. „Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte“. www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A407.pdf (Download 02.06.05).
- Chamot, E. und T.V. Perneger. „Misconceptions about efficacy of mammography screening: a public health dilemma“. *J Epidemiol Community Health* (55) 2001: 799–803.
- 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.
- Coulter, Angela, und Helen 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.
- Edwards, A. „Flexible rather than standardised approaches to communicating risks in health care“. *Qual. Saf. Health Care* (13) 2004: 169-170.
- Edwards, A. und G. Elwyn (Hrsg.). *Evidence- based patient choice. Inevitable or impossible?* Oxford University Press. Oxford. 2001.
- 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, R. Gwyn und R. Grol. „Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice“. *BMJ* (319) 1999: 753-756.
- Emanuel, E.J. und L.L. Emanuel LL. „Four models of the physician-patient relationship“. *JAMA* (267) 1992: 2221-2226.
- Engel, G.L. „Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen?“ in: Uexküll T. *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban + Schwarzenberg, 1996: 3-11.
- Europäisches Praxisassessment. „Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung“. AQUA-Institut. Göttingen 2005. (Auch online unter www.aqua-institut.de/pdf/epa/EPA-Hintergrundpapier.pdf, Download 02.06.05)
- 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.
- 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.
- 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.

Härter, M, Loh, A, Spies, C (Hrsg.). Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005.

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).

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. „Crossing the quality chasm: A new health system for the 21 st century“. Washington, DC: National Academies Press 2001.

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.

Klingenberg, A., O. Bahrs und J. Szecsenyi. „Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP)“. *ZaeFQ* (93) 1999: 437-445.

Klingenberg, A., O. Bahrs und J. Szecsenyi. „Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie“. *Allg Med* (72) 1996: 180-186.

Kurtz, S, J. Silverman und J. Draper. „Teaching and Learning Communication Skills in Medicine“. 2nd ed. Oxon: Radcliffe, 2005.

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.

Loh, A., D. Simon, I. Bermejo und M. Härter. „Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung. Abstractband 3“. Tagung des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, Berlin, 23.-25.Mai 2005.

Lohr, K.N. (Hrsg.). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press 1990.

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.

Michie, S., M. Johnston, C. Abraham, R. Lawton, D. Parker und A. Walker on behalf of the „Psychological Theory“ Group. “Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach”. *Qual Saf Health Care* (14) 2005: 26-33.

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&RESULTFORMAT=&fulltext=Wrestling+with+Variation&andexactfulltext=and&searchid=1117788660847_113&stored_search=&FIRSTINDEX=0&resourcetype=1&journalcode=healthaff (7 October 2004).

NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999.

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* 2003, 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.

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

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsge-
rechtigkeit 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.

Scheibler, F. und H. Pfaff (Hrsg.). Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im
medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa. Weinheim und München 2003.

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

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.

Stewart, M.A. et al. „The Impact of Patient-Centred Care on Outcome“. *The Journal
of Family Practice* (49) 2000: 796-804.

Towle, A und W. Godolphin. „Education and training of health care professionals“. in:
Evidence-based patient choice – inevitable or impossible? (Edited by: Edwards A and
Elwyn G). Oxford: Oxford University Press 2001: 245-269.

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