

Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung?

David Klemperer

Bürgerinnen und Bürger erwarten in ihrer Rolle als Patientin bzw. Patient umfassende Informationen und Beteiligung an Entscheidungen (Coulter und Magee, 2003). Eine untergeordnete, passive Rolle in Arzt-Patient-Beziehung widerspricht den Bedürfnissen und Erwartungen der Mehrheit der Patientinnen und Patienten.

Die Patienten sind in Deutschland in den letzten 10 Jahren zunehmend als Akteure im Versorgungsgeschehen wahrgenommen und anerkannt worden. Die Politikberatung hat Expertise zur Patientenorientierung generiert (SVR Gesundheit 2003, 2001). Die Wissenschaft bringt auch in Deutschland im Rahmen verschiedener Förderschwerpunkte Erkenntnisse hervor, die eine stärkere Orientierung der Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten, ihre Aktivierung und Beteiligung ermöglichen sollen (z.B. <http://www.forschung-patientenorientierung.de>). Die Politik hat Strukturen zur Stärkung der Patientenorientierung geschaffen, z.B. die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (§ 65b SGB V), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit dem Auftrag, evidenzbasierte Patienteninformationen zu erstellen (§139a Abs. 2 Ziffer 6 SGB V), den Patientenbeauftragten der Bundesregierung (§ 140 h, 139b SGB V), die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (Synonym: Shared Decision Making) ist ein wesentliches Element der Patientenorientierung. Die Systematik, die der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) zugrun-

de liegt, soll sicherstellen, dass der Arzt alle Aspekte anspricht, die für eine von beiden Seiten getragene medizinische Entscheidung relevant sind. Inwieweit aus Sicht der Patientin bzw. des partizipative Entscheidungsfindung stattgefunden hat, misst der kürzlich vorgestellte Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung (Kriston et al., 2010) (Abb. 1).

Zu betonen ist, dass eine Kommunikation im Sinne der PEF der Patientin keinesfalls die Rolle der Entscheiderin bzw. der Mitentscheiderin aufzwingt, wenn sie eine eher passive Rolle bevorzugt. Die Klärung der Beteiligungsbereitschaft ist ein wesentlicher Bestandteil der Kommunikation.

Das Konzept der PEF wurde Mitte der 90er Jahre entwickelt. Das zugrunde liegende Prinzip hat Eddy bereits 1990 beschrieben (Eddy, 1990, Tunis, 2007).

Der Ausgangspunkt der Entscheidung ist die Evidenz für die zu erwartenden Ergebnisse der Behandlung (Abb. 2). Relevant ist für den Patienten der Nutzen einer Behandlung und nicht allein die Wirksamkeit. Der patientenrelevante Nutzen bezieht sich auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes, die Verkürzung der Krankheitsdauer, die Verlängerung des Überlebens und die Verbesserung der Lebensqualität. An verschiedenen Beispielen (z.B. Flecainid/Tambocor® bei Herzrhythmusstörungen nach Herzinfarkt, Cerivastatin/Lipobay® bei erhöhten Blutfetten, Rosiglitazon/Avandia® bei Diabetes) wurde deutlich, dass Therapien wirksam sein können (Besserung der Herzrhythmusstörungen, Senkung des Blutfettspiegels bzw.

des Blutzuckerspiegels) bei jedoch gleichzeitiger Verkürzung der Überlebenszeit.

Daran zeigt sich, dass der Fokus auf die patientenrelevanten Ergebnisse und eine verständliche und nicht beeinflussende Kommunikation der Informationen eine notwendige Voraussetzung für die partizipative Entscheidungsfindung darstellen. Kriterien für eine Gute Praxis Gesundheitsinformation wurden vor kurzem veröffentlicht (Klemperer et al., 2010). Die Informationen sollen auch Angaben darüber einschließen, mit welcher Wahrscheinlichkeit erwünschte und unerwünschte Therapieeffekte zu erwarten sind. Dem ersten Schritt der evidenzbasierten Information folgt die persönliche Kosten-Nutzen-Bewertung, die zu einer individualisierten Entscheidung führt. Diese Individualisierung der Entscheidung erfolgt über die Bestimmung des Wertes, die der Patient dem zu erwartenden Nutzen, dem zu erwartenden Schaden und letztlich dem Verhältnis von Nutzen und Schaden beimisst. Das Ergebnis dieser persönlichen und subjektiven Beurteilung ist die geklärte Präferenz des Patienten. Daraus folgt, dass die Entscheidungen von Patientinnen in vergleichbaren Situationen unterschiedlich ausfallen können.

Versorgungsqualität, wie sie in einer weithin anerkannten Definition verstanden wird, erfordert die PEF. Dieser Definition zufolge sollen sich Interventionen auf Evidenzgründen und zu Behandlungsergebnissen führen, die der Patient wünscht (Lohr, 1990). Die Präferenzklärung ist dieser Definition

Mein Arzt / meine Ärztin

1. hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.
2. wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.
3. hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.
4. hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.
5. hat mir geholfen, alle Informationen zu verstehen.
6. hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeit ich bevorzuge.
7. und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.
8. und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.
9. und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.

Abbildung 1. Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung, Version 19.7.2010).

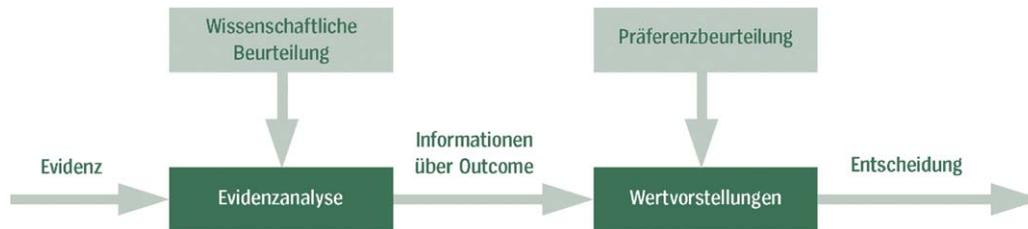


Abbildung 2. Anatomie einer Entscheidung (Eddy, 1990 in Gruhl und Klemperer, 2008).

zufolge eine notwendige Voraussetzung von Qualität.

Die partizipative Entscheidungsfindung erbringt im Vergleich zur konventionellen Entscheidungsfindung folgenden Mehrwert (Loh et al., 2007):

- Zunahme des Wissens auf Seiten der Patienten
- realistischere Erwartung über Behandlungsverläufe
- aktivere Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess
- Verringerung von Entscheidungskonflikten

Abnahme der Unentschlossenheit der Patienten gegenüber Behandlungen

- Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation
- Verbesserung der Risikowahrnehmung der Patienten

PEF lohnt sich für die Patienten. Um dieses noch junge Konzept breiter in die Praxis zu implementieren, gilt es, die zumindest teilweise bereits bekannten hemmenden Faktoren zu überwinden und die förder-

nden Faktoren zu stärken (Legare et al. 2008).

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

www.elsevier.de/phf-literatur

Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

doi:10.1016/j.phf.2011.01.003

Dr. med. David Klemperer
 Hochschule Regensburg
 Fakultät für angewandte
 Sozialwissenschaften
 Seybothstraße 2
 93053 Regensburg
david.klemperer@hs-regensburg.de

Einleitung

Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (Synonym: Shared Decision Making) ist ein wesentliches Element der Patientenorientierung. Die Systematik, die der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) zugrunde liegt, soll sicherstellen, dass der Arzt alle Aspekte anspricht, die für eine von beiden Seiten getragene medizinische Entscheidung relevant sind.

Schlüsselwörter:

Partizipative Entscheidungsfindung = Shared Decision Making, Patientenorientierung = patient orientatin, Evidenzbasierte Medizin = evidence based medicine

Literaturverzeichnis

- Coulter A, Magee H. The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press; 2003.
- Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision. JAMA 1990;263:441–3, <http://tinyurl.com/6epwge>.
- Gruhl M, Klemperer D. Nutzerkompetenz durch Qualitätstransparenz. Steuerungskriterium für das deutsche Gesundheitswesen? GGW 2008;8.S.7-16 <http://tinyurl.com/4n3qq7>
- Klemperer D, Lang B, Koch K, Bastian H, Brunsmann F, Burkhardt M, et al. Gute Praxis Gesundheitsinformation (GPGI). Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 2010;104:66–8, http://shop.elsevier.de/sixcms/media.php/792/gute_praxis_gesundheitsinfo.pdf.
- Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. Patient Education and Counseling 2010;80:94–9, <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2809%2900450-9/Abstract>.
- Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Education and Counseling 2008;73:526–35, <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2808%2900350-9/Abstract>.
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 2007;104:1483–8, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55786>.
- Lohr KN, Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, Institute of Medicine (IOM) (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. National Academy Press: Washington, DC http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=1547#toc
- Tunis SR. Reflections On Science, Judgment, And Value In Evidence-Based Decision Making: A Conversation With David Eddy. Health Aff 2007;26:w500–15, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/26/4/w500>.

weiterführende Literatur

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/SVR/SVR2001I.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. In: Gutachten 2003 Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/SVR/SVR2003.pdf