

Shared Decision Making

Einführung

„Shared Decision Making“ ist ein Modell der partnerschaftlichen **Arzt-Patient-Beziehung**, die gekennzeichnet ist durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten **Entscheidungsfindungsprozess**. Eine Beteiligung des Patienten am medizinischen Entscheidungsprozess scheint aus der heutigen Sicht notwendig und vernünftig zu sein, da in den letzten Jahren die Gesellschaft sich mehr und mehr zu höherer Autonomie, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung bewegt. Zudem zeigen Befragungen, dass immer mehr Patienten eine umfassende Beratung des Arztes mit hohem Gehalt an Informationen wünschen und außerdem aktiv ihre eigenen Präferenzen einbringen möchten. (GRAFIK I und II)

Das Shared Decision Making (SDM) ist als Modell aus einer Bürgerrechts- und Konsumbewegung der 1960er Jahre hervorgegangen. Gesellschaftsnormen und -werte, die Medizin gehörte hier ebenfalls dazu, wurden nicht mehr bedingungslos akzeptiert. Die paternalistische und direktive Form der Arzt-Patienten-Beziehung wurde in Frage gestellt und einer umfassenden Kritik unterzogen – es erschien nicht mehr zeitgemäß.

SDM erfährt als Konzept eine hohe Resonanz seitens der Ärzte und Patienten. Eine Übertragung auf den medizinischen Alltag scheint jedoch mehr als schwierig, da eine derart hohe Patientenbeteiligung eine Abkehr von alten Normen der paternalistischen Beziehung fordert. Als eine der größten Hürden in diesem Wandel scheinen fehlende **kommunikative Kompetenzen** auf Seiten der Ärzte zu sein. Patientenbeteiligung erfordert eine Bereitschaft des Arztes, Beziehungen zu Patienten gemeinschaftlich zu gestalten und Entscheidungsmacht abzugeben.

Definition und andere Modelle

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen drei verschiedenen Modellen in der Arzt-Patienten-Beziehung. Am Stärksten verbreitet ist das Paternalistische Modell - Shared Decision Making und das Informative Modell erfordern eine höhere Beteiligung des Patienten.

Im **Paternalistischen Modell** dominiert der Arzt. Hierbei stellt der Arzt den gesundheitlichen Zustand des Patienten fest und entscheidet über das weitere diagnostische Vorgehen und eine Therapie, die aus seiner professionellen Sicht am besten geeignet ist die Krankheit auszuheilen. Durch selektive Informationsauswahl bei der Beratung kann er sich die Zustimmung des Patienten verschaffen. Informationen, die den Patienten verunsichern könnten, kann er ihm vorenthalten. Somit entscheidet der Arzt allein, welche Behandlung der Patient erhält. Dieses Modell ist stark geprägt von dem biomedizinischen Modell der Krankheit, da es die Arzt-Patient-Kommunikation auf eine Behebung von struktureller und funktioneller Veränderung des Organismus beschränkt. Eine Berücksichtigung der Emotionen und Kognitionen des Patienten findet hier peripher statt und ist somit meist unzureichend.

Im **Informativen Modell** (auch Konsumenten-Modell) besteht die Aufgabe des Arztes den Patienten mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Informationen zu versorgen, damit dieser letztendlich eine eigene Entscheidung tref-

fen kann. Dazu gehören Informationen über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Chancen und Risiken. Den Abwägungsprozess durchläuft der Patient allein, indem er das ihm zur Verfügung gestellte Wissen und Selbstwissen zusammenführt. Er besitzt feststehende Werte und Vorstellungen, die er auch in seine eigene Entscheidung mit einfließen lässt. Der Arzt erfüllt danach lediglich die Rolle eines Dienstleisters (z.B. Techniker, Architekt) und setzt das vom Patienten gewünschte Vorgehen in die Tat um. Das Informative Modell geht davon aus, dass nur der Patient alleine die richtige Entscheidung treffen kann, vorausgesetzt, er verfügt über die aktuellen wissenschaftlichen Informationen bezüglich seiner Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Shared Decision Making versucht dagegen den Wunsch des Patienten sich am Entscheidungsprozess zu beteiligen zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte der Krankheit und einer möglichen Entscheidung. Eine Entscheidung kann aus mehreren Optionen bestehen, wobei eine davon auch beobachtendes Abwarten sein kann. 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.

	-> zunehmende Patientenautonomie ->		
	Paternalistic model	Shared decision making-model	Informed decision making-model
Werte des Patienten	Objektiv und von Arzt und Patient geteilt	Definiert, festgelegt und nur dem Patienten bekannt	Definiert, festgelegt und nur dem Patienten bekannt
Aufgaben der Arztes	Förderung des Patientenwohles unabhängig von aktuellen Präferenzen des Patienten	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie in Zusammenarbeit mit dem Patienten	Versorgung mit relevanter Information und Implementierung der vom Patienten gewünschten Intervention
Konzept der Patientenautonomie	Zustimmung zu objektiven Werten	Entscheidet Therapie mit Voraussetzung: geteilte Information	Auswahl der und Kontrolle über die medizinische Behandlung
Konzept der Arztrolle	Wächter, Hüter, Schutzengel („guardian“)	Partner	Kompetenter technischer Experte („information provider“, „body mechanic“)
Kontrolle über Information	Arzt	Arzt und Patient	Arzt und Patient
Kontrolle der Entscheidung	Arzt	Arzt und Patient	Patient

Warum braucht man Shared Decision Making?

Nach Eddy (1990) wird die **Qualität einer medizinischen Behandlung** durch zwei Faktoren beeinflusst („what to do and how to do it“):

1. die Qualität der Entscheidungen, durch die festgelegt wird, welche Maßnahmen durchgeführt werden („Entscheidungsqualität“)
2. die Qualität, mit der diese Maßnahmen ausgeführt werden („Ausführungsqualität“)

Werden falsche Maßnahmen ausgewählt, so leidet daran die Qualität einer medizinischen Behandlung. Werden die richtigen Maßnahmen ausgewählt, aber nur unzureichend ausgeführt, so leidet die Qualität ebenfalls. Doch während die Bedeutung in der Ausführungsqualität allgemein anerkannt ist, wird die Entscheidungsqualität oft eher stiefmütterlich behandelt. Eine Entscheidung hat zum Ziel eine Maßnahme auszuwählen, welcher der Patient zustimmt und deren Ergebnisse er als erstrebenswert empfindet.

Der Arzt muss also die Ergebnisse unterschiedlicher Optionen schätzen und dem Patienten vorweisen und bei dem Auswählen der richtigen Maßnahmen die Wünsche und Präferenzen der Patienten in genügender Weise berücksichtigen. Die Einbeziehung der Wünsche des Patienten, nachdem er über Behandlungsalternativen und deren Nutzen informiert wurde, kann sich positiv auf die Qualität der Entscheidung und damit auf die gesamte medizinische Behandlung auswirken.

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“. Idealerweise sollten sich medizinische Entscheidungen an dieser Qualitätsdefinition orientieren. (GRAFIK III)

Die in den 1970er 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.

Überversorgung 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. Die oben aufgeführten Begriffe dienen der Beschreibung 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.

Aus der Patientenperspektive können geographische Variabilitäten sowie Über-, Unter und Fehlversorgung gleichbedeutend mit schlechter Entscheidungsqualität sein. Ziel einer Patientenbeteiligung und damit von Shared Decision Making ist die Verbesserung der Entscheidungsqualität, was zur Vermeidung der oben genannten Probleme führen kann.

Besondere Bedeutung kommt der Patientenbeteiligung bei **präferenz-sensitiven Entscheidungen** zu. Bei zwei oder mehreren Optionen und Alternativen gibt es keine „beste“ Wahl. Eine Entscheidung erfordert vielmehr einen Abwägungsprozess unter Berücksichtigung persönlicher Werte des Patienten. Dabei ist nur ausschlaggebend, welche Bedeutung die eine oder andere Alternative für den Patienten hat. Über das für die Entscheidung relevante Wissen verfügt nur er. Beispielsweise führt die operative Entfernung 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.

Studien zu Shared Decision Making

Die Wirkung des SDM-Konzeptes ist in vielen klinischen Studien untersucht worden. Auch in Deutschland laufen seit dem Jahr 2001 unter finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Studien zu höherer Patientenbeteiligung. Nach diesen Studien kann die Information und Beteiligung von Patienten an Entscheidungen zu besserer Entscheidungsqualität und zu besseren Ergebnissen bezüglich der Behandlungswahl, Compliance sowie psychischen und körperlichen Behandlungsergebnissen führen.

Im Folgenden werden kurz die Ergebnisse einiger Studien vorgestellt:

- Eine vom Patienten als patientenzentriert wahrgenommene Kommunikation verbessert die selbst eingeschätzte Gesundheit, Symptome und Besorgnis werden gemindert und der Aufwand an Untersuchungsmethoden wird gemindert (Stewart 2000)
- Bei der Behandlung des **Vorhofflimmerns** mit Antikoagulantien wägen Ärzte und Patienten unterschiedlich ab – Patienten akzeptieren ein erhöhtes Blutungsrisiko für die Verhinderung eines Schlaganfalls als Ärzte (Protheroe et. al 2000). Es handelt sich hierbei um eine Präferenz-sensitive Entscheidung.
- „Drei Viertel aller Patienten mit **Multipler Sklerose** wollen über ihre Therapien aktiv mitentscheiden, obwohl das gesicherte Wissen um Chancen und Risiken der verschiedenen Therapien gering ist. Evidenzbasierte Patienteninformationen, die den wissenschaftlichen Erkenntnisstand mit all seinen Unwägbarkeiten darstellen, führen also nicht zu Verunsicherungen. Vielmehr befähigen sie Patienten, etwaige Risiken zu kalkulieren und verstärken den Wünsche, mehr therapeutische Entscheidungen selbst zu fällen.“ (Dr. Christoph Heesen, Neurologische Klinik, Hamburg)
- „Entgegen weit verbreiteten Vorurteilen haben Patienten mit **Schizophrenie** weder den Wunsch, alle medizinischen Entscheidungen allein zu treffen (z.B. gegen ärztlichen Rat) noch sind sie desinteressiert, den Entscheidungsprozess mitzugestalten. Es zeigte sich vielmehr, dass ihr Wunsch beteiligt zu werden etwa genauso ausgeprägt ist wie bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen. Schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes konnte nachgewiesen werden, dass sich durch die vermehrte Mitbestimmung der Patienten ihr Wissen über die Erkrankung, aber auch ihre Einstellung gegenüber der Behandlung deutlich verbesserte. (Dr. Werdner Kissling, Psychiatrische Klinik, TU München)
- Brustkrebs: Aus Sicht der Betroffenen zeigt sich, dass „Shared Decision Making“ zwar als Schlagwort aufgegriffen wird, das Konzept aber nur ausnahmsweise konsequent umgesetzt wird. Es verlangt von Patientin und Arzt ein ehrliches, offenes aber auch mühsames Annähern an eine umsetzbare Form. Ungeklärt ist die Kluft zwischen Einstellungen und Verhalten: Die Mehrheit der **Brustkrebspatientinnen** wünscht eine aktive Beteiligung. Videoaufnahmen zeigen jedoch ein anderes Bild: Ärzte bestimmen maßgeblich die Redezeit und die Abfolge der Themen. Die Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung bei Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs ist nur durch strukturelle Änderungen der Therapieplanung zu erreichen. Ganz wesentlich wären ambulante Therapieplanungsgespräche, welche den häufig psychologisch begründeten Entscheidungsdruck vieler Patientinnen und Ärzte entschärfen und eine Mitentscheidung von Patientinnen erleichtern würde. (Dr. med. Michael Untch, Uni-Klinikum München Großhadern)

Decision Aids

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. Besonders wichtig sind valide Informationen für eine Patientenbeteiligung nach dem Shared Decision Making-Modell. Bisher gibt es keine verlässlichen Standards für **Patienteninformationen** in Deutschland, 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.

Der potentielle Nutzen und Schaden wurde den Patienten in einigen Studien mit Hilfe von "Decision aids" vermittelt. Decision aids sind Informationsmaterialien, die entwickelt werden, um Menschen in ihrem Entscheidungsprozess zu unterstützen. Sie sollen helfen, spezifische und abwägende Entscheidungen zu treffen unter Optionen und Outcomes, die relevant sind für die Gesundheit des Patienten. Sie sind damit ein entscheidendes Instrumentarium im SDM-Prozess. Decision aids unterscheiden sich von herkömmlichen Gesundheitsbroschüren durch ihren detaillierten, spezifischen und personalisierten Fokus auf Optionen und Outcomes mit dem Ziel, die Menschen auf eine Entscheidung vorzubereiten (O'Connor et al. 2004).

Entscheidungshilfen für medizinische Fragen gibt es vor allem im englischsprachigen Raum. Sie sind sozialwissenschaftlich erprobt und liegen in verschiedenen Formen vor, die sich inhaltlich aber nicht unterscheiden: Als Video, DVD, Audio-Kassette, interaktive Website oder Broschüre Fragebogen. Sie helfen dem Patienten persönliche Bedürfnisse und Präferenzen zu identifizieren, die nächsten Behandlungsschritte zu planen und ihre Sicht im Gespräch mit dem Arzt kompetent einzubringen. (GRAFIK IV)

Aus Sicht der Ärzte

Shared Decision Making findet als Konzept überwiegend die Zustimmung der Ärzte. Im medizinischen Alltag wird diese Form der Patientenbeteiligung an Entscheidungen hingegen noch nicht ausreichend umgesetzt (wie die oben aufgeführte Studie mit Brustkrebspatientinnen zeigt). Doch kommunikative Kompetenzen des Arztes reichen hierbei nicht aus, denn SDM erfordert auch eine grundsätzliche Bereitschaft des Arztes, dem Patienten partnerschaftlich, zugewandt, akzeptierend und empathisch gegenüber zu treten.

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 Fähigkeiten 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
- 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

Ärzte sprechen sich zwar für eine gemeinsame Entscheidungsfindung aus, andererseits haben sie aber scheinbar Probleme mit zu informierten Patienten. Zum einen empfinden sie es als Zeitersparnis, 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. Zudem beurteilen die Ärzte die gesammelten Informationen häufig als ein „Gemisch aus mehr oder weniger Zutreffendem“. Einige Ärzte sind sogar der Meinung, dass im Voraus gesuchte Informationen den Patienten nur verwirren würden. (GRAFIK V und VI)

Quellenangaben:

Fülop Scheibler, Christian Janssen, Holger Pfaff; „Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur“ Soz. Präventivmed. 48 (2003) 11-24, Birkhäuser Verlag, Basel, 2003

David Klempner, Melanie Rosenwirth; „Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen, Chartbook“; Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit, 2. Auflage 2005

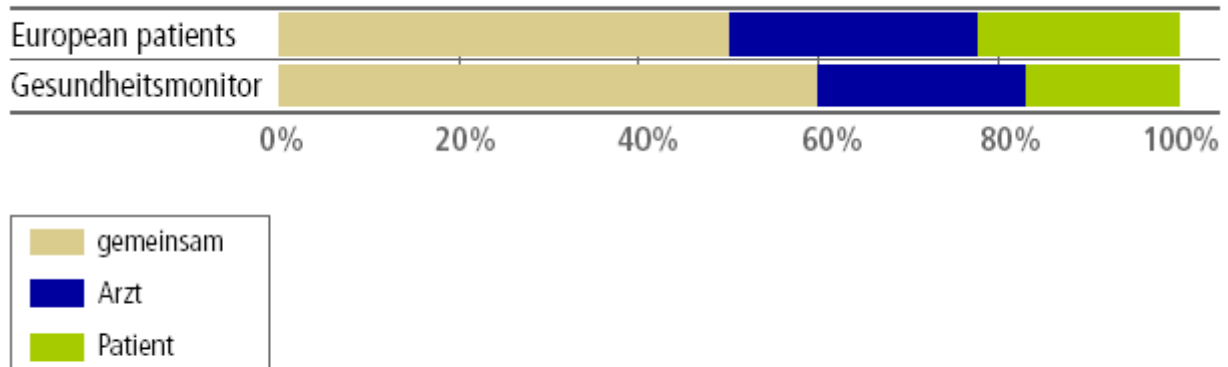
Christine Kuch, Andreas Loh; „medoption, Professionelle Unterstützung für PatientInnen und ÄrztInnen bei medizinischen Entscheidungen“; www.medoption.de/deutsch, 2004

Martin Härter, Andreas Loh; „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“; www.patient-als-partner.de und www.patient-als-partner.de/kurzdarstellung; Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Treatment decisions: questionnaire results; <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7212/DC1>; BMJ Internetbefragung 1999

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

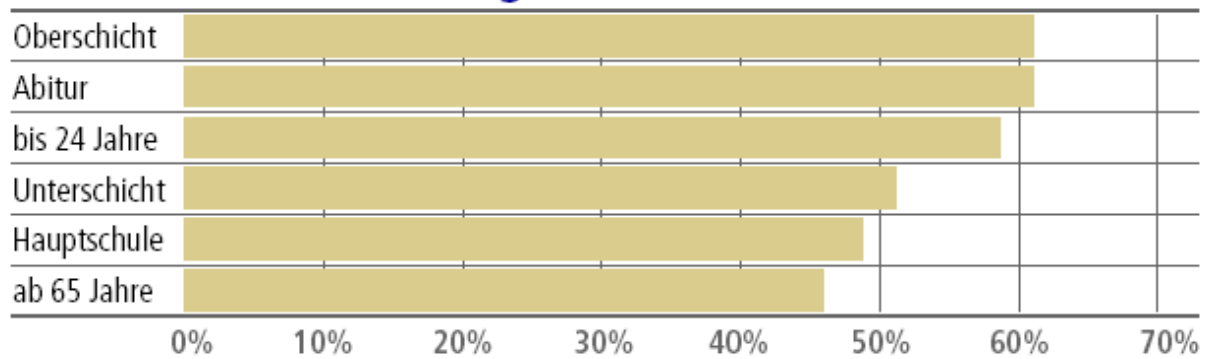
Wer soll entscheiden?



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.

GRAFIK II: Unter 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).

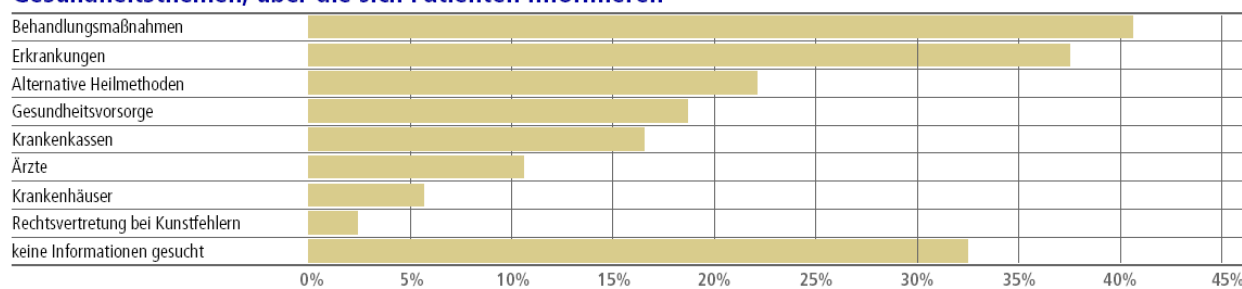
GRAFIK III: Patienten erachten neben der Arzt-Patienten-Kommunikation auch die partnerschaftliche Beziehung zu und die Gesundheitsförderung durch ihren Allgemeinmediziner als wichtig. Klinische Untersuchungen oder Medikamentenverschreibung treten eher in den Hintergrund.

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

GRAFIK IV: Der deutsche Patient informiert sich am häufigsten über Behandlungsmaßnahmen und Erkrankungen. Gut ein fünftel sucht nach Informationen über alternative Heilverfahren und Gesundheitsvorsorge. Informationen über Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser sind von geringerem Interesse. Ein Drittel der Deutschen sucht überhaupt nicht nach Informationen zu Gesundheitsthemen.

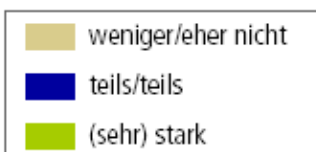
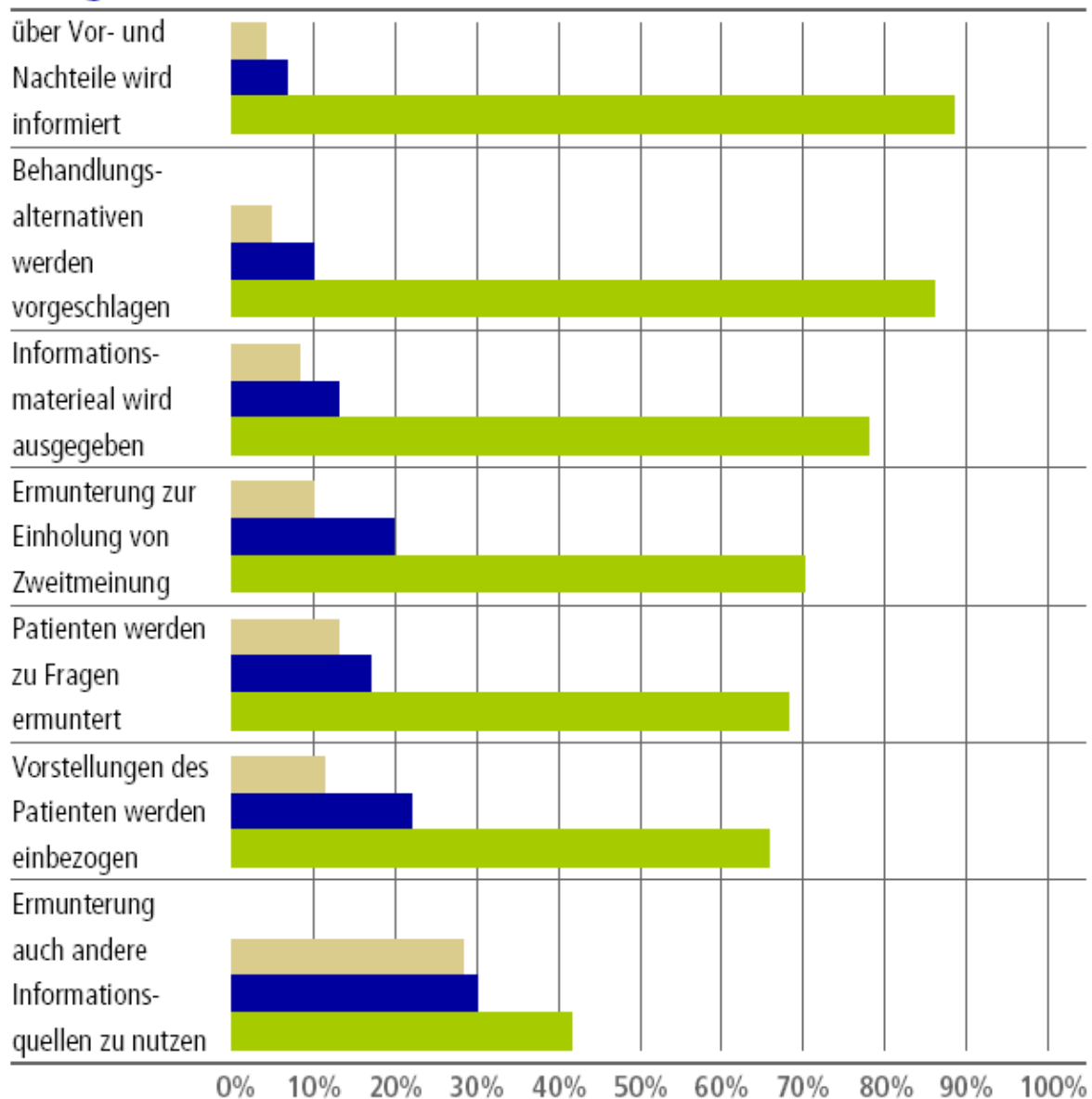
Gesundheitsthemen, über die sich Patienten informieren



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

GRAFIK V: 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.

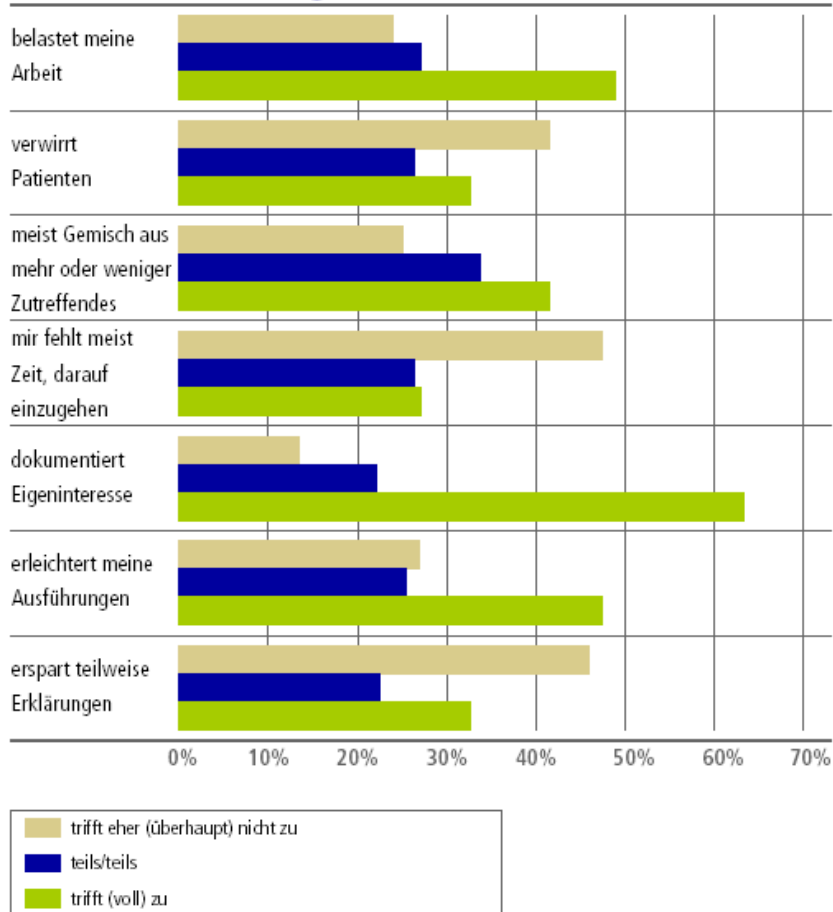
Sind diese Aussagen für ihre ärztliche Tätigkeit zutreffend?



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)

GRAFIK VI: Ein informierter Patient dokumentiert nach Meinung der Ärzte Eigeninteresse. Uneinigkeit herrscht bei den Ärzten über die Auswirkungen eines informierten 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.

Effekte eines informierten Patienten auf die ärztliche Tätigkeit



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?

Shared Decision Making Partizipative Entscheidungsfindung

Med. Psychologie WS 05/06 von WadMed
Handout

Im englischsprachigen Raum ist der Begriff shared decision making (SDM) in der Arzt-Patienten-Beziehung schon seit den 1970er Jahren etabliert. Im Gegensatz zu einer eher paternalistischen Herangehensweise, bei welchem der Arzt alle Entscheidungen stellvertretend für den Patienten trifft, soll der Patient im Rahmen des SDM in bestimmte Entscheidungen verantwortlich einbezogen werden.

Insbesondere bei Diagnosen, bei welchen unterschiedliche Behandlungsalternativen angeboten werden (z.B. Brustkrebs), die sich in Bezug auf Lebensqualität und Lebenserwartung unterscheiden, sollten die Patienten bei dem Entscheidungsprozess mitarbeiten. Die Ärzte sind hierbei häufig nicht in der Lage in genügender Weise auf individuelle Werte und Präferenzen der Patienten angemessen einzugehen.

Durch ein erhöhtes Interesse im Bereich von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitssystem und dem dabei im Vordergrund stehenden Patienteninteresse und Patientenzufriedenheit bemüht man sich seit 2001 auch in Deutschland um den Einzug von SDM in Kliniken und Arztpraxen.

	-> zunehmende Patientenautonomie Paternalistic model	Shared decision making-model	Informed decision making-model
Werte des Patienten	Objektiv und von Arzt und Patient geteilt	Definiert, festgelegt und nur dem Patienten bekannt	Definiert, festgelegt und nur dem Patienten bekannt
Aufgaben der Arztes	Förderung des Patientenwohles unabhängig von aktuellen Präferenzen des Patienten	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie in Zusammenarbeit mit dem Patienten	Versorgung mit relevanter Information und Implementierung der vom Patienten gewünschten Intervention
Konzept der Patientenautonomie	Zustimmung zu objektiven Werten	Entscheidet Therapie mit Voraussetzung: geteilte Information	Auswahl der und Kontrolle über die medizinische Behandlung
Konzept der Arztrolle	Wächter, Hüter, Schutzengel („guardian“)	Partner	Kompetenter technischer Experte („information provider“, „body mechanic“)
Kontrolle über Information	Arzt	Arzt und Patient	Arzt und Patient
Kontrolle der Entscheidung	Arzt	Arzt und Patient	Patient

Das Konzept des shared decision making ermöglicht es Patienten und Ärzten, gleichberechtigt und aktiv an medizinischen Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Dabei ergänzen sich das Problemlösewissen medizinischer Fachkräfte und die individuellen Erfahrungen und Präferenzen der Patienten. Dabei ist shared decision making ein Mittelweg zwischen dem informed decision making und dem professional as agent-model. Im Falle von SDM müssen vier Bedingungen erfüllt sein:

- Shared decision-making involves at least two participants- the physician and patient
- Both parties (physicians and patients) take steps to participate in the process of treatment decision-making
- Information sharing is a prerequisite to shared decision-making
- A treatment decision is made and both parties agree to the decision

Charakteristische Elemente von shared decision making:

- Vorhandensein von mehreren Behandlungsoperationen
- Mindestens zwei Teilnehmer (Patient und Arzt)
- Gleichberechtigter und aktiver Abwägungs- und Entscheidungsprozess
- Gemeinsam getragene Verantwortung

Effekte von shared decision making:

- Angemessene Behandlung
- Höhere Therapietreue (Compliance) und verringerte Ängstlichkeit
- Bessere klinische Behandlungsergebnisse
- Schnellere Genesung und geringere Behandlungskosten
- Realistischere Erwartungen der Patienten und höhere Lebensqualität
- Höhere Zufriedenheit der Patienten und Ärzten, sowie Pflegekräften

Nutzen für Ärzte und andere Gesundheitsberufe:

- Unterstützung und Vereinfachung der Kommunikation mit dem Patienten
- Effektivere Nutzung der Konsultationszeit
- Höhere Compliance
- Verbessertes Outcome
- Erwartungsmanagement: Prävention von Regressforderungen
- Höhere Zufriedenheit in der Berufsausübung
- Gesteigerte Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Effizienter Einsatz von Versorgungsmitteln
- Shared decision making als Wettbewerbsvorteil

Studien, welche im Rahmen des Förderprojekts "Patient als Partner" (www.patientspartner.de) zwischen 2001 und 2005 durchgeführt und durch das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziell unterstützt wurde, ergaben durchaus unterschiedliche Ergebnisse.

- Bei chronisch depressiven Patienten führte eine medizinische Mitentscheidung zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten, auch zeigte sich ein höherer Behandlungserfolg, wobei die Konsultationszeit der behandelnden Ärzte nicht erhöht wurde (Uniklinikum Freiburg, „Patientenbeteiligung verbessert die Behandlung von Depressionen“)
- Universitätsklinikum München-Großhadern kam zu einem etwas anderem Ergebnis bei Ihrer Studie bei Brustkrebspatientinnen. Zwar wird „shard decision making“ als Schlagwort aufgegriffen, aber nur inkonsequent umgesetzt.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Mein Arzt hat mir mitgeteilt, dass eine Behandlungsentscheidung getroffen werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Arzt hat mich gefragt, wie ich mich an der Entscheidung zu einer Behandlung beteiligen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bei meinen Beschwerden ist die Art der Behandlung durch die ärztliche Empfehlung bereits festgelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mein Arzt hat mir mehrere Behandlungsmöglichkeiten erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Möglichkeit, keine Behandlung durchzuführen, wurde ebenfalls besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe auch andere Behandlungsmöglichkeiten angesprochen, die ein Arzt nicht genannt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein Arzt hat mich gefragt, was ich über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe meinem Arzt mitgeteilt, welche Entscheidung ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein Arzt hat mir mitgeteilt, welche Entscheidung er bevorzugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Es verlangt von Patientin und Arzt ein ehrliches, offenes aber auch mühsames Annähern an eine umsetzbare Form. Ungeklärt ist die Kluft zwischen Einstellungen und Verhalten: Die Mehrheit der Brustkrebspatientinnen wünscht eine aktive Beteiligung. Videoaufnahmen zeigen jedoch ein anderes Bild: Ärzte bestimmen maßgeblich die Redezeit und die Abfolge der Themen.“

Eine Internetbefragung des British Medical Journal aus dem Jahr 1999 gibt Antwort auf folgende drei Fragen:

- Wie viele Patienten wünschen in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden?
- Wie viele Patienten werden tatsächlich in Behandlungsentscheidungen einbezogen?
- Wie sieht die Mitentscheidung der Zukunft sein?

	Doctor decides	Doctor and patient decide together	Patient decides
As a patient, which style do you prefer?	56	737	54
Which consulting style predominates today?	503	298	43
Which consulting style do you think will predominate in 10 years' time	75	546	223

Quellenangaben:

Fülop Scheibler, Christian Janssen, Holger Pfaff: „Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur“ Soz. Präventivmed. 48 (2003) 11-24, Birkhäuser Verlag, Basel, 2003

David Klempere, Melanie Rosenwirth: „Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen, Chartbook“; Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit, 2. Auflage 2005

Christine Kuch, Andreas Loh: „medoption, Professionelle Unterstützung für PatientInnen und ÄrztInnen bei medizinischen Entscheidungen“; www.medoption.de/deutsch, 2004

Martin Härter, Andreas Loh: „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“; www.patient-als-partner.de und www.patient-als-partner.de/kurzdarstellung; Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Treatment decisions: questionnaire results: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7212/DC1>; BMJ Internetbefragung 1999