

Partizipation der Patienten bei medizinischen Entscheidungen

David Klempner

Freiburg 25. März 2004
Tagung Patientenbeteiligung bei
medizinischen Entscheidungen

leicht erweiterte Version vom 28.3.2004

Was ist Shared Decision Making/ Partizipative Entscheidungsfindung?

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ist ein Interaktionsprozess

mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver

Beteiligung von Patient und

Arzt

auf Basis geteilter

Information

zu einer gemeinsam verantworteten

Übereinkunft zu kommen.



Was Patienten wünschen, aber allzu oft nicht erhalten

- **Informationen**/Antworten auf Fragen
- **Partizipation** an den Entscheidungen
- **selber** zur Gesundheit **beitragen**
- **Empathie**, offenes Ohr, Zuwendung



Was Patienten wünschen

<5%

paternalistisch

SDM

<5%

informativ

Arzt
entscheidet allein

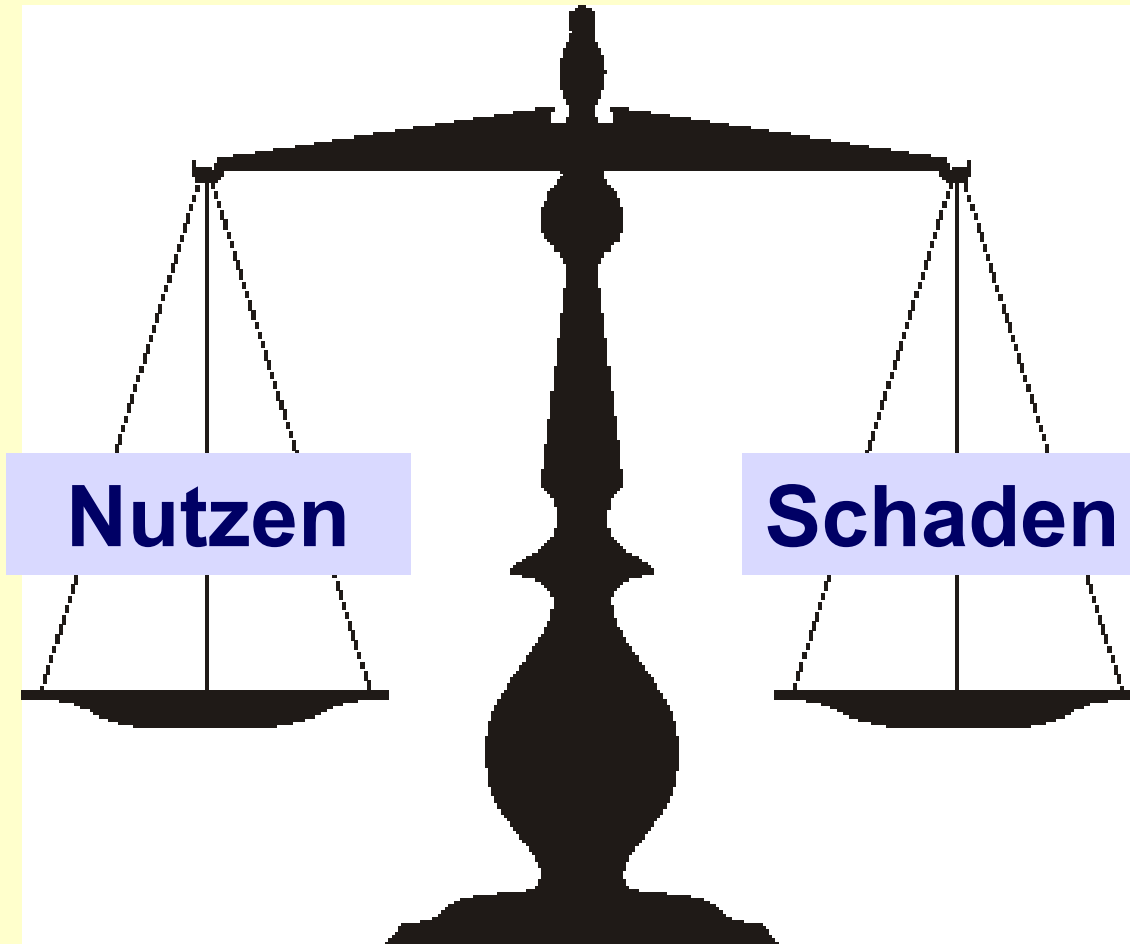
geteilt
=
gemeinsam

Patient
entscheidet allein



medizinische Entscheidungen

Lebenserwartung/Lebensqualität





Entscheidungssituation Bluthochdruck

100 gesunde Patienten

Alter 45 Jahre, Blutdruck von 95 mm Hg diastolisch

5 Jahre

Herzinfarkt/
Schlaganfall

5

kein Herzinfarkt/
Schlaganfall

95



Entscheidungssituation Bluthochdruck

Behandlung

100

keine Behandlung

100

5 Jahre

Herzinfarkt
Schlaganfall
3,75

kein Herzinfarkt
Schlaganfall
96

Herzinfarkt
Schlaganfall
5

kein Herzinfarkt
Schlaganfall
95

McAlister et al. CMAJ
2000;163:403-8

Nutzen: 1,25 von 100 Patienten
relatives Risiko: Minderung um 25 Prozent
absolutes Risiko: Minderung um 1,25 Prozent

hier als Bonus ergänzende Informationen aus der zugrunde liegenden Studie, damit nicht alle Betroffenen ihre blutdrucksenkenden Medikamente in den Abfall werfen

McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. *CMAJ* 2000; 163:403-8

Table 1: Implications of different treatment thresholds for patients with uncomplicated essential hypertension

Diastolic blood pressure, mm Hg	Risk of cardiovascular event,* %		NNT to prevent 1 cardiovascular event†		% of population eligible for treatment
	In 5 yr	In 20 yr	In 5 yr	In 20 yr	
90	2	15	200	27	25
95	5	30	80	13	14
100	10	50	40	8	8

Adapted from McAlister and Laupacis.⁵

Note: NNT = number needed to treat.

*Cardiovascular risks were calculated from the Cardiovascular Disease Life Expectancy Model,⁶ assuming patient is 45 years old and has the average risk factor profile seen in Canadian hypertensive patients⁷ (risks for men and women were averaged).

†Assuming that treatment results in relative risk reduction of 25% for any cardiovascular event.⁸

5. McAlister FA, Laupacis A. Towards a better yardstick: the choice of treatment thresholds in hypertension. *Can J Cardiol* 1998;14:47-51.

6. Grover SA, Paquet S, Levinton C, Coupal L, Zowall H. Estimating the benefits of modifying cardiovascular risk factors: a comparison of primary versus secondary prevention. *Arch Intern Med* 1998;158:655-62.

7. MacDonald S, Joffres MR, Stachenko S, Horlick L, Fodor G, for the Canadian Heart Health Surveys Research Group. Multiple cardiovascular disease risk factors in Canadian adults. *CMAJ* 1992;146:2021-9.

8. Gueyffier F, Boutitie F, Boissel JP, Pocock S, Coope J, Cutler J, et al. Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men. A meta-analysis of individual patient data from randomized, controlled trials. The INDANA Investigators. *Ann Intern Med* 1997;126:761-7.

Entscheidung für Behandlung



Ärzte: 92 Prozent

Patienten: 68 Prozent

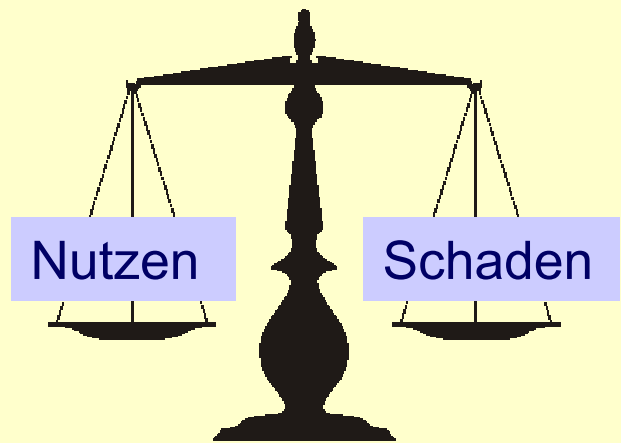
McAlister et al. CMAJ 2000;163:403-8

Fazit:

- Patienten können präzise angeben, ab wann sie eine Behandlung für lohnend erachten
- hier: minimal clinically important difference (MCID)
- Patienten entscheiden anders als Ärzte
- für einige Situationen (z.B. Bluthochdruck) erwarten sie mehr an Benefit als Ärzte

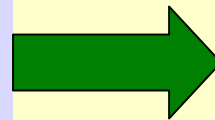
Information

Die Darstellung ("Framing") macht einen Unterschied



bei gleichem Sachverhalt je nach Darstellung unterschiedliche Entscheidungen

- relatives Risiko
- absolutes Risiko
- number needed to treat
- numerische Darstellung
- verbale Darstellung
- grafische Darstellung



**decision aids =
Entscheidungshilfen**

Information



"Zu unterrichten ist auch über Art und Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten."

Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte.
Mai 2003

Anzahl der Frauen, die in 10 Jahren 5 mal mit einer Mammographie untersucht werden müssen, damit eine Frau nicht an Brustkrebs stirbt, die sonst an Brustkrebs gestorben wäre

1000



Manipulation mit Information

Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie

- 1998: Analyse von 58 Broschüren:¹ ausschließlich relative Risikominderung
- 2004: Analyse von 27 Websites: Risiken nur auf 4 Websites dargestellt²

Hormon"ersatz"therapie

- 2002, Juli: mehr Schaden als Nutzen
- 2003, Oktober: Analyse von 94 deutschen Websites gynäkologischer Praxen – Fakten werden geleugnet³
→ **Ärzttekammern?? Behörden??**

1 Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. BMJ 1998;317:263-264

2 Jørgensen KJ., Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. BMJ 2004;328:1483

3 Jens Buksch, Bernhilde Deitermann und Petra Kolip: Hormontherapie in den Wechseljahren - Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/Hormontherapie. Abschlussbericht eines Projekts im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Bonn, Oktober 2003

Vorsicht vor "kontaminierten" Informationen!

- Problemzonen: Forschung, Fortbildung, Fachzeitschriften
- Nicht-Veröffentlichung essentieller Informationen durch die pharmazeutische Industrie: fehlende Wirkung und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten¹
- 94 Prozent der Aussagen in Werbeprospekten der pharmazeutischen Industrie "nicht durch valide wissenschaftliche Untersuchungen belegt"²

→ Verbraucherschutz?!

¹ Wayne Kondro and Barbara Sibbald, CMAJ, 2. März 2004

² Thomas Kaiser und Peter Sawicki, arznei-telegramm, 13. Februar 2004

Information

Patientengruppen und Selbsthilfegruppen:

Vorsicht vor Vereinnahmung!



IAPO

- **Gründer:** Pharmaceutical Partners for Better Healthcare (**Konsortium von ca. 30 größeren Firmen**)
- Sponsoren: Merck, Pfizer, Novartis, Medtronic
- <http://www.patientsorganizations.org>

GAMIAN

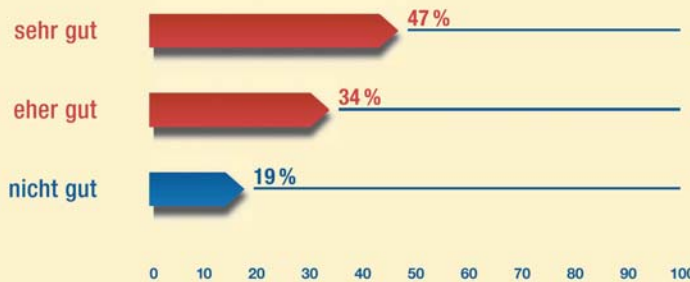
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks
- **Gründer: Bristol-Myers Squibb**

Wer sind die besten Ärzte?

- bislang keine Transparenz
- Pflicht zum Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen – nicht hinreichend
- **systematische Kompetenzdarlegung!**

Ärzte-TÜV: Das meint die Bevölkerung

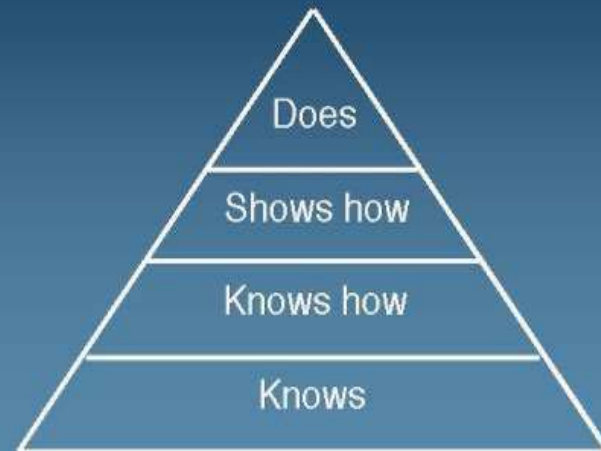
Die Einführung von Gütesiegeln für Ärzte auf der Basis einer externen Qualitätsüberprüfung finde ich ...



Quelle: Der Patient vor der Wahl, Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002, N = 1.031 wahlberechtigte und gesetzlich krankenversicherte deutsche Bürger

Was prüfen Prüfungen?

1 Neubewertung der Theorien über Kompetenz



**Wenn Patienten erhalten, was sie wünschen:
Information + Beteiligung + Empathie =
gelungene Arzt-Patient-Beziehung**

**Information + Beteiligung + Empathie
machen einen Unterschied**

- Entscheidungen besser
- Therapietreue erhöht
- Behandlungsergebnisse besser
- Patienten zufriedener
- Ärzte zufriedener

Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung
Erhöhung der Effizienz und der Effektivität des
Gesundheitsversorgungssystems

Partizipative Entscheidungsfindung - die Herausforderungen

Mikroebene

- Ärzte
- Patienten

Mesoebene

- Fachverbände, ärztliche Selbstverwaltung
- Verbraucherschutzorganisationen
- Patientenorganisationen
- Selbsthilfegruppen

Makroebene

- Rahmenbedingungen
- Politik
- Gesetze



Hans von Aachen,
Der Sieg der Wahrheit unter
dem Schutze der Gerechtigkeit
1598