

Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making

erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

Einleitung

Medizinische Interventionen dienen zur Lösung von Gesundheitsproblemen. Für den Patienten relevant sind dabei die Verbesserung der Lebensqualität und die Verlängerung der Lebenszeit im Vergleich zur Nicht-Behandlung. In Abhängigkeit davon welche Behandlungsziele dem jeweiligen Patienten mehr oder weniger wichtig sind, besteht häufig die Wahl zwischen zwei oder auch mehr als zwei Optionen. Shared Decision Making ist ein Konzept der Arzt-Patient-Kommunikation, dass dem Patienten die für ihn richtige Entscheidung durch Prozesse der Information und Abwägung erleichtert.

Dies soll an einem Fallbeispiel verdeutlicht werden.

Fallbeispiel

Ein 67-jähriger Mann hat vor 3 Monaten einen Herzinfarkt erlitten und ohne Komplikationen überstanden. Im Alltag tritt bei Belastung wie Treppensteigen oder Tragen schwerer Lasten regelmäßig ein Druck- und Engegefühl im Brustkorb auf. Diese Beschwerden zeigen sich auch im Belastungs-EKG bei mittlerer Belastung. Im EKG ergeben sich Hinweise auf Durchblutungsstörungen. Die Herzkatheteruntersuchung zeigt eine höhergradige Verengung eines Herzkranzgefäßes. Die Diagnose lautet Angina pectoris bei stabiler koronarer Herzkrankheit.

Der Patient möchte, wie die meisten Menschen, möglichst lange möglichst gut leben. Dafür bestehen 2 Behandlungsmöglichkeiten. (Gorenoi; Schönermark; Hagen, 2011)

1. Mit der „optimalen medikamentösen Therapie“ lassen sich Beschwerden sowie das Risiko für weitere Infarkte mindern und die Lebenszeit verlängern. Die Behandlung besteht in der Einnahme von bestimmten Medikamenten (Acetylsalicylsäure, Betablocker, ACE-Hemmer und Lipidsenker).
2. Zusätzlich zur optimalen medikamentösen Therapie kann die Engstelle mit einem Ballonkatheter aufgeweitet und durch eine Gefäßprothese (Stent) stabilisiert werden. Im Vergleich zur alleinigen medikamentösen Behandlung können dadurch Angina pectoris-Beschwerden zusätzlich gebessert werden, die Lebenserwartung verlängert sich jedoch nicht und die Risiken für künftige Herzinfarkt bleiben gleich.

Mit der optimalen medikamentösen Therapie erhält der Patient somit bereits die beste Behandlung zur Verlängerung der Lebenszeit. Das Einsetzen eines Stents macht daher nur dann einen Sinn, wenn der Patient trotz optimaler medikamentöser Therapie weiter unter Angina pectoris-Beschwerden leidet, die ihn so einschränken, dass ihm die Aussicht auf Besserung den Aufwand und das Risiko des Eingriffs wert sind. Gleichartige Beschwerden können sich je nach Lebensführung sehr unterschiedlich auf die Lebensqualität auswirken. Entsprechend können sich die Präferenzen der Patienten unterscheiden. Für den Einen kann es über alle Maßen wichtig sein, durch einen Stent von seinen Beschwerden befreit zu werden. Dem Anderen reicht es möglicherweise aus, in seinen körperlichen Aktivitäten einen Gang zurück zu schalten. Dies ist ein Beispiel für eine präferenzsensitive Entscheidung.

Shared Decision Making

Der Prozess des SDM besteht aus der „Teambildung“, der Information, dem Abwägen und dem Entscheiden bzw. aus Vorgehen besteht aus drei konsekutiven Phasen: team talk, option talk, decision talk (Elwyn et al., 2012).

Im **Team talk** verdeutlicht der Arzt dem Patienten, dass es darum geht, die Entscheidung für eine aus zwei oder mehr Möglichkeiten zu treffen (wozu auch zählen kann, nichts zu tun), die er, der Arzt, ohne die Mitarbeit des Patienten nicht sinnvoll treffen kann. Der Arzt sollte an dieser Stelle deutlich machen, dass er über verlässliche Informationen zu den Optionen verfügt, andernfalls könnte der Patient ihn für inkompetent, uninformiert oder beides halten. Auch sollte er darauf hinweisen, dass je nach Entscheidung unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten sind und die bevorzugte Wahl auf den individuellen Präferenzen beruhen sollte – was für den Einen die angemessene Option ist, kann für den Anderen die falsche sein.

Im Fallbeispiel sollte der Patient seine Entscheidung auf das oben genannte Wissen gründen, dass die Einsetzung eines Stents seine Beschwerden lindern, aber die Prognose nicht verbessern kann.

hier Abbildung

Option talk bezieht sich auf ausführlichere Informationen über die Optionen. Hier sollte der Arzt klären, über welches Vorwissen der Patient verfügt. Patienten informieren sich regelmäßig aus mehreren Quellen. Die Frage nach dem Informationsstand hilft, fehlende Informationen zu ergänzen und falsch verstandene Informationen zu korrigieren. Die Informationen über die Erkrankung sollen ein realistisches Bild der Aspekte des Gesundheitsproblems sowie der Lösungsmöglichkeiten vermitteln. Die Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten sollen sich auf solche Ergebnisse beziehen, die für den Patienten relevant sind:

- die Sterblichkeit (Mortalität)
- die Beschwerde- und Krankheitswahrscheinlichkeit (Morbidität)
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität und
- die Begleitumstände der Behandlung (z.B. Zeitaufwand, körperliche, seelische und auch finanzielle Belastungen)(Klemperer et al., 2010, S. 75)

Die Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten von Nutzen und Schaden sollten in verständlicher Form vermittelt werden. Dabei sollten Framing-Effekte bedacht werden, d.h. die unterschiedliche Wahrnehmung eines Sachverhaltes bei unterschiedlicher Form der Darstellung – „ein Risiko von 1 in 100“ wird anders wahrgenommen als „zu 99% sicher“ (Gurm; Litaker, 2000). Auch sind Begriffe zu vermeiden, die eine emotionale Reaktion hervorrufen, welche die kognitive Verarbeitung der Informationen behindert oder verhindert (Abhyankar et al., 2013) (Klemperer, 2014) S. 50 ff. So werden Begriffe wie „Herzinfarkt“, „Krebs“ oder „tödlich“ im schnellen und automatischen System 1-Denken auf eine Weise verarbeitet, welche dem oder der Betroffenen nur bestimmte Optionen attraktiv erscheinen lassen. Weitere kritische und bewusste Reflektion im System 2-Denken kann die verengte Kognition erweitern und zu einem besseren Verständnis anderer Optionen führen. Im oben genannten Beispiel mag dem Betroffenen spontan die Möglichkeit am attraktivsten erscheinen, die Engstelle am Herzkranzgefäß zu weiten und mit einem Stent zu versehen. Die anschließende bewusste Verarbeitung der Information, dass dadurch das Risiko für einen tödlichen oder nicht-tödlichen Herzinfarkt nicht reduziert wird, dürfte die Attraktivität der alleinigen Optimalen medikamentösen Therapie erhöhen.

Zur Vermittlung und zum Abwägen der Informationen können Interventionen zur Unterstützung von Patientenentscheidungen (patient decision support interventions/DESI) bzw. Entscheidungshilfen (engl.: decision aids) nützlich sein. Damit werden spezifische, auf konkrete Entscheidungssituationen bezogene Informationen über die gegebenen Behandlungsoptionen (einschließlich Nicht-Behandlung), die jeweils zu erwartenden Ergebnisse und etwaige Wahrscheinlichkeiten und Unsicherheiten vermittelt. Sie liegen in unterschiedlichen Formaten vor, wie Merkblätter, Broschüren, Computerprogramme, DVDs und interaktive Tools. Sie sind für die Nutzung durch den Patienten allein oder für das Gespräch mit dem Arzt oder auch anderen Professionellen, wie z.B. Pflegekräften konzipiert. Auch Sozialpädagoginnen könnten hier eine Rolle spielen.

Eine internationale Arbeitsgruppe (International Patient Decision Aid Standards – IPDAS Collaboration) hat Qualitätskriterien zur Entwicklung von decision aids und ein Instrument zur Messung ihrer Qualität entwickelt (<http://ipdas.ohri.ca>).

Decision talk fokussiert die Aufmerksamkeit auf Outcomes, die dem Patienten relevant erscheinen, um diese in eine Rangordnung zu bringen. Der Patient bildet eine Präferenz, indem er entscheidet, was ihm am wichtigsten ist. Dieser Vorgang der Präferenzbildung erfordert ausreichendes Wissen über die Behandlungsergebnisse und die subjektive, emotionale Verarbeitung dieses Wissens, die Imagination der erwünschten und unerwünschten Ergebnisse im Sinne von „was wäre wenn“ („what if“ – counterfactual thinking). Im o.g. Fallbeispiel soll der Stent führt einer erhöhten körperlichen Belastbarkeit führen. Der Patient sollte sich also vorstellen, wie wichtig es ihm ist und wie er sich fühlen würde, wenn er wieder ohne Beschwerden Treppen steigen und Bergwanderungen machen könnte. Aber auch die möglichen Komplikationen und Schäden sollte er sich emotional vorstellen. Diese Vorstellung davon, wie seine Gefühle bei unterschiedlichen Entscheidungen in der Zukunft beschaffen sein könnten (affective forecasting), ist die Grundlage für die Entscheidung (Elwyn; Miron-Shatz, 2010).

Nach diesen Ausführungen dürfte die Definition von SDM deutlich sein: „*Shared Decision Making 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.*“ (Härter, 2004). Angemerkt sei hier dass sich die deutsche Übersetzung „partizipative Entscheidungsfindung“ eher nicht durchgesetzt hat.

Patientenaufklärung vs. Shared Decision Making

Manche Ärzte meinen, dass sie die Patienten mit der herkömmliche Patientenaufklärung bereits an der Entscheidung teilnehmen lassen und sie SDM daher bereits ausübten. „Aufklärung“ hat aber zumeist die Zielrichtung, dem Patienten die Entscheidung nahelegen, die der Arzt für die richtige hält. Dies kommt recht deutlich in den „Empfehlungen zur Patientenaufklärung“ der Bundesärztekammer zum Ausdruck. Ziel der Aufklärung sei es, den Patienten in die Lage zu versetzen, „*in Kenntnis der Notwendigkeit, des Grades der Dringlichkeit sowie der Tragweite der ärztlichen Behandlungsmaßnahme eine auch aus ärztlicher Sicht vernünftige Entscheidung zu treffen. Die Entscheidung wird in der Regel in der Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff liegen, sie kann aber auch in der Ablehnung der Behandlung bestehen. Auch wenn dies aus ärztlicher Sicht unvernünftig oder sogar unvertretbar ist, ist der Arzt hieran grundsätzlich gebunden*“ (Bundesärztekammer (BÄK), 1990). „Aufklärung“ bedeutet hier, dass der Arzt dem Patienten mitteilt, welches die „vernünftige Lösung“ ist und der Patient, wenn er vernünftig ist, den Vorstellungen des Arztes folgt. Der Arzt muss aber

auch akzeptieren, wenn der Patient unvernünftig ist und seiner Empfehlung nicht folgt. Eine ergebnisoffene Erörterung unterschiedlicher möglicher Lösungen – zu denen auch Nicht-(Be-)Handeln zählen kann – ist nicht Teil dieses Konzeptes. Diese Empfehlungen sind offensichtlich noch vom Geist des Paternalismus durchdrungen, einem Konzept der Arzt-Patient-Kommunikation, das den Kommunikationsbedürfnissen der meisten Patienten heutzutage nicht entspricht. In der Theorie ist der Paternalismus ein durchaus patientenorientiertes Konzept, das davon ausgeht, dass der Patient die Entscheidungen an den Arzt delegieren kann, weil dieser über das notwendige Fachwissen verfügt und stets den Interessen des Patienten Vorrang vor etwaigen Eigeninteressen gibt. Der Berufsalltag der Ärzte entsprach und entspricht diesem Ideal sicherlich eher nicht. Aus der Zeit gefallen ist der Paternalismus auch deshalb, weil er weder mit der Autonomie und der Selbstbestimmung der Patienten noch mit der Präferenzsensitivität von Entscheidungen vereinbar ist.

Effekte von Shared Decision Making

Eine Cochrane Review, die zuletzt 2011 aktualisiert wurde, wertete 86 randomisierte kontrollierte Studien zu 35 unterschiedlichen Entscheidungen mit 20.209 Teilnehmern aus, in denen eine konventionelle Arzt-Patient-Kommunikation („usual care“) mit einer Kommunikation verglichen wurde, bei der decision aids eingesetzt wurden (Stacey et al., 2011). Das Ergebnis lautet:

Decision aids

- verbessern das Wissen
- verbessern die Beteiligung
- fördern die Präferenzklärung
- vermitteln eine realistische Wahrnehmung der Outcomes
- verbessern die Arzt-Patient-Kommunikation
- verbessern die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess
- vermindern die Inanspruchnahme einiger chirurgischer Eingriffe
- vermindern die Inanspruchnahme einiger Früherkennungsuntersuchungen
- wirken sich nicht negativ auf die Gesundheitsergebnisse aus.

Die Auswirkungen auf die Dauer der Konsultation sind, soweit untersucht, unterschiedlich. In der genannten Cochrane Review verlängerte der Einsatz von decision aids die Konsultationszeit im Median um 2,5 Minuten, wobei die Extreme von einer Verkürzung um 23 Minuten bis zu einer Verlängerung um 8 Minuten reichen (Stacey et al., 2011).^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie, die 405 Patienten mit neu diagnostizierter Depression bei 23 Allgemeinärzten einschloss, ergab keinen höheren Zeitaufwand bei den Ärzten, die nach dem SDM-Konzept kommunizierten, im Vergleich zu den Ärzten, die konventionell kommunizierten (Loh et al., 2007). Die durchschnittliche Gesprächsdauer in englischen Allgemeinmedizinpraxen stieg von durchschnittlich 8 auf 10 Minuten (Towle; Godolphin; Greenhalgh; Gambrell, 1999). Dabei erscheint es durchaus möglich, dass Patienten, welche die Vorteile von SDM erfahren, nach anfänglichem zeitlichen Mehraufwand später weniger Konsultationszeit benötigen.

Shared Decision Making in der Praxis

SDM hat sich, wie oben dargelegt, in randomisierten kontrollierten Studien als wirksam erwiesen. In die medizinische Praxis ist SDM trotzdem bislang kaum integriert. Gründe

dafür sind auf der individuellen Ebene, also bei den Ärzten, und auf der Einrichtungsebene, also Praxis und Krankenhaus, zu finden.

Natürgemäß ist das Engagement der Ärzte eine notwendige Voraussetzung für SDM. Daher stellen die folgende Sachverhalte, die stets für einen Teil der Ärzte gelten, Barrieren für die Implementation von SDM dar (Elwyn et al., 2013):

Ärzte

- fühlen sich in SDM nicht ausreichend ausgebildet
- vertrauen den Inhalten der Entscheidungshilfen nicht oder haben eine andere Meinung zu den Sachverhalten
- meinen, dass Patienten kein SDM wünschen.
- meinen, dass Patienten mit SDM überfordert sind
- sehen den Einsatz von Entscheidungshilfen nicht als ihre Aufgabe.

Auch dürfte ein professionelles Selbstverständnis, das noch durch den Paternalismus gefärbt ist und die Abgabe von Macht an den Patienten nicht vorsieht, eine hohe Hürde für die Ausübung von SDM darstellen. Von nicht zu unterschätzender aber wenig thematisierter Bedeutung dürfte auch der Umstand sein, dass die Inhalte von Entscheidungshilfen auf eine Verringerung der Inanspruchnahme von Leistungen hinauslaufen können (Stacey et al., 2011), was den ökonomischen Interessen des Arztes direkt zuwiderlaufen kann.

Implementation in Organisationen bedeutet, die erforderlichen Prozesse und Abläufe in der Organisation (z.B. Arztpraxis, Krankenhaus) so zu gestalten, dass die Intervention (z.B. SDM) durchgeführt wird. Die Implementation steht zwischen der Entscheidung einer Organisation, eine Intervention in den Routinebetrieb einzuführen und der tatsächlichen Durchführung im Routinebetrieb. In dieser Übergangsperiode müssen die Beteiligten die Intervention (z.B. SDM) erlernen und sie zunehmend engagiert und einheitlich anwenden (Klein; Sorra, 1996). In der Übersichtsarbeit von Elwyn et al. (2013) befassten sich sechs Studien mit der Implementation von SDM bzw. Entscheidungshilfen in Organisationen. Den Patienten wurden die Entscheidungshilfematerialien zugesandt oder sie sollten vom Arzt oder einem anderen Teammitglied angewandt werden. Ausgesandte Materialien wurden von etwa 25% der Patienten vorab durchgearbeitet. Die Integration der Nutzung von Entscheidungshilfen in die Abläufe erweise sich als schwierig und es wurde deutlich, dass die Implementation ein hohes Commitment der Organisation erfordert.

Ausblick

Shared Decision Making ist ein Konzept der Arzt-Patient-Kommunikation, das gut zu gesellschaftlichen Werten wie Autonomie und Selbstbestimmung passt. Bei präferenzsensitiven Entscheidungen ist SDM für eine angemessene Versorgung zwingend erforderlich, wie das oben angeführte Fallbeispiel verdeutlicht. Politisch hat SDM bereits in Gesundheitsgesetzen in den USA und in England Eingang gefunden, in Deutschland in das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, in dem die informierte Entscheidung dem Ziel einer möglichst hohen Teilnehmerate übergeordnet ist (Bundestag, 2012, S. 16). Eine Umsetzung in den Alltag erfordert ein bisher noch nicht vorhandenes Commitment aller Akteure im Gesundheitswesen.

Literatur

- Abhyankar, P.; Volk, R. J.; Blumenthal-Barby, J.; Bravo, P.; Buchholz, A.; Ozanne, E. et al. (2013): 6 Balancing the presentation of information and options in patient decision aids: an updated review. In: *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13/Suppl 2: S1.
- Boden, W. E.; O'Rourke, R. A.; Teo, K. K.; Hartigan, P. M.; Maron, D. J.; Kostuk, W. J. et al. (2007): Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. In: *N Engl J Med* 356/15: 1503-1516. doi: 10.1056/NEJMoa070829
- Bundesärztekammer (BÄK). (1990). Empfehlungen zur Patientenaufklärung.
Entwurf eines Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes. Drucksache 17/11267, 31.10.2012 (2012).
- Elwyn, G.; Frosch, D.; Thomson, R.; Joseph-Williams, N.; Lloyd, A.; Kinnersley, P. et al. (2012): Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. In: *Journal of General Internal Medicine* 27/10: 1361-1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
- Elwyn, G.; Frosch, D.; Volandes, A. E.; Edwards, A.; Montori, V. M. (2010): Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. In: *Medical Decision Making* 30/6: 701-711. doi: 10.1177/0272989x10386231
- Elwyn, G.; Miron-Shatz, T. (2010): Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. In: *Health Expectations* 13/2: 139-147. doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00572.x
- Elwyn, G.; Scholl, I.; Tietbohl, C.; Mann, M.; Edwards, A. G.; Clay, C. et al. (2013): 14 "Many miles to go ...": a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. In: *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13/Suppl 2. doi: doi:10.1186/1472-6947-13-S2-S14
- Gorenoi, V.; Schönermark, M. P.; Hagen, A. (2011). Perkutane Koronarinterventionen zusätzlich zur optimalen medikamentösen Therapie bei stabiler Angina Pectoris. In DIMDI (Ed.), *HTA-Bericht 115*.
- Gurm, H. S.; Litaker, D. G. (2000): Framing Procedural Risks to Patients: Is 99% Safe the Same as a Risk of 1 in 100? In: *Acad. Med.* 2000/75: 840-842.
- Härter, M. (2004): Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 98: 89-92.
- Klein, K. J.; Sorra, J. S. (1996): The Challenge of Innovation Implementation. In: *Academy of Management Review* 21/4: 1055-1080. doi: 10.5465/amr.1996.9704071863
- Klemperer, D. (2014): *Sozialmedizin - Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 2.Auflage.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Klemperer, D.; Lang, B.; Koch, K.; Bastian, H.; Brunsmann, F.; Burkhardt, M. et al. (2010): Gute Praxis Gesundheitsinformation (GPGI). In: *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)* 104/1: 66-68.
- Loh, A.; Simon, D.; Wills, C. E.; Kriston, L.; Niebling, W.; Härter, M. (2007): The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. In: *Patient Education and Counseling* 67/3: 324-332.
- Stacey, D.; Bennett Carol, L.; Barry Michael, J.; Col Nananda, F.; Eden Karen, B.; Holmes-Rovner, M. et al. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Towle, A.; Godolphin, W.; Greenhalgh, T.; Gambrill, J. (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making • Commentary: Competencies for informed shared decision making • Commentary: Proposals based on too many assumptions. In: *BMJ* 319/7212: 766-771.