

Editorial

Den regelmäßigen Lesern des Gesundheitsmonitor-Newsletters wird das ab dieser Ausgabe veränderte Layout nicht entgangen sein. Neben dem altbekannten Schriftzug „Gesundheitsmonitor“ im Titel taucht nun in der Fußzeile der Name „Health Policy Monitor“ auf. Dies ist Ausdruck einer Weiterentwicklung der Gesamtkonzeption des Newsletters:

Bisher basierten die Berichte überwiegend auf den quantitativen Daten des Projektes „Gesundheitsmonitor“. Die Befragungen von Versicherten und Ärzten zur ambulanten Versorgung in Deutschland, die seit 2001 alle sechs Monate stattfinden, bilden auch weiterhin die Grundlage der nationalen Perspektive. Erweitert wird diese Betrachtung in Zukunft durch die internationale Expertise aus einem weiteren Projekt der Bertelsmann Stiftung, dem Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik:

Im „Health Policy Monitor“ berichten Experten aus 19 Industrieländern über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen in dem jeweiligen Gesundheitssystem, bewerten die Erfolgsaussichten und beurteilen die Übertragbarkeit von Reformelementen und Lösungsansätzen auf andere Länder. Themenbezogen wird damit die quantitative inländische Argumentation um eine qualitative Perspektive aus dem Ausland erweitert.

Selbstverständlich kann nur ein sehr kleiner Teil der in beiden Projekten verfügbaren Informationen in unserem Newsletter dargestellt werden. Ausführlichere Analysen zu einer großen Bandbreite an Themen finden sich beispielsweise in der Publikation „Gesundheitsmonitor 2005“, die im Oktober erscheint (siehe Seite 11), in den halbjährlichen Netzwerkberichten „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ oder auf der Website www.healthpolicymonitor.org.

Der Ansatz des Newsletters ist es dabei nicht, die in diesen Quellen bereits vorhandenen Informationen weiter zu verdichten. Vielmehr werden neue Themen aufgegriffen, die in dieser Form vorher nicht von uns bearbeitet wurden. Damit hat dieser Newsletter eine eigenständige Rolle bei der Bereitstellung von Informationen zur Reform des deutschen Gesundheitswesens. Wir hoffen, seine Relevanz im gesundheitspolitischen Diskurs durch das neue Konzept weiter zu erhöhen.

Shared Decision Making: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen

1 Definition und Aktualitätsbezug

Die stärkere Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen scheint plausibel und notwendig. 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 Eigenverantwortung. 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 (Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik, 2005).

Shared Decision Making (SDM, deutsche Übersetzung: partizipative Entscheidungsfindung) beschreibt ein in den 1990er Jahren entwickeltes Konzept, in dem Ärzte und Patienten als gleichberechtigte Partner gemeinsam über anstehende medizinische Behandlungen entscheiden. Kommt beispielsweise ein Patient mit Bluthochdruck in die Sprechstunde des Arztes, legt dieser nicht einfach selbst die nach medizinischem Wissen optimale Therapie fest, sondern bezieht explizit die Vorstellungen, Bedenken und Erwartungen sowie die persönlichen Voraussetzungen und Lebensumstände des Patienten mit ein. Beide wägen dann zusammen ab, welche Behandlung am besten passt.

Shared Decision Making nimmt somit „eine Mittelstellung ein zwischen der paternalistischen Entscheidungsfindung, bei der in erster Linie der Arzt über Informationen verfügt und Behandlungsentscheidungen trifft, und dem Autonomie-Modell, bei dem Patienten auf der Grundlage gezielter Informationen eigenständige Entscheidungen treffen“ (Härter, Loh, Spies, 2005, S. XV). Dies soll die Akzeptanz und Compliance der Patienten gegenüber notwendigen Behandlungen erhöhen, ihre Zufriedenheit steigern und die Behandlungsergebnisse verbessern (Box 1). →

Box 1: Definition

Beim Shared Decision Making „sind Ärzte und Patienten hinsichtlich der Auswahl einer Behandlung gleichberechtigte Partner. Informationen fließen in beide Richtungen, beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv in den Abwägungsprozess ein und übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die getroffene Entscheidung“ (Härter, Loh, Spies, 2005, S. XIV).

Box 2: Prozessschritte bei der Partizipativen Entscheidungsfindung

(Loh & Härter, 2005, S. 15; Elwyn, Edwards & Rhydderch, 2005, S. 7).

1. Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
2. Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung; Rollen klären und Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. Aussage über das Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten
4. Information über Wahlmöglichkeiten und ihre Vor- und Nachteile
5. Rückmeldung des Patienten über Verständnis der Wahlmöglichkeiten und Erfragen weiterer Optionen
6. Ideen, Bedenken und Erwartungen bezüglich der Intervention explorieren; Präferenzen ermitteln
7. Aushandeln
8. Gemeinsame Entscheidung
9. Plan zur Umsetzung der Entscheidung (Vertrag / Selbstverpflichtung)

Typischerweise erfolgt das Umsetzen der partizipativen Entscheidungsfindung im Arzt-Patient-Gespräch und kann als eine Abfolge verschiedener Schritte verstanden werden. Sie sind in Box 2 dargestellt.

2 Gesetzliche Grundlagen

Bisher gibt es keine gesetzlichen Regelungen für die Umsetzung von Shared Decision Making im medizinischen Setting. Allerdings wurden in den letzten Jahren (auch mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003) einige Grundlagen für eine stärkere Patientenbeteiligung und -orientierung im Gesundheitswesen geschaffen. Wie oben erwähnt, zählen dazu zum Beispiel:

- Die Gründung eines Gemeinsamen Bundesausschusses, zu dem auch neun Patientenvertreter gehören (davon sechs Vertreter des Deutschen Behindertenrates sowie je ein Vertreter der Selbsthilfegruppen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und des Verbraucherzentrale Bundesverbandes). Sie haben zwar

kein Stimmrecht, müssen aber angehört werden (sog. Mitberatungsrecht). Die Aufgabe des G-BA ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören (SGB V, § 91; www.g-ba.de).

- Die Berufung einer Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten. Ihre Aufgabe ist es, „darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden“ (SGB V, § 140h, Abs. 2). Die erste Patientenbeauftragte ist seit Januar 2004 Helga Kühn-Mengel.

- Die Patientencharta. Sie beschreibt in einem Leitfaden für Patienten und Ärzte die in Deutschland geltenden Patientenrechte. Darin heißt es zum Beispiel: „Der Patient hat Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit dem Patienten abzustimmen“ (BMGS und BMJ, 2003, S. 5) und weiter unten „Alle medizinischen Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt wurde oder ausdrücklich darauf verzichtet hat“ (ebd., S. 8).
- Die Gründung eines unabhängigen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Das Institut erforscht, was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist und informiert Ärzte und Patienten darüber (SGB V, § 139a; www.iqwig.de).

3 Daten und Analysen aus dem Gesundheitsmonitor

Die Bertelsmann Stiftung hat im Rahmen des Gesundheitsmonitors von Herbst 2001 bis Herbst 2004 zusammen rund 9.000 Versicherte auch zum Thema Entscheidungsfindung im medizinischen Behandlungsprozess befragt (Methodenberichte und Fragebögen unter www.bertelsmann-stiftung.de/de/4194_6741.jsp).

Das Resultat: Die Mehrheit der Bevölkerung (58 Prozent) möchte, dass der Arzt mit ihnen die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten diskutiert und dann beide gemeinsam eine Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen. Dies entspricht dem Konzept des Shared Decision Making. Nur ein Viertel der Versicherten überlässt die Entscheidung lieber ganz dem Arzt. 17 Prozent der Patienten wollen hingegen allein über die Therapie bestimmen, nachdem der Arzt sie über die verschiedenen Behandlungsalternativen und deren Vor- und Nachteile informiert hat (siehe Abb. 1). Im Zeitverlauf der Befragungen von 2001 bis 2004 sind diese Ergebnisse stabil.

Die Bereitschaft zur partizipativen Entscheidungsfindung variiert nach soziodemografischen Variablen. So favorisieren vor allem jüngere Menschen sowie Versicherte aus der Oberschicht mit höherer Schulbildung Shared Decision Making (siehe Abb. 2). Außerdem tendieren Frauen etwas mehr zu SDM als Männer (59 versus 57 Prozent Zustimmung).

In der mittleren Altersgruppe (33–45 Jahre) ist der Wunsch nach gemeinsamer Entscheidung am stärksten ausgeprägt (64 Prozent Zustimmung). Ältere Befragte verlassen sich dagegen lieber auf die Entscheidung des Arztes. Dies geht offenbar auch mit der Dauer der Arzt-

Abbildung 1: Wer soll nach Ansicht der Versicherten über die Behandlung entscheiden?



Patient-Beziehung einher: Versicherte, die ihrem Hausarzt über Jahre treu geblieben sind, legen weniger Wert auf das gemeinsame Festlegen der Therapie als Versicherte, die weniger als 5 Jahre den gleichen Arzt aufsuchen.

Keinen Unterschied gibt es hingegen zwischen Gesunden, leicht akut und chronisch Kranken (jeweils 58-prozentige Präferenz für die gemeinsame Entscheidungsfindung). Lediglich die schwer akut Kranken sind überproportional häufig für die alleinige Entscheidung des Arztes (32 Prozent). Hier spiegelt sich möglicherweise wider, dass bei akuten Erkrankungen häufig ein schnelles Eingreifen des Arztes notwendig ist – eine Situation, in der kaum Zeit für eine ausführliche Erörterung des Problems und eine gemeinsame Entscheidung bleibt (Abb. 2).

Interessant ist es nun zu schauen, wie die Ärzte zu Shared Decision Making stehen. Als Konzept findet SDM überwiegend die Zustimmung der 500 befragten Haus- und Fachärzte. So bevorzugen 68 Prozent der Mediziner eine partizipative Entscheidungsfindung, 21 Prozent wollen lieber selbst entscheiden und acht Prozent überlassen die Wahl der Behandlung ganz dem Patienten. Die Bereitschaft für das gemeinsame Festlegen der Therapie hängt auch bei den Ärzten von verschiedenen Faktoren ab. So sind v.a. jüngere Ärzte bis 45 Jahre

deutlich häufiger für SDM als ältere ab 55 Jahren (76 versus 62 Prozent Zustimmung). Wenig Einfluss auf die Bereitschaft hat dagegen das Geschlecht.

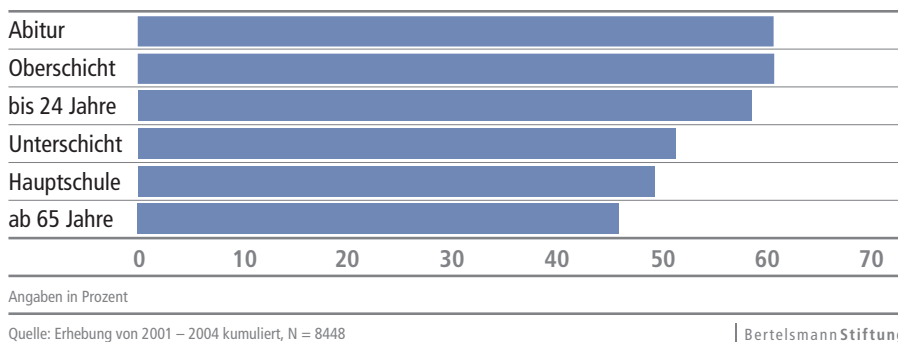
In der Theorie sprechen sich Leistungserbringer somit noch etwas stärker für SDM aus als Leistungsempfänger. Allerdings bleibt die Frage, inwieweit SDM im medizinischen Alltag tatsächlich umgesetzt wird. Um das herauszufinden, wurden Ärzte und Versicherte zu einzelnen Komponenten der ärztlichen Tätigkeit befragt, die je nach Ausprägung für oder gegen die Anwendung von SDM sprechen (siehe Abb. 3).

Umsetzung von Shared Decision Making

Die Selbsteinschätzung der Ärzte zu ihrer praktischen Tätigkeit lässt zunächst vermuten, dass ein Großteil von ihnen partizipative Entscheidungsfindung tatsächlich anwendet. So sagen jeweils knapp 90 Prozent der Mediziner, dass sie verschiedene Behandlungsalternativen vorschlagen und über deren Vor- und Nachteile informieren. Etwa 70 Prozent ermuntern ihre Patienten, Fragen zu stellen und 66 Prozent beziehen die Vorstellungen des Patienten explizit in die Behandlung mit ein.

Die Angaben der Versicherten zeigen jedoch ein Bild, das die Verbreitung von SDM in deutschen Arztpraxen relativiert.

Abbildung 2: Bereitschaft zu partizipativer Entscheidungsfindung nach Alter, Schulbildung und sozialer Schicht



So geben im Vergleich zur Selbsteinschätzung der Ärzte deutlich weniger Patienten an, dass verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt (59 Prozent) und über deren Nutzen und Schaden informiert wurde (61 Prozent). Nur knapp die Hälfte wurde vom Arzt nach eigenen Vorstellungen befragt und nur etwa ein Drittel der Patienten zu Fragen aufgefordert (Abb. 3).

Das in der Patientencharta festgelegte Entscheidungs- bzw. Mitbestimmungsrecht der Patienten scheint in der Arztpraxis somit auf Hindernisse zu stoßen, weil dessen Realisierung eine Abkehr von den stark verbreiteten paternalistischen Formen der Arzt-Patient-Kommunikation erfordert, bei der in erster Linie der Arzt über Informationen verfügt und Behandlungsentscheidungen trifft. Außerdem verlangt die angemessene Beteiligung des Patienten gute kommunikative Kompetenzen auf Seiten des Arztes. Diese Kompetenzen sind zwar mittlerweile gut beschrieben (Elwyn, Hutchings, Edwards et al., 2005), werden aber noch nicht angemessen in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt. Darüber hinaus erfordert eine stärkere Patientenbeteiligung die Bereitschaft des Arztes, die Beziehung zum Patienten partner-

schaftlich zu gestalten und Entscheidungsmacht abzugeben (Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik, 2005).

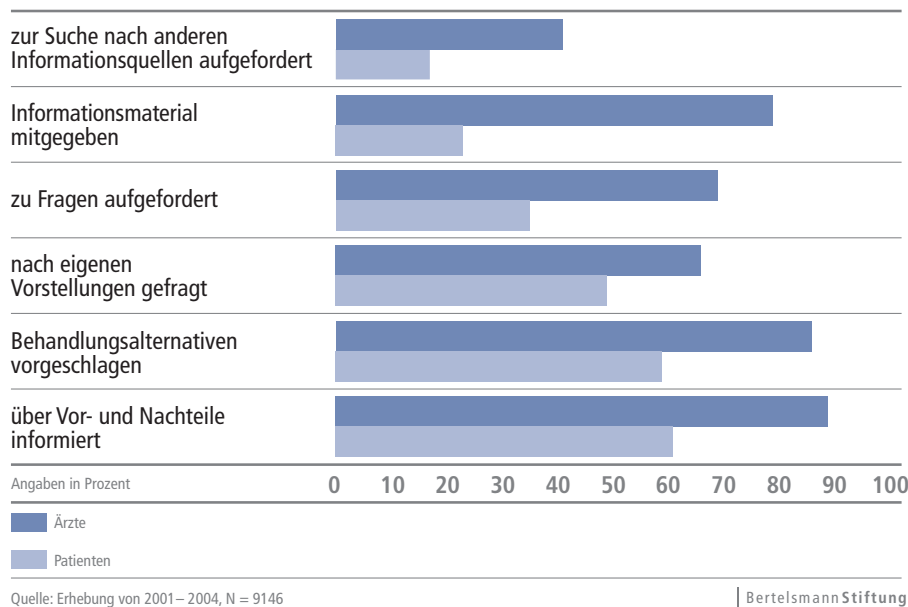
Information als Voraussetzung

Um als souveräne Partner im medizinischen Behandlungsprozess aufzutreten, benötigen Versicherte nicht zuletzt um-

fassende und evidenzbasierte Informationen, die auf ihre spezifische Situation zugeschnitten sind. Die Versicherten selbst geben Behandlungsmaßnahmen und Erkrankungen als die wichtigsten Gesundheitsthemen an, nach denen sie suchen (41 bzw. 37 Prozent der Nennungen, siehe Abbildung 4). Etwa ein Fünftel sucht nach Informationen über alternative Heilverfahren und Gesundheitsvorsorge, während Informationen über Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser von vergleichsweise geringem Interesse sind. Ein Drittel der Befragten sucht hingegen überhaupt nicht nach gesundheitsbezogenen Informationen.

Bisher gibt es keine verlässlichen Standards für Patienteninformationen, sondern viele und zum Teil ungeprüfte und widersprüchliche Angaben im Internet, Fernsehen und in den Printmedien. Hier zeichnet sich ein deutlicher Handlungsbedarf ab. Einen wichtigen Schritt stellen dabei die Bestrebungen des Instituts für

Abbildung 3: Der Hausarzt hat bei der Entscheidung über eine Behandlung



Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar, „ein effektiver, zuverlässiger, vertrauenswürdiger und populärer Herausgeber von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zu sein“ (www.iqwig.de). Als wichtige Ansprechpartner bieten sich ferner das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Verbraucherorganisationen, Krankenkassen und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin an (Abb. 4).

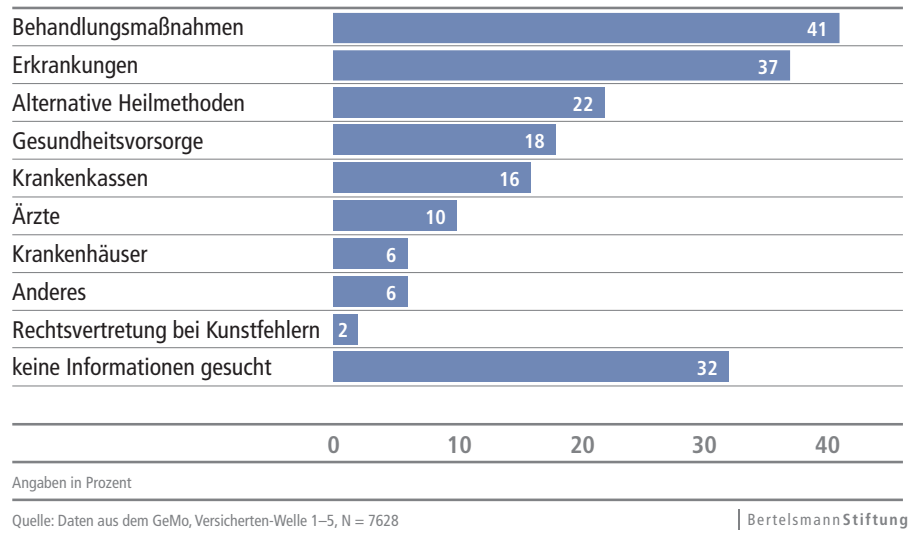
Die Ärzte haben offenbar Probleme mit falsch bzw. all zu gut informierten Patienten. Zwar empfinden es 47 Prozent der Mediziner als Zeitersparnis und 32 Prozent als Erleichterung, wenn sich ein Patient schon vor dem Arztbesuch informiert hat. Andererseits kann es aber auch mehr Zeit kosten, auf einen 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). Etwa ein Drittel war sogar der Meinung, dass im Voraus gesuchte Informationen den Patienten nur verwirren würden.

Effekte auf die Behandlungsqualität

Nachdem die Sichtweise der Versicherten und Ärzte zur partizipativen Entscheidungsfindung beleuchtet wurde, soll es nun darum gehen, welche Effekte SDM auf die Behandlungsergebnisse, Patientenzufriedenheit und den ärztlichen Zeitaufwand hat und für welche Entscheidungssituationen im medizinischen Alltag es sich besonders eignet.

In wissenschaftlichen Studien im angloamerikanischen Raum konnte gezeigt werden, dass die partizipative Entscheidungsfindung nachweislich positive Effekte auf die Therapietreue (Compliance), den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit hat. Dies belegen u. a. Studien von McAlister et al. (2000) und

Abbildung 4: Gesundheitsthemen, über die sich Versicherte informieren



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 (vgl. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik, 2005). Ob sich diese Befunde auch in der deutschen Gesundheitsversorgung zeigen, wird derzeit in mehreren Forschungsprojekten im Rahmen des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung überprüft.

Besondere Bedeutung kommt der Patientenbeteiligung bei so genannten präferenzsensitiven Entscheidungen zu (Klemperer, 2003). Hierbei gibt es keine per se beste Wahl zwischen zwei oder mehr Therapieoptionen. Die optimale Lösung erfordert viel mehr einen Abwägungsprozess, der die Vorstellungen, Werte und Wünsche des Patienten einbezieht. Als Beispiel lässt sich die gutartige Prostatavergrößerung nennen, die mit

Schwierigkeiten beim Wasserlassen einhergeht. Eine Operation der Prostata beseitigt zwar die Probleme beim Wasserlassen, führt aber bei einem Teil der Patienten zu sexuellen Funktionsstörungen. Somit muss der Patient abwägen, was für ihn schwerer wiegt: die Probleme beim Wasserlassen oder eine mögliche Impotenz.

Zur Unterstützung dieses Abwägungsprozesses gibt es mitunter Entscheidungshilfen (sog. Decision Aids). Sie bieten im Gegensatz zu herkömmlichen Broschüren keine allgemeinen Krankheitsinformationen, sondern detailliertes, auf die Entscheidungssituation bezogenes Wissen mit Angaben zu Vor- und Nachteilen bestimmter Behandlungsalternativen und deren Eintretenswahrscheinlichkeit. Somit sind persönliche Risikoabschätzungen für den Patienten möglich. Decision Aids können in verschiedenen Formen angeboten werden (Papierform, CD-Rom, webbasiert). Ein Beispiel für eine Entscheidungshilfe zum Thema Prostatakrebs und PSA-Test zeigt www.prosdex.com.

4 Daten und Analysen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitspolitik

Das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik der Bertelsmann Stiftung führt parallel zum Gesundheitsmonitor seit 2003 halbjährliche qualitative Expertenbefragungen durch. Fachleute aus Forschungseinrichtungen in 20 Industrieländern erläutern und bewerten die aktuellen Themen der jeweiligen gesundheitspolitischen Agenda und nehmen eine Art Reform- bzw. Gesetzesfolgenabschätzung vor. Die so erhobenen Informationen und Analysen sind auf der projekteigenen Website www.healthpolicymonitor.org einsehbar. Die Stiftung nutzt diesen Blick in andere Länder z.B. für den Vergleich mit den Gesundheitsmonitor-Daten: Inwieweit stimmen die Erfahrungen und Erwartungen der deutschen Versicherten mit Reform Erfahrungen in europäischen und anderen Ländern überein? Sind die Themen, die uns in Deutschland bewegen, auch anderswo Stoff für fachliche Kontroversen, Schlagzeilen, politischen Schlagabtausch oder gar für den Wahlkampf?

Shared Decision Making im britischen Gesundheitsdienst

Bei der Modernisierung des nationalen Gesundheitsdienstes NHS in Großbritannien steht die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten, Nachfrageorientierung und Patientenbeteiligung im Mittelpunkt. Partizipative Entscheidungsfindung („Patient Participation in Decision Making“) und Shared Decision Making sind die Schlüsselwörter in einem im Dezember 2003 veröffentlichten Bericht über die Fortschritte der NHS-Reform seit dem Jahr 2000 („Building on the best: choice, responsiveness, and equity in the NHS, 2003).

Im Einzelnen soll der Patient über die Behandlungsform mitentscheiden und durch qualitätsgesicherte Informationen bei der Suche und Auswahl geeigneter Leistungserbringer (Krankenhäuser, Geburtskliniken, Hospize, Apotheken) unterstützt werden.

Ein System aus Anreizen, Regulierung und Inspektionen untermauert die Umsetzung des groß angelegten, ehrgeizigen Reformvorhabens. Hierzu gehört das neue Vergütungssystem für Krankenhäuser „payment by results“ ebenso wie die neu gegründete „Kommission für Prüfung und Inspektion“, die die Überprüfung der Gesundheitseinrichtungen und Einhaltung der Qualitätsstandards vornimmt. Erwähnenswert ist die webbasierte Unterstützung des Shared Decision Making: Seit 2005 existiert eine interaktive Gesundheitsplattform im Internet, genannt HealthSpace (www.healthspace.nhs.uk), auf der Patienteninformationen zusammen mit Patientenpräferenzen erfasst werden. So wird die partizipative Entscheidungsfindung durch individuelle Informationen elektronisch erleichtert. Der Patient hat selbst Zugang zu seinen persönlichen Gesundheitsdaten und kann über HealthSpace auch seine Arzt- und Untersuchungstermine verwalten und einsehen.

Die jüngsten Reformen bedeuten eine vollständige Abkehr von der alten Bürokratie mit ihren überkommenen Einstellungen hin zu einem kundenorientierten Gesundheitssystem: Wahlfreiheit der Patienten spielte im englischen Gesundheitsdienst traditionell so gut wie gar keine Rolle. Wichtiger war die Bereitstellung und Organisation der Leistungen; der Verwaltungsapparat des NHS war nicht darauf ausgerichtet, auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Nutzer zu reagieren. Dies änderte sich mit den in den 90er Jahren unter Premierministerin Thatcher begonnenen Reformen. Die Erstellung einer Pa-

tienten-Charta im Jahre 1991 war ein Meilenstein in dieser Entwicklung; die Labour Regierung von Tony Blair führt diesen Trend fort. So ist die frühere bürokratische „Nimm-es-oder-lass-es-Haltung“ heute völlig inakzeptabel und obsolet.

Kritiker bemerken, dass eine gesetzliche top-down-Regulierung zwar zu mehr Wahlfreiheit für die Patienten geführt habe, aber keine Anreize für die NHS-Beschäftigten biete, ihre Einstellung bezogen auf den Umgang mit den Patienten zu verändern. Zudem könne mehr Wahlfreiheit auch zu stärkerer Segmentierung und damit zu mehr Ungerechtigkeit innerhalb des NHS führen, denn nicht alle Bevölkerungsgruppen und Individuen sind in der Lage, die neuen Angebote und Wahlmöglichkeiten zu nutzen.

Quellen:

Secretary of State for Health (2003) Building on the best: choice, responsiveness, and equity in the NHS (Cm 6079). The Stationary Office: London.

Ray Robinson: Choice and Responsiveness in the English NHS. Health Policy Monitor 03/2004.

Shared Decision Making – das unbekannte Wesen?

Bezogen auf das Thema Shared Decision Making sind die Informationen, die der Health Policy Monitor über das britische Beispiel hinaus enthält, eher karg. Die Recherche in der Datenbank, die 334 Berichte aus dem Zeitraum Oktober 2003 bis Mai 2005 enthält, ergab exakt einen wörtlichen Treffer (Bericht der britischen Regierung von Dezember 2003 über den Gang der Reformen des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS seit 2000: „Building on the Best: Choice, Responsibility and Equity in the NHS“).

Das magere Resultat mag den ein oder anderen überraschen; es ist zumindest begründungsbedürftig. Vordergründig könnte man den Schluss ziehen, Shared Decision Making sei gesundheitspolitisch noch ein Randthema. Man könnte auch folgern, dass das Thema, das bislang vor allem im klinischen Bereich diskutiert wird, in vielen Ländern die politische Ebene noch nicht erreicht hat – sei es, weil innovative Formen der Arzt-Patienten-Kommunikation und Patientenbeteiligung erst noch erprobt oder erlernt werden müssen, sei es, dass es in der klinischen Fachwelt noch keinen Konsens über das Ob und das Wie von Shared Decision Making gibt. Ein weiterer Grund mag sein, dass Patientenorganisationen oder Verbraucherverbände, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich einflussreich sind, sich des Themas der selbstbestimmten Mitsprache bei Therapie und Lebensstil annehmen oder eben auch nicht. Und schließlich: verschiedene Professionen haben verschiedene Begriffswelten, in denen sie sich bewegen. Das heißt: Medizin, Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie haben möglicherweise das Thema Shared Decision Making als relevant für sich entdeckt, kommunizieren aber nicht gemeinsam darüber und sprechen verschiedene Sprachen.

Begriffsbabylon

Handelt es sich also um eine Frage der Definition, um ein bislang nur in Fachkreisen gängiges Konzept, dem es an politischer Unterstützung mangelt, oder geht es allein um die „Verpackung“ bzw. das (unzureichende) Marketing von Shared Decision Making? Schaut man auf die Ergebnisse des Health Policy Monitor, so gibt es noch einigen Definitions-, Präzisierungsbzw. Abgrenzungsbedarf, bedingt durch den von Land zu Land unterschiedlichen Sprachgebrauch.

Eine zusätzlich zu der Datenbank-Recherche im Health Policy Monitor durchgeführte Abfrage bei den Experten des Internationalen Netzwerks Gesundheitspolitik bestätigt diese Annahme sowie unsere Hypothese, dass „Shared Decision Making“ in gesundheitspolitischen Kreisen noch kein gängiges Konzept ist. Wir baten die Netzwerkexperten, folgende Fragen zu beantworten: Ist Shared Decision Making ein gesundheitspolitisches Thema in Ihrem Land? Falls ja, wer bringt SDM voran? Wird das Thema kontrovers diskutiert? Wenn nicht SDM, welcher Begriff findet dann Verwendung?

Beispiel Dänemark

Eine aktive, konstruktive Mitwirkung des Patienten im Sinne von SDM bei der Entscheidung über eine Behandlung kennt man in Dänemark bislang noch nicht. Häufiger als SDM wird in Dänemark der Begriff vom „expert patient“, verwendet. Dieser hat jedoch aus ärztlicher Sicht eine negative Konnotation im Sinne von der schwierige, der besserwisserische Patient. Die gegenwärtige Regierung und ihre marktfreundliche und konsumentenorientierte Politik begünstigt Entwicklungen in Richtung Wahlmöglichkeiten, jedoch beschränkt sich diese Wahl- und Mitentscheidungsmöglichkeit im Gesundheitswesen bislang auf die Auswahl des Leistungserbringers (des Krankenhauses). Der dänische Gesundheitsminister will allerdings Mitspracherechte der Patienten stärken sowie zu diesem Zweck die Bereitstellung von nutzerfreundlichen, qualitätsgesicherten Informationen über Leistungsanbieter und Versorgungsangebote fördern. Dies geht aus einer Veröffentlichung des Gesundheitsministeriums von 2003 hervor, die im Zeichen der neuen dänischen Gesundheitsprogrammaturik „Strategy for the health care system – the patient first“ steht. Bezirke, Krankenhäuser und Wissenschaft-

ler kritisieren jedoch diese Art von konsumentorientierter Ausrichtung in der Gesundheitspolitik. (Quelle: Health Policy Monitor, 03/2004 und 05/2005)

Bewertung:

- Wahlmöglichkeiten werden in Dänemark groß geschrieben, aber SDM wird kontrovers diskutiert
- Einzelne Patienten und Patientenorganisationen fordern mehr SDM, Ärzte hingegen sind skeptisch
- Liberale Regierung fördert Transparenz über Leistungserbringer und somit Entscheidungsmöglichkeiten für Konsumenten

Beispiel Singapur

Der Begriff Shared Decision Making wird in Singapur in drei ganz unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet: Bei der Wahl der Leistungserbringer, in der Mitsprache bei der Entscheidung über die Behandlungsform und als Synonym für „shared care“ in der eigenverantwortlichen Mitwirkung des Patienten bei der Behandlung selbst.

Bewertung:

- SDM ist in Singapur mehr ein gradueller Prozess als ein erklärtes Konzept
- Patienten in Singapur sind internetversiert und informieren sich
- Der Trend geht dahin, dass Patienten ärztliche Zweit- und Drittmeinungen einholen, auch zu alternativen Behandlungsformen
- Das Thema ist von der Politik nicht besetzt

Beispiel Australien

Unter dem Titel „Integrated Decision Making“ untersucht das gesundheitsökonomische Forschungszentrum CHERE an der TU Sydney Präferenzen von Anbietern und Patienten, Übereinstimmungen und Trade-offs bei behandlungsrelevanten Entscheidungen.

Die dabei angewendete Methode „Discrete Choice Experiments“ ist outcome- und nicht wie SDM prozessorientiert. Untersucht wird zum Beispiel in der Gynäkologie, welche Faktoren die Entscheidung der Frau beeinflussen, einen Abstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses vornehmen zu lassen, z. B. „behandelnder Arzt ist eine Frau“, „behandelnder Arzt empfiehlt Test“, „Test steht zeitlich an“. Umgekehrt ist eine wichtige Frage, welche Faktoren den behandelnden Arzt veranlassen, einen Test zu empfehlen, z. B. „Test steht zeitlich an“, „mit dem Test verbundene Kosten“.

Schließlich untersuchen die Wissenschaftler in Sydney auch – und dies bringt uns zurück zum Thema Gesundheitspolitik – wie diese Faktoren von der Politik so beeinflusst werden können, damit die Beteiligung von Arzt und Patientin maximiert wird. Für eine Bewertung des Forschungsvorhabens ist es noch zu früh.

Informationen zu den australischen Forschungsprojekten unter:

- www.chere.uts.edu.au/about/index.html
- www.commed.unsw.edu.au/cgpis/shared_decision_making.htm
- www.psych.usyd.edu.au/mpru/curr_research_P2.html

Aus internationaler Sicht ist der Definitionsprozess zum Thema SDM noch nicht abgeschlossen. Vielmehr ist eine Schärfung/Präzisierung/Abgrenzung dieses Begriffs gegenüber in ähnlichen Zusammenhängen verwendeten Begriffen erforderlich. False friends sind zum Beispiel der aus der klinischen Forschung stammende Begriff „informed consent“. Auch Begriffe wie „doctor-patient-interaction“ oder „expert patient“ beschreiben nur Teilaspekte von SDM. Wie die Beispiele Singapur und Dänemark zeigen, gibt es auch in der Anwendung des Begriffs Unterschiede. So wird SDM sowohl für die Wahl des Leistungserbringers, für die Behandlungsart, als auch für die Mitwirkung des Patienten an der Behandlung selbst verwendet. Zur Präzisierung der Anwendungsgebiete gehört auch die Klärung, welche Krankheitsbilder sich für SDM eignen, und welche Kompetenzen die Patienten für den Dialog mit dem Arzt brauchen.

Agenda Setting

Drei Dinge braucht es, um Themen auf die gesundheitspolitische Agenda zu befördern und dort nachhaltig zu verankern: Konzeptionelle Klarheit, politischen Willen und Beharrlichkeit. Einfache Botschaften müssen wiederholt werden. Das sind die Grundregeln der politischen Kommunikation. Wenden wir sie auf das noch wenig schlagzeilenträchtige Thema Shared Decision Making an, so zeigt sich, dass es noch viel zu tun gibt. Wirklich etabliert ist Shared Decision Making heute nur in Fachkreisen in England und (dank des BMGS-Förderschwerpunkts) auch in Deutschland. Geläufigere Begriffe – dies ergab die Recherche im Health Policy Monitor – sind Patientenbeteiligung (patient participation), Patientenexpertise (expert patient, informed patient) Wahlmöglichkeit (patient choice, informed choice), Eigenverant-

wortung (self responsibility, patient responsibility) sowie informed consent. Es zeigt sich, dass Begriffe wie Wahlmöglichkeiten und Eigenverantwortung in Systemen, die zur Zeit eine marktorientierte Entwicklung im Gesundheitssystem durchlaufen (Dänemark, Niederlande, Slowenien) häufiger anzutreffen sind als in klassischen Solidarsystemen (Kanada, Israel, Finnland, Spanien). Vorläufig können wir folgern, dass es weltweit Trends gibt, die Shared Decision Making begünstigen. Diese sind:

- Wertewandel in Richtung Eigenverantwortlichkeit und Wahlmöglichkeiten in vielen Gesellschaften
- Damit einhergehend ein Trend von der Angebots- zur Nachfrageorientierung
- Aufbrechen von (ärztlichen) Wissensmonopolen
- Vereinfachter Zugang zu Information über Internet
- Wachsende Bedeutung von Verbraucher- und Patientenorganisationen auf verschiedenen Ebenen
- Patientensicherheit als Herausforderung, Umgang mit Fehler- und Beschwerdemanagement
- Einforderung von Rechenschaft und Transparenz in der Bürger- und Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts.

5. Ausblick

Während dem Ansinnen, Patienten mehr Partizipationsmöglichkeiten und mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und Genesung zu übertragen, vielerorts Beifall gezollt wird, gibt es jedoch auch viele Fragen und skeptische Stimmen.

Welche Diagnosen, welche (chronischen) Krankheitsbilder eignen sich überhaupt für partizipative Entscheidungsfindung? Die einen fürchten Lippenbekenntnisse der Politik, die keinerlei Möglichkeiten habe, auf die vertrauliche Arzt-Patienten-Beziehung Einfluss zu nehmen, so dass es in der Realität beim klassisch paternalistischen Arzt-Patienten-Dialog bleibe. Die anderen sehen Fragen der Patientensicherheit und des Haftungsrechts und damit Fragen um die Letztverantwortung für die Behandlungsentscheidung ungeklärt. Wer ist für Erfolg oder Misserfolg einer Therapie verantwortlich, wenn der informierte Patient die Behandlung ablehnt oder abbricht? Fragen, die vor allem in den USA, dem Land der unbegrenzten (Wahl-) Möglichkeiten, die Diskussion prägen. Schließlich sehen viele in der „Vision Shared Decision Making“ eine Herausforderung, die über Jahre angegangen werden muss, beginnend mit Veränderungen in der Medizinerausbildung und einer radikal veränderten Einstellung der Ärzte gegenüber der eigenen Profession und gegenüber dem Patienten als Partner der Behandlung.

Kann also Politik die Rahmenbedingungen für kooperative Arzt-Patienten-Beziehungen so gestalten, dass es zu partizipativer Entscheidungsfindung kommt? Politik kann Weichen stellen für die Ausbildung, Politik kann die haftungsrechtlichen Fragen beantworten, um dem Arzt und dem Patienten Sicherheit zu geben, und sie kann damit das Anwendungsfeld für partizipative Entscheidungsfindung

abstecken und für die richtigen Anreize sorgen. Es bedarf dazu des politischen Willens, der Offenheit für die kritischen Fragen, und einer Beharrlichkeit über den Wahltag hinaus. So betrachtet ist Deutschland mit seinem Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ im internationalen Vergleich ein Vorreiter für Shared Decision Making.

Will man das Thema SDM voranbringen, scheint es mindestens vier treibende Kräfte zu geben:

- Emanzipatorische Kräfte in der Medizin, die sich der Diskussion über die Unwägbarkeit (uncertainty) und Stochastik in der täglichen klinischen Praxis stellen und die Allwissenheit der Mediziner bzw. den häufig immer noch dominierenden Paternalismus in der Arzt-Patient-Beziehung (selbstkritisch) in Frage stellen.
- Die Patienten selbst, die als aufgeklärte Konsumenten und Manager ihrer eigenen Gesundheit oder Krankheit auftreten und eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess beanspruchen. Diese Informed Patients leiden häufig an chronischen Erkrankungen und haben sich über Jahre zu Experten in eigener Sache fortgebildet.
- Regierungen oder einzelne Politiker (Minister), die sich einer Politik der Stärkung von Eigenverantwortung, gesundheitsbewusstem Lebensstil und Wahlmöglichkeiten des Patienten verschrieben haben und diese (individuellen) Ziele über oder neben andere (kollektive) Ziele stellen. Kollektive Ziele wären z.B. die Bekämpfung der strukturellen Ursachen von Krankheit und schlechtem Gesundheitszustand; eine stärkere Fokussierung auf Verhältnis- statt Verhaltensprävention, Betonung auf Solidarität und Versorgungsgerechtigkeit (equity, access).

- Die Gesundheits- und Pharmaindustrie, die durch Werbung und Heilungsversprechen die Patienten ermuntert, bestimmte Produkte nachzufragen.

Ärzte, die eine aktivere Rolle des Patienten begrüßen, sind nach unseren Beobachtungen in vielen Ländern noch eher die Ausnahme. Viele verbinden mit dem Begriff Shared Decision Making zunächst die (ohnehin gebotene) generelle Einwilligung des Patienten zu seiner Behandlung z.B. vor operativen Eingriffen sowie bei klinischen Studien (Informed Consent).

Eine zentrale Frage der Zukunft wird es sein, welche Kompetenzen und welche Anreize auf Seiten der Ärzte SDM befördern können. Auch hiermit beschäftigt sich ein Teilprojekt des Förderschwerpunkts. Dabei geht es auch und gerade um Ausbildungsinhalte, professionelles Selbstverständnis und Kommunikationskompetenz.

6 Literatur und Links

Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hrsg.) (2005). Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Ein Chartbook. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

BMGS und BMJ (2003). Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte. www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A407.pdf (Zugriff am 22.07.2005).

Elwyn, G., Edwards, A. & Rhydderch, M. (2005). Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 3–12). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Elwyn, G., Hutchings, H., Edwards, A., et al. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations* 8 (1), 34–42.

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

Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Paper SP I 2003-302. Berlin: WZB.

- www.patient-als-partner.de
- www.patienntenbeauftragte.de

Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland

Am 6./7. Dezember 2004 veranstalteten Bertelsmann Stiftung, Academy Health und der Commonwealth Fund ein bilaterales Expertenseminar in Berlin mit Fallstudien zur Versorgung chronisch Kranker. Auf diesem Seminar diskutierten Repräsentanten der wichtigsten Akteure aus den Gesundheitssystemen der USA und Deutschland über neue Wege zur Versorgung chronisch Kranker. Auf der Basis von sieben Fallstudien wurden medizinische, finanzielle und organisatorische Bedingungen des Themenfeldes ausgeleuchtet, Gemeinsamkeiten zwischen beiden Ländern analysiert und Unterschiede offen gelegt. Das vorliegende Buch erschließt die Ergebnisse und Empfehlungen der in englischer Sprache abgehaltenen Konferenz auch für ein deutsches Publikum. Es stellt die aufgeworfenen Fragen in einem ausführlichen Einleitungstext in den Kontext der gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland.



Sophia Schlette, Franz Knieps, Volker Amelung (Hrsg.)

Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland

erscheint Ende September 2005
ca. 212 Seiten, Broschur
ca. EUR 16,80
ISBN: 3-980 95 62-1-0

Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft

Der Gesundheitsmonitor gibt Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zeitnah, regelmäßig und unabhängig Informationen über den Zustand der ambulanten Versorgung in Deutschland. Dazu befragt die Bertelsmann Stiftung halbjährlich einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung und einmal im Jahr niedergelassene Ärzte nach ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen sowie ihren Einstellungen zu umgesetzten oder geplanten Reformen. Die Ergebnisse tragen dazu bei, gesundheitspolitische Informationslücken zu schließen und sind ein zentraler Baustein für eine evidenzbasierte und transparente Gesundheitspolitik. Zudem erleichtern sie die Formulierung von Reformkonzepten, die von Versicherten und Ärzten mitgetragen werden.

Inhaltliche Schwerpunkte des „Gesundheitsmonitor 2005“ sind eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr, Prävention aus Sicht von Anbietern und Nutzern, neue Konzepte für Krankheitsvorbeugung und Pflege bei älteren Menschen, Qualitätsmanagement und Zertifizierung in Arztpraxen sowie Akzeptanz verschiedener Reformoptionen der gesetzlichen Krankenversicherung aus Bevölkerungssicht.

Die Studie wird auch in den kommenden Jahren fortgesetzt und in weiteren Ausgaben des Gesundheitsmonitors veröffentlicht.



*Jan Böcken, Bernard Braun,
Melanie Schnee, Robert Amhof (Hrsg.)*

Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft

erscheint Ende Oktober 2005
ca. 180 Seiten, Broschur
ca. EUR 22,- / sFr. 38,60
ISBN 3-89204-854-1

| BertelsmannStiftung

Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Jan Böcken
Sophia Schlette

Autoren und Redaktion

Robert Amhof
Jan Böcken
Susanne Braun
Sophia Schlette

Kontakt

Sigrid Tzyschakoff
Tel.: (0 52 41) 8 18 14 63
Fax: (0 52 41) 81 68 14 63
sigrid.tzyschakoff@bertelsmann.de