

# Fortbildung

## CME-Beitrag

### Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen

A. Loh,<sup>1</sup> D. Simon,<sup>1</sup> W. Niebling,<sup>2</sup> M. Härter<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

<sup>2</sup> Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

#### Lernziele

Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen wird mittlerweile von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, von Patienten, Ärzten, in der Pflege und von Seiten der Forschung sowie von Krankenkassen als sinnvoll angesehen<sup>1</sup>. Der Ansatz zur Beteiligung von Patienten bei konkreten Behandlungsentscheidungen, die Partizipative Entscheidungsfindung (engl: shared decision making), wurde in den Neunzigerjahren [1] entwickelt. In den letzten Jahren wurde das Vorgehen auch im deutschen Sprachraum weiterentwickelt, hinsichtlich der Definitionen präzisiert [2] und in anwendungsorientierten Forschungsprojekten im Rahmen eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ untersucht [3]. Mit diesem Ansatz wurde eine praktikable Vorgehensweise für das Gespräch während der ärztlichen Konsultation entwickelt, um Patienten anhand von konkret umsetzbaren Handlungsschritten bei medizinischen Entscheidungen zu beteiligen.

Durch die Bearbeitung des Artikels soll die Fähigkeit verbessert werden,

- Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung zu unterscheiden,
- Anwendungsgebiete und Grenzen der Partizipativen Entscheidungsfindung zu identifizieren,
- die Schritte zur stärkeren Beteiligung von Patienten im ärztlichen Gespräch im Sinne dieses Modells umzusetzen,
- Effekte, die durch die Umsetzung zu erwarten sind, einzuschätzen sowie
- Verfahren zur Erfassung von Patientenbedürfnissen und einer Patientenbeteiligung zu kennen.

#### Einführung

Die stärkere Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse von Patienten sowie die aktive Beteiligung von Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung bekommt eine zunehmende Bedeu-

**Argumente für die Partizipative Entscheidungsfindung:**

<sup>1</sup> Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wurde auf die durchgehende Nennung beider Geschlechter verzichtet; auch wenn nur die männliche Form gewählt ist, gilt, dass Frauen und Männer in gleicher Weise gemeint sind.

tung in der täglichen Versorgungspraxis. Patienten bei medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, wird aus mehreren Gründen als sinnvoll bewertet [4]. Ein erstes Argument für die Beteiligung von Patienten bezieht sich auf den zunehmenden Informationsstand und die damit in Verbindung stehenden Patientenbedürfnisse. Einerseits wächst das Wissen von Patienten über ihre Erkrankung und deren Behandlung durch die steigende Verfügbarkeit medizinischer Informationen in Medien und Internet stetig und andererseits verringert sich das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten. In einer großen europäischen Studie wurde zum Beispiel gezeigt, dass Patienten ein hohes Informationsbedürfnis haben sowie mehrheitlich den Wunsch, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu sein [5]. Ein weiteres Argument besteht darin, dass durch den medizinischen Fortschritt die Anzahl der Behandlungsoptionen kontinuierlich zunimmt. Damit steigt die Notwendigkeit, zwischen Therapien unterscheiden zu müssen, die sich möglicherweise in den klinischen Effekten kaum unterscheiden, die aber von Patienten sehr unterschiedlich bewertet werden (z. B. Einnahmemodalitäten, Ausmaß an Invasivität u. a.). Auch aus der Perspektive der Patientenrechte werden Argumente für eine Beteiligung von Patienten bei Behandlungsentscheidungen abgeleitet. Entsprechend der Informationsschrift „Patientenrechte in Deutschland“ [6] sind Ärzte verpflichtet, über die Wahrscheinlichkeit von Chancen und Risiken der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, so dass Patienten in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, was die jeweilige Behandlung konkret bedeuten kann. Nicht zuletzt sind es die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die als Begründung für die Vorgehensweise der Partizipativen Entscheidungsfindung herangezogen werden. Deshalb wird die Übertragung in die medizinische Versorgung bereits seit über zehn Jahren als notwendig angesehen [7].

In diesem Beitrag werden unterschiedliche Modelle zur medizinischen Entscheidungsfindung vorgestellt, der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung wird definiert und die einzelnen Handlungsschritte dieses Ansatzes werden erläutert. Die Anwendungsgebiete werden veranschaulicht und die konkrete Umsetzung wird anhand eines Fallbeispiels in der hausärztlichen Behandlung einer Patientin mit einer depressiven Erkrankung verdeutlicht.

### Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung

Bei den hier zu nennenden Modellen liegt der Schwerpunkt darauf, wie im Gespräch zwischen Arzt und Patient (und gegebenenfalls Angehörigem) eine Entscheidung zu einer Behandlung herbeigeführt wird. Zur Beschreibung des Modells der Partizipativen Entscheidungsfindung wird häufig auf die Abgrenzung des Ansatzes gegenüber dem *Paternalistischen Modell* und dem *Informationsmodell* der medizinischen Entscheidungsfindung verwiesen [1]. Dabei spielt der Aspekt der Information und der Verantwortung für die medizinische Entscheidung eine bedeutende Rolle (Tab. 1).

Tab. 1 Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung im Hinblick auf den Informationsaustausch, die Abwägung von Behandlungsalternativen und die Verantwortung für die Entscheidung

		<i>paternalistisches Modell</i>	<i>shared decision making</i>	<i>Informationsmodell</i>
<i>Informationsaustausch</i>	<i>Richtung des Informationsflusses</i>	vom Arzt zum Patienten	vom Arzt zum Patienten und vom Patienten zum Arzt	vom Arzt zum Patienten
	<i>Art der Information</i>	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	<i>Ausmaß der Information</i>	entsprechend der gesetzlichen Anforderungen	alles für die Entscheidung relevante	alles für die Entscheidung relevante
<i>Wer wägt die unterschiedlichen Behandlungen gegeneinander ab?</i>		Arzt alleine	Arzt und Patient	Patient alleine
<i>Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?</i>		Arzt	Arzt und Patient	Patient

- **Das Informationsbedürfnis der Patienten ist groß**
- **Die Anzahl der Behandlungsoptionen nimmt stetig zu**
- **Patientenbeteiligung ist geltendes Patientenrecht**
- **Das Wissen der Patienten über die Erkrankung und die Behandlung steigt**
- **Patientenbeteiligung hat sich in wissenschaftlichen Studien als erwünscht und effektiv erwiesen.**

**Die Partizipative Entscheidungsfindung nimmt eine Mittelstellung ein zwischen dem Paternalistischen Modell und dem Informationsmodell.**

Im *Paternalistischen Modell* fließt vorwiegend medizinische Information vom Arzt zum Patienten. Der Arzt wählt eine Behandlung auf der Grundlage seines Expertenwissens aus, entscheidet selbst und gibt dem Patienten die erforderlichen Informationen, damit dieser die Therapie möglichst getreu der ärztlichen Empfehlung umsetzen kann. Die Verantwortung für die Entscheidung liegt in erster Linie beim Arzt.

Im *Informationsmodell* der medizinischen Entscheidungsfindung erfolgt der Informationsfluss ebenfalls vorwiegend vom Arzt zum Patienten, er umfasst allerdings alle medizinischen Details, die aus Sicht des Patienten für die Entscheidung bedeutend sind. Aus den Behandlungsmöglichkeiten wählt der Patient die seiner Meinung nach angemessene aus und verantwortet diese Entscheidung.

## Der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung

Entwickelt wurde das Konzept ursprünglich für chronische Erkrankungen und für medizinische Entscheidungen, bei denen mehrere evidenzbasierte Therapiemöglichkeiten zur Auswahl stehen. Von Partizipativer Entscheidungsfindung [2] wird dann gesprochen werden, wenn

- Informationen sowohl vom Arzt zum Patienten als auch umgekehrt fließen,
- sowohl medizinische als auch persönliche Informationen vom Patienten an den Arzt weitergegeben werden,
- nicht nur die Aufklärungspflicht befolgt wird, sondern alles für die Entscheidung Relevante besprochen wird,
- beide Gesprächspartner sich bewusst sind, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen,
- beide Partner ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und
- die Auswahl der Behandlung gemeinsam erfolgt und die Entscheidung gemeinsam verantwortet wird.

Beim Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung wird ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von Arzt und Patient ermöglicht. Der Ausgangspunkt für eine medizinische Entscheidungsfindung ist der Stand der evidenzbasierten Medizin zur Behandlung einer Erkrankung und die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Der Austausch von Informationen umfasst zusätzlich zu medizinischen Details auch Aspekte des Lebensumfeldes des Patienten, seine Werte, Bedürfnisse und Emotionen. Der Arzt ist Experte im medizinischen Sinne und urteilt aufgrund seiner eigenen Erfahrungen und seines eigenen Spektrums an Wissen. Der Patient ist Experte bezüglich seines Lebensalltages, seiner Bedürfnisse, sowie im Hinblick auf das, was er zur Verwirklichung dieser Ziele einsetzen kann und will.

## Die Handlungsschritte Partizipativer Entscheidungsfindung

Es wurden Handlungsschritte erarbeitet, die für eine gelungene Partizipation an einer medizinischen Entscheidung als notwendig angesehen werden [2] (Tab. 2). Mit diesen Schritten werden nicht etwa ein streng formaler Ablauf festgelegt, sondern handlungsorientierte Elemente des Gespräches zusammengestellt, mit denen eine Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen ermöglicht wird.

Die Rollen von Arzt und Patient bei der Partizipativen Entscheidungsfindung werden durch das Angebot der Zusammenarbeit und die prinzipielle Gleichberechtigung beider Partner („Equipoise“, deutsch „Gleichgewicht oder Gleichwertigkeit“) bestimmt [8]. Einerseits bezieht sich Gleichwertigkeit auf die unterschiedlichen, aber im Prinzip gleichwertigen Behandlungsmöglichkeiten, die bei einer Erkrankung verfügbar sind. Andererseits ist mit „Equipoise“ auch das Gleichgewicht von Arzt und Patient im Einfluss auf die medizinische Entscheidungsfindung gemeint. [9]. Beispielhaft kann dieses Angebot folgendermaßen lauten: „Es gibt mehr als eine Möglichkeit zur Behandlung Ihrer Beschwerden. Jede davon hat unterschiedliche Vorteile und Risiken. Alleine aus medizinischer Sicht lässt sich nicht entscheiden, welche die beste Behandlung ist.“

*Die Partizipative Entscheidungsfindung 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.*

*Mit dem Begriff Equipoise ist die prinzipielle Gleichwertigkeit der Behandlungsoptionen und das Gleichgewicht von Arzt und Patient bei der medizinischen Entscheidungsfindung gemeint.*

Tab. 2 Prozessschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung [2]

**Prozessschritte**

Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht

Gleichberechtigung der Partner formulieren

Über Wahlmöglichkeiten informieren

Information über Vor- und Nachteile der Optionen geben

Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen

Präferenzen ermitteln

Aushandeln

Gemeinsame Entscheidung herbeiführen

Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Im ärztlichen Gespräch werden die Vor- und die Nachteile jeder Entscheidungsoption im Gespräch zusammengestellt. Nach dem Abwägen auf dem Hintergrund der Lebenssituation des Patienten wird eine gemeinsame Entscheidung getroffen. Eine wichtige Unterstützung hierbei können evidenzbasierte Patienten-Informationsmaterialien oder medizinische Entscheidungshilfen, so genannte Decision-Aids sein (siehe hierzu den Beitrag von Sylvia Säger in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Allgemeinmedizin). Anschließend erfragt der Arzt, inwiefern das Besprochene verstanden wurde und erfragt die Sicht des Patienten im Hinblick auf Erwartungen oder Befürchtungen zu den Behandlungsoptionen. Danach werden die unterschiedlichen Präferenzen des Patienten und des Arztes ermittelt, ein Abwägen der Behandlungsalternativen erfolgt und ein Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung wird beschlossen.

### Die Anwendungsgebiete der Partizipativen Entscheidungsfindung

Nicht in jeder medizinischen Situation ist die Partizipative Entscheidungsfindung sinnvoll und anwendbar. Um die Anwendungsbereiche eingrenzen zu können, hat Whitney [10] ein Modell zur Charakterisierung von medizinischen Entscheidungen vorgelegt (Abb. 1).

Zur Einteilung der Bedürfnisse von Patienten, sich bei medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, sollen die zwei Variablen Entscheidungssicherheit und Bedeutung der medizinischen Entscheidung für den Patienten berücksichtigt werden. Eine medizinische Entscheidung wird hier als sicher bezeichnet, sofern gut begründete (evidenzbasierte) und unzweifelhafte Belege dafür vorliegen, dass es bei einer Erkrankung eine bestimmte zu bevorzugende Behandlungsmethode gibt. Entscheidungen von geringer Sicherheit sind zu treffen, wenn mehrere Behandlungen möglich sind und die Unterschiede zwischen den Behandlungen gering sind. Whitney [10] schlägt vor, dass bei zunehmender Entscheidungssicherheit die Entscheidung eher vom Arzt beeinflusst werden soll, wohingegen Entscheidungen auf unsicherer Datenbasis eine größere Verantwortung des Patienten erfordern.

Die zweite Variable im Modell von Whitney ist die Bedeutung der medizinischen Entscheidung für den Patienten, die dann als hoch einzuschätzen ist, wenn die Erkrankung und ihre Behandlung eine substanzielle Auswirkung auf das Leben des Patienten haben. Eine Partizipation von Patienten bei medizinischen Entscheidungen empfiehlt sich umso mehr, je größer die Bedeutung der Entscheidung für den Patienten ist. Kombiniert man die beiden Variablen Sicherheit und Bedeutung, dann ergibt sich ein Feld unterschiedlicher Bereiche, in denen Partizipative Entscheidungsfindung stärker oder weniger stark angewendet werden sollte. Bei einer für den Patienten wenig bedeutenden Erkrankung, bei der aus medizinischer Perspektive eine klare Behandlungsempfehlung hergeleitet werden kann, ist die Partizipative Entscheidungsfindung kaum sinnvoll. Demgegenüber liegt die Entscheidung und deren Verantwortung umso mehr beim Patienten, wenn die Bedeutung der Erkrankung hoch ist, und

**Der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung folgt konkreten Handlungsschritten im ärztlichen Gespräch.**

**Liegt nur eine evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeit vor, kann die medizinische Entscheidung hauptsächlich durch den Arzt getroffen werden.**

**Mit zunehmender Bedeutung, die die Erkrankung und die Behandlung für den Patienten haben, ist die Entscheidung hauptsächlich durch den Patienten zu treffen.**

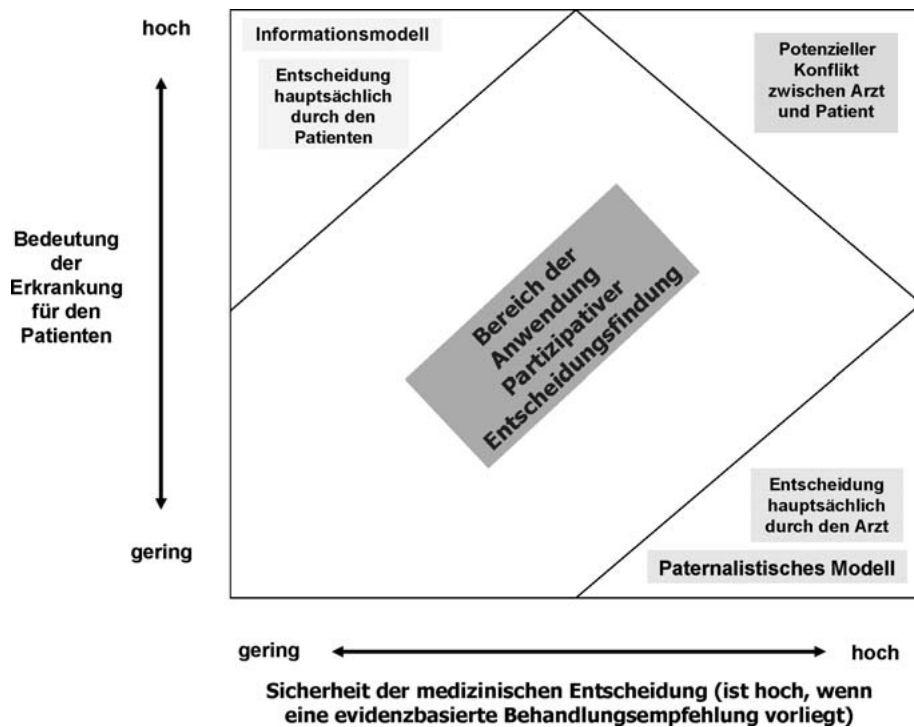


Abb. 1 Die Anwendung der partizipativen Entscheidungsfindung in Abhängigkeit von den Faktoren Bedeutung und Entscheidungssicherheit [10].

gleichzeitig keine klare evidenzbasierte Therapieempfehlung aus medizinischer Perspektive gegeben werden kann. Hier empfiehlt sich eher die Vorgehensweise nach dem Informationsmodell.

Potenzielle Konflikte zwischen Arzt und Patient können sich dem Modell von Whitney zufolge dann ergeben, wenn sowohl die Bedeutung für den Patienten groß ist als auch die medizinische Entscheidungssicherheit hoch ist, und wenn die Empfehlung des Arztes mit den Behandlungspräferenzen des Patienten nicht übereinstimmt. Hier gilt letztlich die Entscheidungshoheit des Patienten [11]. In allen anderen Fällen, die den größten Anteil der medizinischen Entscheidungen ausmachen [10], ist eine Partizipative Entscheidungsfindung sinnvoll und sollte umgesetzt werden.

## Die Messung der Partizipativen Entscheidungsfindung

Bei der Frage der Anwendbarkeit der Partizipativen Entscheidungsfindung ist auch das Beteiligungsinteresse von Patienten zu bedenken. Sofern die Anwendung nicht durch die bereits oben genannten Kriterien eingeschränkt wurde, wird empfohlen, Patienten in dem Ausmaß an Behandlungsentscheidungen zu beteiligen, in dem dies von Patienten erwünscht wird. Daraus folgt, dass das Beteiligungsinteresse und die ermöglichte Patientenbeteiligung im Ausmaß bewertet werden sollten. Zusätzlich zur direkten Befragung im ärztlichen Gespräch stehen hierzu anwenderfreundliche Messverfahren für die ärztliche Praxis zur Verfügung. Entsprechend dem Ablauf können diese Fragebogen zwei Bereichen zugeordnet werden:

- Erhebung von Patientenbedürfnissen hinsichtlich Information und Beteiligung am Entscheidungsprozess
- Bewertung der Patientenbeteiligung

Um einschätzen zu können, wie groß bei einem Patienten das Interesse an medizinischen Informationen sowie die Bereitschaft zur Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen ist, können die nachfolgend genannten Fragebogen vorgelegt werden. Die Ergebnisse können relevant sein, um das Angebot der Patientenbeteiligung auf die Patientenbedürfnisse einrichten zu können. Die Einschätzung des

*In der Mehrzahl der medizinischen Situationen ist die Partizipative Entscheidungsfindung sinnvoll und anwendbar.*

Ausmaßes der Patientenbeteiligung kann Aufschluss geben über den individuellen Erfolg der ärztlichen Bemühungen zur Patientenbeteiligung in einem konkreten Behandlungsfall und eine Bewertung hinsichtlich des Qualitätsmerkmals Patientenbeteiligung in der hausärztlichen Praxis ermöglichen. Zwar ist die testtheoretische Qualität der Messverfahren bei der Partizipativen Entscheidungsfindung noch nicht in allen Gütekriterien hinreichend ausgereift, weshalb im eingangs genannten Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung an der Validierung eines Fragebogens gearbeitet wird. Dennoch kann der Einsatz der nachfolgenden Fragebogen zur praxisrelevanten Erhebung von Patientenpräferenzen und Patientenbeteiligung empfohlen werden.

### **Erhebung von Patientenbedürfnissen**

Der Autonomie-Präferenz-Index [12] wurde in den USA entwickelt und misst das Informationsbedürfnis der Patienten und ihren Wunsch nach Beteiligung am Entscheidungsprozess. Er erfasst die Themen Patientenbedürfnisse hinsichtlich Information und Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Das Bedürfnis nach Beteiligung wird sowohl in allgemeinen Aussagen und bei drei beispielhaften Themen (Erkrankung der oberen Atemwege, hoher Blutdruck, Herzinfarkt) gemessen. Dieser Fragebogen liegt in deutscher Übersetzung vor [13].

Ein weiteres Verfahren zur Messung der Beteiligungsbedürfnisse [14] liegt ebenfalls in deutscher Übersetzung vor. Dabei kann aus fünf Aussagen zur Form der Beteiligung die bevorzugte ausgewählt werden. Die erste Aussage steht für eine autonome Behandlungsentscheidung („Ich möchte selbst darüber entscheiden, welche medizinische Behandlung ich erhalte“), bei der letzten Aussage wird dem Arzt die alleinige Verantwortung übertragen („Ich möchte alle Entscheidungen, die meine medizinische Behandlung betreffen, meinem Arzt überlassen“).

### **Bewertung der Patientenbeteiligung**

Die in den USA entwickelte Perceived Involvement in Care Scale (PICS) [15] erfasst, in wieweit sich Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden wahrgenommen haben. Inhaltlich werden die Themen Patientenaktivierung durch die Ärzte sowie aktives Informationsverhalten des Patienten erhoben. Die Skala wurde im Rahmen der Kölner Patientenbefragungsstudie ins Deutsche übersetzt und als Kölner Patientenfragebogen (KPF) validiert [16].

### **Die Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung**

Forschungsstudien zur Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung setzen auf drei unterschiedlichen Ebenen an. Entweder wird auf der Seite der Patienten in Form von Patientenschulungen interveniert oder es werden Fortbildungskonzepte für Ärzte zum Aufbau oder zur Erweiterung entsprechender ärztlicher Kompetenzen durchgeführt. Auf der dritten Ebene werden Interventionen mit Materialien zur verbesserten Information und zur Förderung der Patientenbeteiligung erarbeitet (so genannte Decision Aids oder Entscheidungshilfen), die internetbasiert oder in Form von Printmaterialien oder Filmen vorliegen.

Scheibler [17] hat in einer systematischen Literaturrecherche mit dem Begriff „shared decision making“ 102 Forschungsarbeiten gefunden, in denen über empirische Arbeiten zur Partizipativen Entscheidungsfindung berichtet wird. Bei 42 Publikationen wurden deskriptive Analysen durchgeführt, in 14 Arbeiten wurde über Zusammenhangsanalysen berichtet, und in 46 Arbeiten wurden Interventionen zur Implementierung der Partizipativen Entscheidungsfindung umgesetzt. Die meisten Studien befassten sich mit onkologischen Erkrankungen und Palliativmedizin sowie mit Erkrankungen der Inneren Medizin (Herz- und Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes). In der hausärztlichen Versorgung wurden 11 Studien durchgeführt [17]. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten ein hohes Interesse an Einbeziehung in die medizinische Entscheidung haben, dass die Einbeziehung von Patienten zu höherem Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, zu realistischeren Erwartungen über den Verlauf und zu höherer Entscheidungssicherheit und Patientenzufriedenheit führt. Darüber hinaus konnte in einigen Studien auch eine beständigere Umsetzung der gewählten Behandlung (Compliance) und eine höhere Therapiewirksamkeit belegt werden [8,18–20]. Ein weiteres Ergebnis ist,

*Zur Messung der Informations- und Beteiligungsbedürfnisse von Patienten und zum Ausmaß der Patientenbeteiligung liegen validierte Instrumente in deutscher Übersetzung vor.*

*Partizipative Entscheidungsfindung führt zu höherem Wissen und realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf bei Patienten und zu höherer Patientenzufriedenheit. Einige Studien belegen zusätzlich eine verbesserte Compliance und höhere Behandlungseffekte.*

dass eine stärkere Patientenbeteiligung nicht, wie häufig befürchtet, die Konsultationszeit verlängert [21].

## Die konkrete Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung

Zum hausärztlichen Vorgehen bei der Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen sowie bezüglich der Patienteninformation wurden im Jahr 2003 Versorgungsleitlinien entwickelt und in einem Modellprojekt in der hausärztlichen Versorgung umgesetzt und evaluiert [22]. Für das ärztliche Handeln können diese Versorgungsleitlinien als Ausgangspunkt und Orientierung angesehen werden.

### Anwendungsbeispiel: Partizipative Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Behandlung einer leichten bis mittelgradigen Depression

#### Fallbeispiel

Eine 35-jährige Patientin kommt in die hausärztliche Sprechstunde und berichtet über wiederholt auftretende Schlafstörungen. Im weiteren Verlauf des Gespräches wird deutlich, dass sie sich kaum noch über Ereignisse im alltäglichen Leben freuen könne, und dass ihr Interesse an Dingen, die ihr früher Freude gemacht haben, nachgelassen habe. Ihr Partner habe sie auch schon darauf aufmerksam gemacht, dass sie häufig schlechter Stimmung sei. In der darauf folgenden Exploration werden deutliche Beeinträchtigungen der Konzentration und ein erkennbares Nachlassen des Appetits berichtet. Die Patientin gibt über diese Einzelheiten in leiser und weinerlich klingender Stimme Auskunft. Auf die Frage, seit wann sie diese Beschwerden in dieser Form bemerke, gibt die Patientin den Zeitraum von etwa 3 bis 4 Wochen an.

Bei der körperlichen Untersuchung und der Labordiagnostik ergeben sich keine Hinweise auf internistische Erkrankungen. Im darauf folgenden Gespräch können auch psychiatrische Begleiterkrankungen (Angststörungen, manische Episoden, Essstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen) ausgeschlossen werden. Die Erfassung der Suizidalität lässt nicht auf ein erhöhtes Risiko eines Suizidversuches schließen.

Entsprechend den Versorgungsleitlinien zur Diagnose und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis wird eine mittelgradige Depression festgestellt und die Patientin wird über diese Diagnose informiert, z. B.: „Wenn ich die Beschwerden, über die sie berichtet haben, einmal zusammen fasse, dann wird deutlich, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die im medizinischen Sinn als eine Depression bezeichnet wird.“ Anschließend sollten der Patientin im ersten Schritt wesentliche Informationen zum Verständnis der Erkrankung gegeben werden. Es ist darüber zu informieren, dass Depression eine häufige Erkrankung ist, dass etwa jeder zehnte Patient beim Hausarzt unter einer behandlungsbedürftigen Depression leidet, und dass frühzeitig erkannt eine Depression gut behandelbar ist. Anschließend ist im Gespräch zu verdeutlichen, dass eine Behandlungsentscheidung getroffen werden muss. Das Angebot, eine Partizipative Entscheidung herbeizuführen, kann z. B. so formuliert werden: „Oft kann das gleiche Problem auf unterschiedlichen Wegen behandelt werden, die aber alle sinnvoll sein können.“ oder „Bei Ihren Beschwerden gibt es keine festgelegte Form der Behandlung, aber es gibt verschiedene Wege sich dem anzunähern. Wenn ich weiß, was Ihnen wichtig ist, finden wir gemeinsam die für Sie beste Therapie heraus.“ Danach sind die Behandlungsoptionen idealerweise unter Verwendung eines Schaubildes (Abb. 2) zu erläutern.

*Zur Verdeutlichung der Behandlungsoptionen und zur Erläuterung der Vor- und Nachteile sind vereinfachte Schaubilder empfohlen.*

Das konkrete Vorgehen im ärztlichen Gespräch bei der Partizipativen Entscheidungsfindung orientiert sich an den Prozessschritten (siehe Tab. 2). Während des Erläuterns der Behandlungsmöglichkeiten erweist es sich als sinnvoll, auf eine evidenzbasierte Patienteninformation und auf Schaubilder zurückgreifen zu können, um dem Patienten im Gespräch das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten

## Entscheidungshilfe bei Depression

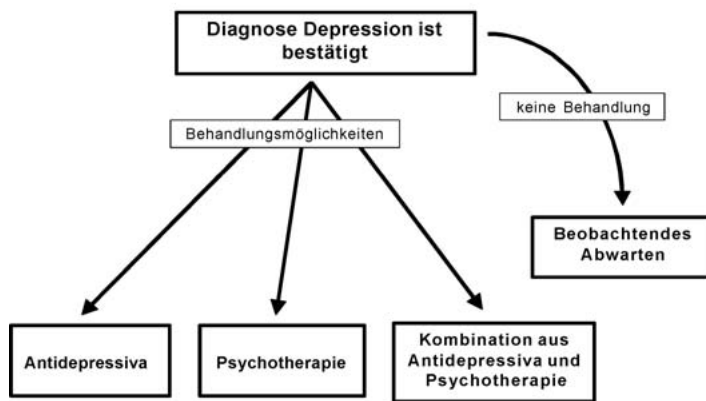


Abb. 2 Auszug aus einer Patienteninformation/medizinischen Entscheidungshilfe: Evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Depressionsbehandlung.

sowie die Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Therapien verdeutlichen zu können. Hier kann zurückgegriffen werden auf die Informationsquellen qualitätsbewerteter Patienteninformationen, über die S. Sängler in einem Beitrag in dieser Ausgabe informiert.

Bei den Angaben zu den evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten sind je nach Schweregrad Antidepressiva und Psychotherapie sowie deren Kombination als Behandlungsoptionen in der hausärztlichen Depressionsbehandlung zu nennen. Im Hinblick auf die gegenwärtig aktuelle Diskussion um die Wirksamkeit von Antidepressiva ist ein jüngst erschienen systematisches Review zu berücksichtigen, in dem sich trizyklische Antidepressiva und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als wirksamer im Vergleich zu Placebo gezeigt haben [23].

Es ist erforderlich, wissenschaftliche Erkenntnisse (Ansprechraten, Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile, etc.) so darzustellen, dass der Patient ihre Bedeutung für seinen Lebensalltag aus den präsentierten Detailinformationen ableiten und erwägen kann. Auch hier können zur Verdeutlichung grafische oder tabellarische Darstellungen eingesetzt werden. Die Behandlungsmöglichkeiten sollten kurz und verständlich erläutert werden. Die Option „Beobachtendes Abwarten“ ist im Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung eine wichtige und stets zu berücksichtigende Wahlmöglichkeit, über deren Vor- und Nachteile ebenfalls wertfrei informiert werden sollte. Die Informationen zu den Vor- und Nachteilen der Behandlungsmöglichkeiten bei der Depressionsbehandlung in Abb. 3 sollten im ärztlichen Gespräch zur Entscheidungsfindung erörtert werden.

Häufig gibt es in der Grundversorgung depressiver Patienten Akzeptanzprobleme: Viele Patienten haben Vorbehalte gegenüber einer angemessenen evidenzbasierten Behandlung. Ärzte versuchen deshalb verständlicherweise, Patienten zu einer effektiven Behandlung zu motivieren. Nehmen Patienten diese Bemühungen des Hausarztes als zu nachdrücklich wahr, kann es vorkommen, dass Patienten genau die Gegenposition des Arztes einnehmen. Dies kann sich im weiteren Gespräch verfestigen, wenn keine Änderungen im Arzt-Patienten-Gespräch stattfinden. Mit dem Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung können diese verfestigten Gesprächsmuster vermieden werden. Dadurch, dass auch die Möglichkeit des Beobachtenden Abwartens ausdrücklich als eine Entscheidungsalternative dargestellt wird und alle Optionen mit ihrer jeweiligen Berechtigung zur Sprache kommen, wird das Reaktionsmuster der Patienten, die Gegenseite der ärztlichen Haltung zu übernehmen, nur selten entstehen. Entscheidungen, die auf partizipative Art und Weise zustande gekommen sind, werden beständiger getragen und die Therapien werden zuverlässiger umgesetzt. Die Verantwortung für die Entscheidung liegt gleichermaßen bei Arzt und Patient und beide verstehen sich als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess.

*Die Option „Beobachtendes Abwarten“ ist eine stets zu berücksichtigende Wahlmöglichkeit, über deren Vor- und Nachteile ebenfalls wertfrei zu informieren ist.*



Antidepressiva	Psychotherapie	Beobachtendes Abwarten
<p>Antidepressiva sind Medikamente zur Behandlung der Depression, die über einen Zeitraum von 4 – 6 Monaten eingenommen werden sollten.</p> <p>☺</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gute wissenschaftlich überprüfte Wirksamkeit</li> <li>● Wirkungseintritt nach 2 – 3 Wochen</li> <li>● Verschiedene Medikamente mit unterschiedlichem Wirkungsprofil sind verfügbar (beruhigend, Antrieb steigend, Angst lösend, Schlaf begünstigend, auf die innere Unruhe wirkend, etc.)</li> <li>● Kein Zeitaufwand zur Therapie notwendig</li> </ul> <p>☹</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nebenwirkungen sind möglich (selten bis häufig je nach Medikament und individueller Neigung)</li> <li>● Zur Veränderung von Stress, emotionaler Belastung, etc. sind zusätzliche Therapien erforderlich</li> </ul>	<p>Bei einer psychotherapeutischen Behandlung finden einmal oder zweimal pro Woche im Zeitraum von mehreren Monaten Gespräche mit einem Psychotherapeuten statt.</p> <p>☺</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Wirksamkeit der Therapie ist wissenschaftlich gut belegt</li> <li>● Emotionale Entlastung durch die psychotherapeutischen Gespräche</li> <li>● Ziele der therapeutischen Behandlung können variiert werden (z.B. Stressbewältigung, Lebensstiländerungen, etc.)</li> </ul> <p>☹</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Wirkungseintritt erfolgt erst nach ca. 8 – 10 Wochen</li> <li>● Zeitlicher Aufwand</li> <li>● Möglicherweise emotionale Belastung durch die therapeutischen Gespräche</li> <li>● Verfügbarkeit von Psychotherapeuten ggfs. eingeschränkt (Wartezeit, Anfahrten, etc.)</li> </ul>	<p>Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird weder zugunsten einer medikamentösen Therapie noch zugunsten einer Psychotherapie entschieden. Regelmäßige Besuche beim Allgemeinarzt sollten jedoch unbedingt stattfinden, damit der Verlauf der Symptome ärztlich überwacht werden kann.</p> <p>☺</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Keine Nebenwirkungen</li> <li>● Geringerer zeitlicher Aufwand</li> </ul> <p>☹</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Schlechtere Prognose für den weiteren Verlauf</li> <li>● Gefahr der Chronifizierung</li> <li>● Keine emotionale Entlastung</li> <li>● Keine Veränderungen des Lebensstils, Stressbewältigung, etc.</li> </ul>

Abb. 3 Auszug aus einer Patienteninformation/medizinischen Entscheidungshilfe: Veranschaulichung der Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten aus Sicht des Patienten als Grundlage für das ärztliche Gespräch.

## Ausblick

Obwohl die Vorteile der Partizipativen Entscheidungsfindung offensichtlich sind, ist die praktische Umsetzung bei der individuellen Behandlung noch nicht selbstverständlich. Braddock und Kollegen [24] stellten bei 1057 auf Tonband protokollierten ärztlichen Beratungen fest, dass medizinische Basisentscheidungen nur in 0,5% der Fälle, Entscheidungen von mittlerer Komplexität in 4,6% und komplexe Entscheidungen in 15,2% der Fälle so besprochen wurden, dass eine informierte (Partizipative) Entscheidung mit Beteiligung des Patienten beobachtet werden konnte.

Zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) einen Förderschwerpunkt eingerichtet und bundesweit zehn Modellprojekte von 2001 bis 2005 gefördert, die bei unterschiedlichen Erkrankungen das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Praxis erprobt und nach wissenschaftlichen Kriterien untersucht haben. Die Erkrankungsgebiete, in denen der Ansatz implementiert wurde, hatten einen ersten Schwerpunkt in der Inneren Medizin und Onkologie (Bluthochdruck, arterielle Verschlusskrankheit, kindliche Atemwegsinfekte, Brustkrebs und Therapieentscheidungen bei sterbenden Patienten). Ein weiterer Schwerpunkt lag im Bereich der Psychiatrie/Neurologie (chronischer Schmerz, Depression, Schizophrenie, Multiple Sklerose und Alkoholmissbrauch).

Die erzielten Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung, beispielsweise in der Akzeptanz der Patienten gegenüber notwendigen Behandlungen, in der verbesserten Zuverlässigkeit bei der Umsetzung von Therapien, in der Patientenzufriedenheit oder auch in verbesserten klinischen Behandlungsergebnissen werden nach Abschluss der Modellprojekte auch für die Regelversorgung genutzt. Deshalb steht der Transfer der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Versorgungspraxis nun im Vordergrund. Die Entwicklung des BMGS-Förderschwerpunktes wird auf der Internetseite dokumentiert.

Auch unter den Gegebenheiten der sehr begrenzten Zeit in der medizinischen Versorgung müssen Patienten angemessen über Behandlungsmöglichkeiten und ihre entsprechenden Vor- und Nachteile informiert werden. Eine wesentliche Anforderung an den behandelnden Arzt ist daher eine effiziente Kommunikation. Gerade für den Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung hat eine grundlegende kommunikative Kompetenz eine wesentliche Bedeutung in der ärztlichen Berufsausübung und sollte in der Aus- und Fortbildung zunehmend Beachtung finden. Im Rahmen der Anschlussför-

*Zur Förderung der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Praxis wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Förderschwerpunkt eingerichtet.*

derung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung werden Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung spezifischer ärztlicher Handlungskompetenz in einem Kooperationsprojekt der Universitätskliniken Freiburg und Heidelberg bereitgestellt. Über die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften insbesondere im Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie ist vorgesehen, die Partizipative Entscheidungsfindung in die medizinische Ausbildung zu integrieren.

Bei der Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Regelversorgung können Entscheidungshilfen eine wichtige Unterstützung sein. Es konnte festgestellt werden, dass durch die Verwendung von Materialien zur medizinischen Entscheidungshilfe bei der Partizipativen Entscheidungsfindung Ärzte in ihrer Berufsausübung eher entlastet werden und größere Berufszufriedenheit erleben [25], was den Transfer der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen weiter begünstigen wird. Entscheidungshilfen sind Materialien, die den Patienten helfen können, Entscheidungen abzuwägen, weil grundlegende Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten mit den entsprechenden Eigenschaften, Vor- und Nachteilen enthalten sind, einschließlich einer Anleitung, wie Patienten sich im Arztgespräch verhalten können, um ihrerseits die Partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen [26].

Insgesamt bleibt festzustellen, dass mit der Partizipativen Entscheidungsfindung wertvolle Verbesserungen der medizinischen Versorgung bewirkt werden können. Das darin liegende Potenzial zur Optimierung der medizinischen Praxis ist durch die wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Aktivitäten der letzten Jahre deutlich herausgearbeitet worden. Im nächsten Schritt stellt sich die Aufgabe der Verbreitung des Wissens und der Kompetenzen zur Implementierung der Patientenbeteiligung, was durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten des Gesundheitswesens, Patienten, Ärzte, Angehörige der Pflege, Forscher, Krankenkassen und Gesundheitspolitiker begünstigt wird.

Weiterführende Informationen zum Thema:

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

Schwerpunktheft Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98, 2004

Schwerpunktheft „Medical Decision Making“ der Schweizerischen Rundschau für Medizin 2005; 94: 1517–1520

[www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de) Internetseite des Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

## Literatur

- <sup>1</sup> Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44: 681 – 692
- <sup>2</sup> Härter M. Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes* 2004; 98: 89–92
- <sup>3</sup> Härter M, Loh A, Spies C. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2005
- <sup>4</sup> Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision making. *J Health Serv Policy* 1997; 2: 112 – 121
- <sup>5</sup> Coulter A. *The European Patient of the Future*. Maidenhead: Open University Press, Philadelphia 2003
- <sup>6</sup> <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A407.pdf>; letzter Zugriff: 20.10.2005
- <sup>7</sup> Kasper JF, Mulley AG, Wennberg JE. Developing shared decision making programs to improve the quality of health care. *QRB* 1992; 6: 183 – 190
- <sup>8</sup> Elwyn G, Edwards A, Britten N. “Doing prescribing”: how doctors can be more effective. *BMJ* 2003; 327: 864 – 867

**Entscheidungshilfen sind Materialien zur verbesserter Information und Förderung der Patientenbeteiligung für Patienten.**

- <sup>9</sup> Loh A, Meier K, Simon D, et al. Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004; 47: 977–984
- <sup>10</sup> Whitney SN. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. Med Decis Making 2003; 23: 275–280
- <sup>11</sup> Hart D. Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2005; 5: 7–13
- <sup>12</sup> Ende J, Kazis L, Ash A, et al. Measuring patients' desire for autonomy: Decision-making and information-seeking preferences among medical patients. J Gen Intern Med 1989; 4: 23–30
- <sup>13</sup> Simon D, Loh A, Härter M. Messung der Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg). Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2005; 239–247
- <sup>14</sup> Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? J Clin Epidemiol 1992; 45: 941–950
- <sup>15</sup> Lerman C, Brody D, Caputo C, et al. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. J Gen Intern Med 1990; 5: 29–33
- <sup>16</sup> Scheibler F, Freise D, Pfaff H. Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. J Public Health 2001; 12: 199–209
- <sup>17</sup> Scheibler F. Shared Decision Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Hans Huber, Bern 2004
- <sup>18</sup> Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. Am J Prev Med 1999; 17: 285–294
- <sup>19</sup> O'Connor A, Stacey D, Rovner D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Databse Syst Rev 2002; CD001431
- <sup>20</sup> Scheibler F, Janßen C, Pfaff H. Shared Decision Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. Soz Praeventivmed 2003; 48: 11–24
- <sup>21</sup> Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. Pat Educ Couns 2004; 52: 7–16
- <sup>22</sup> Härter M, Schneider F, Gaebel W, et al. Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2003; 97 (Suppl IV): 1–92
- <sup>23</sup> Arroll B, Ogston S, Reid I, et al. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Ann Fam Med 2005; 3: 449–456
- <sup>24</sup> Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM. Informed decision making in outpatient practice. JAMA 1999; 282: 2313–2320
- <sup>25</sup> Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325: 697–700
- <sup>26</sup> Trevana L, Barratt A. Integrated decision making: definitions for a new discipline. Patient Educ Couns 2003; 50: 265–268

---

#### Korrespondenzadresse

---

Dipl. Psych. Andreas Loh · Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie · Universitätsklinikum Freiburg · Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung · Hauptstraße 5 · 79104 Freiburg · E-mail: Andreas\_Loh@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

---

#### Zur Person



Dipl. Psych. Andreas Loh  
Diplom-Psychologe, Jahrgang 1962, Studium in Frankfurt, Zürich und Freiburg, psychotherapeutische Zusatzausbildung, mehrjährige Tätigkeit in der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten an der Psychiatrischen Klinik Offenbach und den Abteilungen für Psychiatrie an den Universitätsklinikum Freiburg und Zürich sowie in der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Tätigkeitsschwerpunkt: Entwicklung und Leitung von Fortbildungsmaßnahmen für Hausärzte zum Thema der medizinischen Entscheidungsfindung und ärztlichen Gesprächs- und Patientenführung. Forschungstätigkeit im Rahmen eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Zusammenarbeit mit dem Lehrbereich Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Freiburg. Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation, Patienteninformation, medizinische Aus- und Weiterbildung.