

## EDITORIAL

# Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität

David Klemperer

Editorial zu den Beiträgen: „Endpunkt-relevante Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung“ von Hauser et al. „Partizipative Entscheidungsfindung und Anwendung von Entscheidungshilfen“ von Härter et al. auf den folgenden Seiten

**G**ibt es in einer klinischen Situation zwei oder mehr mögliche Vorgehensweisen, sollte der Patient die Gelegenheit erhalten, die Optionen miteinander zu vergleichen und zu klären, welche – nach Abwägen von Nutzen und Risiken – die für ihn passende Lösung ist. Die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für eine Behandlungsform zählt heutzutage zu den ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns. Sie entspricht den Vorgaben der ärztlichen Berufsordnung, des Patientenrechtegesetzes und – bezogen auf die Krebsfrüherkennung – dem Sozialgesetzbuch V.

Die Entscheidungsfindung sollte folgende Schritte umfassen:

- Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zwischen zwei oder mehr Möglichkeiten zu treffen ist.
- Der Patient erhält evidenzbasierte Informationen über die Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken in verständlicher Form.
- Der Arzt gibt dem Patienten die Gelegenheit zu einem gemeinsamen Abwägungsprozess, in dem der Patient seine persönlichen Präferenzen klärt.

Diese Vorgehensweise wird auch als Shared Decision Making bezeichnet (SDM; deutsch: partizipative Entscheidungsfindung).

## Bessere Behandlungsergebnisse

Zwei Studien befassen sich in dieser Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes mit diesem Thema:

Hauser et al. (1) fragen nach dem Effekt von SDM auf patientenrelevante, klinische Endpunkte. Ihre systematische Übersicht berücksichtigt 22 kontrollierte Studien. In zehn der 22 Studien führt SDM zu besseren Behandlungsergebnissen bei mindestens einem Endpunkt im Vergleich zur konventionellen Art der Kommunikation – in zwölf Studien also nicht.

Zurecht empfehlen die Autoren wegen der Heterogenität der Krankheitsbilder, der SDM-Definitionen und SDM-Messungen sowie der Endpunkte und deren Messmethoden eine vorsichtige Interpretation der Ergebnisse. Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass SDM zu besseren Therapieergebnissen führen kann; die Frage ist nur, welche Faktoren über den Erfolg und Misserfolg von SDM bestimmen.

Nach den Ergebnissen der systematischen Übersicht von Hauser et al. ist SDM am ehesten effektiv, wenn sich die Intervention direkt auf den Patienten bezieht und die Therapietreue erhöht wird, das Krankheitsbild scheint dabei keine entscheidende Rolle zu spielen. Eine Fülle von Hinweisen aus weiteren Studien spricht dafür, dass SDM Behandlungsergebnisse am ehesten verbessert, wenn es sich um ein Element innerhalb einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung handelt. Einzelmaßnahmen reichen eher nicht aus.

## Ärzt Schulung erhöht Gesprächskompetenz

Härter et al. (2) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie, inwieweit sich eine zwölfstündige Schulung für onkologisch tätige Ärzte auf deren SDM-Kompetenzen und auf die Entscheidungszufriedenheit ihrer Brustkrebs- beziehungsweise Darmkrebspatienten auswirkte. Die Zeitpunkte der Erhebung waren direkt nach dem Gespräch über die Therapieentscheidung und drei Monate danach.

Eines der Ergebnisse lautet, dass nur zwölf Prozent der eingeladenen Ärzte eine Rückmeldung gaben und letztlich nur 23 Ärzte insgesamt 98 vollständige Patientenbeobachtungen lieferten.

Der primäre Endpunkt – die Entscheidungszufriedenheit – unterschied sich nicht zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Jedoch führte die SDM-Schulung – wenig überraschend – zu höheren SDM-Kompetenzen bei den Ärzten und damit in der Folge zu einer Verminderung von Angst und Depressivität auf Seiten der Patienten.

## Negative und positive Ergebnisse

Das Nichterreichen der angestrebten Probandenzahlen und die negativen Resultate zu den primären Endpunkten lassen sich als Negativergebnis interpretieren. Es ehrt das Deutsche Ärzteblatt, die Studie trotzdem zu veröffentlichen. Zum einen sind Negativergebnisse nicht weniger wichtig als Positivergebnisse. Zum anderen gilt es zu überlegen und zu klären, wie künftige Studien zu SDM zu planen und zu gestalten sind, um eine ausreichende Zahl an Probanden sicherzustellen. Wer allerdings eine Ahnung von den Ängsten und Nöten von Krebspatienten hat, wird die Studie wegen der Minderung von Angst und Depressivität durch SDM-geschulte Ärzte eher als Positivstudie werten.

Fakultät  
Angewandte  
Sozial- und  
Gesundheits-  
wissenschaften,  
Ostbayerische  
Technische  
Hochschule  
Regensburg;  
Prof. Dr. med.  
Klemperer

## Studienlage

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu SDM sind in den letzten Jahren deutlich angewachsen. Eine Reihe von Cochrane Reviews und andere systematische Übersichtsarbeiten belegen, dass SDM das Wissen der Patienten, die Entscheidungsfindung und, wie oben dargestellt, die Behandlungsergebnisse verbessern kann. Schwierigkeiten bereiten aber die immer noch recht uneinheitlichen Definitionen und theoretischen Grundlagen von SDM und die daraus folgenden unterschiedlichen Endpunkte und Messmethoden.

Trotzdem ist längst genug Wissen vorhanden, um Patienten stärker in die Entscheidungsfindung einzubinden. Die Patienten wünschen zudem mehr Informationen und mehr Beteiligung an Entscheidungen, als sie erhalten, wie unter anderem eine repräsentative Wiederholungsbefragung in Deutschland über die Jahre 2001 bis 2012 nahelegt (3).

SDM dürfte auch dazu geeignet sein, die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu erhöhen, die derzeit nicht sicher gewährleistet ist. Darauf weisen unter anderem die regionalen Versorgungsunterschiede (4) hin und bisweilen vorherrschende finanzielle Aspekte bei der Indikationsstellung (5). SDM sollte auch dazu beitragen, dass Bürger ihre Entscheidung zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennung nicht aufgrund lückenhafter und falscher Informationen treffen (6).

## Impulse zur Patientenbeteiligung

Einige aktuelle Entwicklungen in Deutschland werden der Patientenbeteiligung zusätzliche Impulse geben. Die kurz vor der Veröffentlichung stehende neue Version der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ definiert präzise die Anforderungen an evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und die Art ihrer Vermittlung (7).

Die zuständige Leitliniengruppe hat mit der kürzlich erneuerten Nationalen Versorgungsleitlinie chronische koronare Herzkrankheit ein Zeichen gesetzt, indem sie evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patienten zur Frage der Stentimplantation und zur Entscheidung zwischen Stent und Bypass in die Leitlinie integriert hat (8).

Ein weiterer Schritt in Richtung Patientenorientierung dürfte die „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Verbesserung der Versorgungsqualität sein (9), die mit Betonung auf „gemeinsam“ dem SDM und der Patientenorientierung den gebührenden Platz einräumt.

### Interessenkonflikt

Der Autor bekam Honorare für eine Beratertätigkeit von der Bertelsmann-Stiftung und dem AOK Bundesverband. Er erhielt Studienunterstützung (Drittmittel) von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern.

### LITERATUR

1. Hauser K, Koerfer A, Kuhr K, Albus C, Herzog S, Matthes J: Outcome-relevant effects of shared decision making—a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 665–71.

2. Härter M, Buchholz A, Nicolai J, et al.: Shared decision making and the use of decision aids—a cluster-randomized study on the efficacy of a training in an oncology setting. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 672–9.

3. Braun B, Marstedt G: Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (eds.): *Gesundheitsmonitor*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014; 107–131.

4. Grote Westrick M, Zich K, Klemperer D, et al.: Faktencheck Gesundheit 2015: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung; 2015.

5. Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J: Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2015; 140: e129–35.

6. Wegwarth O, Gigerenzer G: "There is nothing to worry about": Gynecologists' counseling on mammography. *Patient Educ Couns* 2011, 84: 251–6.

7. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation 2015. [www.ebm-netzwerk.de/gpgi](http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi) (last accessed on 21 September 2015).

8. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung 3. Auflage. Version 1. 2014. [www.leitlinien.de/nvl/khk](http://www.leitlinien.de/nvl/khk) (last accessed on 21 September 2015).

9. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“. Manual Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden. Version 1.0, 2015. [www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html](http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html) (last accessed on 21 September 2015).

### Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. David Klemperer  
 Fakultät Angewandte Sozial- und Geisteswissenschaften  
 Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg  
 Seybothstraße 2  
 93053 Regensburg

### Zitierweise

Klemperer D: Patient involvement as a means to improve care quality. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 663–4. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0663



The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)