

## Patientenwünsche in der ärztlichen Sprechstunde

### Editorial

Medizinische Behandlungen ohne Einwilligung des Patienten gelten in Deutschland juristisch betrachtet als Körperverletzung. Notfallbehandlungen oder Patienten ohne Artikulationsvermögen sind Ausnahmefälle - aber generell führt an einem Austausch mit dem Patienten kein Weg vorbei. Das ist deswegen so bedeutsam, weil es für die Mehrheit der medizinischen Behandlungen keine eindeutige Evidenzlage gibt, die für alle denkbaren Fälle eine klare Richtschnur definiert. Oft gibt es mehrere Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen Auswirkungen z. B. auf die Lebensqualität.

Soll der als nur wenig gefährlich eingestufte Tumor in der Prostata aktiv beobachtet oder besser gleich entfernt werden? Wie gewichtet man das Krebsrisiko gegen die potentiellen Nebenwirkungen eines Eingriffs wie Inkontinenz oder Impotenz? Die Folgen der Therapieentscheidung tragen in jedem Fall die Patienten und die Entscheidung ist ohne Berücksichtigung ihrer Präferenzen nicht möglich. Was bei dem Beispiel Prostatakarzinom noch unmittelbar einsichtig ist, gilt allerdings auch für weniger bedrohlich anmutende Befunde. Eine partizipative Entscheidungsfindung, also ein Gespräch auf Augenhöhe zwischen Arzt und Patient, ist Anrecht und nachvollziehbarer Wunsch vieler Bürger. Ausführliche Informationen über Vor- und Nachteile von Therapien, das Eingehen auf Fragen und Bedenken oder der Einbezug anderweitiger Informationen in das Arzt-Patienten-Gespräch, sollten die Regel im Miteinander von Arzt und Patient sein. Anspruch und Wirklichkeit liegen jedoch oft weit auseinander.

Dieser Newsletter beschäftigt sich mit den Wünschen der Patienten bezüglich einer partizipativen Entscheidungsfindung und ihren – positiven wie negativen – Erfahrungen. Für gesundheitspolitische Entscheidungsträger sollte die Patientenperspektive zu diesem Thema handlungsleitend sein.

## Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit

Bernard Braun, Gerd Marstedt

### Einleitung und Forschungsstand

Wie es um die Ansprüche von Patienten hinsichtlich einer partizipativen Entscheidungsfindung (englisch shared decision-making, SDM) beim Arzt steht, belegen zahlreiche Befragungen und Analysen. Sehr viel bescheidener fällt dagegen der Forschungsstand aus, was die Erfüllung dieses Wunsches in der Realität der Arztpraxis betrifft. Und diese Ergebnisse sind zum Teil höchst widersprüchlich. Daneben gibt es immer mehr Studien und systematische Reviews, welche die Bedeutung einer partizipativen Entscheidungsfindung für die Behandlung und deren Ergebnis belegen. Schließlich liegen zahlreiche Einzelstudien und erste Reviews vor, die untersuchen, welche subjektiven und objektiven Barrieren es auf Patienten- wie auf Arztseite gibt, die verhindern, dass eine partizipative Entscheidungsfindung alltägliche Praxis wird, und welche Faktoren die Umsetzung fördern.

Die Diskrepanz zwischen hohen Patientenerwartungen und der deutlich geringeren Praxis von Shared Decision Making wurde auch bereits von den Autoren (Isfort, Floer und Butzlaff 2004; Isfort, Redaelli und Butzlaff 2007) angesprochen, die mithilfe von Daten aus Befragungen des Gesundheitsmonitors die Realität im deutschen Gesundheitswesen untersucht haben. Nachdem sie im Jahr 2004 noch relativ optimistisch davon sprachen, dass „die Bereitschaft für einen gemeinsamen Entscheidungsprozess über den Befragungszeitraum von 2002 bis 2004 stabil geblieben ist“ (Isfort, Floer und Butzlaff 2004: 89), mischten sich drei Jahre später skeptische Töne in die Beschreibung des weiterhin stabilen Interesses an einer partizipativen Entscheidungsfindung von etwas mehr als 50 Prozent der Versicherten.

Beispielsweise ließen sich „noch keine Anzeichen für ein erfolgreiches Vordringen von partizipativer Entscheidungsfindung ablesen“ (Isfort, Redaelli und Butzlaff 2007: 83). Es gab außerdem keine Auswirkungen auf die ärztliche Gesprächsführung (ebd.: 87). Was es aber gab, war eine enorme Diskrepanz in der Wahrnehmung wichtiger Merkmale einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Ärzten und Patienten. So sagten im Jahr 2007 über die Hälfte der Patienten, sie hätten bei



Arztbesuchen alle Fragen stellen können (ebd.: 87 f.) – dagegen waren von den Ärzten 70 Prozent der Meinung, ihre Patienten hätten alles fragen können. Insgesamt kamen Isfort, Redaelli und Butzlaff 2007 zu dem Schluss, dass „zwar im wissenschaftlich-methodischen Bereich Fortschritte erzielt [worden sind], eine nachhaltige Veränderung auf der Mikroebene der Arzt-Patienten-Beziehung [...] sich jedoch [...] nicht darstellen [lässt]“ (ebd.: 90).

Mehrere internationale Studien (NHS 2012; Faber et al. 2013) stellen dagegen fest, dass partizipative Entscheidungsfindung heute Routine ist und mehr als die Hälfte oder sogar fast 100 Prozent der Patienten und Ärzte angeben, sie zu praktizieren.

In einem systematischen Review (Joosten et al. 2008) von elf randomisierten und auch kontrollierten Studien (Vergleich einer SDM-Interventionsgruppe mit einer ohne SDM behandelten Gruppe) wurden die Auswirkungen von Shared Decision Making auf Patientenzufriedenheit, Therapie-Compliance, Krankheitskenntnisse, subjektives Befinden und Krankheitssymptome untersucht. Es zeigten sich in fünf der elf Studien keine Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. In fünf Studien zeigten sich positive Effekte bei der Intervention mit partizipativer Entscheidungsfindung.

Um diese mehrdeutigen Ergebnisse bewerten zu können, muss man wissen, dass Studien mit positivem Ausgang – also besseren Ergebnissen für die SDM-Gruppe hinsichtlich Patientenzufriedenheit, Compliance und gesundheitlichem Befinden – sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass die therapeutische Vorbereitung, Information und Therapie sich über einen längeren Zeitraum erstreckt. Bei Studien, die keine Unterschiede gefunden haben, ist die Patien-

tenbeteiligung und -information meist auf nur eine Sitzung reduziert. Von daher sollte Shared Decision Making als längerfristiger Kooperationszusammenhang zwischen Arzt und Patient betrachtet werden und nicht als kurzfristige, einmalige Intervention.

Doyle, Lennox und Bell (2013) belegen in einem systematischen Review von 55 Studien die Evidenz und Relevanz der Berücksichtigung von Patientenerfahrungen für die Verlaufs- und Ergebnisqualität von Behandlungen. Als ein soziales Arrangement, in dem die Patientenerfahrungen wirksam werden können, taucht oft die partizipative Entscheidungsfindung auf.

Hibbard und Greene (2013) kommen in einem aktuellen, umfangreichen Review der internationalen Literatur zu dem Ergebnis, dass Patientenaktivierung und Patientenengagement – also unter anderem Voraussetzungen wie Resultate von Shared Decision Making – sowohl die Behandlungsergebnisse als auch die Behandlungserfahrungen der Patienten nachweisbar positiv beeinflussen. Eine gleichzeitig publizierte Studie (Hibbard, Greene und Overton 2013) belegt außerdem einen deutlich kostensenkenden Effekt hoher Patientenaktivierung.

Eine Forschergruppe um die kanadische Gesundheitswissenschaftlerin Légaré beschäftigt sich seit Jahren in methodisch hochwertigen Analysen mit den bereits im Review von Joosten et al. genannten und weiteren fördernden und hemmenden Faktoren für die Umsetzung von Shared Decision Making durch Ärzte, sonstige Leistungsanbieter und Patienten. So etwa in einem Cochrane-Review, der speziell Shared Decision Making und das Verhalten von Gesundheitsleistungsanbietern untersucht (Légaré et al. 2010), in einem Aufsatz, in dem es vor allem um Patientenwahrnehmungen von Entscheidungsfindungen geht (Légaré et al.

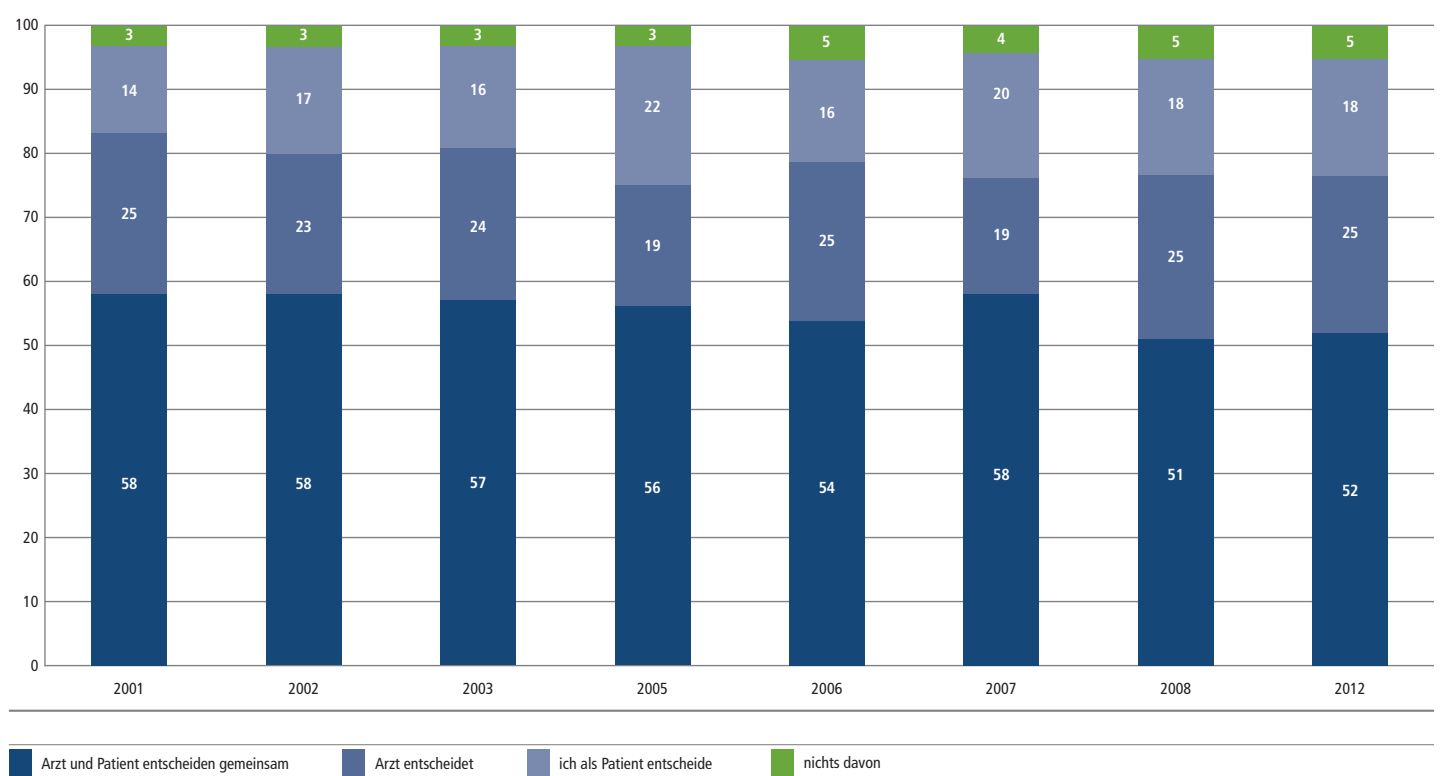
2012), und schließlich in dem aktuellen Überblick über die Schwierigkeiten der Umsetzung von SDM-Schlüsselementen (Légaré und Witteman 2013).

Die Fülle der Hinweise deutet an, dass es sich bei ernsthaften Bemühungen, eine partizipative Entscheidungsfindung zu implementieren und wirksam zu machen, weder um eine einzelne Maßnahme noch um eine kurzfristige Aktivität handeln kann. Zu den umsetzungsrelevanten Faktoren und Bedingungen für Shared Decision Making gehören beispielsweise

- eine Synchronisierung von Shared Decision Making und Leitlinien, die überwiegend feststellen, es gäbe nur eine Therapie, also daher gar keinen Entscheidungsbedarf (Légaré und Witteman 2013: 278),
- die klare Identifizierung der Existenz beziehungsweise der Notwendigkeit von Entscheidungen,
- die Entwicklung und Nutzung von Informationen zur Entscheidungsfindung (sogenannte „decision-support tools“) für Ärzte und Patienten, beispielsweise evidenzbasierte Entscheidungshilfen (Cochrane-Review von Stacey et al. 2011), und
- vor allem die Entwicklung einer Organisationskultur, in der die Anbieter von Gesundheitsleistungen den Patientenwerten und -präferenzen unbedingten Vorrang einräumen und auch die Fähigkeit haben, diese den Patienten zu entlocken (Légaré und Witteman 2013: 279).

Bekannt sind aber nicht nur die tatsächlichen Barrieren und die Möglichkeiten, sie zu überwinden, sondern auch die Scheinbarrieren. Bereits im Jahr 2008 veröffentlichten Légaré et al. Ergebnisse von 38 Studien mit den dort überwiegend von Ärzten genannten Hinderungsgründen für Shared Decision Making. Dazu gehörten der befürchtete größere Zeitaufwand und die Annahme, eine partizipative Entscheidung könne nicht mit allen Patientengruppen gefunden werden. Obwohl das

### Patientenwünsche hinsichtlich Shared Decision Making 2001 bis 2012 (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor, Herbstbefragungen 2001–2012; n = 1.329 bis 1.600

Abbildung 1

gesundheitsmonitor

Zeitargument der SDM-Behandlungsweise bis in die Gegenwart hinein am häufigsten als Hinderungsgrund genannt wird, liefern mehr als einhundert dazu durchgeführte Studien „no robust evidence“ (Légaré und Witteman 2013: 279) für diese Belastung. Dies gilt ebenfalls für die beiden anderen Argumente (ebd.).

## Fragestellungen

Die Fragen, denen vor diesem Hintergrund nachgegangen werden soll, lauten:

- Welche Wünsche haben die Patienten bezüglich einer partizipativen Entscheidungsfindung?
- Wie sehen die Einflussfaktoren auf unterschiedliche Patientenwünsche für die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen aus?
- Ist eine partizipative Entscheidungs-

findung heute für die Mehrzahl der Patienten normal und eine selbstverständliche Erfahrung, und wie sieht dies bei Patienten mit chronischer Erkrankung aus?

- Welche positiven oder negativen Erfahrungen machten Patienten mit einer partizipativen Entscheidungsfindung?

Datenbasis der Analyse sind verschiedene Erhebungen des Gesundheitsmonitors, die in den Jahren 2001 bis 2012 durchgeführt wurden. Trotz unterschiedlicher Stichprobengröße, die je Erhebung zwischen 1.500 und 1.800 Befragten liegt, handelte es sich durchweg um repräsentative Stichproben der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. Im Vordergrund stehen in den folgenden Ausführungen Daten vom Dezember 2012, da in dieser Befragungswelle das

Thema „Shared Decision Making“ auch quantitativ eine größere Bedeutung hatte.

## Patientenwünsche: Information oder Beteiligung?

Zur Klärung der Patientenwünsche bezüglich einer partizipativen Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis wurden in den Befragungen des Gesundheitsmonitors – erstmals 2001 und zuletzt im Herbst 2012 – mehrere Optionen vorgegeben. Auf die Frage „Welcher der folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen? (bitte nur eine Angabe)“ waren in der Befragung diese Antworten möglich:

- Mein Hausarzt sollte mich auf dem Laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte er entscheiden, wie er mich am besten behandelt.

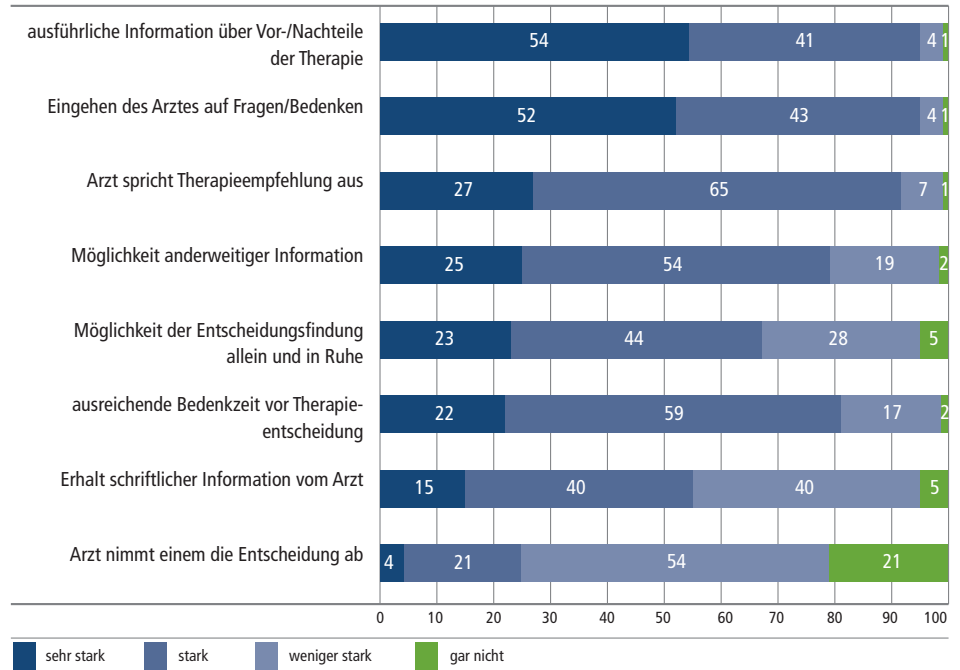
- Mein Hausarzt sollte die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit mir diskutieren, und wir würden dann zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen.
- Mein Hausarzt sollte mir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und das Für und Wider erläutern, und dann würde ich selber entscheiden, was zu tun ist.
- Nichts von alledem.

Abbildung 1 macht zweierlei deutlich. Zum einen zeigt sich hier, dass sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer (im Durchschnitt aller Befragungsjahre sind das 55 %) eine gemeinsame Entscheidungsfindung wünschen. Für das paternalistische Modell (Arzt entscheidet allein) stimmen 23 Prozent, das autonome Konzept (Patient entscheidet allein) wählen 18 Prozent. Die übrigen Befragten – jeweils zwischen drei und fünf Prozent – können sich nicht entscheiden. Aus der Grafik wird zum anderen deutlich, dass sich im Zeitraum der letzten elf Jahre keine nennenswerten Veränderungen ergeben haben, was die relative Häufigkeit dieser Präferenzen betrifft.

Ob es sich dabei eher um Zufallsschwankungen handelt oder um Indikatoren für einen säkularen Trend, bleibt abzuwarten. Ein wenig überrascht jedoch, dass die Zahl der Befürworter eines paternalistischen Modells konstant geblieben ist. Ein Zeitsprung von gut zehn Jahren hat also die quantitative Bedeutung traditioneller Sicht- und Verhaltensweisen im Umgang mit Krankheit nicht verändert.

Im Gesundheitsmonitor wurden in insgesamt drei Befragungen (zweimal 2007, einmal 2012) unterschiedliche Facetten des Konzepts zur Entscheidungsbeteiligung angesprochen. Dazu wurde den Befragungsteilnehmern zuvor noch einmal explizit die Ausgangssituation geschildert, auch um deutlich zu machen, dass nicht jeder Routinebesuch beim Arzt

**Einzelaspekte bezüglich Shared Decision Making. Befragte, die sich das jeweilige Merkmal wünschen (Angaben in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2012, n > 1.546

Abbildung 2

nach Shared Decision Making verlangt. Gefragt wurde: „Man weiß heute, dass es bei vielen Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen nicht nur eine, sondern verschiedene Möglichkeiten der Therapie gibt. Diese unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Risiken und Verträglichkeit, der Erfolgsaussichten oder der nötigen persönlichen Anstrengungen. Einmal angenommen, Sie hätten solche Gesundheitsbeschwerden und es gäbe verschiedene Therapiemöglichkeiten. Würden Sie sich in dieser Situation wünschen, dass ...?“ Vorgegeben waren acht Rahmenbedingungen oder Verhaltensoptionen.

Im Vergleich der Erhebungsjahre 2007 und 2012 zeigen sich nur moderate Unterschiede, was die relative Häufigkeit der Wünsche betrifft. Zwar differieren die Prozentwerte geringfügig, doch ist die Rangfolge der Optionen in den beiden Erhebungsjahren fast identisch. Dass der

Arzt ausführlich über die verschiedenen Therapieoptionen informiert und auf Patientenfragen und Bedenken eingeht – diese Wünsche stehen bei über der Hälfte der Bevölkerung weit oben (Abbildung 2, dort nur Werte aus dem Jahr 2012).

Weniger Zustimmung finden Antwortoptionen, die Merkmale der Entscheidungsfindung betreffen, sei es in Richtung einer autonomen Patientenentscheidung, sei es als Festlegung oder zumindest Empfehlung des Arztes. Aber auch weitergehende Möglichkeiten zur Information (außerhalb der Arztpraxis oder schriftliche Arztinformationen) stoßen auf geringere Resonanz. An schriftlichen Informationen vom Arzt sind die meisten ebenfalls nicht sehr interessiert.

### Einflussfaktoren für Präferenzen bei einer partizipativen Entscheidungsfindung

Gruppe (in Klammern Referenzgruppe)	Präferenz für Arztentscheidung	Präferenz für gemeinsame Entscheidung	Präferenz für Patientenentscheidung
Alter ab 60 Jahre (18 bis 39 Jahre)	1,8***	0,8***	0,8***
Frauen (Männer)	0,8***	1,1**	1,1*
Abitur/Fachhochschulreife (Hauptschule)	0,7***	1,5***	
chronisch krank (nicht chronisch krank)	0,8***	1,2**	
Gesundheitszustand weniger gut/schlecht (ausgezeichnet/sehr gut)			
viele Hausarztbesuche in den letzten zwölf Monaten (keine)	1,4***		0,6***
PKV-versichert (GKV)			

Ergebnisse von drei Regressionsanalysen: Odds-Ratios und Signifikanzniveau  
n = 12.796, Signifikanzniveau: \* p ≤ 0,05, \*\* p ≤ 0,01, \*\*\* p ≤ 0,001; leere Tabellenzellen = nicht signifikante Ergebnisse

Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebungen 2001-2008

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

### Einflussfaktoren für unterschiedliche Patientenwünsche

Ein Anteil von 55 Prozent der Bevölkerung wünscht sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient – und dies konstant seit über zehn Jahren. Unklar bleibt dabei noch, ob diese mehrheitliche Präferenz von Persönlichkeitsmerkmalen, gesundheitlichem Befinden oder eher von sozioökonomischen Hintergrundbedingungen beeinflusst wird. Während in einigen Studien auch alters- oder bildungsspezifische Effekte gefunden wurden (z. B. Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen 2005: 13), haben andere Analysen keine signifikanten Zusammenhänge mit sozialstatistischen oder morbiditätsabhängigen Merkmalen zeigen können (Garfield et al. 2007; Street, Gordon und Haidet 2007).

Nicht eindeutig belegt ist bislang auch die (durchaus plausible) These, dass insbesondere Ältere noch dem traditionellen, paternalistischen Arztmodell anhängen, während Jüngere und Patienten mit höherem Bildungsniveau das Konzept autonomer

Entscheidungsfindung favorisieren. Ob diese Annahmen zutreffen, wurde im Rahmen mehrerer multivariater Analysen (binäre logistische Regression) zu klären versucht.

Für diese drei unabhängig voneinander durchgeführten Analysen wurden – um sinnvolle Vergleichsgruppen zu haben – jeweils zwei Gruppen gebildet: Befragte mit einer bestimmten Option (Arzt entscheidet, gemeinsame Entscheidung, Patient entscheidet) gegenüber allen anderen Befragten. Herangezogen wurden dafür zunächst die aggregierten Daten aus den Gesundheitsmonitor-Erhebungen der Jahre 2001 bis 2008. Als unabhängige Variablen in die Analyse einbezogen wurden sozialstatistische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Versicherterstatus GKV/PKV) und Morbiditätsaspekte (Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung, Häufigkeit der Hausarztbesuche). Tabelle 1 fasst die Ergebnisse dieser Analysen zusammen.

Folgende Befunde sind hervorzuheben: Präferenzen für eine alleinige Entschei-

dung des Arztes werden tatsächlich überwiegend von Älteren geäußert, von Befragten mit niedriger Schulbildung und von Patienten, die zuletzt sehr häufig beim Arzt waren. Während jüngere Befragte mit Abitur nur zu 17 Prozent die Entscheidung dem Arzt überlassen möchten, sind dies bei älteren Hauptschulabsolventen doppelt so viele (34 %). Dass die Zahl der Hausarztkontakte hier eine Rolle spielt, deutet wohl eher auf ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt als auf häufige Krankheitsepisoden hin, denn der Gesundheitszustand spielt in diesem Kontext keine Rolle.

Die Präferenz für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zeigt in der Tendenz ein dazu konträres Bild: Dieser Wunsch wird von Älteren seltener genannt und zugleich deutlich häufiger von Befragten mit höherem Bildungsniveau. Die Zustimmung zu dieser Option beträgt 48 Prozent bei Hauptschulabsolventen, 52 Prozent bei Befragten mit Mittlerer Reife und 58 Prozent bei Abiturienten und Befragten mit Fachhochschulreife.

Von Bedeutung erscheint auch das Ergebnis, dass Frauen ebenso wie chronisch Kranke die Regie über die Therapie seltener aus der Hand geben möchten und hier zumindest verbal selbstbewusster agieren. Bei chronisch Kranken dürfte das intensivere beziehungsweise bedrohlichere Erleben der Krankheit eine Rolle dafür spielen, dass zumindest eine Beteiligung an der Therapie gewünscht wird.

Welche Gruppen eine autonome Patientenentscheidung befürworten, ist mit den herangezogenen Daten nur unzulänglich zu beantworten. Neben dem Lebensalter und dem Geschlecht tritt lediglich das Merkmal fehlender oder geringer Hausarztkontakte als Einflussfaktor deutlicher hervor. Das Bildungsniveau hat nicht, wie man vermuten könnte, einen signifikanten Einfluss, derart, dass mit höherem Schulabschluss auch ein höheres Maß an

Selbstbewusstsein einherginge und eine Überzeugung persönlicher Kompetenz in medizinischen Fragen.

## Erfahrungen der Patienten in der Arztpraxis

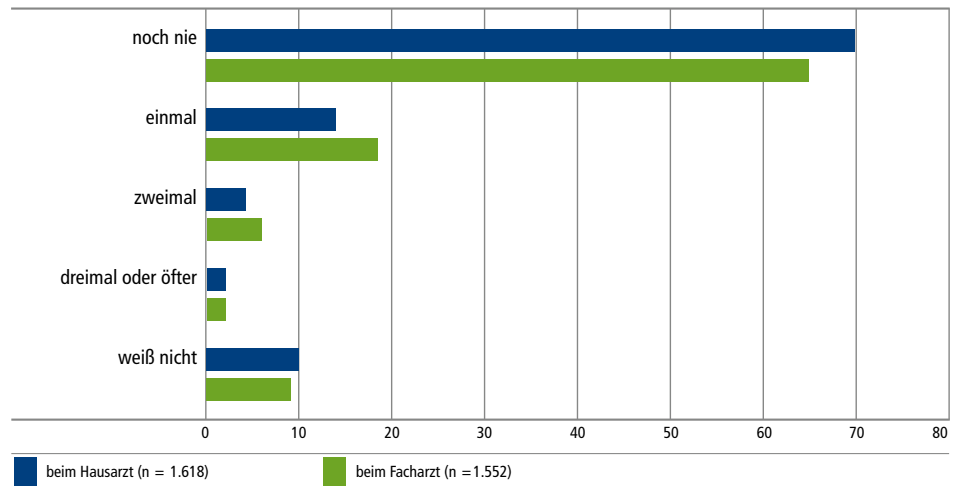
Das Konzept des Shared Decision Making geht davon aus, dass bei Gesundheitsbeschwerden oder einer Erkrankung auch Therapiealternativen zur Verfügung stehen und dass es relevante Unterschiede hinsichtlich ihrer jeweiligen Risiken und Nutzen gibt. Zwar kann man sich einerseits vorstellen, dass bei Bagatellerkrankungen oder auch routinemäßigen Therapieschritten, wie dem Wechsel eines Verbandes, Blutanalysen oder Röntgenuntersuchungen, Abwägungen über ein Pro und Contra eher als absurd wahrgenommen würden.

Andererseits hat eine Studie erst kürzlich gezeigt, dass das medizinische Vorgehen in der Arztpraxis in den meisten Fällen keineswegs eindeutig und alternativlos ist. Allein: Die Wirksamkeit von 50 Prozent der 3.000 Behandlungsleistungen für die wichtigsten Erkrankungen, so hat das renommierte Clinical Evidence Handbook unlängst gezeigt (zusammenfassend im Forum Gesundheitspolitik 2013), ist mangels qualitativ hochwertiger Studien unbekannt.

Ebenso haben Studien gezeigt, dass bei identischem Krankheitsbild und vergleichbaren Patientenmerkmalen die jeweils gewählten Therapien sich sogar auf regionaler Ebene (Bundesländer, Städte) deutlich unterscheiden (z. B. Bertelsmann Stiftung 2011). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass therapeutische Alternativen auch in der alltäglichen Praxis des Arztes trotz aller Forschungsfortschritte immer noch erheblich öfter Regel als Ausnahme sind. Doch wie sehen Patienten dies?

Auf die Frage, wie oft bei neu aufgetretenen gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung mehrere Handlungs-

**Erfahrungen von Shared Decision Making in den letzten drei Jahren (Angaben in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2012

Abbildung 3

möglichkeiten mit jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteilen zur Wahl stehen, sodass eine Entscheidung über das weitere Vorgehen getroffen werden muss, antwortet zunächst jeder vierte Befragte (26 %) mit „weiß nicht“. Bei den anderen überwiegt ganz deutlich eine skeptische Einschätzung. Vier Prozent meinen „überaus häufig“, 24 Prozent „eher häufig“, 33 Prozent „eher selten“ und 14 Prozent „sehr selten“. Lässt man die Antworten der Kategorie „weiß nicht“ beiseite, sind fast zwei Drittel der übrigen Befragungsteilnehmer der Ansicht, eine solche Situation käme eher selten oder sehr selten vor.

Ein damit übereinstimmender Befund zeigt sich, wenn man persönliche Erfahrungen anspricht. Beim Hausarzt haben 70 Prozent eine solche Situation in den letzten drei Jahren nicht erlebt, beim Facharzt sind es mit 64 Prozent nur geringfügig weniger Befragungsteilnehmer. Häufigere Erfahrungen haben nur sehr wenige gemacht: Dass es zweimal oder öfter zu Entscheidungssituationen gekommen sei, berichten beim Hausarzt sechs Prozent und beim Facharzt acht Prozent (Abbildung 3).

Nun könnte man den sehr hohen Anteil der Befragten, die in der Praxis noch nie vor Therapiealternativen gestanden oder dies bewusst noch nicht so wahrgenommen haben, durchaus relativieren, da der mit dieser Frage vorgegebene Zeithorizont nur drei Jahre beträgt. Die Ergebnisse einer anderen Frage widerlegen jedoch einen solchen Einwand. Auf die Frage, wann es zuletzt zu einer Entscheidungssituation gekommen sei, weil es mehrere Alternativen gab, lauten die Antworten folgendermaßen: 20 Prozent sagen „vor weniger als zwei Jahren“, 13 Prozent „vor zwei bis fünf Jahren“, acht Prozent „vor mehr als fünf Jahren“. Weit mehr als die Hälfte jedoch (58 %) antwortet mit „noch nie“.

Eine große Zahl von Patienten ist also tatsächlich entweder davon überzeugt, dass es bei Erkrankungen überwiegend einen Königsweg der Therapie gibt oder sogar, dass die gewählte Behandlungsmethode alternativlos ist. Oder sie akzeptieren stillschweigend die vom Arzt verordnete Therapie.

Dieses Ergebnis muss bestürzen, denn es dokumentiert auch, dass in der ärztlichen

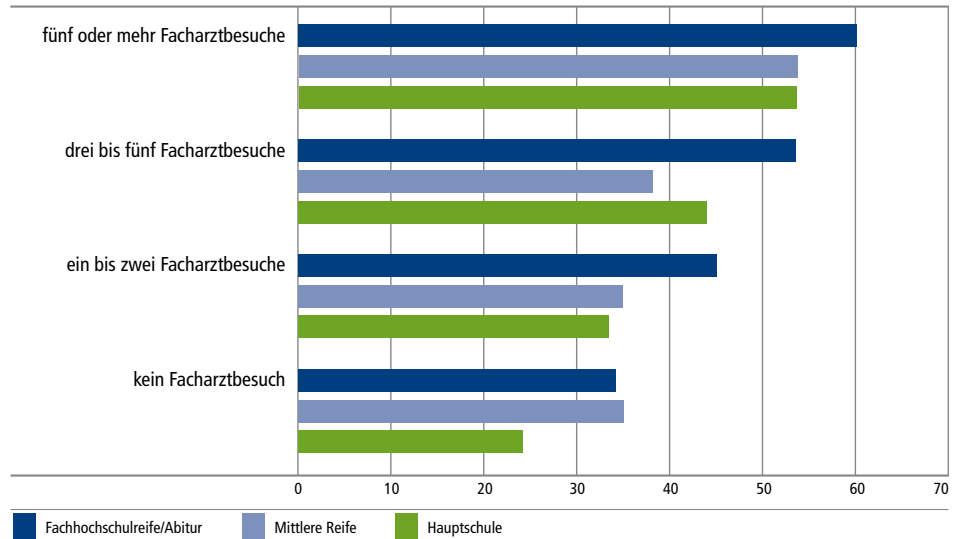
Sprechstunde oft nur wenig Raum für ein offenes Gespräch ist: ein Gespräch, bei dem Ärzte auch das Risiko eingehen, dass Patienten (in einer für den Arzt sicher oft zeitraubenden und finanziell unzureichend vergüteten Weise) Fragen stellen, ihr medizinisches Internetwissen breit darlegen oder andere Wege der Therapie gehen möchten, als es dem Arzt als sinnvoll erscheint. In sehr vielen Situationen entsteht der Eindruck, es gäbe im Prinzip nur den einen, jetzt vom Arzt verordneten Therapieweg.

Immerhin vier von zehn Befragten haben aber die Situation der partizipativen Entscheidungsfindung schon einmal oder auch öfter erlebt. Eine spannende Frage in diesem Zusammenhang ist, ob es Bedingungen gibt, die diese Erfahrung fördern beziehungsweise umgekehrt auch behindern. Eine Vielzahl von arzt- oder patientenseitigen Einflussfaktoren könnte dabei eine Rolle spielen. Bei Patienten könnten das Alter und das Bildungsniveau ebenso von Bedeutung sein wie der Gesundheitszustand oder die Häufigkeit von Arztbesuchen.

Mittels einer multivariaten Analyse (binäre logistische Regression) wurde bestimmt, welche Faktoren von Bedeutung sind. Als unabhängige Variablen in die Analyse einbezogen wurden sozioökonomische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung), Sozialschicht (SES), Versicherterstatus (GKV/PKV), Morbiditätsaspekte (Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung), Versorgungsaspekte (Häufigkeit der Hausarztbesuche, Häufigkeit der Facharztbesuche, Vertrautheit des Hausarztes mit der Krankengeschichte, Geschlecht des Hausarztes) sowie das Verhaltensmerkmal „Interesse an Gesundheitsthemen“ und schließlich auch die hinsichtlich der SDM-Situation geäußerte Präferenz.

Als Ergebnis dieser Analyse zeigt sich, dass nur wenige Merkmale einen

#### Befragte, die schon mindestens einmal in der Arztpraxis eine Shared Decision Making-Situation erfahren haben\* (Angaben in Prozent)



\* nach Zahl der Facharztbesuche und der Schulbildung

Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2012

Abbildung 4

gesundheitsmonitor

statistisch signifikanten Effekt haben.

Einflussfaktoren für Erfahrungen partizipativer Entscheidungsfindung sind:

- Zahl der Facharztbesuche: Je häufiger ein Facharzt aufgesucht wird, desto größer ist die Chance für Erfahrungen der partizipativen Entscheidungsfindung (Odds-Ratio<sup>1</sup> von 1,9 bei fünf und mehr Besuchen, Vergleichsgruppe: keine Besuche;  $p \leq 0,01$ );
- Schulbildung: Je höher die Schulbildung, desto größer ist die Chance für Erfahrungen der partizipativen Entscheidungsfindung (Odds-Ratio von 1,8 bei Befragten mit Fachhochschulreife oder Abitur, Vergleichsgruppe: Hauptschüler;  $p \leq 0,01$ );
- Selbsteinstufung des Gesundheitszustands: Je schlechter der Gesundheitszustand selbst bewertet wird, desto höher ist die Chance für Erfahrungen der partizipativen Entscheidungsfindung (Odds-Ratio von 3,0 Befragte mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand, Vergleichsgruppe: ausgezeichneter

oder sehr guter Gesundheitszustand;  $p \leq 0,001$ ) und

- die beiden SDM-Präferenzen mit Patientenbeteiligung: ein Odds-Ratio von 1,5 (Patient entscheidet, Vergleichsgruppe Arzt entscheidet; Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ) beziehungsweise von 1,7 (beide entscheiden gemeinsam, Vergleichsgruppe: Arzt entscheidet;  $p \leq 0,001$ ). Nicht signifikante Effekte zeigen sich für alle übrigen Variablen.

In Abbildung 4 ist der kombinierte Einfluss von zwei besonders bedeutsamen Einflussfaktoren grafisch dargestellt. Während nur 24 Prozent derjenigen Hauptschulabsolventen, die in den letzten zwölf Monaten keinmal beim Facharzt waren, über mindestens eine frühere Erfahrung einer partizipativen Entscheidungsfindung berichten, ist dieser Wert bei Abiturienten beziehungsweise Befragten mit Fachhochschulreife und häufigen Facharztbesuchen mit 60 Prozent zweieinhalbmal so hoch. Ähnliche Kumulationseffekte zeigen sich im Übrigen,

<sup>1</sup> Odds-Ratios stellen die Chancen für das Auftreten einer bestimmten Merkmalshäufigkeit in einer Gruppe A im Vergleich zur Häufigkeit in einer anderen Gruppe B dar. Ein hoher Wert der Odds-Ratios (oder ein Wert nahe null) zeigt, sofern er statistisch signifikant ist, dass die untersuchte unabhängige Variable einen mehr als zufälligen Einfluss auf die abhängige Variable hat. Während in der Statistik angegebene Wahrscheinlichkeiten immer zwischen 0 und 1 liegen, können Odds zwischen den Werten von 0 bis unendlich variieren.

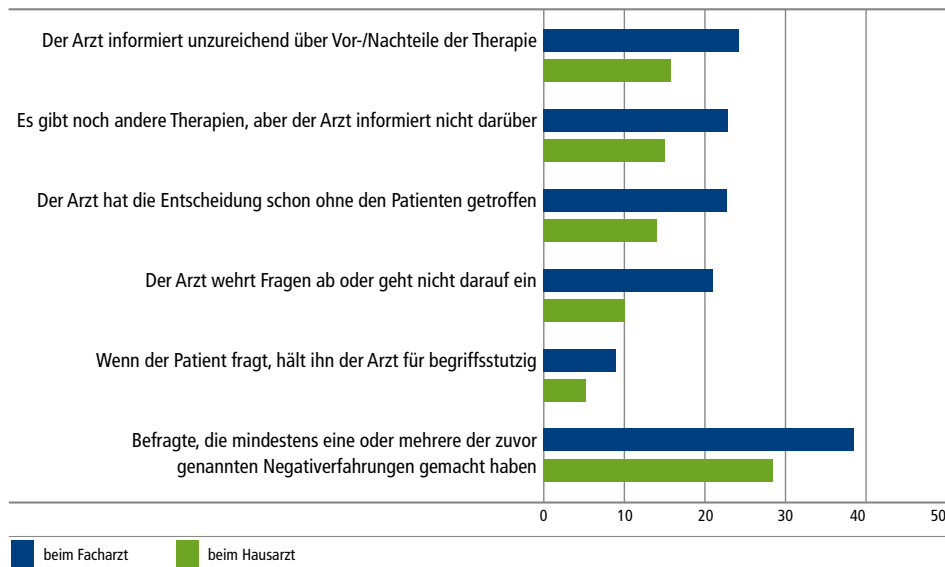
wenn man die beiden anderen oben erwähnten signifikanten Einflussfaktoren heranzieht.

Der Effekt der Arztbesuche oder auch des Gesundheitszustands ist recht einfach zu interpretieren und zeigt lediglich, dass mit der Zahl der Arztkontakte und der Häufigkeit von Erkrankungen oder Gesundheitsbeschwerden auch die Wahrscheinlichkeit steigt, in der ärztlichen Praxis eine Situation zu erleben, in der unterschiedliche Therapieoptionen verfügbar sind und auch vom Arzt als solche angesprochen werden. Ähnlich ist der Effekt des Bildungsniveaus nicht sonderlich überraschend. Hier zeigt sich, dass bei niedriger Schulbildung die medizinische und oft auch persönliche Autorität des Arztes sehr viel stärker erlebt wird und die Befragten deutlich seltener danach drängen, mit dem Arzt gewissermaßen auf Augenhöhe eine gemeinsame Entscheidung zu finden – so wie umgekehrt der Arzt bei niedriger Schulbildung des Patienten eher in eine autoritäre Rolle schlüpft.

Dass auch die jeweilige Patientenpräferenz für die Entscheidungssituation einen signifikanten Effekt hat, unterstreicht die Einflussmöglichkeiten der Patienten in der ärztlichen Praxis: Äußern die Patienten den Wunsch hinreichend deutlich, sind sie damit in vielen Fällen durchaus erfolgreich.

Frappierend erscheint auf der anderen Seite ein negativer Befund, nämlich dass die Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung keinen Einfluss hat auf die Erfahrung partizipativer Entscheidungsfindung. 50 Prozent dieser Gruppe antworten auf die Frage, wann sie zuletzt eine Situation des Shared Decision Making erlebt haben, mit „noch nie“. Hier ist die aktuelle Selbsteinstufung des Gesundheitszustands durchaus von Bedeutung. Wer aussagt, dass es ihm gesundheitlich schlecht oder weniger gut

**Erfahrungen mit Shared Decision Making beim Haus- und Facharzt\* (Angaben in Prozent)**



\* nur Befragte, die die Situation schon einmal oder öfter erlebt haben

Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2012, n = 1.076 bis 1.149

Abbildung 5

geht, bekam auch häufiger schon Therapiealternativen vom Arzt angeboten. Dahinter steht in vielen Fällen wohl auch die Erfahrung einer bislang erfolglosen Behandlung ohne nennenswerte Besserung von Beschwerden. Damit einher ging dann natürlich das sukzessive Ausprobieren verschiedener Alternativen, zu denen der Patient auch jeweils befragt und in die Entscheidung einbezogen wurde.

Für das Merkmal „chronische Erkrankung“ zeigt sich dieser Effekt in der multivariaten Analyse jedoch nicht. Irritierend ist dieses Ergebnis, weil es für einen sehr großen, wenn nicht den größten Teil chronischer Erkrankungen keineswegs einen therapeutischen Königsweg gibt. Im Anfangsstadium sind neben einer medikamentösen Therapie oft auch Änderungen des Lebensstils beziehungsweise des persönlichen Gesundheitsverhaltens denkbar, und im engeren Feld der pharmazeutischen, physikalischen oder auch alternativen Therapien sind ebenfalls meist alternative Optionen mög-

lich. Insofern deutet dieser Befund an, dass Ärzte bei chronischen Erkrankungen eine partizipative Entscheidungsfindung oft eher zu umgehen trachten.

Auf diese Vermeidungsstrategie von Ärzten deutet auch der schon referierte Befund, dass ein Großteil der Patienten nur wenige oder keinerlei Erfahrungen mit partizipativer Entscheidungsfindung gemacht hat, selbst bei Gruppen, bei denen man Gegenteiliges vermuten würde. So verneinen 50 Prozent derjenigen mit einer chronischen Erkrankung, dass sie jemals in einer Arztpraxis vor der Situation einer partizipativen Entscheidungsfindung gestanden haben. Diese Gruppe hat also noch nie erlebt, dass „im Rahmen einer ärztlichen Behandlung auch eine Entscheidung über das weitere Vorgehen gefällt werden musste, weil es unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gab“ – so die Formulierung im Fragebogen.

Je nach Art der chronischen Erkrankung gibt es hier aber Unterschiede. Während bei Bluthochdruck und Diabetes ohne



Insulintherapie auf der einen Seite weit über 50 Prozent der betroffenen Patienten über keinerlei Erfahrungen mit partizipativer Entscheidungsfindung berichten, liegt dieser Wert bei chronischen Rückenschmerzen mit 40 Prozent und noch stärker bei Krebserkrankungen mit 33 Prozent deutlich niedriger.

## Negativerfahren beim Haus- und Facharzt

Dass sogar die Hälfte der Patienten mit einer chronischen Erkrankung berichten, sie hätten in der Arztpraxis noch nie in einer Situation partizipativer Entscheidungsfindung gestanden, ist gesundheitspolitisch wie auch unter Versorgungsspekten ein gewichtiges Problem. Es soll hier kurz einmal jene Gruppe betrachtet werden, die in der Arztpraxis schon an therapeutischen Entscheidungen beteiligt war. Wie haben diese Patienten die Information und Kommunikation des Arztes erlebt?

Die Ergebnisse in Abbildung 5 zeigen zunächst, dass 28 Prozent der Betroffenen beim Hausarzt und 38 Prozent beim Facharzt schon mindestens einmal eine Negativerfahrung durch unzureichende Information oder Kommunikation im Kontext von Shared Decision Making gemacht haben. Eine nicht ganz so große Gruppe (15 % beim Hausarzt, 24 % beim Facharzt) hat solche Negativerlebnisse sogar schon mindestens zweimal erlebt. Die Befragten beklagen insbesondere eine unausgewogene Information, die nicht über Vor- und Nachteile der Therapieoptionen Auskunft gibt, oder dass der Arzt andere Therapien verschweigt oder eine Entscheidung schon stillschweigend getroffen hat.

Zweifellos sind diese Kritikpunkte ernst zu nehmen. Unter dem Strich ist jedoch festzuhalten, dass Patienten, die schon die Situation des Shared Decision Making in einer Arztpraxis erfahren haben, überwiegend positiv urteilen. Es ist jeweils

nur eine Minderheit von 28 Prozent beim Hausarzt beziehungsweise 38 Prozent beim Facharzt, die hier über erlebte Defizite berichten. Die häufiger geäußerte Kritik an Fachärzten könnte zusammenhängen mit der stärkeren naturwissenschaftlichen und weniger auf sprechende Medizin ausgerichteten Orientierung dieser Ärzte – mindestens im Vergleich zu Allgemeinärzten.

Als zentraler Kritikpunkt sollen jedoch weniger diese Detailspekte betont werden – vielmehr soll in den Vordergrund gerückt werden, dass etwa die Hälfte der Bevölkerung bislang noch keine Erfahrung machen konnte mit einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung über die nach Abwägung von Nutzen und Risiken optimale Behandlungsoption bei einer Erkrankung.

## Zusammenfassung und gesundheitspolitische Perspektiven

Fasst man die zentralen Befunde der Analysen zusammen, sind folgende Ergebnisse hervorzuheben:

Mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer wünschen eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Für das paternalistische Modell (Arzt entscheidet allein) stimmt knapp ein Viertel, das autonome Konzept wählt etwa ein Fünftel. Im Zeitraum der letzten elf Jahre haben sich keine nennenswerten Veränderungen ergeben, was die relative Häufigkeit dieser Präferenzen betrifft. Überraschend ist dabei vor allem, dass die Zahl der Befürworter eines paternalistischen Modells auf demselben Niveau geblieben ist. Jeder vierte Patient hält es also nach wie vor mit dem Spruch: „Das soll der Arzt entscheiden, schließlich hat er Medizin studiert und nicht ich“.

Berücksichtigt man die in der Forschung seit einiger Zeit gängige Unterscheidung zweier voneinander unabhängiger Inter-

essendimensionen von Patienten, nämlich den Wunsch nach Information und den nach Mitentscheidung über die Therapie, dann wird ein Vorrang der Informationsinteressen deutlich. Während eine große Mehrheit von Patienten heute ausführliche Erklärungen zu Krankheitsursachen wie Therapien wünscht, ist andererseits der Wunsch nach Entscheidungsteilnahme deutlich seltener zu finden.

Sozioökonomische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau) und Morbidität (chronische Erkrankung) sind, jenseits von Persönlichkeitsmerkmalen, wesentliche Einflussfaktoren für die jeweils gewählte Präferenz zu Shared Decision Making. Präferenzen für eine alleinige Entscheidung des Arztes äußern überwiegend Ältere und Befragte mit niedriger Schulbildung. Während nur wenige jüngere Befragte mit Abitur die Entscheidung dem Arzt überlassen möchten, sind dies bei älteren Hauptschulabsolventen doppelt so viele. Die Präferenz für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zeigt in der Tendenz ein dazu konträres Bild. Festzuhalten bleibt auch, dass Frauen ebenso wie chronisch Kranke die Regie über die Therapie seltener aus der Hand geben möchten und hier zumindest verbal selbstbewusster agieren.

Wie die Daten nahelegen, ist einer sehr großen Zahl von Patienten die Entscheidungssituation im Kontext einer Krankheit gar nicht bewusst, also die Verfügbarkeit von Therapiealternativen, die sich im Hinblick auf Risiken und Nutzen unterscheiden und interindividuell in unterschiedlichem Maße geeignet sind. Die Frage, wie oft solche Entscheidungssituationen in der Praxis vorkommen, zeigt einen überraschenden Befund: Wenn man die Antworten der Kategorie „weiß nicht“ einmal unberücksichtigt lässt, sind fast zwei Drittel der übrigen Befragungsteilnehmer der Ansicht, eine solche Situation käme eher selten oder sehr selten vor.

Auch persönliche Erfahrungen bestätigen dieses Ergebnis. Auf die Frage, wann es zuletzt zu einer Entscheidungssituation beim Arzt gekommen sei, weil es verschiedene Alternativen der Behandlung gab, antworten weit mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer (58 %) mit „noch nie“. All diese Patienten sind also entweder davon überzeugt, dass es bei Erkrankungen einen Königsweg der Therapie gibt, oder sogar der Ansicht, dass es für die jeweilige Krankheit im Prinzip nur eine effiziente Behandlungsmethode gibt.

Welche Gruppen waren schon einmal oder öfter in eine partizipative Entscheidungsfindung eingebunden? Die Analysen zeigen hier den Einfluss unterschiedlicher Faktoren, darunter den Gesundheitszustand und die Zahl der Arztbesuche. Ähnlich ist der Effekt des Bildungsniveaus nicht sonderlich überraschend: Bei niedriger Schulbildung wird die medizinische und oft auch persönliche Autorität des Arztes sehr viel stärker erlebt, drängt man in geringerem Maße danach, mit dem Arzt auf Augenhöhe eine gemeinsame Entscheidung zu finden. Auch die jeweilige Patientenpräferenz für die Entscheidungssituation hat einen statistisch signifikanten Effekt. Dies unterstreicht Einflussmöglichkeiten der Patienten in der ärztlichen Praxis: Eine nachhaltige Artikulation des Wunsches nach Teilhabe zeigt in vielen Fällen durchaus Erfolg. Hier sind Möglichkeiten zu erkennen, auf dem Weg über eine intensivere Patienteninformation das Arztverhalten zu beeinflussen und die Versorgung zu verbessern.

Besorgniserregend erscheint dagegen der Befund, dass die Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung fast keinen Einfluss hat auf die Erfahrung partizipativer Entscheidungsfindung. Auch in dieser Gruppe antwortet ein Großteil der Befragten (50 %), sie hätten noch nie eine Situation des Shared Decision Making

erlebt. Will man diesen Patienten nicht Vergesslichkeit oder Begriffsstutzigkeit unterstellen, dann zeigt dies, dass Ärzte auch bei chronischen Erkrankungen in vielen Fällen eine partizipative Entscheidungsfindung eher zu umgehen suchen – beziehungsweise dass ausgerechnet viele evidenzbasierte und daher auch aus Patientensicht im Prinzip wünschenswerte Leitlinien den Ärzten und in der Folge auch ihren Patienten explizit oder implizit keinen Entscheidungsspielraum vorgeben.

Für gesundheitspolitische Schlussfolgerungen beziehungsweise Überlegungen zu praktischen Initiativen bedeuten diese Ergebnisse in der Zusammenschau mit den wichtigsten eingangs vorgestellten Forschungsergebnissen Folgendes:

Das konstant relativ hohe Interesse der Befragten an einer partizipativen Entscheidungsfindung sollte nicht Anlass für die Vorstellung sein, Shared Decision Making sei eine Herausforderung, die bereits im Wesentlichen bewältigt ist und ohne weiteren Aufwand zu den erwünschten Effekten für Gesundheit, Behandlungserfahrungen und Behandlungskosten führt. Die Stagnation weist auf Realisierungsprobleme hin, und auch die Tatsache, dass viele Entscheidungssituationen weder Ärzten noch Patienten als solche bekannt und bewusst sind und daher trotz objektiver Notwendigkeit gar keine Beteiligung zustande kommt, sollte eine selbstzufriedene Bewertung der Situation verhindern.

Wer den gesicherten Nutzen einer partizipativen Entscheidungsfindung realisieren möchte, erreicht dies weder dadurch, dass Shared Decision Making isoliert als Patentrezept propagiert wird, noch dadurch, es als eine Aneinanderreihung von kurzfristigen oder ausschließlich technisch-organisatorischen Aktivitäten zu sehen.

Erst ein komplexes Bündel aus langfristig veränderten Sicht- und Handlungsweisen aufseiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen in Richtung einer Mitentscheidungskultur, aus veränderten partizipationsorientierten Handlungsfähigkeiten vor allem der besonders vulnerablen und damit am stärksten von Shared Decision Making profitierenden Patienten und aus Elementen einer Unterstützungsinfrastruktur für Entscheidungen innerhalb von Arzt-Patienten-Kontakten (z. B. Decision Aids, also evidenzbasierte Entscheidungshilfen) – all dies erst wird den Ärzten und Patienten, die sich eine partizipative Entscheidungsfindung wünschen, wirklich und messbar nützen.

## Literatur

- American Medical Association (AMA). „Getting the most for our health care dollars: Shared decision-making“. 2010. [www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/strategic-issues/health-care-costs/shared-decision-making](http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/strategic-issues/health-care-costs/shared-decision-making) (Download 17.6.2013).
- Bertelsmann Stiftung. „Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“. 2011. [https://faktencheck-gesundheit.de/file-admin/daten\\_projektseite/Dokumente/Faktencheck\\_Gesundheit\\_Regionale\\_Variationen.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/file-admin/daten_projektseite/Dokumente/Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Variationen.pdf) (Download 17.6.2013).
- Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen. Shared Decision Making, Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. Gütersloh 2005.
- Doyle, C., L. Lennox und D. A. Bell. „Systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness“. *BMJ Open* 3 2013. e001570.
- Faber, M., G. Voerman, A. Erler, T. Eriksson, R. Baker, J. de Lepeleire, R. Grol und J. Burgers. „Survey of 5 european countries suggests that more elements of patient-centered medical homes could improve primary care“.

- homes could improve primary care". *Health Affairs* (4) 32 2013. 797–806.
- Forum Gesundheitspolitik. „Nur für 11 % von 3.000 Behandlungsleistungen liegt Evidenz für Nutzen vor – bei 50 % weiß man gar nichts“. 2013. [www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2235](http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2235) (Download 17.6.2013).
  - Garfield, S., F. Smith, S. A. Francis und C. Chalmers. „Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted?". *Patient Education and Counseling* (3) 66 2007. 361–367.
  - Hibbard, J. H., und J. Greene. „What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs“. *Health Affairs* (2) 32 2013. 207–214.
  - Hibbard, J. H., J. Greene und V. Overton. „Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients scores“. *Health Affairs* (2) 32 2013. 216–222.
  - Isfort J., B. Floer und M. Butzlaff. „Shared decision making – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis“. *Gesundheitsmonitor* 2004. Hrsg. J. Böcken, B. Braun und M. Schnee. Gütersloh 2004. 88–100.
  - Isfort J., M. Redaelli und M. Butzlaff. „Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte“. *Gesundheitsmonitor* 2007. Hrsg. J. Böcken, B. Braun und R. Amhof. Gütersloh 2007. 76–95.
  - Joosten, E. A. G., L. DeFuentes-Merillas, G. H. de Weert, T. Sensky, C. P. van der Staak und C. A. de Jong. „Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status“. *Psychotherapy and Psychosomatic* 77 2008. 219–226.
  - Légaré, F., und H. O. Witteman. „Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice“. *Health Affairs* (2) 32 2013. 276–284.
  - Légaré, F., S. Ratté, K. Gravel und I. D. Graham. „Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions“. *Patient Educ Couns* (3) 73 2008. 526–535.
  - Légaré, F., S. Ratté, D. Stacey, J. Kryworuchko, K. Gravel, I. D. Graham und S. Turcotte. „Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals“. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5 2010.
  - Légaré, F., S. Turcotte, D. Stacey, S. Ratté, J. Kryworuchko und I. D. Graham. „Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice“. *The Patient. Patient-Centered Outcomes Research* (1) 5 2012. 1–19.
  - NHS. „Measuring shared decision making. A review of research evidence. A report for the shared decision making programme in partnership with capita group plc“. 2012. [www.rightcare.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/Measuring\\_Shared\\_Decision\\_Making\\_Dec12.pdf](http://www.rightcare.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/Measuring_Shared_Decision_Making_Dec12.pdf) (Download 17.6.2013).
  - Stacey, D., C. L. Bennett, M. J. Barry, N. F. Col, K. B. Eden, M. Holmes-Rovner, H. Llewellyn-Thomas, A. Lyddiatt, F. Légaré und R. Thomson. „Decision aids for people facing health treatment or screening decisions“. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10 2011.
  - Street Jr, R. L., H. Gordon und P. Haidet. „Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?“ *Social Science & Medicine* (3) 65 2007. 586–598..

## Die Autoren



Dr. rer. Pol. **Braun, Bernard**, Jahrgang 1949, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen.



Dr. phil. **Marstedt, Gerd**, Jahrgang 1946, Arbeitsfeld: Medizinsoziologie, Gesundheitspolitik, Arbeits- und Betriebssoziologie, bis 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen.

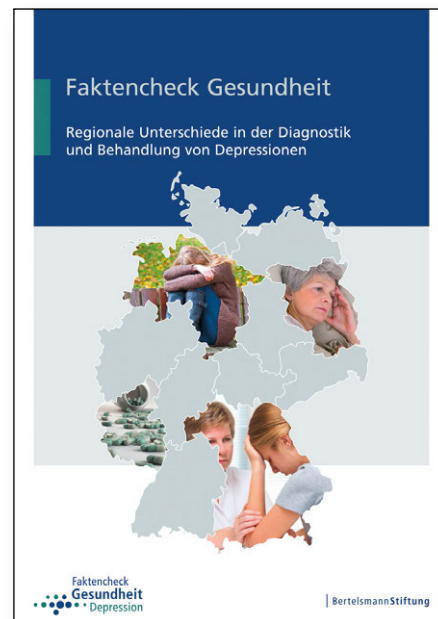
## InternetTipp: Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen. Auch in Deutschland erkranken 20 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer Depression. Der aktuelle Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass drei Viertel der Patienten mit schweren Depressionen in Deutschland nicht angemessen versorgt werden.

Alarmierend ist, dass 18 Prozent der schwer Erkrankten gar keine Behandlung erhalten. Wie hoch die Chance eines Patienten auf eine angemessene Therapie ist, hängt nicht zuletzt vom Wohnort ab. So werden zum Beispiel nur 13 Prozent der Menschen in Zwickau (Sachsen) angemessen versorgt. Mit 40 Prozent kommt Münster (NRW) auf eine dreimal höhere Rate. Im Bundesländervergleich erreichen Nordrhein-Westfalen (30 Prozent) und Hessen (29 Prozent) die besten Versorgungsquoten. Schlusslichter sind Thüringen und das Saarland (beide 20 Prozent).

Derzeit leiden rund neun Millionen Deutsche an einer behandlungsbedürftigen Depression, mindestens 15 Prozent von ihnen sind schwer krank. Die angemessene Behandlung von schweren Depressionen besteht aus einer Kombination von Psychotherapie und der Einnahme von Antidepressiva. Doch nur ein Viertel der Betroffenen wird laut Faktencheck Gesundheit auf diese Weise behandelt. Viele Schwerkranke bekommen ausschließlich Medikamente. Der Großteil der Patienten erhält keine oder eine zu kurze Therapie.

Die Gründe für die Unterschiede in der Versorgung von schweren Depressionen sind vielschichtig. Eine Ursache ist das regional unterschiedliche Angebot an Psychotherapeuten sowie psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzten. Wartezeiten von durchschnittlich 17 Wochen auf einen Therapieplatz unterstreichen die Versorgungsproblematik. Es besteht also dringender Handlungsbedarf, um schwer Kranke schneller und besser zu versorgen. Dafür müssen die Therapieplätze bedarfsgerechter verteilt werden. Auch neue Ver-



sorgungsmodelle können dazu beitragen, die Situation der Patienten zu verbessern.

**Die komplette Studie, interaktive Karten und Entscheidungshilfen für Betroffene und Angehörige finden Sie auf:**  
[www.faktencheck-depression.de](http://www.faktencheck-depression.de)