



Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt

Anspruch und Wirklichkeit

Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt

Anspruch und Wirklichkeit

(Auszug aus „Gesundheitsmonitor 2014“)

Kontakt

Dr. Jan Böcken

Senior Project Manager

Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“

Bertelsmann Stiftung

Telefon 05241 81-81462

jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de

Titelbild: Gina Sanders / Fotolia.com

Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit

Bernard Braun, Gerd Marstedt

Einleitung und Forschungsstand

Zu Patientenansprüchen hinsichtlich einer partizipativen Entscheidungsfindung beim Arzt liegen zahlreiche Befragungen und Analysen vor. 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 (englisch: Shared Decision Making, SDM) für die Behandlung und deren Ergebnis belegen. Schließlich liegen diverse Einzelstudien und erste Reviews vor, die untersuchen, welche subjektiven und objektiven Barrieren es auf Patienten- wie auf Arztseite gibt, die verhindern, dass Shared Decision Making 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 able-

sen« (Isfort, Redaelli und Butzlaff 2007: 83) und es gab auch 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 – dagegen waren von den Ärzten 70 Prozent der Meinung, ihre Patienten hätten alles fragen können (ebd.: 87 f.). 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) wurde die Auswirkung 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 Patientenbeteiligung 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 Ergebnisquali-

tät 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 einer partizipativen Entscheidungsfindung 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, Shared Decision Making zu implementieren und wirksam zu machen, weder um eine einzelne Maßnahme noch um eine kurzfristige Aktivität handeln kann. Zu den umsetzungsrelevanten Faktoren und Bedingungen gehören beispielsweise:

- eine Synchronisierung von Shared Decision Making und Leitlinien, die überwiegend feststellen, es gäbe nur eine Therapie, also 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 Wittteman 2013: 279).

In der besonderen Arzt-Patienten-Konstellation darf zudem weder bei Ärzten noch bei Patienten (hierzu die qualitative Studie von Frosch et al. 2012) von »natürlich« vorhandenen, uneingeschränkten Kommunikations- und Mitentscheidungsfähigkeiten ausgegangen werden.

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, die Annahme, eine partizipative Entscheidung könne nicht mit allen Patientengruppen gefunden werden, und die allgemeinen Sachzwänge in einer ärztlichen Praxis. Obwohl das Zeitargument bis in die Gegenwart hinein am häufigsten als Hinderungsgrund für die SDM-Behandlungsweise genannt wird, liefern mehr als einhundert dazu durchgeführte Studien »no robust evidence« (Légaré und Wittteman 2013: 279) für diese Belastung. Dies gilt ebenfalls für die beiden anderen Argumente (ebd.).

Fragestellungen

Die Fragen, denen vor diesem Forschungshintergrund 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 Shared Decision Making 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 Shared Decision Making?

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.

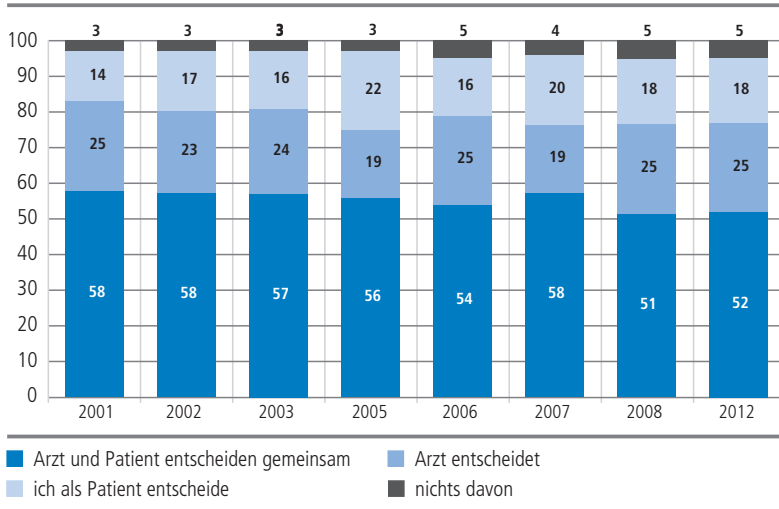
Patientenwünsche: Information oder Beteiligung?

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 ha-

Abbildung 1: Patientenwünsche zu Shared Decision Making 2001 bis 2012



n = 1.329 bis 1.600 (Herbsterhebungen des Gesundheitsmonitors)

Angaben in Prozent der Befragten

ben, was die relative Häufigkeit dieser Präferenzen betrifft. Die Schwankungen sind sehr gering, die Differenz zwischen dem maximalen und minimalen Prozentwert in den verschiedenen Erhebungsjahren macht für die am häufigsten gewählte Option (Arzt und Patient entscheiden gemeinsam) nur sieben Prozentpunkte aus.

Die geringfügigen Veränderungstendenzen sind auch optisch kaum erkennbar: Die Option »gemeinsame Entscheidungsfindung zusammen mit dem Arzt« sinkt von 58 Prozent (2001) auf 52 Prozent (2012). Parallel dazu steigt in diesem Zeitraum in ähnlich moderatem Umfang der Anteil autonomer Entscheider von 14 Prozent auf 18 Prozent. Ob es sich dabei eher um Zufallsschwankungen handelt oder um Indikatoren für einen säkularen Trend, bleibt abzuwarten. Ein wenig überraschend zeigt sich jedoch, dass die Zahl der Befürworter eines paternalistischen Modells konstant geblieben ist. Nach wie vor übereignet etwa jeder vierte Patient die Therapie weitgehend der medizinischen Profession und lehnt damit eine Eigenbeteiligung am Krankheitsgeschehen und an der Genesung eher ab beziehungsweise hält sich in dieser Hinsicht für unzureichend qualifiziert. Ein

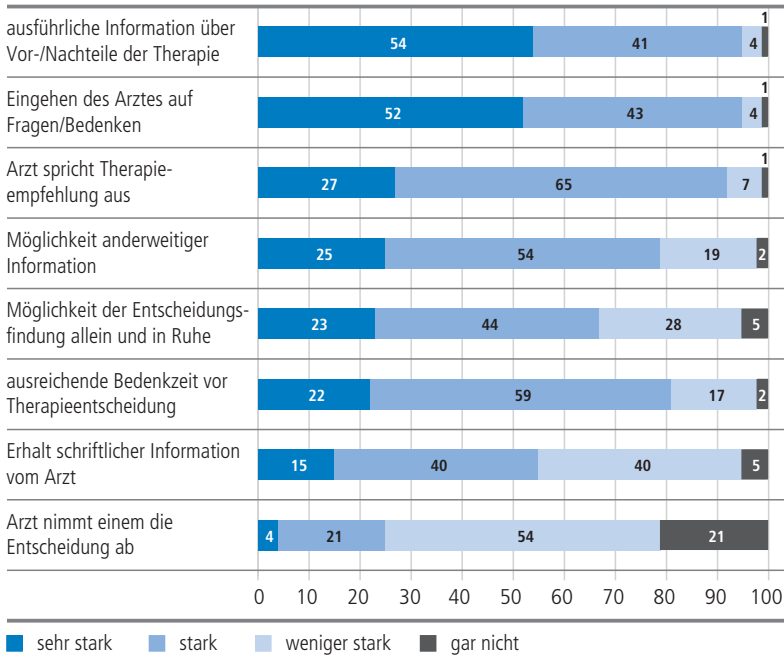
Zeitsprung von gut zehn Jahren hat also die quantitative Bedeutung traditioneller Sicht- und Verhaltensweisen im Umgang mit Krankheit nicht verändert.

Nun sind die in einer Befragung artikulierten Wünsche nach Partizipation ja keineswegs eindeutig und hinsichtlich der darin involvierten Aspekte homogen. Aus dieser Einsicht resultierte etwa die Entwicklung des Fragebogens Autonomy Preference Index (API) (Ende et al. 1989; Hamann et al. 2012), bei dem zwischen zwei voneinander unabhängigen Interessendimensionen von Patienten unterschieden wurde: dem Wunsch nach Information (etwa über Krankheitsursachen und Therapieoptionen) und dem nach aktiver Mitentscheidung über die zu wählende Therapie.

Auch 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 dargestellt – auch um deutlich zu machen, dass nicht jeder Routinebesuch beim Arzt 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 hier – dies sei vorab kurz erwähnt – nur moderate Unterschiede, was die relative Häufigkeit der artikulierten Wünsche betrifft. Zwar differieren die Prozentwerte geringfügig, doch ist die Rangfolge der Optionen in den beiden Erhebungsjahren nahezu identisch. Die Wünsche nach ausführlicher Information vom Arzt über die verschiedenen Therapieoptionen und ein Eingehen auf Patientenfragen und Bedenken stehen bei über der Hälfte der Bevölkerung weit oben (Abbildung 2, dort nur Werte aus dem Jahr 2012). Es sind jeweils über 50 Prozent der Befragten, die sich dies sehr stark wünschen, und über 90 Prozent, bei denen der Wunsch zumindest stark ausgeprägt ist.

Abbildung 2: Einzelaspekte – Befragte, die sich das jeweilige Merkmal wünschen



n > 1.546

Angaben in Prozent der Befragten

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 Optionen zur Information (außerhalb der Arztpraxis oder schriftliche Arztinformationen) stoßen auf geringere Resonanz. All diese Möglichkeiten favorisieren jeweils nur etwa 20 bis 25 Prozent sehr stark. An schriftlichen Informationen vom Arzt sind die meisten ebenfalls nicht sehr interessiert – es ist zu vermuten, dass dieses Merkmal noch in den 1990er-Jahren, also vor der rasanten Verbreitung medizinischer Informationen im Internet, auf sehr viel größere Zustimmung gestoßen wäre.

Einflussfaktoren für unterschiedliche Patientenwünsche

Ein Anteil von 55 Prozent der Bevölkerung wünscht sich, wie oben dargestellt, eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient – und dies konstant seit über zehn Jahren. Unklar bleibt dabei noch, ob diese mehrheitliche Präferenz eher von Persönlichkeitsmerkmalen, gesundheitlichem Befinden oder eher 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 aufzeigen 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, Versichertenstatus GKV/PKV) und Morbiditätsaspekte (Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung, Häufigkeit der Hausarztbesuche). Tabelle 1 fasst die Ergebnisse dieser Analysen zusammen.

Tabelle 1: Einflussfaktoren für Präferenzen einer partizipativen Entscheidungsfindung, 2001–2008

Gruppe (in Klammern Referenzgruppe)	Präferenz für Arzt- entscheidung	Präferenz für gemeinsame Entscheidung	Präferenz für Patienten- entscheidung
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: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$
leere Tabellenzellen = nicht signifikante Ergebnisse

Folgende Befunde sind hervorzuheben: Präferenzen für eine alleinige Entscheidung 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 einer gemeinsamen 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. Dieser Gender-Einfluss resultiert vermutlich aus der (immer noch) wirksamen Rolle der Frau als Gesundheitsberaterin in der Familie. Bei chronisch Kranken dürfte das intensivere beziehungsweise bedrohlichere Erleben der Krankheit eine Rolle dafür spielen, dass sie zumindest eine Beteiligung an der Therapie wünschen.

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 Hausarztkontakt« 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 und eine Überzeugung persönlicher Kompetenz in medizinischen Fragen einherginge. Es ist zu vermuten, dass für die Wahl dieser Option auch Persönlichkeitsmerkmale von Bedeutung sind.

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 (aufgrund erprobter und nachweislich bewährter Therapien) eindeutig und damit weitgehend 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. Nur für elf Prozent der Leistungen zeigen randomisierte kon-

trollierte Studien Evidenz für ihre uneingeschränkte Nützlichkeit und weitere 24 Prozent sind evidenzbasiert wahrscheinlich nützlich.

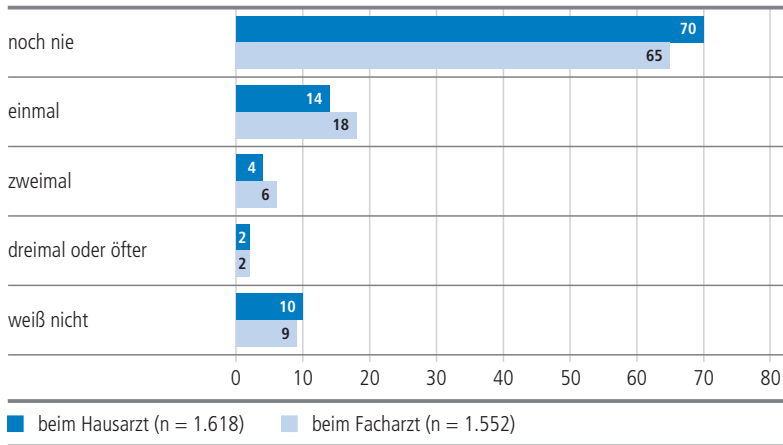
Ebenso haben Studien gezeigt, dass bei identischem Krankheitsbild und vergleichbaren Patientenmerkmalen die jeweils gewählten Therapien sich sogar auf regionaler Ebene (Bundesländer, Städte) deutlich unterscheiden (z. B. Bertelsmann Stiftung 2011). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass therapeutische 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 Gesundheitsbeschwerden oder einer Erkrankung mehrere Behandlungsmöglichkeiten 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 Arztpraxis noch nie vor Therapiealternativen standen oder dies bewusst noch nicht so wahrgenommen haben, durchaus relativieren mit Hinweis auf den hier vorgegebenen kurzen Zeithorizont von drei Jahren. 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«.

Abbildung 3: Erfahrungen mit Shared Decision Making in den letzten drei Jahren, 2012



Angaben in Prozent der Befragten

Eine große Zahl von Patienten ist also tatsächlich – aus Gründen, über die später noch zu diskutieren sein wird – 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 ist für ein offenes 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 sinnvoll erscheint. In sehr vielen Situationen wird der Arzt wohl Behandlungsalternativen verschweigen (oder sie sind neu und noch nicht hinreichend bekannt), unterschiedliche Nutzen und Risiken nicht erwähnen, wird explizit oder implizit suggerieren, es gäbe im Prinzip nur den einen, jetzt ärztlich verordneten Therapieweg. Der Begriff der ärztlichen Verordnung bekommt vor diesem Hintergrund eine neue (eher rechtliche) Bedeutung, die mit dem Konzept vom mündigen Patienten kaum mehr in Einklang zu bringen ist.

Nun antworten etwa vier von zehn Befragten, dass sie die Situation der partizipativen Entscheidungsfindung schon einmal oder auch öfter erlebt haben. Eine spannende Frage in diesem Kontext ist, ob es Bedingungen gibt, die diese Erfahrung fördern beziehungsweise umgekehrt auch behindern. Eine Vielzahl von Einflussfaktoren könnte hier eine Rolle spielen – aufseiten des Arztes wie aufseiten des Patienten. Bei Letzterem könnten das Alter und das Bildungsniveau ebenso von Bedeutung sein wie der Gesundheitszustand oder die Häufigkeit der Arztbesuche.

Es wurde eine multivariate Analyse (binäre logistische Regression) durchgeführt, um zu bestimmen, welche Faktoren von Bedeutung sind. Als unabhängige Variablen in die Analyse einbezogen wurden, wie schon zuvor, sozioökonomische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung), Sozialschicht (SES), Versichertenstatus (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 Shared-Decision-Making-Situation geäußerte Präferenz.

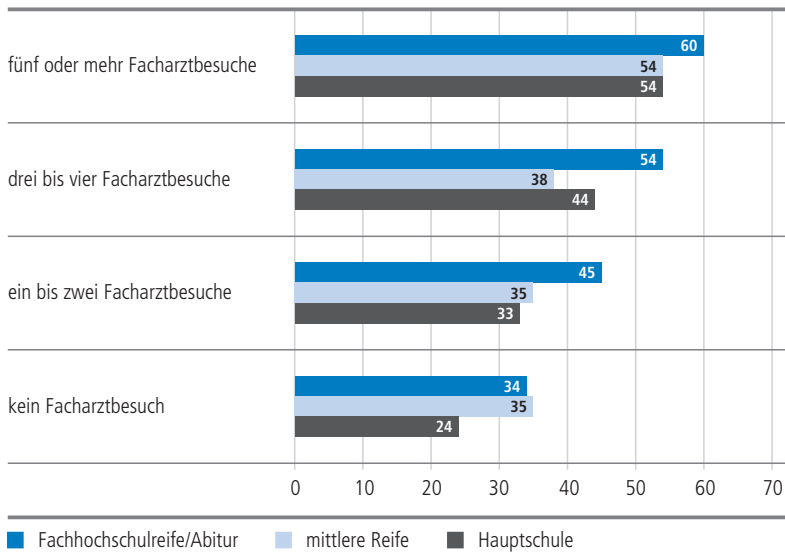
Als Ergebnis dieser Analyse zeigt sich, dass nur wenige Merkmale einen statistisch signifikanten Effekt haben. Einflussfaktoren für Erfahrungen partizipativer Entscheidungsfindung sind:

- Zahl der Facharztbesuche: Je häufiger ein Facharzt aufgesucht wird, desto größer ist die Chance für Erfahrungen der partizipativen Entscheidungsfindung (Odds-Ratio 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 bei Befragten 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 $p \leq 0,05$) beziehungsweise von 1,7 (beide entscheiden gemeinsam, Vergleichsgruppe: Arzt entscheidet; $p \leq 0,001$).
- Nicht signifikante Effekte zeigen sich für die übrigen Variablen: Alter, Geschlecht, Sozialschicht, Versichertenstatus, Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Vertrautheit des Hausarztes mit der Krankengeschichte, Zahl der Hausarztbesuche, Geschlecht des Hausarztes, Interesse an Gesundheitsthemen.

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 von Shared Decision Making berichten, ist dieser Wert bei

Abbildung 4: Befragte, die schon mindestens einmal in der Arztpraxis eine SDM-Situation erfahren haben (nach Zahl der Facharztbesuche und der Schulbildung), 2012



n = 1.611

Angaben in Prozent der Befragten

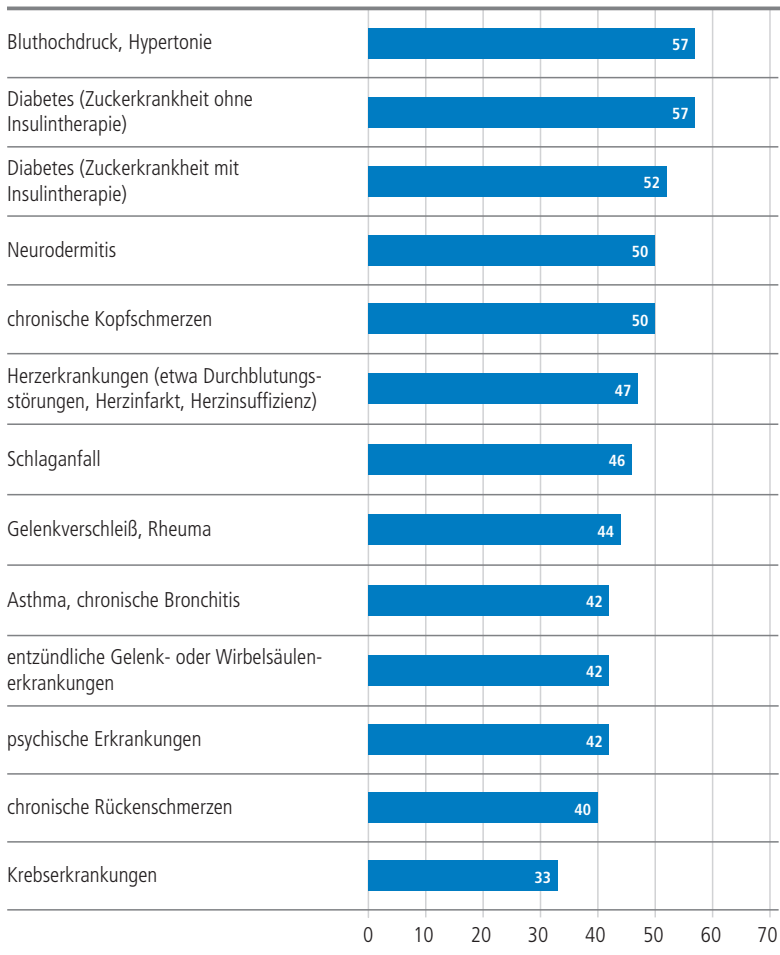
Abiturienten beziehungsweise Befragten mit Fachhochschulreife und häufigen Facharztbesuchen mit 60 Prozent zweieinhalbmal so hoch. Ähnliche Kumulationseffekte zeigen sich im Übrigen, wenn man die beiden anderen oben erwähnten signifikanten Einflussfaktoren heranzieht.

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 ausübt, unterstreicht die Einflussmöglichkeiten der Patienten in der ärztlichen Praxis: Äußern sie ihren Wunsch hinreichend deutlich, sind sie damit in vielen Fällen durchaus erfolgreich. Hier deuten sich weitreichende Möglichkeiten an, was eine bessere Information von Patienten über ihre Einflussmöglichkeiten auch im Versorgungssystem betrifft.

Frappierend erscheint auf der anderen Seite ein negativer Befund: 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 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.

Abbildung 5: Befragte mit chronischer Erkrankung, die noch nie eine SDM-Situation in der Arztpraxis erlebt haben (nach Art der chronischen Erkrankung)



n = 24 bis 499

Angaben in Prozent (Mehrfachangaben möglich)

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 Kö-

nigsweg 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 möglich, sodass das Mittel der Wahl nicht von vornherein feststeht. Insofern deutet dieser Befund an, dass Ärzte bei chronischen Erkrankungen eine partizipative Entscheidungsfindung oft eher zu umgehen trachten.

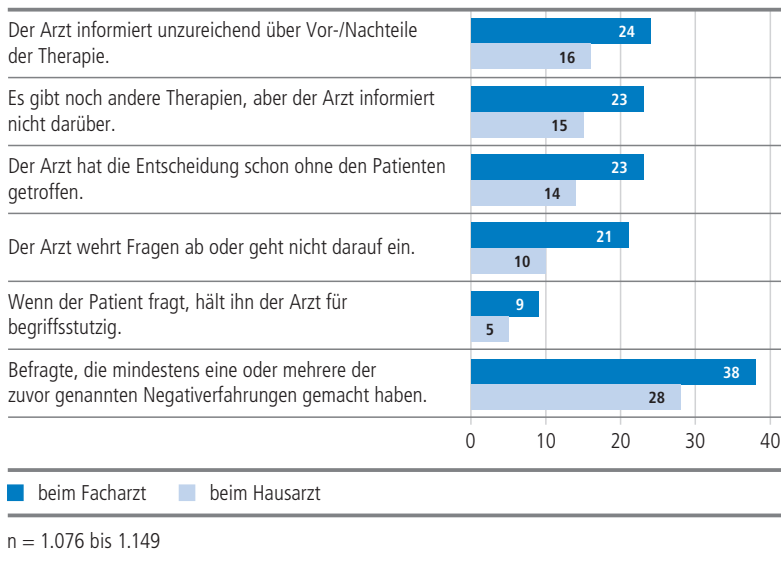
Auf diese Vermeidungsstrategie von Ärzten deutet auch der schon oben referierte Befund, dass ein Großteil der Patienten nur wenige oder keinerlei Erfahrungen mit partizipativer Entscheidungsfindung gemacht hat – selbst bei Gruppen, bei denen man Gegenteiliges vermuten würde. So verneinen 50 Prozent derjenigen 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.

Die Daten in Abbildung 5 verdeutlichen allerdings, dass es hier einige Differenzen gibt, je nach Art der chronischen Erkrankung. 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.

Negativerfahrungen beim Haus- und Facharzt

Dass sogar die Hälfte (50%) 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 Versorgungsaspekten 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?

Abbildung 6: Erfahrungen mit Shared Decision Making beim Haus- und Facharzt (nur Befragte, die die Situation schon einmal oder öfter erlebt haben), 2012



Angaben in Prozent der Befragten

Die Ergebnisse in Abbildung 6 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. Diese Patientengruppe beklagt insbesondere eine unausgewogene Information, die nicht über Vor- und Nachteile der Therapieoptionen Auskunft gibt, oder dass der Arzt andere Therapien verschweigt oder aber 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 einer partizipativen Entscheidungsfindung 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 berichtet. 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 zentralen 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 Interessendimensionen 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. Als Ergebnis 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 einen Einfluss unterschiedlicher Faktoren, darunter den Gesundheitszustand und die Anzahl der Arztbesuche, die hier nicht weiter interpretiert werden müssen. 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 erkennbar, 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. Wenn man diesen Patienten nicht Vergesslichkeit oder Begriffsstutzigkeit unterstellen will, 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 geben.

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 partizi-

pationsorientierten 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-Patient-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.

Der Hinweis, dass vielfach evidenzbasierte Leitlinien – wenn Ärzte sie überhaupt bei ihren Überlegungen zur Diagnostik und Therapie berücksichtigen – den Anschein der Existenz eines Königswegs erwecken, sollte offensiv beachtet und überprüft werden. Sofern es sich dabei um eine unzulässige Vereinfachung der Entscheidungssituation handelt, sollte dies schnellstmöglich verändert werden.

Auch wenn es für manche Missverständnisse über den für Shared Decision Making notwendigen (Zeit-)Aufwand oder für eine Reihe angeblicher personaler und situativer Grenzen der partizipativen Entscheidungsfindung zahlreiche Gegenbelege aus internationalen Studien gibt (vor allem Légaré und Witteman 2013), kommt man wahrscheinlich nicht umhin, dies für die deutschen Behandlungsbedingungen erneut nachzuweisen.

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 (Download 17.6.2013).
- Bertelsmann Stiftung. »Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung«. 2011. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/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.

- Ende, J., L. Kazis, A. Ash und M. A. Moskowitz. »Measuring patients' desire for autonomy«. *Journal of General Internal Medicine* (4) 1 1989. 23–30.
- 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«. *Health Affairs* (32) 4 2013. 797–806.
- Forum Gesundheitspolitik. »Nur für 11% von 3.000 Behandlungen liegt Evidenz für Nutzen vor – bei 50% weiß man gar nichts«. 2013. www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2235 (Download 17.6.2013).
- Frosch, D. L., S. G. May, K. A. S. Rendle, C. Tietbohl und G. Elwyn. »Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled ›difficult‹ among key obstacles to shared decision making«. *Health Affairs* (5) 31 2012. 1030–1038.
- 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.
- Hamann J., C. Bieber, G. Elwyn, E. Wartner, E. Hörlein, W. Kissling, C. Toegel, H. Berth, K. Linde und A. Schneider. »How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making?«. *European Journal of Public Health* (4) 22 2012. 469–473. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/08/25/eurpub.ckr112.long> (Download 17.6.2013).
- 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* (32) 2 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* (32) 2 2013. 216–222.
- Isfort J., B. Floer und M. Butzlaff. »Shared decision making – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis«. *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. 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. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. 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* (32) 2 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 (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.

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Telefon +49 5241 81-81462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

„ „ „ È^!ç|•{ æ } È çč } * È^