

Partizipative Entscheidungsfindung – von der Pionierzeit zur kontinuierlichen Arbeit am Transfer in Lehre und Versorgung

Seit Mitte der neunziger Jahre hat der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-making) eine zunehmende Bedeutung in der Fachwelt und bei Patienten im Gesundheitswesen erlangt. Die Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen ist politisch in ersten Ansätzen durchgesetzt (Hess, 2005). Die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema nimmt stetig zu (Loh & Härter, 2005). Eine feste internationale Zusammenarbeit von Wissenschaftlern hat sich etabliert, im Jahr 2005 fand bereits die 3. Internationale Shared Decision-Making-Konferenz in Ottawa mit einer stetig größer werdenden Anzahl von Wissenschaftlern statt.

Die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) bezieht sich auf die individuelle medizinische Entscheidung im direkten Gespräch zwischen Arzt und Patient. Sie wird definiert als ein „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Arzt und Patient auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Härter, 2004, S. 90). Die Pioniere dieses Modells haben mit konzeptionellen Veröffentlichungen (Charles, Gafni & Whelan, 1997; Charles, Gafni & Whelan, 1999) und den Präzisierungen des PEF-Prozesses in Handlungsschritten (Elwyn et al., 2001) den Weg für eine zunehmende Forschungsaktivität bereitet (Frosch & Kaplan, 1999). Überblicksarbeiten haben gezeigt, dass der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (insbesondere auch durch den Einsatz von unterstützenden Materialien, soge-

nannten Decision Aids) zu realistischen Erwartungen der Patienten über den Erkrankungsverlauf, zu höherer Patientenzufriedenheit, zu einer verbesserten Therapietreue und zu größeren Behandlungseffekten führen kann (Scheibler, 2004; O'Connor et al., 2004). Auch wenn die empirischen Befunde zur Partizipativen Entscheidungsfindung noch kein abschließendes Urteil erlauben und insbesondere die Messverfahren noch optimierungsbedürftig sind, kann angenommen werden, dass mit diesem Ansatz positive Auswirkungen für Patienten, behandelnde Ärzte und andere Berufsgruppen sowie die Qualität der Versorgung insgesamt erzielt werden können.

Dies soll auch im deutschen Gesundheitssystem wirksam werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahr 2000 im Rahmen des Förderschwerpunkts „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ (www.patient-als-partner.de) zehn Modellprojekte gefördert, um die Auswirkungen Partizipativer Entscheidungsfindung zu untersuchen. Auf der 3. nationalen Konferenz des Förderschwerpunktes 2005 in Berlin wurden die Ergebnisse der Öffentlichkeit präsentiert (Härter, Loh & Spies, 2005). In der zweiten Förderphase wurden vier Arbeitsgruppen des Förderschwerpunktes in Freiburg, Hamburg, Heidelberg und Jena mit weiteren Fördermitteln ausgestattet, um den Transfer des Ansatzes in die Regelversorgung zu unterstützen. Dabei kooperieren diese Arbeitsgruppen auch mit weiteren Forschungsgruppen im In- und Ausland. Die 4. Fachtagung vom 30.3. bis 1.4.2006 in Heidelberg (www.sdm2006.de) gibt hierzu einen Überblick über den Stand der Forschung und der Transferaktivitäten.

Die Partizipative Entscheidungsfindung findet in der direkten Kommunikation zwischen Arzt und Patient und seinen Angehörigen statt. Forschung und Praxis der Arzt-Patienten-Kommunikation sind ein Kernthema der Medizinischen Psychologie. Daher freuen wir uns, die Leserinnen und Leser der Zeitschrift für Medizinische Psychologie über die Thematik der Partizipativen Entscheidungsfindung in dem vorliegenden Schwerpunktheft zu informieren. Regelmäßige Publikationen der letzten Jahre dokumentieren die erfreuliche Entwicklung dieses Themas im deutschen Gesundheitswesen (ZäFQ, 2004; Härter, Loh & Spies, 2005; Scheibler, 2004).

Für das Schwerpunktheft wurden fünf Beiträge ausgewählt. Im Beitrag von Christiane Bieber und Kollegen aus der Heidelberger Arbeitsgruppe wird über Schulungsmaßnahmen zur Partizipativen Entscheidungsfindung bei Fibromyalgiepatienten und den behandelten Ärzten berichtet. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass durch die Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung die Interaktionsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Patienten abnehmen und die Qualität des Arzt-Patienten-Kontaktes verbessert wird. Tanja Krones und Kollegen vom Universitätsklinikum Marburg stellen ein Anwendungsfeld der Partizipativen Entscheidungsfindung in der kardiovaskulären Risikoprävention im hausärztlichen Bereich vor und informieren über spezifische Verfahren zur Messung unterschiedlicher Zielparame- ter. Fülöp Scheibler und Kollegen aus Köln stellen einen Zusammenhang her zwischen dem webbasierten Informationsverhalten von Frauen mit Brustkrebs Erkrankungen und dem Vertrauen der Patientinnen in ihre Ärzte. In der Arbeit von Silke Neuderth von der Universität Würzburg wird über

Befragungsergebnisse bei Patienten mit chronischer Herzunsuffizienz hinsichtlich der von den Befragten präferierten Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung berichtet. Die Arbeit der Freiburger Arbeitsgruppe stellt Ergebnisse einer Befragung der Institute für Medizinische Psychologie zur bisherigen und zukünftigen Umsetzung des PEF-Ansatzes in der medizinischen Ausbildung dar.

Zusätzlich zu den Forschungsaktivitäten, über die in diesem Schwerpunkt-Heft informiert wird, sollen beispielhaft auch einige weitere Initiativen genannt sein: Die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen hat durch den Fachbereich Patienteninformation und Patientenbeteiligung im letzten Jahr eine institutionelle Anbindung an das Deutsche Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNebM) erlangt (www.ebm-netzwerk.de). Mehrmals jährlich wird ein Newsletter dieses Fachbereiches gemeinsam mit dem Förderschwerpunkt „Der Patient als Part-

ner im medizinischen Entscheidungsprozess“ herausgegeben. Dieser Newsletter kann über die Internetseite www.patientals-partner.de abonniert werden.

Vieles wurde in den letzten Jahren bereits realisiert, weitere Schritte sind noch zu gehen. Zum Beispiel bleiben Forschungsfragen offen, welche Outcome-Kriterien bei unterschiedlichen Erkrankungsbereichen zur Bewertung des PEF-Modells heranzuziehen sind. Partizipative Entscheidungsfindung kann nicht in allen medizinischen Situationen und bei allen Patienten eingesetzt werden. Aber die Anwendung dieses Modells erbringt sehr wahrscheinlich Vorteile, sofern es in dem Ausmaß eingesetzt wird, in dem Patienten es wünschen. Die Pionierzeit ist verstrichen zugunsten einer Zeit der kleinen, kontinuierlichen Schritte an der Übertragung des Modells in die Regelversorgung. Einer dieser Schritte ist eine stärkere Einbeziehung dieses Themas in Aktivitäten der Fachgesellschaften. Auf dem nächsten gemeinsamen Kon-

gress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) vom 21. bis 23. September 2006 in Leipzig werden Workshops und Vorträge zu diesem Themenbereich stattfinden. Es soll unter anderem ein Lehr-Curriculum für die Medizinische Psychologie vorgestellt werden, um auch auf diesem Weg der Partizipativen Entscheidungsfindung zu weiterer Verbreitung zu verhelfen. In diesem Sinne wünschen wir der aktuellen Tagung in Heidelberg und den folgenden Transferaktivitäten viel Erfolg!



Martin Härter und Andreas Loh
Universität Freiburg

Literatur

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared-decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681–692.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, 651–661.

Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P. & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Education & Counseling*, 43, 5–22.

Frosch, D.L. & Kaplan, R.M. (1999). Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (4), 285–294.

Härter, M. (2004). Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 89–92.

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

Hess, R. (2005). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Die Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses. In M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 63–68). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Loh, A. & Härter, M. (2005). Modellentwicklung zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 13–24). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

O'Connor, A., Stacey, D., Rovner, D., Holmes-Rovner, M., Tetroe, J., Llewellyn-Thomas, H., Entwistle, V., Rostom, A., Fiset, V., Barry, M. & Jones, J. (2004). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001431.

Scheibler, F. (2004). *Shared Decision-Making*. Bern: Verlag Hans Huber.

ZäFQ (2004). *Schwerpunkt Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 89–141.