

J. Hamann<sup>1</sup> · A. Loh<sup>2</sup> · J. Kasper<sup>3</sup> · B. Neuner<sup>4</sup> · C. Spies<sup>4</sup> · W. Kissling<sup>1</sup> · M. Härter<sup>2</sup> · C. Heesen<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München

<sup>2</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Freiburg

<sup>3</sup> Klinik für Neurologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf

<sup>4</sup> Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsmedizin Berlin, Charité – Campus Mitte

# Partizipative Entscheidungsfindung

## Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie

**Unter dem Stichwort Shared Decision Making (partizipative Entscheidungsfindung, PEF) wurde in den letzten Jahren ein Modell der Einbeziehung von Patienten entwickelt und wissenschaftlich untersucht. Die auch in Deutschland zunehmende Bedeutung der Patientenmitbestimmung zeigt sich u. a. in der Formulierung von Patientenrechten [4] wie auch in einem Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) zu Shared Decision Making. Vier der insgesamt 10 geförderten Projekte kommen aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie – ein Hinweis auf die große Relevanz dieses Themas für den nervenärztlichen Fachbereich.**

Aus zahlreichen Studien geht klar hervor, dass eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung ein entscheidendes Kriterium für die Zufriedenheit und das Behandlungsergebnis nervenärztlicher Patienten ist (z. B. [15]). Im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin und der zunehmenden Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Internet und andere Medien haben sich die Rollenerwartung der Patienten

an ihre Ärzte gewandelt. So wird nicht nur erwartet, dass die Ärzte Therapieentscheidungen auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz treffen, sondern die Patienten erwarten zunehmend auch, dass sie umfassend informiert werden und sich an allen wichtigen Entscheidungen beteiligen können.

Eine Möglichkeit, beide Bedingungen zu erfüllen, bietet das Modell des Shared Decision Making (SDM). Im vorliegenden Beitrag soll das Modell des SDM zunächst vorgestellt und anschließend anhand ausgewählter empirischer Literatur genauer hinsichtlich seiner Chancen und ggf. Einschränkungen dargestellt werden. Zuletzt wird auf die Implikationen des Modells für den nervenärztlichen Fachbereich eingegangen, und es werden mögliche Umsetzungsstrategien anhand von vier Modellprojekten zu SDM bei Depression, Schizophrenie, Multipler Sklerose und Substanzmissbrauch erläutert.

### Das SDM-Modell

Die verschiedenen Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung bewegen sich zwischen den Polen des „paternalistischen Modells“, in dem der Arzt alleine

Entscheidungen fällt, und des „Informed (Choice-)Modells“, bei dem die Patienten umfassend informiert werden, dann aber allein entscheiden [12, 38]. Das SDM-Modell nimmt hinsichtlich der Einbeziehung und der Verantwortungsübernahme eine Mittelstellung zwischen diesen beiden Polen ein (■ Tab. 1). Als zusätzliche Zwischenstufe lässt sich u. a. das „Professional-as-agent-Modell“ abgrenzen, in dem Ärzte als Anwälte (Entscheider) für ihre Patienten agieren. Dabei nutzen sie idealerweise ihr Fachwissen, um vom Standpunkt der Patienten aus zu entscheiden [16].

Elwyn und Kollegen schlagen folgende vier Schritte für einen idealtypischen Ablauf einer Konsultation im Sinne des SDM vor [11]:

- gemeinsame Definition des (medizinischen) Problems von Seiten des Arztes und des Patienten,
- Erklärung des Arztes, dass es für dieses Problem mehrere Lösungen gibt, die prinzipiell gleichwertig sind („equipoise“) und erst durch die gemeinsame Vereinbarung von Zielen einer Maßnahme bewertet werden können,

Tab. 1 Das Modell des Shared Decision Making

	Paternalistisches Modell	Shared Decision Making	Informed Choice
Rolle des Arztes	<i>Aktiv:</i> Hat alle Informationen, wählt die Therapie aus, die er für die beste hält	<i>Aktiv:</i> Teilt dem Patienten alle Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit. Kann eine Option empfehlen. Beschließt gemeinsam mit dem Patienten die Therapie	<i>Passiv:</i> Teilt dem Patienten alle Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit. Fällt keine Entscheidung
Rolle des Patienten	<i>Passiv:</i> „Akzeptiert“ den Vorschlag des Arztes	<i>Aktiv:</i> Bekommt alle Informationen. Bildet sich ein Urteil. Bespricht mit dem Arzt seine Präferenzen. Beschließt gemeinsam mit dem Arzt die Therapie	<i>Aktiv:</i> Bekommt alle Informationen. Bildet sich ein Urteil, entscheidet alleine
Verantwortung für die Entscheidung	Beim Arzt	Bei Arzt und Patient	Beim Patienten

- Darstellen verschiedener Behandlungsoptionen und Erklären der zu erwartenden Erfolgsraten bzw. Risiken,
- eigentlicher Entscheidungsprozess.

### Möglichkeiten und Grenzen für SDM

Charles et al. [6] beschreiben SDM vor allem im Kontext chronischer Erkrankungen als sinnvoll, da hier die Beziehung zwischen Patient und Arzt auf längere Zeit hin angelegt ist. Außerdem sei SDM vor allem dann angebracht, wenn mehrere Therapiemöglichkeiten zur Auswahl stehen, die entweder als gleichwertig anzusehen sind oder deren Ausgang bzw. deren Erfolg nicht von vornherein absehbar ist. O'Connor et al. [36] unterscheiden zudem zwischen Situationen, in denen die Evidenz klare Vorteile einer Behandlungsoption bei gleichzeitig geringen Risiken oder Nebenwirkungen nahe legt („effective options“) und Fällen, in denen die Evidenz für eine klare Empfehlung einer Option nicht ausreichend ist bzw. die Behandlung mit Risiken oder Nachteilen behaftet ist („preference sensitive options“).

Im ersten Fall wird ein eher direktes Vorgehen vorgeschlagen, d.h. die Einbeziehung der Patienten dient eher dazu, mögliche Widerstände gegen eine – aus wissenschaftlicher Sicht – sinnvolle Behandlung zu erkennen, zu besprechen und evtl. zu überwinden („motivational

interviewing“). Im zweiten Fall („preference sensitive option“) wird ein nondirektiver Stil empfohlen, mit dem Ziel, die Präferenzen der Patienten festzustellen und gemeinsam mit ihnen eine Option auszuwählen. Ziel ist hierbei, die Qualität der Entscheidungen zu verbessern und eine Überversorgung mit Therapien zu vermeiden. Kritisch mit dem SDM-Konzept setzt sich McNutt [32] auseinander. Er sieht die Partizipation von Arzt und Patient eher in der gemeinsamen Betrachtung und Bewertung von medizinischen Informationen als in der konkreten Entscheidung. Dabei geht er davon aus, dass für einen Großteil medizinischer Entscheidungen keine ausreichende Evidenz vorliegt, um Patienten eine informierte Entscheidung überhaupt zu ermöglichen. Zudem hält er Situationen, in denen ein Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Optionen zu klaren Ergebnissen kommen muss (z. B. klarer Benefit einer Option bei zugleich geringen Risiken), für generell nicht geeignet für SDM. Er sieht den Arzt als Navigator und nicht als den Piloten medizinischer Entscheidungen, der die Entscheidung eines Patienten mit Informationen unterstützt und dafür sorgt, dass Patienten zu individuell vernünftigen Entscheidungen kommen. Diese Kritik stellt die oben genannten Elemente des SDM nicht in Frage. Sie macht jedoch deutlich, dass die Partizipation mehr im *Entscheidungsprozess* als im

letzendlichen Entscheiden für oder gegen eine Maßnahme liegt.

### Voraussetzungen für SDM – Arzt- und Patientenkompetenzen, Entscheidungshilfen

SDM kann allerdings nur gelingen, wenn sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Seiten der Patienten Kompetenzen für und die Bereitschaft zu SDM vorhanden sind. So muss der Arzt nicht nur SDM zulassen und Patienten an Entscheidungen partizipieren lassen, sondern hierfür z. B. eine gute Beziehung zum Patienten aufbauen können und die wissenschaftliche Evidenz für die jeweilige Entscheidungssituation zusammenstellen und den Patienten verständlich machen können [42].

Und der Patient muss wissen, in welchem Ausmaß er überhaupt in therapeutische Entscheidungen einbezogen werden möchte (Partizipationspräferenzen), er muss sich seine Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich der Therapieoptionen bewusst machen und willens und in der Lage sein, mit dem Arzt Entscheidungen auszuhandeln [42].

So genannte Entscheidungshilfen („decision aids“) können ihm dabei seine Aufgabe wesentlich erleichtern. Es handelt sich dabei um unterschiedliche Medien (Informationshefte, Videos, Internetseiten u. a.), die

- den Patienten entscheidungsrelevante Informationen – auch in Form konkreter Zahlen – vermitteln (z. B. zur Häufigkeit von Behandlungsergebnissen oder Nebenwirkungen),
- den Patienten helfen, ihre Präferenzen hinsichtlich verschiedener Entscheidungsoptionen zu klären,
- die Patienten unterstützend durch die verschiedenen Stadien einer Entscheidung begleiten
- und sie dadurch erst zu einer echten Partizipation an der Entscheidung befähigen.

Der Schwerpunkt dieser Entscheidungshilfen liegt dabei auf der Vermittlung von evidenzbasierten Informationen über die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen und die damit jeweils verbundenen Risiko-Nutzen-Verhältnisse. Dazu gehört auch eine quantitative Darstellung

der Nebenwirkungsrate oder der Risiken einer Therapie (möglichst mit graphischer Darstellung des absoluten Risikos) [23].

Entscheidungshilfen unterscheiden sich von gewöhnlichen medizinischen Informationsmaterialien dadurch, dass sie detailliert und personalisiert auf eine spezifische Entscheidungssituation fokussieren und Patienten explizit auf diese Entscheidung vorbereiten [35].

## Empirische Daten zu SDM in der somatischen Medizin

### SDM in der aktuellen Versorgungspraxis

Nach einer Analyse von über 1000 Arzt-Patient-Gesprächen (bei Allgemeinärzten, Internisten, Orthopäden) kommen Bradnock und Kollegen [3] zu dem Ergebnis, dass weniger als 10% der Therapieentscheidungen unter eindeutiger Einbeziehung der Patienten zustande kommen. Patienten verhalten sich in den allermeisten Fällen im Gespräch mit ihrem Arzt passiv [25], und wenn sie sich in die Diskussion um die Therapie einbringen, dann zumeist mit Themen, die nur mittelbar mit medizinischen Entscheidungen zu tun haben. SDM ist also noch nicht im Behandlungsalltag implementiert.

### Erwartungen von Patientenseite

Je nach Art und Setting der Befragung haben Patienten unterschiedlich hohe Partizipationswünsche (z. B. 53% der ambulanten Hypertoniepatienten [41] oder 60% der Patienten in Allgemeinarztpraxen [31] wollen mitentscheiden bzw. präferieren einen partizipativen Konsultationsstil). Die meisten Patienten sehen es als Aufgabe des Arztes an, Diagnosen zu stellen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln („problem solving“). Erst bei der anschließenden Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten möchte der Großteil der Patienten beteiligt werden („decision making“) [9].

Eine fehlende Unterscheidung dieser beiden Schritte führt möglicherweise auch dazu, dass viele Patienten, die SDM nicht kennen, eine aktivere Rolle zunächst nicht wünschen, da sie befürchten, mit

Problemlösung und Entscheidung alleine gelassen und überfordert zu werden [9].

## Einfluss von SDM auf Krankheitswissen, Zufriedenheit mit der Behandlung und biomedizinische Parameter

O'Connor und Kollegen haben den Einfluss von *Entscheidungshilfen* auf verschiedene Outcomeparameter im Rahmen einer Cochrane-Metaanalyse [35] von 36 randomisierten kontrollierten Studien untersucht. Demnach bewirkte der Einsatz von Entscheidungshilfen (im Vergleich zu Routinebehandlung ohne Entscheidungshilfen) ein größeres Wissen der Patienten über ihre Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten, realistischere Erwartungen gegenüber den Therapieoptionen, verminderte Entscheidungskonflikte, einen größeren Anteil an Patienten, die sich aktiv in Entscheidungen einbrachten, und einen geringeren Anteil an Patienten, die unentschieden blieben. Der Einsatz von Entscheidungshilfen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten, die Angst der Patienten vor einer Entscheidung oder den Verlauf von Erkrankungen [35].

Protheroe et al [37] führten mit Patienten eine *individuelle Risikoanalyse* durch (Risiko-Nutzen-Abwägung einer Warfarin-Therapie bei Vorhofflimmern) und kamen zu dem Ergebnis, dass sich danach sehr viel weniger Patienten für eine Warfarin-Therapie entschieden, als es nach gängigen Behandlungsleitlinien empfehlenswert wäre. Entscheidungen, die mit Einbeziehung der Patienten getroffen werden, können sich demnach deutlich von rein leitlinienbasierten Entscheidungen unterscheiden.

Einige Studien sprechen dafür, dass auch das Behandlungsergebnis durch eine stärkere Einbindung der Patienten verbessert werden kann. So zeigten Greenfield et al. [17], dass Diabetespatienten, die vor der Konsultation über die Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden und die die Möglichkeit hatten, Fragen zu diskutieren und sich in die Therapieentscheidung einzubringen („*empowerment*“), bei einer Follow-up-Untersuchung niedrigere HbA<sub>1c</sub>-Werte aufwiesen als Patienten einer Kontrollgruppe.

## Zusammenfassung · Summary

Nervenarzt 2005 · 77:1071–1078  
DOI 10.1007/s00115-005-1950-5  
© Springer Medizin Verlag 2005

J. Hamann · A. Loh · J. Kasper · B. Neuner · C. Spies · W. Kissling · M. Härter · C. Heesen  
**Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie**

### Zusammenfassung

Der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen kommt eine wachsende Bedeutung zu. Das Modell des Shared Decision Making (SDM) ist ein viel versprechendes Konzept der medizinischen Entscheidungsfindung, das versucht, eine Brücke zwischen patientenzentrierter und evidenzbasierter Medizin zu schlagen. Der vorliegende Beitrag stellt das Modell des SDM vor, gibt eine Übersicht zur Studienlage und diskutiert die Implikationen von SDM für den nervenärztlichen Fachbereich vor dem Hintergrund krankheitsspezifischer Besonderheiten.

### Schlüsselwörter

Partizipative Entscheidungsfindung · Patientenautonomie · Compliance · Entscheidungsfindung

### Effects of a shared decision making model in psychiatric and neurologic practice

### Summary

Involving patients in medical decisions is increasingly being advocated in medical fields other than psychiatry and neurology. A model of shared decision making might prove to be an ideal way of bridging the gap between patient-centred and evidence-based medicine. This report provides a survey of this shared decision making model and a discussion of its implications in the fields of mental health and neurology.

### Keywords

Shared decision making · Compliance · Patient autonomy · Decision making

Tab. 2 SDM-Projekte aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie				
Indikation	Depression	Schizophrenie	Substanzmissbrauch	Multiple Sklerose
Universität	Uniklinikum Freiburg	TU München	Universitätsmedizin Berlin, Charité – Campus Mitte	Uniklinikum Hamburg
Setting	Ambulant/Hausarztpraxen	Stationär/Bezirkskrankenhäuser	Rettungsstelle	Universitätsklinikum
Zielgruppe	Patienten mit depressiven Störungen	Patienten mit Schizophrenie	Patienten nach Trauma	Patienten mit MS
Fragestellung	Einfluss des SDM-Programms auf Akzeptanz und Adherence der Patienten sowie auf Behandlungserfolg	Einfluss einer Entscheidungshilfe auf Compliance, Wiederaufnahmeraten und Lebensqualität	Zusammenhang von Partizipationspräferenzen mit Substanzmissbrauch und dem Effekt der Kurzintervention	Effekte von evidenzbasierten (EBM) Patienteninformati- onen auf die Partizipation
Entscheidungssituation	Hausärztliche Depressions- therapie	Wahl des Antipsychotikums	Angebot einer Risikoverhal- tensanalyse	1. Schubtherapie und 2. Immuntherapie
Design	Randomisiert, kontrolliert	Randomisiert, kontrolliert	Randomisiert, kontrolliert	Randomisiert, kontrolliert, untersucherverblindet
Interventionsgruppe	Arztschulungen in SDM, evidenzbasierte Patienten- information, medizinische Entscheidungshilfe	Entscheidungshilfe/Wahl des Antipsychotikums u. a.	Interaktive Risikoanalyse/ schriftliche Kurzintervention	1. EBM-Info und Schulung 2. EBM-Info
Kontrollgruppe	Standardversorgung	Standardversorgung	Standardversorgung	1. Merkblatt 2. Standardinfo der Selbsthil- fegruppen
Patientenzahl	499	133	1044	1. N=120 2. N=280

Insgesamt zeigen die bisher durchgeführten Untersuchungen, dass SDM praktikabel ist und wichtige Parameter (z. B. Krankheitswissen) positiv beeinflusst. Eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse konnte allerdings bis jetzt noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Insbesondere fehlt es hierzu an Langzeitstudien.

### SDM in der Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie

SDM erscheint gerade für Patienten mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen viel versprechend, da:

- es sich häufig um chronische bzw. wiederkehrende Erkrankungen handelt, bei denen eine Einbeziehung beider Parteien (Ärzte und Patienten) in therapeutische Entscheidungen dazu beitragen könnte, gute Langzeitergebnisse zu erzielen,
- für die meisten neuropsychiatrischen Erkrankungen mehrere verschiedene Behandlungsalternativen existieren, die sich teilweise deutlich in ihren Nebenwirkungen unterscheiden,

- Mitbestimmung bei psychiatrischen Therapien von vielen Patienten dringend gefordert wird,
- psychisch Kranke meistens zu Unrecht als „entscheidungsunfähig“ angesehen werden und somit eine wissenschaftlich nachgewiesene Partizipationsfähigkeit auch zur Entstigmatisierung dieser Patientengruppe beitragen könnte.

Dennoch ist SDM bei psychiatrischen Patienten kaum wissenschaftlich untersucht worden [18, 39] und wird auch nur selten in der Regelversorgung praktiziert. So kommt eine Befragung von über 2000 psychiatrischen Patienten in Großbritannien zu dem Schluss, dass zwar fast drei Viertel der Ärzte mit den Patienten die Medikation in irgendeiner Weise besprechen, fast zwei Drittel der Patienten geben aber an, nie in die Auswahl der Medikation mit einbezogen worden zu sein [8]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine deutsche Untersuchung [14], in der Patienten u. a. eine unzureichende Aufklärung über Pharmakotherapie beklagen. Möglicherweise werden zwar große Anstrengungen unternommen, Patienten zu informieren bzw. ihre Compliance zu

verbessern (Psychoedukation u.ä.), ihnen wird aber oft nicht angeboten, selbst mitzuentcheiden.

Auf den ersten Blick scheint SDM im nervenärztlichen Fachgebiet somit einerseits viel versprechend und notwendig zu sein, andererseits gibt es klare Hinweise, dass Patienten noch unzureichend in nervenärztliche Entscheidungen einbezogen werden. Im Gegensatz zur somatischen Medizin mag dieser Widerspruch auch durch die fragliche Entscheidungskapazität psychiatrischer Patienten begründet sein [1].

### Modellprojekte

Wie SDM konkret bei neuropsychiatrischen Indikationen aussehen kann, wird derzeit im Rahmen des BMGS-Förderschwerpunkts „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ untersucht. Diese bundesweite, an alle medizinischen Fachgebiete gerichtete Ausschreibung führte zu dem für unser Fachgebiet erfreulichen Ergebnis, dass von 10 insgesamt bewilligten Modellprojekten 4 aus dem nervenärztlichen Bereich kommen. In den folgenden Beschreibungen der Projekte zum SDM bei De-

pression, Schizophrenie, Multipler Sklerose und Substanzmissbrauch (■ **Tab. 2**) soll gezeigt werden, auf welche Modelle des SDM sich die Studien jeweils beziehen, welche Situationen untersucht werden und wie im Rahmen der Projekte mit problematischen Situationen (z. B. ausgeprägte Psychopathologie der Patienten, unklare Evidenz zu Behandlungsalternativen) umgegangen wird.

## Depressionsbehandlung

Für die Depressionsbehandlung liegen bisher nur wenige Studien zu SDM mit uneinheitlichen Ergebnissen vor. Katon und Kollegen [24] haben mit einem umfassenden Interventionsprogramm, das als einen von mehreren Bausteinen die partizipative Entscheidungsfindung beinhaltet, höhere Behandlungseffekte und geringere Rückfallraten belegen können, wobei der Behandlungseffekt allerdings nicht alleine auf die Patientenbeteiligung zurückgeführt werden kann. Andere Studien zielen unmittelbar auf den Aspekt der Entscheidungsfindung. Überlässt man nach hinreichender Beratung die therapeutische Entscheidung den Patienten (medikamentöse Therapie gegenüber Psychotherapie), dann führt dies nicht zu besseren Behandlungsergebnissen der Depression [2], jedoch zu einer besseren Akzeptanz und zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass eine Therapie in Anspruch genommen wird [10]. Zum Bedürfnis mehr oder weniger schwer depressiver Patienten hinsichtlich der Beteiligung an der medizinischen Entscheidung berichten Collins et al. [7], dass depressivere Patienten offenbar eher dazu neigen, medizinische Entscheidungen mit ihren Angehörigen zu besprechen, als weniger depressive Patienten.

Im Projekt an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg (■ **Tab. 2**) wird im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) in der hausärztlichen Depressionsbehandlung implementiert und evaluiert. Die Intervention besteht aus einer PEF-spezifischen Fortbildungsreihe für die Hausärzte [29] und in evidenzbasierten Patienteninformationen und einer Entscheidungshilfe für

Patienten. In die Studie wurden 30 Hausärzte und 499 Patienten mit depressiven Störungen einbezogen. Die untersuchten Patienten zeigten – weitgehend unabhängig von der Schwere der Symptomatik – Interesse an der Beteiligung an medizinischen Entscheidungen [28]. Nach Schulung der Hausärzte und mit den ausgegebenen Patientenmaterialien wurden die Patienten stärker bei medizinischen Entscheidungen einbezogen. Die Akzeptanz der Diagnose, die Akzeptanz der Behandlung und die Zuverlässigkeit der Einnahme der Medikamente waren nach der Intervention größer als zum Zeitpunkt vor der Intervention. Auch der Behandlungserfolg der hausärztlichen Depressionsbehandlung ist nach der Intervention angestiegen. Bei denjenigen Patienten, die bei Behandlungsentscheidungen stärker beteiligt wurden, konnten bessere Behandlungsergebnisse erreicht werden.

## Schizophrenie

In dem Projekt der Psychiatrischen Klinik der TU München (■ **Tab. 2**) wird SDM bei stationär behandelten Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie evaluiert. In einer randomisierten kontrollierten Studie wird der Effekt einer Entscheidungshilfe u. a. auf Patientenzufriedenheit und Compliance untersucht. Als Entscheidungen stehen dabei die Auswahl des Neuroleptikums sowie die Durchführung psychoedukativer oder soziotherapeutischer Maßnahmen im Vordergrund. Grundidee dabei ist, dass angesichts ähnlicher Wirksamkeit der verschiedenen Antipsychotika das Nebenwirkungsprofil der einzelnen Substanzen ein entscheidendes Auswahlkriterium darstellt. Die Wahl des „kleineren Übels“ (z. B. Gewichtszunahme oder extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen) erfolgt hier unter Beteiligung der Patienten, da die Patienten die zu erwartenden Nebenwirkungen subjektiv unterschiedlich bewerten. Es wird erhofft, dass Patienten ein Antipsychotikum zuverlässiger und länger einnehmen, wenn sie bei seiner Auswahl mitbestimmen konnten.

Neben den Hauptfragestellungen (Compliance, Wiederaufnahmerate, Patientenzufriedenheit) versucht die Untersuchung auch herauszufinden, bei welchen

Patienten bzw. welchen Behandlungssituationen SDM besonders sinnvoll ist.

Erste Auswertungen der noch laufenden Studie zeigen, dass Patienten mit Schizophrenie ein etwa gleich hohes Partizipationsbedürfnis zeigen, wie somatisch oder depressiv Erkrankte. Patienten, die medikamentöser Behandlung negativ gegenüber standen, jüngere Patienten und Patienten, die Erfahrungen mit unfreiwilliger Behandlung hatten, hatten signifikant höheres Interesse an einer Mitbestimmung. Die Krankheits schwere, das Krankheitswissen und die Dauer der Erkrankung beeinflussten das Mitbestimmungsbedürfnis nicht [20]. Aus Sicht der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals wurde ein Großteil der Patienten als „partizipationsfähig“ eingestuft [19]. Das deckt sich mit Voruntersuchungen, die belegen, dass Patienten mit Schizophrenie Informationen fast ebenso gut verarbeiten können, wie gesunde Kontrollpersonen, wenn diese ihnen adäquat präsentiert werden [5].

## Multiple Sklerose

SDM erscheint bei der Therapie der Multiplen Sklerose besonders sinnvoll, da aufgrund der uneindeutigen Datenlage zur Kortisontherapie [26] und angesichts der nur partiellen Wirksamkeit der Immuntherapie verschiedene therapeutische Vorgehensweisen sinnvoll sein können.

In Vorstudien konnte gezeigt werden, dass bis zu 75% der Patienten aktiv mitentscheiden möchten [22] und die Fähigkeit von MS-Patienten, Risikokalkulationen durchzuführen, durch das Üben mit entsprechenden Krankheitsinformationen signifikant erhöht werden kann [21].

In der randomisierten, kontrollierten Studie „Evidenzbasiertes Selbstmanagement in der Schubtherapie der MS“ (EBSIMS) der Neurologischen Klinik UKE Eppendorf wird gegenwärtig untersucht, wie sich eine Entscheidungshilfe und eine 4-stündige Schulung auf Therapieentscheidungen in der Schubbehandlung auswirken. Dazu werden 120 MS-Patienten über 2 Jahre regelmäßig befragt, ob und welche Therapie erfolgt und wie die Entscheidungen konkret gefällt werden. In einer weiteren Studie „Informed shared decision making in MS immuno-

therapy“ (ISDIMS) werden die Effekte einer evidenzbasierten Patienteninformation auf die Entscheidung für oder gegen eine Immuntherapie bundesweit geprüft. Die Evaluation findet hier telefonisch und postalisch statt. Bei dieser Studie steht vor allem der Entscheidungsprozess (Kommunikation, Partizipationspräferenzen, erlebte Ungewissheit) im Zentrum des Interesses.

Ferner werden in diesem Projekt Patienten als Patientenberater geschult. Sie lernen dabei u. a. Informationen (insbesondere wissenschaftliche Publikationen) kritisch zu bewerten und diese Fähigkeit an andere Patienten weiterzugeben.

### Substanzmissbrauch

Patienten mit akuten Alkoholintoxikationen und Patienten mit Abhängigkeitsyndromen (Alkohol, Nikotin, Cannabis) sind besonders gefährdet, Unfälle zu erleiden [27, 30, 40]. Da insbesondere für junge Patienten Rettungsstellen oft der einzige Kontakt zum Gesundheitssystem sind, bietet sich dieses Setting für Kurzinterventionen zur Sekundär- und Tertiärprävention an.

Vor diesem Hintergrund wurde in der „Lebensstil-Studie“ der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Patienten ein computergestütztes Screening hinsichtlich ihres Substanzmissbrauchs („gefährlicher Alkoholkonsum, Rauchen und Drogenkonsum“) angeboten, und es wurden ihre Partizipationspräferenzen [13] erhoben (■ **Tabelle 2**). Ziel der Studie war es, zu prüfen, ob die Autonomiepräferenzen der Patienten mit dem Substanzmissbrauch der Patienten und dem Ergebnis der schriftlichen Intervention assoziiert waren. Nach einem computergestützten Screening erhielt die Hälfte der Patienten randomisiert einen „tailored brief advice“, der die Patienten nichtkonfrontativ über die Risiken ihres Substanzmissbrauchs aufklärte und ihnen Lösungsoptionen und Angebote für Beratung und Hilfe anbot. Über 12 Monate wurde die Entwicklung ihres Substanzmissbrauchs evaluiert. Von insgesamt 1044 in der Rettungsstelle untersuchten Patienten wiesen 175 (17%) einen gefährlichen Alkoholkonsum auf, 490 (47%) waren Raucher und 229 (22%)

hatten innerhalb des letzten Jahres Drogen konsumiert [34]. Es zeigt sich, dass Raucher signifikant weniger an medizinischen Entscheidungen beteiligt werden wollten, als Patienten ohne Substanzmissbrauch ( $p < 0,001$ ) [34], und dass „Rauchen“ eine signifikante Prädiktor für ein „loss-of-follow-up“ im 12-monatigen Nachbefragungszeitraum war [33].

### Zusammenfassung – Ergebnisse der Modellprojekte

Aus den bisherigen Ergebnissen der 4 Modellprojekte lassen sich zum einen bereits jetzt positive Schlüsse auf die Umsetzbarkeit von SDM im Bereich Neurologie/Psychiatrie ziehen. So stößt das Modell auf hohe Akzeptanz sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der beteiligten (Studien-)Ärzte. Partizipationsinteressen bestehen offenbar bei depressiv wie auch schizophren Erkrankten weitgehend unabhängig von der aktuellen Symptomatik und ein Großteil der hospitalisierten Patienten mit Schizophrenie wird aus Sicht ihrer Behandler als entscheidungskompetent eingestuft. Durch relativ einfache Interventionen lassen sich zudem Verbesserungen im Verständnis von Risikoinformationen erreichen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich etwaige Befürchtungen, SDM würde zu einer Verunsicherung nervenärztlicher Patienten oder gar zu einer Verkomplizierung der Konsultationen führen, nicht bestätigen lassen. Somit ist SDM sicher ein Modell, das zur Entstigmatisierung und zum Empowerment von Patienten beitragen kann, denen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen Mitentscheiden bisher selten zugehört wurde.

Klärungsbedarf besteht hingegen weiterhin bezüglich einer krankheitsspezifischen Adaptation des Modells. So ist unklar, ob depressive Patienten trotz bestehenden Partizipationsinteresses auch tatsächlich Entscheidungen mitverantworten möchten, bzw. was akut psychotischen Patienten angeboten werden kann, deren Ärzte sie nicht für partizipationsfähig halten. Das Hauptaugenmerk weiterer Auswertungen und Untersuchungen sollte jedoch darauf gerichtet sein, ob SDM tatsächlich auch zu Verbesserung der Be-

handlungsergebnisse bzw. der längerfristigen Patientenzufriedenheit führt.

### Fazit für die Praxis

**Der klinisch tätige Arzt wird zunehmend mit Partizipationswünschen von Patientenseite konfrontiert werden. SDM ist ein – auch im neuropsychiatrischen Bereich – praktikables Modell, diesen Wünschen entgegenzukommen. Durch das Teilen der relevanten Informationen und auch der Entscheidungshoheit bietet es die Möglichkeit, die Mitbestimmung der Patienten bei wichtigen Entscheidungen zu fördern, ohne sie mit dem Prozess bzw. der Verantwortung für die Entscheidungen alleine zu lassen. SDM wird sich aber nur dann in der Routineversorgung durchsetzen, wenn es gelingt,**

- **umfassende und laienverständliche Materialien (Entscheidungshilfen) für die jeweiligen Entscheidungen zu entwickeln,**
- **praktikable Kurrikula für die Schulung von Ärzten und Pflegepersonal anzubieten und**
- **generell das Empowerment neuropsychiatrischer Patienten zu fördern.**

### Korrespondierender Autor

**Dr. J. Hamann**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München  
Möhlstraße 26, 81675 München  
j.hamann@lrz.tum.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

### Literatur

1. Bauer A, Vollmann J (2002) Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken: Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. *Nervenarzt* 73:1031–1038
2. Bedi N, Chilvers C, Churchill R et al. (2000) Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry* 177:312–318
3. Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM et al. (1999) Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 282:2313–2320

Hier steht eine Anzeige.



4. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. <http://www.bmgs.bund.de>.
5. Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC et al. (2000) Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 57:533–538
6. 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). *Soc Sci Med* 44:681–692
7. Collins M, Crowley R, Karlawish JH et al. (2004) Are depressed patients more likely to share health care decisions with others? *J Palliat Med* 7:527–532
8. Corry P, Hogman G, Sandamas G (2001) That's just typical. National Schizophrenia Fellowship, London
9. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J (1996) What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 156:1414–1420
10. Dwight-Johnson M, Unutzer J, Sherbourne C et al. (2001) Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? *Med Care* 39:934–944
11. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 50:892–899
12. Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267:2221–2226
13. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA (1989) Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 4:23–30
14. Fährdrich E, Smolka M (1998) Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. *Psychiatr Prax* 25:72–75
15. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23:637–651
16. Gafni A, Charles C, Whelan T (1998) The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 47:347–354
17. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE et al. (1988) Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 3:448–457
18. Hamann J, Leucht S, Kissling W (2003) Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 107:403–409
19. Hamann J, Langer B, Kalbhenn E et al. (2004) Shared Decision Making—vom Modellprojekt zur Implementierung. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 98:115–119
20. Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. (2005) Do patients with schizophrenia wish to be involved in medical decisions? *Am J Psychiatry* (in press)
21. Heesen C, Kasper J, Busche J et al. (2003) Risk communication in multiple sclerosis: information needs, autonomy preferences and effects of an evidence-based information. In: The second International Shared Decision Making Conference, University of Wales, 2–4 September 2003
22. Heesen C, Kasper J, Segal J et al. (2004) Autonomy preferences, knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 10:643–650
23. Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V et al. (2001) Patient choice modules for summaries of clinical effectiveness: a proposal. *BMJ* 322:664–667
24. Katon W, Rutter C, Ludman EJ et al. (2001) A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 58:241–247
25. Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J et al. (2000) Antihypertensive treatment and patient autonomy—the follow-up appointment as a resource for care. *Patient Educ Couns* 40:39–49
26. Köpke S, Heesen C, Kasper J et al. (2004) Steroid treatment for relapses in multiple sclerosis—the evidence urges shared decision-making. *Acta Neurol Scand* 110:1–5
27. Leistikow BN, Martin DC, Samuels SJ (2000) Injury death excesses in smokers: a 1990–95 United States national cohort study. *Inj Prev* 6:277–280
28. Loh A, Kremer N, Giersdorf N et al. (2004) Informations- und Partizipationspräferenzen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 98:101–107
29. Loh A, Meier K, Simon D et al. (2004) Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt* 47:977–984
30. Longo MC, Hunter CE, Lokan RJ et al. (2000) The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured drivers and their role in driver culpability: Part I: the prevalence of drug use in drive the drug-positive group. *Accid Anal Prev* 32:613–622
31. McKinstry B (2000) Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 321:867–871
32. McNutt RA (2004) Shared medical decision making: problems, process, progress. *JAMA* 292:2516–2518
33. Neuner B, Neumann T, Weiß-Gerlach E et al. (2004) Predictors for loss of follow-up in young trauma patients in an inner-city emergency department. HPH-Konferenz 2004, Moskau
34. Neuner B, Neumann T, Weiß-Gerlach E et al. (2004) Substanzmissbrauch und Präferenzen hinsichtlich einer „Partizipativen Entscheidungsfindung“ bei Patienten einer chirurgischen Rettungsstelle. 15. Wissenschaftliche Tagung der DG Sucht in Essen
35. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V et al. (2003) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* CD001431
36. O'Connor AM, Legare F, Stacey D (2003) Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ* 327:736–740
37. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA et al. (2000) The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 320:1380–1384
38. Quill TE, Brody H (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 125:763–769
39. Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003) Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Soz Präventivmed* 48:11–23
40. Spies C, Tonnesen H, Andreasson S et al. (2001) Perioperative morbidity and mortality in chronic alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res* 25:1645–1705
41. Strull WM, Lo B, Charles G (1984) Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 252:2990–2994
42. Towle A, Godolphin W, Greenhalgh T et al. (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making: Competencies for informed shared decision making. *BMJ* 319:766–771