

## Schwerpunkt

# Shared Decision-Making und Kommunikationstheorie: „Grounding the tango“

Jürgen Kasper<sup>1,\*</sup>, France Légaré<sup>2</sup>, Fülöp Scheibler<sup>3</sup>, Friedemann Geiger<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Gesundheitswissenschaften, MIN Fakultät, Universität Hamburg

<sup>2</sup>Department of Family and Emergency Medicine, Université Laval, Québec, Québec Canada

<sup>3</sup>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln

<sup>4</sup>Tumorzentrum, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

<sup>5</sup>Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

## Zusammenfassung

Das *shared decision making* (SDM)-Modell hat das Potential, längst überholte Rollenverteilungen im Gesundheitswesen zu überwinden, bleibt bisher aber in einer traditionellen Epistemologie verhaftet. Das ist am rudimentären Entwicklungsstand der Messmethoden ablesbar sowie daran, dass trotz vordergründiger Partnerschaftlichkeit der Arzt im Konzept sein Informationsmonopol doch behält. Eine zeitgemäße Epistemologie hätte Vorteile für das Verständnis und die Operationalisierung von SDM. Dazu werden seine definitorischen Bestandteile einer erkenntnis- und kommunikati-

onstheoretischen Analyse unterzogen. Demnach entsteht Information in einem sozialen Konstruktionsprozess. Auch die Gestaltung der interpersonellen Beziehung stellt keine statische Bedingung dar, sondern etabliert sich im Gespräch von Interaktion zu Interaktion. Als Indikatoren für das *sharing* im SDM bieten sich daher Konstrukte an, die dyadische Prozesse fokussieren. Hierzu empfehlen sich Theorien und Methoden aus dem interpersonellen Paradigma.

**Schlüsselwörter:** Entscheidungsfindung, Kommunikation, Arzt-Patient Beziehung, Ungewissheit, Interpersonale Beziehungen

## Shared decision-making and communication theory: Grounding the tango

### Summary

Shared decision-making (SDM) has the potential to overcome outdated social role models in the health care system. The concept, however, adheres to archaic epistemological assumptions as can be inferred from the rudimentary stage of the measurement methods used and from the informa-

tion monopoly that the physician still holds in this concept. Advantages of an up-to-date model of knowledge for understanding and operationalising SDM are outlined. To this purpose, essential definitions of the concept are reflected in terms of epistemology. Accordingly, information emerges

\*Korrespondenzadresse: Dr. phil. Jürgen Kasper, Universität Hamburg, MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-King Platz 6, 20146 Hamburg.  
Tel.: +49 40 42838 7231; fax: +49 40 42838 3732.  
E-Mail: [k@sper.info](mailto:k@sper.info) (J. Kasper).

through a process of social construction. Likewise, interpersonal relations do not represent a static condition; rather, they develop anew with each interaction. Therefore, constructs suitable to focus on dyadic interaction pro-

cesses can be used as indicators of *sharing* in SDM. Theories and methods of the interpersonal paradigm are advocated.

**Key words:** decision making, communication, physician-patient relation, uncertainty, interpersonal relations

## Einleitung

Shared decision making (SDM, deutsch = Modell der geteilten Entscheidungsfindung) bezeichnet das Modell, mit dem der über Jahrhunderte tradierte Stil einer asymmetrischen Kommunikation zwischen Arzt und Patient überwunden werden soll. Das Konzept entspricht jüngeren Veränderungen im Rollengefüge des sozialen Systems Gesundheit, z. B. bezogen auf die Rollenpräferenzen der beteiligten Parteien oder bezogen auf die Zugänglichkeit von relevanten Fachinformationen. Dem Modell nach beschränkt sich das Geschehen in der Arzt-Patient-Dyade (AP-Dyade) nicht auf den Austausch von Beziehungsbotschaften, sondern verfolgt (inhaltlich) das Kernziel der evidenzbasierten Medizin, nämlich die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz für den Patienten zu erschließen und für dessen Entscheidungen nutzbar zu machen.

In einem diskursartigen Prozess begegnen sich dabei zwei unterschiedliche Arten von Information, solche aus dem Geltungsbereich für Populationen, wie z. B. Aussagen zur Wirksamkeit eines Medikaments, und persönliche Erfahrungen oder Vorlieben. Der Prozess ist ergebnisoffen und lässt sich theoretisch und methodisch nicht mit dem klassischen Sender-Empfänger-Modell fassen. Dieser Beitrag soll zeigen, inwiefern das Konzept noch in einer traditionellen Epistemologie verhaftet ist. Epistemologie bezeichnet die Überzeugungen über die Qualität und Struktur von Wissen und Erkenntnis. Ein traditionelles Verständnis von Wissen äußert sich z. B. darin, dass das im Paternalismus gepflegte Expertenmonopol auf der Definition des relevanten Wissens in einer veränderten Kommunikationschoreographie im SDM-Konzept persistiert. In einem

zeitgemäßen Verständnis kann wissenschaftliche Erkenntnis nicht länger als sicher, stabil oder als für den Experten allein zugänglich gelten. Mit diesem Artikel wollen wir die Diskussion über das SDM-Konzept inspirieren, indem wir seine einzelnen Bestandteile epistemologisch reflektieren. Gemäß der von vielen Autoren verwendeten initialen Definition von Charles [1] kann SDM als ein gegenseitiger Austausch (*two way exchange*) von Information zwischen den an einer medizinischen Entscheidung beteiligten Parteien beschrieben werden. Darin enthalten sind die Begriffe *Information*, *Transfers auf dem Wege eines gegenseitigen Austauschs* und als dritter Bestandteil *Prozess*, als der sich eine Entscheidung darstellt, zu der beide Parteien beitragen. So weit wir wissen, erfuhr diese eher abstrakte Definition bisher keine weitere für eine Anwendung in Forschung und Praxis geeignete Konkretisierung.

## Information in der medizinischen Risikokommunikation

Die auszutauschende Information ist alles andere als trivial, sondern vielmehr komplex und meist mehrdeutig. Sogar Ärzten fällt es schwer, probabilistische Erklärungen korrekt zu interpretieren [2,3]. Umso mehr sind Patienten mit der Verarbeitung dieser Art Information ge(über)fordert, sind sie doch emotional in die sie selbst betreffenden Entscheidungen involviert [4]. Eine genauere Betrachtung der Risikoinformation zeigt, dass ihr eigentlicher Gegenstand nicht Daten zu Wahrscheinlichkeiten von Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen, sondern *Ungewissheit* ist. Diese liegt im Fehlen von Evidenz, die zum gründlichen

Abwägen medizinischer Entscheidungen herangezogen werden könnte. Ungewissheit liegt auch in der Uneindeutigkeit und Widersprüchlichkeit verschiedener Informationen oder in der Schwierigkeit, eine bestehende wissenschaftliche Beweislage auf den Einzelfall anzuwenden. Ungewissheit liegt auf beiden Seiten der AP-Dyade in der Auswahl einer unter mehreren denkbaren Behandlungsoptionen [4,5]. Ungewissheit wird in der Literatur zu SDM zwar verschiedentlich thematisiert [6–9]; allerdings wird ihr Auftreten entweder als Ausschlusskriterium für SDM [7] oder als unglücklicher Zustand beschrieben, den man vermeiden sollte [8]. In unserem Verständnis ist Ungewissheit weder eine störende Randerscheinung, noch etwas, was immer durch Erklärungen aufgelöst werden kann. Ungewissheit – nicht das gesicherte Wissen um die relevanten Entscheidungskriterien – bedeutet beiden Parteien die Antriebsfeder für deren Beteiligung in der Kommunikation [5]. Der Fall einer jungen Frau, der kürzlich eine Multiple Sklerose (MS) diagnostiziert wurde, kann diese Sichtweise illustrieren. Ihre Diagnose basiert auf einem einzelnen Schub-Ereignis und zwei Kernspinbildern im Abstand von vier Wochen. Die Diagnose trifft sie wie ein Schlag. Dabei gibt es über die Diagnose hinaus wenig, was man ihr mit Sicherheit sagen kann. In der nun folgenden Erörterung der Möglichkeit einer frühen Immuntherapie geht es darum, diese Entscheidung unter Berücksichtigung all dessen zu treffen, was noch ungewiss ist: ob, wann und wie oft die Frau weitere Schübe erleiden wird, und, ob sie zu denjenigen MS-Patienten gehört, deren Beweglichkeit zunehmend beeinträchtigt sein wird, und ob sie unter denjenigen 10 bis 20 Prozent aller Patienten in einer der ihren vergleichbaren Situation gehört, denen eine Immuntherapie helfen würde. Noch weniger

gewiss ist ein langfristiger Vorteil eines frühen Beginns einer Immuntherapie. Von einem eher abstrakten Blickwinkel aus betrachtet liegt die initiale Motivation, miteinander in Kommunikation zu treten, also nicht im Vorhandensein von Information sondern in der Ungewissheit, die eine der beiden Parteien wahrnimmt. Passend zu dieser Sichtweise lieferte Shannon 1948 eine treffliche Definition von Ungewissheit im Kontext einer mathematischen Kommunikationstheorie [10]. Er definierte *Information* als die Ungewissheit, die in einer endlichen Sequenz von Signalen liegt bzw. – allgemeiner formuliert – in deren Verteilung.

## Wie Information entsteht

Entwickler von Interventionen zur Förderung von Patientenbeteiligung definieren *Information* als Wissen oder Daten, die auf dem Wege eines linearen Transfers von einem Sender zu einem Empfänger übermittelt werden. Dieser Gebrauch von *Information* geht mit der Vorstellung einher, die Information bleibe vom Transfer unverändert und sei anschließend in derselben Form wie ursprünglich beim Sender auf der Seite des Empfängers repräsentiert. Diese Annahme geht auf ein digitales Informationsmodell zurück, in dem Störungen und Verzerrungen nicht vorgesehen sind und dem Rezipienten einer von zwei Zuständen aufgezwungen wird: er versteht, oder er versteht nicht. Die in einem kürzlich erschienenen Review zur theoretischen Fundierung von Entscheidungshilfen formulierte Position lässt mehr Spielraum für Partizipation: „*people make decisions . . . by attending selectively to external information to create an internal, mental representation of the decision context or problem.*“ und „*. . . it is the mental representation that is evaluated to reach a decision, not the information originally provided*“ [11]. Die Idee einer verantwortlichen Beteiligung setzt ‚Handlungsfreiheit‘ voraus [12]. Die Handlung entspricht in unserem Zusammenhang der Rezeption durch den ‚Empfänger‘. Die folgende Definition von Information scheint der

Idee von Beteiligung eher angemessen, insofern dem Informationsempfänger eine aktive Rolle zugeschrieben wird: „*I can never be sure what the meaning is that you read into my words, because what moves from me to you are signals and not the meanings of signals. This is to me the basic fact of communication. As long as you use something like signals that run in a channel, you have to have a code to turn the signals into meaning.*“ [13]. Die im oben angeführten Zitat enthaltenen Annahmen begründeten eine ganze Kommunikationstheorie. In diesem Kontext werden Information und Realitätskonstruktion als selbstorganisierend und aus diesem Grund als nicht instruierbar betrachtet. Die Rezeption externen Wissens setzt eine passende kognitive Struktur auf Seiten des Rezipienten voraus. Von Foerster, den man als einen der Gründungsväter des Konstruktivismus bezeichnet, definiert Kommunikation als eine Art individuellen Prozess der Sinn-Konstruktion: „*The world is full of signals, but there is no information around.*“ [12]. Die Ideen sind nicht neu und in vielen anderen Kommunikationskontexten längst implementiert. Gerade aber der probabilistische Charakter des Gegenstands von SDM bietet sich für ein Verständnis der AP-Kommunikation als kooperative Konstruktion von Wirklichkeit an. Die Theorie vermittelt außerdem, was mit *Prozess* in der Definition von Information gemeint ist. Im Unterschied zum rezeptiven, statischen und digitalen Begriff von *Information* in der SDM-Literatur besteht eine bemerkenswerte Implikation der konstruktivistischen Sichtweise darin, Information als abhängig von der individuellen kognitiven Struktur ‚des Beobachters‘ zu verstehen. So gesehen können dieselben Signale (z. B. Angaben von Häufigkeiten) verschiedene Bedeutungen annehmen.

## Information als Ergebnis eines sozialen Prozesses

Wenn sich schon *Information*, der basale Parameter in der Risikokommunikation, als ein schwer zu kontrollierender Prozess darstellt, was haben wir

uns dann unter einem Austausch (vgl. „exchange“ [1]) von Information vorzustellen? Bzw. wie kann Kommunikation unter diesen Voraussetzungen gelingen? Beim Transfer konstruktivistischer Epistemologie zur sozialen Erfahrungswelt hilft die Theorie sozialer Systeme bei der Konzeption der sozialen Dimension des oben beschriebenen kognitiven Prozesses [14]. Danach ist *Austausch* der soziale Prozess der Entwicklung von Information in der Dyade, eine kooperative Erfindung. D.h. die Information entsteht erst aus der Interaktion, während sie in einem mechanistischen Verständnis von SDM schon beidseits fertig besteht [15]. Das Fehlen von Gewissheit über die korrekte Interpretation empfangener Signale setzt nicht nur innerpsychisch einen Prozess der Konstruktion von Bedeutungen in Gang, sondern auch auf (und zwischen) beiden Seiten. Die Interpretation einer konkreten kommunikativen Aktion, die Umwandlung des Signals in Bedeutung, ist eine kontingente Auswahl. D. h. sie wird aus einer großen Zahl möglicher Alternativen herausgegriffen. Mit dieser Festlegung ist der Prozess aber nicht abgeschlossen, sondern erfordert zu deren kommunikativen Validierung hochfrequent koordiniertes Feedback [14,16]. Weil es unwahrscheinlich ist, dass die situationsbezogenen Definitionen auf beiden Seiten identisch sind, kann Konsens nicht autoritär forciert werden. Wesentlich in diesem epistemischen Kooperationsprozess – und ebenso wenig statisch – ist die Dimension der interpersonalen Beziehung.

## Die interpersonale Information in der Risikokommunikation

Die interpersonale Beziehung ist eine subtile und dynamische Abfolge von Ereignissen und wird mit einer jeden Interaktion in einem Kommunikationsprozess erneut etabliert [17]. Obwohl im Bereich der Medizinkommunikation bisher vernachlässigt, stehen Theorie und Messmodelle aus dem interpersonalen Paradigma bereits zur Verfügung [18–20]. Interpersonales Verhal-

ten war Gegenstand einer großen Zahl von Studien, welche sich auf die Konstrukte des interpersonalen Zirkels bezogen [18]. Es wird dabei angenommen, dass die Aushandlung der Beziehungsdefinition in dyadischen Interaktionen mit verbalen und nonverbalen Zeichen erfolgt, die als (interpersonale) Variablen in einem zweidimensionalen Raum (definiert durch die Dimensionen Kontrolle und Affekt) angeordnet sind. Mikroprozesse der Kommunikation auf der Beziehungsebene können diesem Modell entsprechend sehr präzise erfasst werden [18–20]. Die soziale Gleichberechtigung von Arzt und Patient ist wichtiges Kriterium im SDM [1,22] und erfordert daher einen interpersonalen Fokus in der Konzeption und Messung [16,23–25]. Von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen [23–26] wurde der Beziehungsdynamik in der SDM-Literatur allerdings keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Allenfalls wurde die Beziehungsgestaltung ebenso mechanisch und damit artifiziell definiert wie der inhaltliche Informationsprozess (vgl. „Arzt und Patient klären die Aufteilung der Rollen im Gespräch“ [27]).

## Implikationen für die Evaluierung von SDM

Bis hierhin sollte deutlich geworden sein, dass *Information* im Verständnis des Konstruktivismus, der Theorie sozialer Systeme und der interpersonalen Theorie als Prozess definiert ist. In dieser Hinsicht stellt Information nicht länger eine statische Gegebenheit dar, sondern erwächst aus gegenseitigem Austausch in einer sozialen Sinnkonstruktion. Die gebräuchlichen Strategien und Instrumente zur Evaluation der Kommunikation in der klinischen Praxis tragen diesen Aspekten keine Rechnung und können daher das Ausmaß des *sharing* in der AP-Kommunikation nicht anzeigen [15]. Stattdessen wird SDM – wenn nicht über das Gefühl von Vertrauen oder Einbezogenheit auf Patientenseite – über das beobachtbare ärztliche Verhalten beurteilt [27]. Dabei kann auch ein beobachtungsbasiertes Verfahren nur bis zu dem Grade valide sein,

in dem die ärztlichen Bemühungen um Beteiligung des Patienten von diesem auch korrekt interpretiert werden. Daher zeigen entsprechende Daten möglicherweise wenig vom tatsächlich stattfindenden Prozess. Ein Neurologe berichtete uns im Tiefeninterview im Rahmen einer qualitativen Studie umfassend von Inhalt und Verlauf der Beratung einer MS-Patientin. Wir gewannen den Eindruck, der Neurologe habe die Entscheidung über die Frage einer Immuntherapie kunstvoll gestaltet. Indes erfuhren wir im Interview mit der Patientin, dass sie über mögliche Behandlungen ihrer MS-bedingten Blasenfunktionsstörung beraten worden sei. An eine Entscheidung über eine Immuntherapie konnte sie sich kaum erinnern. Dieses fundamentale Missverständnis wäre jedem der existierenden Messinstrumente entgangen. Die Beurteilung von SDM aus Sicht einer der Parteien oder eines objektiven Beobachters – so wie sie gegenwärtig Praxis ist – scheint im Regelfall ihr Ziel zu verfehlen. In einer ganzen Reihe von Studien, die simultan mehrere SDM-Maße zur Anwendung brachten, wurden entsprechende Inkonsistenzen berichtet. Zwischen Beurteilungen durch Beobachter und solchen durch die Patienten bzw. zwischen Patienten und Ärzten wurden geringe oder sogar gar keine Korrelationen gefunden [28–32]. Solche Inkongruenzen limitieren die Validität entsprechender Messversuche, während sie auf das zentrale Moment verweisen. Die Frage lautet nicht: Welche Beurteilung ist berechtigt/gültig? sondern: Inwieweit gelingt den Parteien eine konsensuelle Sinnkonstruktion? Es fehlt noch immer ein entsprechender Messansatz, der diesen naheliegenden Aspekt operationalisiert oder z. B. die Responsivität des Arztes gegenüber dem Patienten einbezieht [25,33,34]. Die AP-Dyade wurde als logische Evaluationseinheit für SDM bisher kaum berücksichtigt [35], obwohl nützliche studienmethodische und datenanalytische Ansätze zur Untersuchung von Dyaden existieren [35][36]. So können interpersonale Konstrukte, z. B. *Interdependenz* oder *Konkordanz* zur Abbildung des Prozesscharakters der SDM-Methode herangezogen werden, um damit das Konzept im Kontext ei-

ner reichen Forschungstradition zu etablieren [18–21]. Zwei kürzlich erschienene Studien zum Entscheidungskonflikt bzw. zur allgemeinen Wahrnehmung der Sprechstundenkommunikation zeigten, wie beidseitig erhobene Daten mit dyadischen Analysemethoden fruchtbar zur prozessbezogenen Evaluation von SDM verwendet werden können [37,38].

## Implikationen für die Praxis

Anhand einiger Beispiele soll nun näher beleuchtet werden, was es bedeuten würde, SDM auf die Basis einer zeitgemäßen Epistemologie zu stellen. 1. Zunächst schlagen wir eine Gleichbehandlung der verschiedenen kommunikativen Tauschgüter im Arzt-Patient-Gespräch vor. Sowohl Werthaltungen und Präferenzen (des Arztes oder des Patienten) als auch fachlicher Input haben den Stellenwert von Information. Für beide Arten von Information gilt, dass sie im Gespräch kaum frei von Verzerrungen erscheinen können. Um diesen Umstand transparent und besser abschätzbar zu machen, sollte daher möglichst die Herkunft einzelner Informationen und Empfehlungen mitgeteilt werden. 2. Da SDM letztlich auf die Entscheidung des Patienten abzielt, befinden sich die Parteien nicht in symmetrischen Positionen. Statt der Kommunikation eine kosmetische Anmutung von Gleichberechtigung zu geben, sollte daher ein beidseitiges Bemühen um Klarheit darüber stattfinden, ob der Arzt auch den Standpunkt des Patienten verstanden hat. Fragen können bei dieser Aufgabe wirkungsvolle Interventionen darstellen. Zur Eröffnung einer Diskussion über die Wirksamkeit einer Behandlung mit Hilfe eines Hunderter-Piktogramms könnte der Arzt fragen: „Welche der 100 Figuren im Diagramm sind Ihrer Meinung nach Sie?“. Patienten, die sich ganz klar mit einer der Figuren (rot & grün=kein Nutzen, blau=Nutzen) identifizieren, verraten damit einen anderen Umgang mit Ungewissheit als solche, die antworten: „Nun, wie soll ich das wissen, ich habe ein 12% Chance auf einen Nutzen?“. Als Indikator für einen koopera-

tiven Konstruktionsprozess könnte folglich statt der Einigkeit die Konkordanz herangezogen werden. Damit ist gemeint, dass beide Seiten in der situationsbezogenen Definition über bestimmte Aspekte der Kommunikation übereinstimmen, nicht aber zwingend, dass sie dabei auch einer Meinung sind. Diese veränderte Akzentsetzung könnte Ärzte entlasten, die sich bisher gedrängt fühlten, ihre Beratungen in einer unnatürlich mechanischen Weise zu organisieren. Konkordanz in der Wahrnehmung der Situation wird durch den Gebrauch von Standardfertigkeiten begünstigt, die den eigenen Informationsprozess mit dem der Patienten verweben, z. B. Deutlichkeit, Responsivität, Fragen, Paraphrasierung. 3. Angesichts der Komplexität der Anforderung an Ärzte in der Gestaltung von Entscheidungsprozessen wäre es sinnvoller, Teile des Prozesses aus der Konsultation auszulagern und an andere Gesundheitsdisziplinen oder an Entscheidungshilfen zu delegieren, um die Bedingungen für die Kommunikation der AP-Dyade zu optimieren. 4. Unzweifelhaft sind wissenschaftsbezogene Grundüberzeugungen der Beteiligten von Bedeutung, z. B. wenn Ungewissheit toleriert werden muss. Dennoch sind solche Überzeugungen kaum innerhalb einer medizinischen Konsultation veränderbar. Es wäre stattdessen wünschenswert, angemessene Überzeugungen bereits als Teil der allgemeinen Schulbildung im Rahmen der kritischen Gesundheitsbildung auszuformen. 5. Die oben beschriebenen theoretischen Implikationen geben neue Einblicke in die Wirkungsweise z. B. von Entscheidungshilfen oder Trainings für Ärzte und könnten auch die Zielrichtung der Interventionen selbst verändern. In Anbetracht der Bedeutung evidenzbasierter, ausgewogener und vollständiger Information werden die Maximierung von Risikowissen und das Streben nach Sicherheit auch vor dem Hintergrund einer zeitgemäßen Epistemologie zunehmend als unabdingbar angesehen werden. Der Umgang mit und die Entscheidungsfähigkeit unter Ungewissheit werden indes zu einer spezifischen und wichtigen Aufgabe im Einklang mit den Grundideen des SDM [6]. Eine Neuorien-

tierung hinsichtlich der Ziele und der Messmethoden wird zudem eine Neubewertung der existierenden Evidenz zum SDM ermöglichen.

## Fazit

Nach inzwischen fast 20 Jahren ist die Idee des SDM noch nicht zu einem in sich stimmigen Konzept gereift. Die Besinnung auf ein zeitgemäßes Verständnis von Wissen und Erkenntnis hilft, den Kernprozess des *sharing* besser zu verstehen und konsequent zu operationalisieren. Ärzte, die für sich die Rolle als Vermittler im Informationsprozess entdecken, müssen den Anspruch aufgeben, für den Patienten entscheiden zu können, welches Wissen relevant ist.

## Referenzen

- [1] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean (or: It takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 1997;44(5):681–92.
- [2] Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *British Medical Journal* 2003;327:741–4.
- [3] Mühlhauser I, Kasper J, Meyer G. FEND. Understanding of diabetes prevention studies: questionnaire survey of professionals in diabetes care. *Diabetologia* 2006;49:1742–6.
- [4] Bottorff J, Ratner P, Johnson J, Lovato C, Joab S. Communicating cancer risk information: the challenges of uncertainty. *Patient Education and Counseling* 1998;33:67–81.
- [5] Kasper J, Geiger F, Freiberger S, Schmidt A. Decision related uncertainties perceived by people with cancer – modeling the subject of shared decision making. *Psycho-Oncology* 2008;17:42–8.
- [6] Politi MC, Han PKJ, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making* 2007;27(5):681–95.
- [7] McNutt RA. Shared Medical Decision Making. Problems, Process, Progress. *Journal of the American Medical Association* 2004;292(20):2516.
- [8] O'Connor AM, Jacobsen MJ. Decisional Conflict: Supporting People Experiencing Uncertainty about Options Affecting their Health [http://decisionaid.ohri.ca/docs/Training/Decisional\\_Conflict.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/docs/Training/Decisional_Conflict.pdf). 2006 [Access 09.2008].
- [9] Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the con-

cept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 2000;50: 892–9.

- [10] Shannon CE, Weaver W. A mathematical theory of communication. Urbana: University of Illinois Press; 1949. p. 116.
- [11] Bekker HL. The loss of reason in patient decision aid research: Do checklists damage the quality of informed choice interventions? *Patient Educ Couns* 2010. Feb 18. [Epub ahead of print].
- [12] Von Foerster H, Poerksen B. Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners – Gespräche für Skeptiker. Carl-Auer Verlag Heidelberg 2004.
- [13] Pitasi A, von Glasersfeld E. Constructing Communication <http://www.univie.ac.at/constructivism/papers/glasersfeld/glasersfeld01-interview.html>. 2001 [Access 08.2009].
- [14] Luhmann N. Risk: A Sociological Theory. New York: de Gruyter; 1993.
- [15] Siminoff L, Step MM. A Communication model of shared decision making: Accounting for cancer treatment decisions. *Health Psychology* 2005;24:99–105.
- [16] Parsons T. The Social System. Illinois: The Free Press of Glencoe; 1951.
- [17] Benjamin LS. Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* 1974;81:392–425.
- [18] Kiesler DJ. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review* 1983;90:185–214.
- [19] Benjamin LS. Use of structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dyadic interactions. *Journal of Abnormal Psychology* 1979;88:303–19.
- [20] Leary T. The theory and measurement of interpersonal communication. *Psychiatry* 1955;18:147–61.
- [21] Kenny DA. Interpersonal perception – Social relations analysis. New York: The Guilford Press; 1994.
- [22] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 1999;49:651–61.
- [23] Kiesler DJ, Auerbach SM. Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: The interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine* 2003;57:1707–22.
- [24] Epstein RM. Making communication research matter: what do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling* 2006;60(3):272–8.
- [25] Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine* 2002;34:319–24.
- [26] LeBlanc A, Kenny DA, O'Connor AM, Légaré F. Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to sha-

- red decision making. *Medical Decision Making* 2009;29(1):61–8.
- [27] Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care* 2003;12:93–9.
- [28] Saba G. Shared Decision Making and the Experience of Partnership in Primary Care, *Annals of Family Medicine*. *Annals of Family Medicine* 2006;4(1):54–61.
- [29] Kasper J, Burish G, Geiger F, Heesen C. Do Patients perceive the involvement we observe? Poster at the 4th International Shared Decision Making Conference, Freiburg; 2007.
- [30] Krones T, Keller H, Sönnichsen A, Sadowski EM, Baum E, Wegscheider K, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine* 2008;6(3):218–27.
- [31] Martin LR, Jahng KH, Golin CE, DiMatteo MR. Physician facilitation of patient involvement in care: correspondence between patient and observer reports. *Behavioral Medicine* 2003;28(4):159–64.
- [32] Shields CG, Franks P, Fiscella K, Meldrum S, Epstein RM. Rochester Participatory Decision-Making Scale (RPAD): reliability and validity. *Annals of Family Medicine* 2005;3(5):436–42.
- [33] Simon D, Loh A, Härter M. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2007;101:259–67.
- [34] Légaré F, Moher D, Elwyn G, LeBlanc A, Gravel K. Instruments to assess the perception of physicians in the decision-making process of specific clinical encounters: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2007;7:30.
- [35] Kenny DA, Kashy DA, Cook WL. *Dyadic Data Analysis*. New York: Guilford Press; 2006.
- [36] Wiggins JS, Trapnell PD. A dyadic-interactional perspective on the five-factor model. In: Wiggins JS, editor. *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives*. New York: Guilford; 1996. p. 88–162.
- [37] Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Medical Decision Making* 2006;26(4):373–90.
- [38] Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, LeBlanc A, Lockyer J, Légaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social Science & Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.065.



## Leitfaden Beschwerdemanagement – überarbeitete Version

Die Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement der SQMH freut es, Ihnen den komplett überarbeiteten Leitfaden Beschwerdemanagement vorzustellen

Der Leitfaden Beschwerdemanagement spricht Fachpersonen an, die sich im Berufsalltag mit Beschwerden befassen und /oder ein Konzept erarbeiten. Der Leitfaden ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil befasst sich mit den betrieblichen Voraussetzungen, die für einen professionellen Umgang mit Beschwerden gegeben sein müssen. Im zweiten Teil werden mögliche Konzeptinhalte beschrieben.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement des SQMH haben den Leitfa-

den 2007 durch die Erarbeitung von Themen und Kriterien und der Sichtung verschiedener praktischer Beispiele erstellt. Nur wenige Jahre später ist das Thema Beschwerdemanagement in den Institutionen im Gesundheitswesen bereits deutlich mehr verankert. Entsprechend galt es zusätzliche Themen zu berücksichtigen, welche in der ersten grundsätzlichen Überarbeitung 2010 in den Leitfaden integriert werden konnten.

Die Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement dankt allen Institutionen, welche Unterlagen und Konzepte zur Verfügung gestellt und somit die Er- und Bearbeitung dieses Leitfadens ermöglicht haben.

## Aus den Gesellschaften

Der Leitfaden kann auf der Website der SQMH ([www.sqmh.ch](http://www.sqmh.ch)) heruntergeladen oder bei der Geschäftsstelle ([info@sqmh.ch](mailto:info@sqmh.ch)) angefordert werden.

### Korrespondenzadresse:

Hansjörg Lüthi, MPH  
Qualitätsbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter,  
REHAB Basel, Im Burgfelderhof 40, Postfach,  
4025 Basel  
Tel.: +41-61-325 01 03,  
Fax: +41-61-325 00 01.  
E-Mail: [hj.luethi@rehab.ch](mailto:hj.luethi@rehab.ch)