

Shared Decision Making Evaluation eines Ärztetrainings

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von
Katrin Liethmann

Kiel
2014

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Günter Köhnken

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Friedemann Geiger

Tag der mündlichen Prüfung: 17. November 2014

Durch den zweiten Prodekan, Prof. Dr. John Peterson,

zum Druck genehmigt am: 20. November 2014

*„Sage es mir und ich werde es vergessen.
Zeige es mir und ich werde mich erinnern.
Beteilige mich und ich werde es verstehen.“*

Laotse

Danksagung

Mein erster Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Günter Köhnken. Von Anfang an hat er viel Vertrauen in meine selbstständige Arbeit gelegt und mir als Mitarbeiterin seines Lehrstuhls Freiräume für meine Forschung gelassen. Er hatte – auch über den Ruhestand hinaus – jederzeit ein offenes Ohr für meine Anliegen.

Meine beiden Projektleiter, Prof. Dr. Friedemann Geiger und Prof. Dr. Jürgen Kasper, sind meine großen Vorbilder! Sie haben mich sowohl fachlich als auch persönlich in jeder Phase dieser Arbeit wertschätzend und tatkräftig unterstützt und begleitet. Ich bin dankbar für die Zusammenarbeit, die immer kollegial und sehr vertrauensvoll war. Und ich hoffe, dass diese auch über z.T. erstaunliche geographische Entfernungen zukünftig weiterhin Bestand haben wird.

Außerdem gilt mein Dank dem einmaligen Raterteam, insbesondere Ingo Goetze, dessen Diplomarbeit auch zu dieser Arbeit beigetragen hat. Gemeinsam mit Benthe Untiedt und Jan Keppler sind wir in dieser Zeit nicht nur zu einem funktionierenden Ratinginstrument geworden, sondern auch freundschaftlich zusammengewachsen. Vielen Dank für das unermüdliche Engagement! Das hat mich sehr motiviert und getragen.

Mein persönlicher Dank gilt meiner Familie sowie Payam Akbar und Birthe Vogel, die mich durch die vielen guten und die wenigen komplizierten Phasen dieser Arbeit begleitet haben und deren Unterstützung und Freundschaft mir unendlich viel wert ist.

Herzlich bedanke ich mich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Ärztetrainings sowie allen teilnehmenden Patientinnen und Patienten, die sich freiwillig und motiviert in den Dienst der Forschung gestellt haben.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinem derzeitigen Arbeitgeber, Herrn Prof. Dr. Christoph Heesen, Leiter der MS-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, für sein Verständnis und die Möglichkeit der flexiblen Zeiteinteilung in der Endphase meiner Doktorarbeit bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	11
1 Einleitung	13
I Hintergrund	15
2 Evidenzbasierte Medizin.....	15
3 Shared Decision Making.....	18
3.1 Abgrenzung zu weiteren Modellen der Arzt-Patient-Kommunikation.....	18
3.2 Ein Definitionsversuch.....	21
3.3 Arbeitsdefinition	24
4 Kommunikationspräferenzen von Ärzten und Patienten	26
4.1 Patientensicht	26
4.2 Ärztesicht	30
5 Ethische Sichtweisen zu medizinischer Entscheidungskommunikation	32
6 Einflussgröße SDM.....	36
6.1 SDM als abhängige Variable	36
6.2 SDM als unabhängige Variable.....	38
7 Messung von SDM.....	41
8 Zwischenfazit: SDM – von vielen gewollt, von wenigen umgesetzt.....	43
II Forschungsstand	45
9 Maßnahmen zur Verbesserung von SDM.....	45
10 Gestaltung von Ärztetrainings	58
11 Das doktormitSDM-Trainingsprogramm	60
III Ziel der Dissertation	67

IV Methoden	69
12 Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) – Studiendesign	69
13 Messinstrumente/ Ergebnisvariablen	71
13.1 MAPPIN'SDM	71
13.2 SDM _{MASS}	79
13.3 Weitere Messinstrumente	80
14 Studienablauf	83
15 Stichprobenplanung	84
16 Randomisierung.....	86
17 Statistisches Vorgehen	86
V Durchführung	91
VI Ergebnisse	93
18 Stichprobe.....	93
19 Güte des Messinstruments MAPPIN'SDM.....	98
19.1 Itemanalysen	98
19.2 Reliabilität des Beobachterinstruments.....	100
20 Randomisierungskcheck.....	100
21 Trainingseffekt	101
22 Langzeiteffekt	102
23 Weitere Betrachtungen zu Trainings- und Langzeiteffekt	103
24 Trainingszuwachs im Laufe des Trainings.....	106
25 Gesprächsdauer und SDM.....	109
VII Diskussion	113
26 Rekapitulation der bisherigen Schritte	113
27 Mögliche Einschränkungen des Geltungsbereichs.....	118
28 Anregungen für weiterführende Studien.....	120
28.1 Weitere Studien zum doktormitSDM-Training.....	120
28.2 Weitere Studien zu zusätzlichen Fragestellungen	121
29 Ausblick.....	124
VIII Zusammenfassung	127
Literatur	129

Anhang	143
A – MAPPIN'SDM-Instrument.....	144
MAPPIN'SDM-Fragebogen Arzt.....	144
MAPPIN'SDM-Fragebogen Patient.....	147
MAPPIN'SDM Kodierungsbogen Beobachter.....	153
B – Formel weighted T.....	155
C – Studienunterlagen.....	156
Studienunterlagen für den Arzt.....	156
Fragebogenheft Arzt.....	161
Fragebogenheft Patient: mit UP ₂₄	170
Fragebogenheft Patient: mit SDM-Q.....	186
D – Kennwerte MAPPIN'SDM.....	195
Itemanalysen.....	195
Reliabilität des Beobachtungsinstruments.....	197
E – Kennwerte Trainings- und Langzeiteffekt.....	198
F – Lebenslauf.....	199

Vorbemerkung

Stellen Sie sich vor, Sie möchten eine Waschmaschine kaufen. Sie gehen zu ortsansässigen Fachgeschäften, informieren sich auch im Internet umfassend über verschiedene Modelle und darüber, was die Maschine jeweils leisten kann und was nicht, wie ihr Verbrauch ist, wie lange sie halten wird, etc. Nach einem sorgfältigen Abwägungsprozess für ihre individuelle Lebenssituation entscheiden Sie sich für eine Maschine. Kaum jemand würde dem Rat des ersten Verkäufers trauen, der ihm begegnet. Seine Argumente und Informationen werden gerne genutzt, aber die Entscheidung trifft der Kunde in der Regel selbst.

So sorgfältig wählen hingegen nur wenige Menschen eine medizinische Behandlung für ihr körperliches Leiden aus. Dabei erscheinen die Auswirkungen einer Fehlentscheidung hier viel gravierender als beim Fehlkauf einer Waschmaschine (in Anlehnung an Schain, 1980).

An diesem Punkt beginnt Shared Decision Making.

1 Einleitung

Die Medizin ist die ärztliche Kunst und Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen und der Vorbeugung und Heilung der Krankheiten (Pschyrembel, 2002). Als praxisorientierte Erfahrungswissenschaft befindet sie sich seit jeher im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, ärztlicher Intuition und der Anwendung beider Ressourcen auf den klinischen Einzelfall (Hoppe, 2005). So können Fragen wie „Welches Medikament wird diesem Patienten am besten helfen?“ zwar aufgrund von einzelnen Parametern abgeschätzt werden, Gewissheit über die Richtigkeit der Schätzung wird man aber selbst dann nicht erlangen, wenn der Patient bereits behandelt wurde. Man wird niemals sagen können, ob der Patient auch ohne Medikament wieder genesen wäre oder ob genau das verwendete Mittel die Heilung vorangetrieben hat. Diesem Spannungsfeld kann also nur durch Abwägungsprozesse begegnet werden. Fraglich bleibt, welche Informationen dabei berücksichtigt werden sollten und wer den Entscheidungsprozess gestalten sollte.

Das Konzept des „Shared Decision Making“ – zu Deutsch geteilte Entscheidungsfindung – bezieht zu beiden Punkten Stellung. Eine medizinische Entscheidung sollte demnach weder der Arzt¹ ohne den Patienten treffen, noch der Patient ohne den Arzt, da sie sowohl von den Überzeugungen, Wertvorstellungen und Präferenzen des betroffenen Patienten abhängt, als auch vom Fachwissen des Arztes. Daher erfordern solche Entscheidungen einen engen Austausch zwischen Arzt und Patient. Dies gilt im Besonderen, wenn es aus medizinischer Sicht keine eindeutig beste Lösung gibt, was in der modernen Medizin eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Auch die Fortschritte in der medizinischen Forschung führen dazu, dass zusätzliche Handlungsoptionen wie z.B. effizientere Therapien mit erhöhtem Risikopotential verfügbar werden (Mulley, Trimble & Elwyn, 2012). Dies macht medizinische Entscheidungen nicht leichter. Daher bedarf es eines gemeinsam verantworteten Abwägens der verschiedenen Aspekte, um eine gute Lösung für den jeweiligen Patienten zu finden.

Shared Decision Making (SDM) ist laut Weltgesundheitsorganisation nicht nur wünschenswert, sondern aus sozialer, ökonomischer und technischer Sicht sogar notwendig (Oshima Lee & Emanuel, 2013; Waterworth & Luker, 1990). Eine angemessene Arzt-Patient-Kommunikation ist außerdem aus ethischer Sicht geboten (Breitsameter, 2010). Daher steht das Patientenrecht auf Einbeziehung seit 2002 in der Europäischen Patientenrechtscharta (Active Citizenship Network, 2002).

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit bei geschlechtsunterscheidenden Bezeichnungen nur die maskuline Form verwendet. Die feminine Form ist damit automatisch eingeschlossen.

Bisher hat sich geteilte Entscheidungsfindung bei medizinischen Fragen allerdings kaum in der klinischen Praxis etabliert. Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Eine Hauptursache der Implementierungsschwierigkeiten liegt in mangelnder Vertrautheit und mangelndem Wissen über Shared Decision Making bei allen Beteiligten.

Ärzte und Patienten können beide dazu beitragen, dass sich dieser Zustand ändert. Da die Fertigkeiten zur SDM-förderlichen Kommunikation erlernbar sind (Elwyn et al., 2004), erscheint es sinnvoll, Ärzten entsprechende Schulungen zur Verbesserung ihrer Kommunikationskompetenzen anzubieten. Existierende SDM-Trainings für Ärzte weisen allerdings inhaltliche, methodische und praktische Mängel auf und sind bisher nicht genügend in ihrer spezifischen Wirksamkeit für diesen Bereich der Kommunikation untersucht (Elwyn et al., 2004; Légaré & Politi et al., 2012; Légaré et al., 2010). Ein neu entwickeltes SDM-Training für Ärzte, das „doktormitSDM-Trainingsprogramm“, vermittelt gezielt die notwendigen Fertigkeiten für das Gelingen medizinischer Entscheidungsgespräche (Kasper, 2010).

Ziel dieser Arbeit ist es, dieses neue „doktormitSDM“-Ärztetraining genauer zu betrachten und seine Wirksamkeit zur Förderung von geteilter Entscheidungsfindung mit Hilfe einer angemessenen methodischen Vorgehensweise zu prüfen.

I Hintergrund

Die Wurzeln des Shared Decision Making liegen in der evidenzbasierten Medizin (EBM). Diese widmet sich der Frage, wie wissenschaftliche Erkenntnisse und ärztlich-klinische Expertise mit dem individuellen Fall eines Patienten zusammengebracht werden können (Raspe, 2007). Wer den Abwägungsprozess allerdings zur Entscheidung bringt, gibt die evidenzbasierte Medizin nicht vor (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002). An dieser Stelle setzt Shared Decision Making an, das als klinische Praxis evidenzbasierter Medizin im Bereich Entscheidungsfindung verstanden werden kann.

Dieser Logik folgend, wird nun zunächst evidenzbasierte Medizin vorgestellt und anschließend die medizinische Entscheidungskommunikation näher betrachtet.

2 Evidenzbasierte Medizin

Anfang der 1990er Jahre wurde die erste Definition evidenzbasierter Medizin publiziert (Guyatt et al., 1992), die ein gänzlich neues Umdenken ärztlichen Handelns formulierte. Ziel der Autoren war es, Behandlungsempfehlungen aufgrund von ärztlichen Erfahrungen und Intuition durch Empfehlungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenzen zu ersetzen. Reine Fallbezogenheit sollte reinen wissenschaftlichen Empfehlungen weichen. Viele Mediziner hatten und haben Sorge, dass evidenzbasierte Medizin nach diesem Ansatz massive Einschränkungen ihrer ärztlichen Freiheit zur Folge haben könnte und die Medizin zur „Kochbuchmedizin“² verkommen könnte (Raspe, 2007). Schon bald wurde die erste Definition allerdings durch weitere Komponenten ergänzt, die für eine gute klinische Praxis ebenfalls berücksichtigt werden sollten.

² Gemeint ist hiermit die Sorge der Ärzte, Patienten nach festem Rezept/ Schema behandeln zu müssen.

Sackett und Kollegen (Sackett, Rosenberg, William, Gray, Muir, Haynes & Richardson, 1996) definierten als Praxis der evidenzbasierten Medizin die Verbindung individueller klinischer Expertise mit der besten verfügbaren klinischen Evidenz aus systematischer Forschung und lieferten somit die Verbindung der bis dato diametral verschiedenen Ansätze (siehe Abb. 1a). Diese Erweiterung ermöglichte im Rahmen evidenzbasierter Medizin, die Forschungsergebnisse dahingehend zu untersuchen, ob sie für den jeweiligen Patienten passend erschienen, um somit der „Programmmedizin“ (Hoppe, 2005) zu entgehen.

Im nächsten Modell wurde diese Sicht erneut um eine weitere Komponente bereichert. Es wurde konstatiert, dass auch Patientenpräferenzen in der klinischen Entscheidungsfindung Berücksichtigung finden sollten (Charles & Gafni, 2014) (siehe Abb. 1b). Anschließend wurde erkannt, dass die Integration der genannten Aspekte nicht selbstverständlich ist und somit die Entscheidungsfindung selbst als Bindeglied zwischen den bisher beschriebenen Komponenten im Modell benannt werden musste (Spring, 2007) (siehe Abb. 1c).

In der aktuellen Definition der evidenzbasierten Medizin speist sich die klinische Entscheidungsfindung aus vier Quellen (Charles & Gafni, 2014):

1. Klinischer Zustand, Setting und Umstände
2. Patientenpräferenzen und -handlungen
3. Wissenschaftliche Evidenz
4. Ressourcen des Gesundheitssystems

Mit der neu hinzugefügten vierten Komponente „Ressourcen des Gesundheitssystems“ wird aufgezeigt, dass auch die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Einfluss auf die individuelle Entscheidungsfindung nehmen (siehe Abb. 1d).

Abbildung 1 veranschaulicht die verschiedenen Definitionen evidenzbasierter Medizin.

Offen bleibt bei allen Definitionen, ob es eine theoretisch begründbare Basis für die Zusammenstellung der Komponenten gibt (Charles & Gafni, 2014). Es scheint, als sei Erfahrung die Grundlage für die Veränderungen und so ist durchaus denkbar, dass zukünftig ggf. weitere Komponenten in das Modell integriert werden.³

Es ist schwer, ausfindig zu machen, wie weit verbreitet die evidenzbasierte Medizin in der Praxis bereits ist. Die Angaben schwanken stark (11 – 82%), je nach Definition und Einschlusskriterien der Forscher (Neises & Windeler, 2001).

³ EBM umfasst die Beschäftigung mit allen Modellkomponenten. Wichtige Bestandteile sind z.B. die Evidenzgenerierung (Wegscheider, 2007), -bewertung (z.B. Bucher, 2007) und -aufbereitung (Lelgemann & Donner-Banzhoff, 2007). Es sei auf die entsprechende Literatur verwiesen, da im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit die Bedeutung der evidenzbasierten Medizin für individuelle Entscheidungsprozesse im Fokus steht.

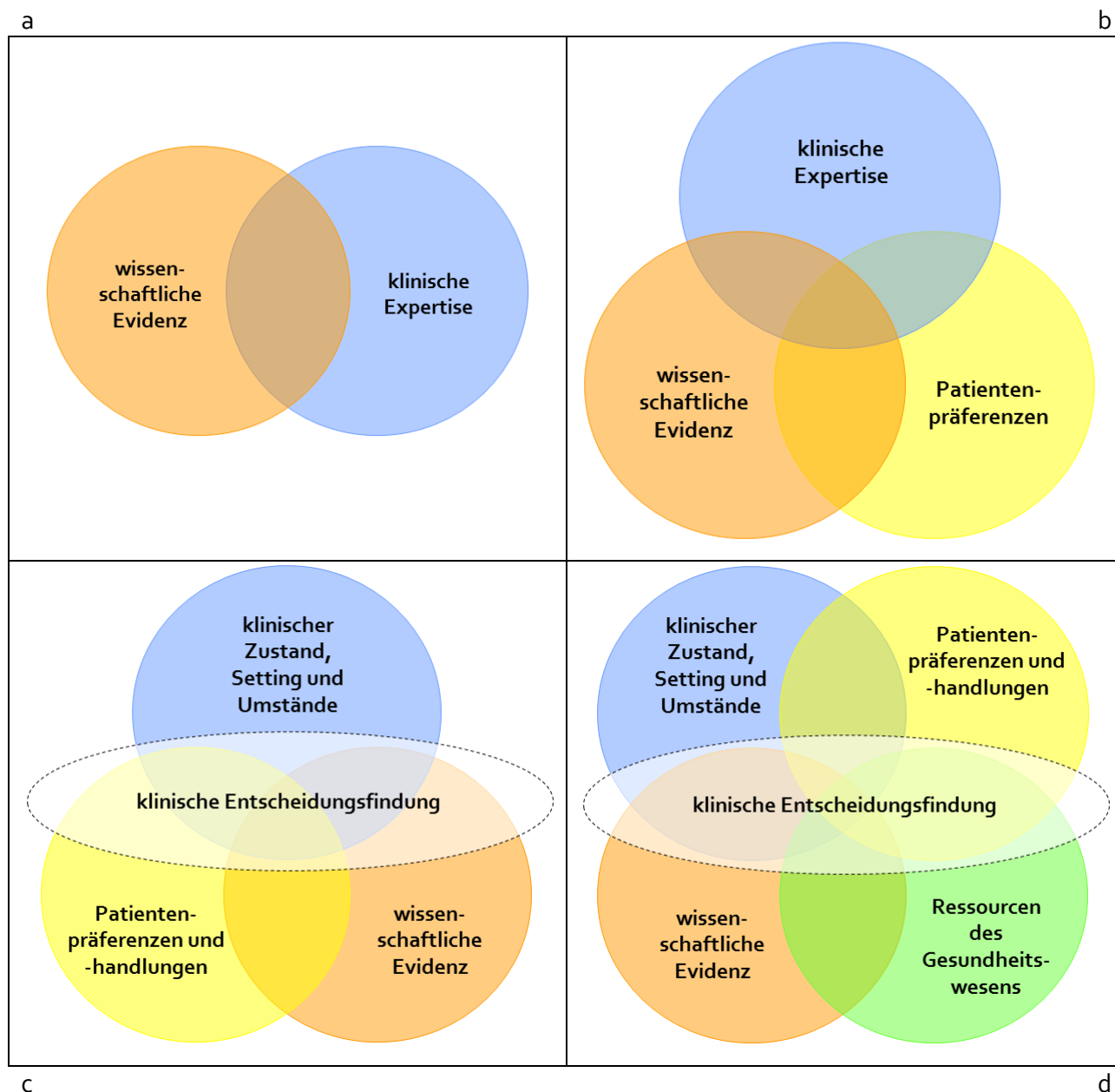


Abb. 1: Verschiedene Definitionen/ Modelle von evidenzbasierter Medizin im Überblick. Genauere Ausführungen und kritische Stellungnahmen zu den Modellen finden sich in dem Literaturreview von Charles und Kollegen (Charles & Gafni, 2014).

Hinweise oder Handlungsanweisungen zur definitionsgerechten Implementierung evidenzbasierter Medizin wurden bis dato selten gegeben. Vereinzelt existieren prozessorientierte Anhaltspunkte, die eine Abfolge für evidenzbasierte Medizin in der Praxis liefern (Köbberling, 2007). Eine einheitliche Richtlinie, die Ärzten und Medizinstudierenden helfen könnte, evidenzbasierte Medizin in der Praxis umzusetzen, gibt es allerdings bisher noch nicht. Dies liegt u.a. daran, dass keine der Definitionen evidenzbasierter Medizin festlegt, wer in einer medizinischen Entscheidungssituation für das Abwägen der Möglichkeiten und das Treffen der endgültigen Entscheidung zuständig ist.

3 Shared Decision Making

Da die aktuelle Definition der evidenzbasierten Medizin sich aus Quellen zusammensetzt, die zum Teil auf Informationen von Seiten des Arztes (wissenschaftliche Evidenz) und zum Teil auf Informationen von Seiten des Patienten (Patientenpräferenzen und -handlungen) beruhen, erscheint es naheliegend, dass Arzt und Patient beide am Entscheidungsprozess beteiligt sein sollten. Diese geteilte Entscheidungsfindung oder Shared Decision Making hat sich seit Mitte der 1990er Jahre in der Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation und der medizinischen Entscheidungskommunikation etabliert. Zu dieser Zeit wurde einer der wichtigsten theoretischen Grundlagenartikel von Cathy Charles und Kollegen verfasst, der Charakteristika und Vorbedingungen von SDM beschreibt (Charles, Gafni & Whelan, 1997) und dadurch viel Forschung angeregt hat.

Entscheidungen über Behandlungsmöglichkeiten wurden in der Medizin indes schon immer getroffen. Die Rollenverteilung der Interaktionspartner wurde dabei in der Regel allerdings nicht hinterfragt. Seit begonnen wurde über die Kommunikation medizinischer Entscheidungsprozesse zu kommunizieren (Metakommunikation), werden verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation unterschieden. Um die Entwicklung von Shared Decision Making nachvollziehen und gegenüber anderen Vorgehensweisen abgrenzen zu können, werden die verschiedenen Modelle im Folgenden kurz vorgestellt.

3.1 Abgrenzung zu weiteren Modellen der Arzt-Patient-Kommunikation

In der bisherigen Forschung werden verschiedene Typen der Arzt-Patient-Kommunikation diskutiert. Die Unterteilung der Kommunikationsformen zwischen Arzt und Patient in abgrenzbare Modelle hilft, unterschiedliche Herangehensweisen der beteiligten Interaktionspartner an ein solches Gespräch zu identifizieren. Meist wird eine Differenzierung in folgende vier Typen von Arzt-Patient-Kommunikation vorgenommen⁴:

1. Paternalistisches Entscheidungsmodell
2. Professional-as-agent-Modell
3. Modell der informierten Entscheidungsfindung
4. Shared Decision Making

Die Modelle unterscheiden sich in der jeweiligen Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient, im Informationsaustausch und bei der Entscheidung. Die Modelle, die im Folgenden vorgestellt

⁴ Es existieren weitere Modellunterscheidungen, v.a. aus der frühen Forschungsliteratur (vgl. z.B. Emanuel & Emanuel, 1992). Die hier aufgeführte Unterscheidung hat sich in den letzten Jahren durchgesetzt, wobei nach wie vor unterschiedliche Namen für die verschiedenen Modelle verwendet werden. Die inhaltliche Abgrenzung bleibt aber bestehen.

werden, stellen eher theoretische Größen dar. In der Praxis erscheinen die Übergänge oft fließender als in der Theorie.

Im **Paternalistischen Entscheidungsmodell** übernimmt bei medizinischen Entscheidungen der Arzt eine väterlich-fürsorgliche Rolle. Er informiert den Patienten über die medizinischen Gegebenheiten und entscheidet allein über dessen Behandlung. Um die Entscheidung zu treffen nutzt er sein Fachwissen und seine eigenen Wertvorstellungen. Die Wertvorstellungen des Patienten fließen nicht in die Entscheidung ein. Der Arzt nimmt in diesem Modell auch keine Einschätzung der Präferenzen des Patienten vor (Charles et al., 1997). Charles und Kollegen beschreiben paternalistisches Vorgehen in seiner am deutlichsten ausgeprägten Form als autoritäres Informieren des Patienten, wie die Behandlung abläuft. In abgeschwächter Form besteht paternalistische Arzt-Patient-Kommunikation aus selektiven Informationen von Seiten des Arztes mit dem Ziel, einen Konsens mit dem Patienten über das geplante Vorgehen zu erreichen (Emanuel & Emanuel, 1992). Die Beteiligung des Patienten ist im paternalistischen Modell darauf beschränkt, den Ausführungen und Entscheidungen des Arztes zu folgen und beizupflichten. Der Patient bekommt eine passive (Kranken-)Rolle zugewiesen, die ihn vom väterlichen Arzt abhängig macht (Charles et al., 1997). Der Arzt hat das Informationsmonopol und trifft daher folgerichtig auch Entscheidungen alleine.

Das **Professional-as-agent-Modell** sieht den Arzt ebenfalls als Hauptakteur der Entscheidungsfindung für die passende Behandlung des Patienten. Im Gegensatz zum paternalistischen Modell sammelt er allerdings Informationen über die Präferenzen und Wertvorstellungen des Patienten sowie über seine soziale und individuelle Situation (Isfort, Floer, Koneczny, Vollmar & Butzlaff, 2002). Der Informationsfluss ist in diesem Modell nicht ganz unidirektional (vom Arzt zum Patienten), da der Arzt Informationen des Patienten erfragt (Simon & Härter, 2009). Der Arzt wägt dann sein Fachwissen mit seiner Einschätzung der Patientensicht ab und wählt auf dieser Grundlage eine Behandlung aus. Er versucht also, die Behandlungsentscheidung als Stellvertreter des Patienten so zu treffen, wie er vermutet, dass der Patient die Entscheidung getroffen hätte, wenn er das nötige medizinische Wissen gehabt hätte (Charles et al., 1997). Wieder bleibt die Informationsmacht allerdings artzseitig. Die Wertvorstellungen des Arztes bleiben im Professional-as-agent-Modell (zumindest theoretisch) unberücksichtigt (Charles et al., 1997).

Das Paternalistische Entscheidungsmodell und das Professional-as-agent-Modell werden manchmal nicht eindeutig voneinander getrennt, da manche Forscher das paternalistische Modell mit den Charakteristika des Professional-as-agent-Modells beschreiben (z.B. Simon & Härter, 2009). Fraglich ist jedoch, ob die Unterscheidung überhaupt notwendig ist, da die entscheidenden Parameter in beiden Fällen darin liegen, dass der Arzt eine Alleinstellung hat in Bezug auf Informationen und die Rolle des Entscheiders (siehe Abb. 2a).

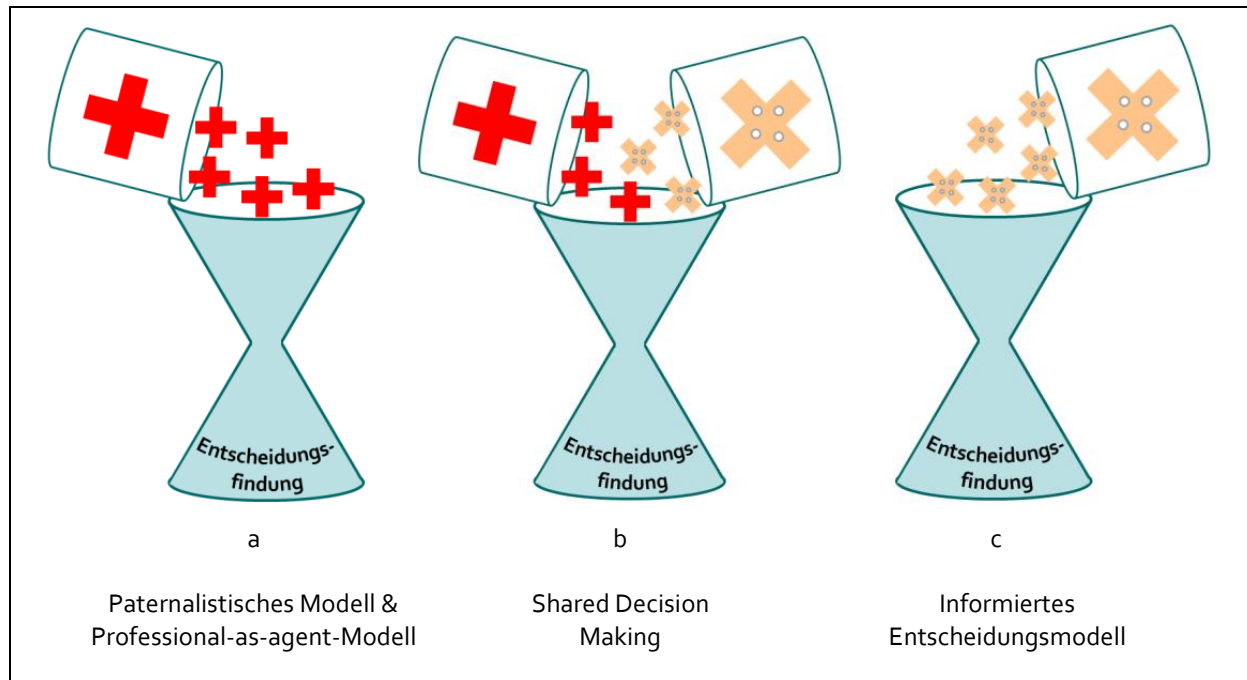


Abb. 2: Modelle medizinischer Entscheidungskommunikation: Dargestellt ist, wessen Informationen in den Entscheidungsprozess einfließen. Die roten Kreuze stehen für die Informationen des Arztes, die Pflaster für die Informationen des Patienten.

Das **Modell der informierten Entscheidungsfindung**, auch Informationsmodell genannt (Simon & Härter, 2009), ist ein Gegenentwurf zum paternalistischen Modell. Es entstand im Zuge der Patientenautonomiebewegung (Charles et al., 1997). Der Arzt wird als medizinischer Dienstleister betrachtet, der dem Patienten alle notwendigen wissenschaftlichen und technischen Informationen zur Verfügung stellt. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass der Patient seine eigenen Behandlungspräferenzen kennt (Emanuel & Emanuel, 1992). Aus der Abwägung von Fachinformationen des Arztes und eigenen Ansichten trifft der Patient allein die Entscheidung über seine Behandlung. Die Wertvorstellungen des Arztes fließen nicht in die Behandlungsentscheidung ein (Abb. 2c). In extremster Form wäre für eine informierte Entscheidung nach diesem Modell die Anwesenheit des Arztes zur Präsentation der medizinisch-technischen Informationen nicht notwendig (Charles et al., 1997; Heesen, Köpke, Richter & Kasper, 2007).

Abbildung 2 veranschaulicht, wessen Informationen je nach Modell in die Entscheidungsfindung einfließen. Die Argumente des Arztes sind in der Abbildung symbolisch gekennzeichnet mit einem roten Kreuz, die des Patienten mit einem Pflaster. Es lässt sich leicht erkennen, dass die Modelle a und c eine große Gemeinsamkeit haben: Die Behandlungsentscheidung wird letztendlich von einer der Personen alleine gestaltet, in Modell a nur vom Arzt, in Modell c nur durch den Patienten.

Dies ist im Modell „Shared Decision Making“ (Abb. 2b) anders. Hier werden die Beiträge beider Seiten im Abwägungsprozess berücksichtigt.

3.2 Ein Definitionsversuch

Das Modell der geteilten Entscheidungsfindung, auch „Shared Decision Making“ (SDM) genannt, legt im Gegensatz zu den drei vorgestellten Modellen nicht im Vorhinein fest, ob Arzt oder Patient die Entscheidungskompetenz für die Behandlungsentscheidung haben sollen. Es wird angenommen, dass beide Seiten über relevante und unterschiedliche Informationen verfügen, die in den Entscheidungsprozess über die Behandlung einfließen sollten (Abb. 2b). Fachliches Wissen, subjektive Wertvorstellungen, Vorerfahrungen, Erwartungen und Präferenzen werden als gleichermaßen wichtige Informationen bewertet (Kasper, Légaré, Scheibler & Geiger, 2010). Diese werden im Rahmen eines Diskurses wechselseitig ausgetauscht. SDM kann somit als Treffen zweier Experten betrachtet werden. Der Arzt verfügt über medizinische Fachinformationen, die er in den anstehenden Entscheidungsprozess einfließen lässt. Der Patient ist Experte für seinen Körper und sein Leben. Nur er kann wissen, was er seinem Körper zumuten möchte, und ob er z.B. Therapieabläufe in seinen Alltag integrieren kann und möchte.⁵ Es existieren unterschiedliche Definitionen von SDM, da das Konstrukt unterschiedlich breit gefasst und verschiedene Facetten betont werden können (Makoul & Clayman, 2006)⁶. Als Minimalkonsens kann allerdings die Definition von Charles und Kollegen (Charles et al., 1997) gelten, die SDM als „two-way-exchange“ beschreiben und folgende vier Charakteristika von SDM benennen:

1. An SDM sind immer mindestens zwei Personen beteiligt.
2. Beide Seiten bringen sich in den Entscheidungsprozess über die Behandlung ein.
3. Der Informationsaustausch beider Seiten sowohl in Bezug auf Fachwissen als auch in Bezug auf Präferenzen ist eine Voraussetzung für SDM.
4. Mit der getroffenen Behandlungsentscheidung sind beide Seiten einverstanden und fühlen sich für die Entscheidung verantwortlich.

Nun könnte man meinen, dass Arzt und Patient in diesem Modell die medizinische Entscheidung in jedem Fall gemeinsam treffen sollten. Dies ist die Intention des Konzepts und idealerweise liegt diese Situation vor. Es ist allerdings nicht zwingend der Fall. Der Fokus des Konzeptes SDM liegt auf dem zweiseitigen Informationsaustausch, der für die Entscheidungsfindung unerlässlich ist. Dies schließt auch die Entscheidung über das Ausmaß der Beteiligung des Patienten ein. Er kann also auch aktiv entscheiden, die Behandlungsentscheidung dem Arzt zu überlassen (Hoffmann et al., 2014). Der Patient soll in diesem Modell ausdrücklich an der Entscheidungsfindung beteiligt werden, also am Entscheidungsprozess. Bedeutsam ist somit nicht,

⁵ In der Therapie der Multiplen Sklerose (MS) kann sich ein Patient bspw. fragen, ob er tägliches Spritzen einer Immuntherapiedosis mit allen Nebenwirkungen in Kauf nehmen möchte, um von den potenziellen Wirkungen des Medikaments profitieren zu können. Diese Entscheidung und die Einschätzung, ob sich z.B. die Einhaltung von festen Injektionszeiten in den Alltag integrieren lassen, kann nur der Patient treffen.

⁶ Die vielen Definitionsansätze führen auch zu Schwierigkeiten bei der Messung des Konstrukts, da sich verschiedene Messinstrumente auf unterschiedliche Definitionen beziehen und daher jeweils andere Aspekte des Konstrukts erfassen. Eine ausführlichere Diskussion hierzu findet sich in Abschnitt 7.

wer die finale Entscheidung trifft, sondern die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung über die Frage der Beteiligung („entscheiden, wer entscheidet“, Geiger, 2007).

Das Aufbrechen des Informationsmonopols des Arztes ist bereits Ausdruck der Beteiligung des Patienten. Aus der Teilhabe am relevanten medizinischen Wissen erwächst in der Regel auch die Beteiligung an der Behandlungsentscheidung, da z.B. Präferenzen oder Entscheidungskriterien erst aufgrund der gegebenen Informationen entstehen können. Auch kann ein Patient nur Optionen auswählen, die er kennt. Die eingebrachten medizinisch-fachlichen Informationen in einem Arzt-Patient-Gespräch nehmen somit entscheidenden Einfluss auf die zu treffende Entscheidung. Demzufolge ist es wichtig, dass die denkbaren Optionen dem Patienten bei einer medizinischen Entscheidung gleichberechtigt, verständlich und möglichst auf der Basis unabhängiger Informationsquellen dargelegt werden. Daher fußt SDM auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, die diese Fakten liefern kann (Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz & Donner-Banzhoff, 2007). Die reine Teilung der Entscheidung ohne den von Hierarchien losgelösten Umgang mit Informationen verkennt den Kern des SDM-Konzeptes, wird aber dennoch häufig gewählt und praktiziert.

Welche Form der Arzt-Patient-Kommunikation angebracht ist, kann je nach Kontext variieren. Beispielsweise ist in Notsituationen ein paternalistischer Umgang des Arztes mit dem Patienten die einzig denkbare Lösung (Isfort et al., 2002). Einige Forscher argumentieren, dass diese Form der Arzt-Patient-Kommunikation ebenfalls vertretbar wäre, wenn eine Form der Behandlung als unumstritten beste Lösung gilt („effective options“, O'Connor, Légaré & Stacey, 2003). Fraglich bleibt dabei, wann dieser Fall eintritt. Sollte eine Option als beste Lösung gelten, wenn sie aus „objektiver Sicht“ medizinisch indiziert ist oder nur eine Behandlungsoption zur Verfügung steht? In diesen Situationen wäre es denkbar, dass sich ein Patient im Sinne der Selbstbestimmung dennoch für eine andere oder gegen eine Behandlung entscheidet. Auch wenn sich in der Regel fast alle Patienten für die gleiche Behandlung entscheiden, kann sich ein neuer Patient anders entscheiden als die Mehrheit (Charles & Gafni, 2014). Somit wird deutlich, dass ein streng paternalistisches Vorgehen bei einwilligungsfähigen Patienten nicht angemessen erscheint (Breitsameter, 2011a). Der Einsatz von SDM ist unstrittig, wenn sich die Behandlungen je nach physischem und psychischem Zustand der Person unterschiedlich auswirken können (Charles et al., 1997), (Whitney et al., 2008) oder wenn es aus wissenschaftlicher Sicht verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt, die gleichermaßen vertretbar zur Anwendung kommen können (Elwyn et al., 2003). Entscheidend ist hier nicht, dass alle zur Verfügung stehenden Optionen genau gleichwertig sind. Vielmehr ist es möglich, dass neben der meist gewählten Behandlungsmöglichkeit auch andere Wege (mindestens ein anderer Weg) gewählt werden können, sofern diese medizinisch vertretbar sind. Diese Situation wird als „Equipoise“⁷ bezeichnet. Gemeint ist damit, dass es aus der Medizin und ihrer wissenschaftlichen Evidenz heraus mehrere Wege gibt, um mit dem konkreten medizinischen Problem umzugehen. Letztlich sind also die

⁷ Die Vermittlung der Equipoise-Inhalte nennt Kasper „SDM-Schlüsselbotschaft“ (Kasper & Liethmann, 2013).

Präferenzen der betroffenen Person für die Behandlungsentscheidung relevant („preference sensitive options“, O'Connor et al., 2003). Hinzu kommt, dass Studien, die bspw. zur Wirksamkeit eines Medikaments durchgeführt werden, nur populationsbasierte Aussagen treffen können. Somit ist eine Schlussfolgerung aus diesen Daten für den Einzelfall nicht möglich. Das heißt, dass keiner sagen kann, ob ein individueller Patient von einer Maßnahme tatsächlich profitieren wird oder nicht (Kasper & Liethmann, 2013).

Anhand der kontextabhängig unterschiedlichen Angemessenheit der verschiedenen Entscheidungskommunikationsmodelle wird ersichtlich, dass derselbe Arzt verschiedene Kommunikationsstile zeigen kann oder sogar zeigen können sollte. Diese können auch innerhalb eines Gespräches auftreten oder auch von Patient zu Patient variieren (Charles, Whelan, Gafni, Willan & Farrell, 2003). Wie bereits oben erwähnt sind die Modellgrenzen in der Praxis nicht so exakt voneinander abgrenzbar wie in der Theorie. Auch auf der Patientenseite kann in einer medizinischen Entscheidungssituation eine eigene Beteiligung an der Entscheidungsfindung gewünscht sein und in einer anderen Situation nicht.

Ursprünglich wurde SDM im Kontext der Behandlung chronischer Erkrankungen diskutiert (Charles et al., 1997). Es lässt sich allerdings auf jeden anderen Indikationsbereich anwenden, für den die Equipoise-Bedingung zutrifft (z.B. Charles, Gafni & Whelan, 1999; Murray, Charles & Gafni, 2006).

Darüber hinaus sind medizinische Entscheidungssituationen nicht nur auf Behandlungsentscheidungen begrenzt. Dieselben Abläufe finden sich z.B. auch bei Entscheidungen über den Einsatz von diagnostischen Maßnahmen. Hier können die Besprechung von Notwendigkeit, Nutzen und Schaden sowohl in Bezug auf die vakante Maßnahme als auch in Bezug auf die gewonnenen Informationen in den Fokus gerückt werden. Beispielsweise kann die Frage gestellt werden, ob die Teilnahme an einem Mammographie-Screening voraussichtlich mehr nutzt (durch Früherkennung von Tumoren) als sie schadet (z.B. durch Strahlenbelastung) (Busse & Gibis, 2007).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vorgestellten Modelle.

3.3 Arbeitsdefinition

Der vorliegenden Dissertation liegt folgende Arbeitsdefinition von Shared Decision Making zu Grunde: Shared Decision Making bezeichnet eine Art der medizinischen Entscheidungskommunikation zwischen Arzt und Patient unter der Equipose-Bedingung. SDM beschreibt dabei einen Entscheidungsprozess, der gekennzeichnet ist durch den gegenseitigen Informationsaustausch der Interaktionspartner (two-way-exchange), die Evidenzbasierung medizinischer Informationen (EBM) und die Abwägung individueller Präferenzen des Patienten in Bezug auf mögliche inhaltliche Entscheidungsoptionen und mögliche strukturelle Entscheidungspositionen (entscheiden, wer entscheidet). Zur Arbeitsdefinition gehört ausdrücklich die Berücksichtigung beider Perspektiven, um die Gänze des Konstrukts erfassen zu können.

Tab. 1: Die theoretischen Ideen der verschiedenen Entscheidungsfindungsmodelle zwischen Arzt und Patient im Überblick (in Anlehnung an Simon & Härter, 2009 und Charles et al., 1999). Die Modelle sind so angeordnet, dass die Patientenautonomie von links nach rechts spaltenweise zunimmt.

	Paternalistisches Modell	Professional-as-agent-Modell	Shared Decision Making	Informiertes Entscheidungsmodell
Wie ist die Richtung des Informationsflusses?				
vom Arzt zum Patienten	✓	✓	✓	✓
vom Patienten zum Arzt		✓	✓	
Welche Informationen werden im Gespräch ausgetauscht?				
medizinische Informationen	✓	✓	✓	✓
persönliche Informationen		✓	✓	
Wessen Wertvorstellungen fließen in die Entscheidung ein?				
Wertvorstellungen des Arztes	✓		✓	
Wertvorstellungen des Patienten		✓	✓	✓
Wer wägt die gewonnenen Informationen ab?				
Arzt	✓	✓	✓	
Patient			✓	✓
Wer trifft die Entscheidung?				
Arzt	✓	✓	✓	
Patient			✓ ⁸	✓

⁸ Bzw.: Die Entscheidung wird von derjenigen Person getroffen, auf die sich Arzt und Patient geeinigt haben. Es ist also auch denkbar, dass der Arzt oder der Patient die Entscheidung alleine trifft, wenn Arzt und Patient dies gemeinsam vereinbart haben.

4 Kommunikationspräferenzen von Ärzten und Patienten

Medizinische Entscheidungsgespräche können unterschiedlich verlaufen. Die Frage ist, welche Form des Informationsaustauschs und welche Art der Entscheidungsfindung Arzt und Patient bevorzugen.

4.1 Patientensicht

Allgemein gesprochen erscheint es zunächst sinnvoll, bei Patienten zwischen dem Wunsch nach Information und dem Wunsch nach Beteiligung an der medizinischen Entscheidung zu unterscheiden (Härter & Simon, 2011). So wünschen sich die meisten Patienten viele Informationen und Diskussionen mit ihrem Arzt über ihre Behandlung (Strull, Lo & Charles, 1984; Vollmann et al., 2008)⁹. In einer aktiven Rolle bezüglich der Entscheidungsfindung möchte sich hingegen nur ein kleiner Anteil der Patienten sehen (Lidz et al., 1983)¹⁰.

Einige Studien untersuchen demographische und persönlichkeitsbezogene Faktoren, um die Patientenpräferenzen zur Beteiligung an medizinischen Entscheidungen beschreiben und erklären zu können und kommen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen. Unter anderem sollen Alter, Bildungsstand und Gesundheitszustand eine Rolle spielen (Härter & Simon, 2011). Die Ergebnisse zur Variable Alter fallen noch recht einheitlich aus: Es zeigt sich, dass das Beteiligungsbedürfnis mit zunehmendem Alter abnimmt (z.B. Floer et al., 2004; Coulter, 1997). Zum Bildungsstand gibt es nur schwache Effekte, die darauf schließen lassen, dass bei höherem Bildungsstand auch die SDM-Präferenz erhöht ist (Scheibler, 2004; Strull et al., 1984). Bezüglich des Gesundheitszustandes widersprechen sich die Studienergebnisse: Einige Forscher finden Hinweise darauf, dass schwer kranke bzw. chronisch kranke Patienten eher mit ihrem Arzt gemeinsam und nicht alleine entscheiden möchten (Floer et al., 2004; Lidz et al., 1983). Andere wiederum stellen aufgrund ihrer Studienergebnisse fest, dass bei zunehmender Schwere der Erkrankung das Bedürfnis des Patienten nach geteilter Entscheidungsfindung sinkt (Scheibler, 2004). Studien zu persönlichkeitsbezogenen Faktoren finden Hinweise, dass hohe Ausprägungen auf den Big 5-Skalen Offenheit für Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit (Flynn & Smith, 2007) oder auch hohes Durchsetzungsvermögen und eine günstige Ausprägung der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen mit einem erhöhten Partizipationsbedürfnis in Verbindung stehen könnten (Braman & Gomez, 2004).¹¹

⁹ In einer deutschen Umfrage von Raspe gaben 80% der Befragten an, „ein hohes, inhaltlich bestimmtes und subjektiv begründetes Informationsbedürfnis“ zu haben (zitiert nach Vollmann et al., 2008 S.18)

¹⁰ In der Studie von Lidz und Kollegen (1983) wurde mit Hilfe von semi-strukturierten Interviews nach Barrieren gesucht, die Patientenbeteiligung hemmen. Von 101 befragten Patienten sahen sich nur ca. 10% in einer aktiven Rolle bzgl. der Entscheidungsfindung.

¹¹ Ein günstiger health locus of control zeigt sich hier durch geringe Werte auf der Skala „powerful others“ (Braman & Gomez, 2004). Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist insgesamt allerdings aufgrund methodischer Mängel eingeschränkt.

Härter und Simon (2011) resümieren, dass durch soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen regressionsanalytisch nur 6,9% der Varianz der Partizipationspräferenzen von Patienten aufgeklärt werden können. Demographische Daten und weitere Charakteristika scheinen somit nicht ausreichend zu sein, um den Wunsch von Patienten nach Beteiligung an medizinischen Entscheidungen beschreiben, erklären oder gar vorhersagen zu können. Auch der verbleibende Anteil unaufgeklärter Varianz lässt vermuten, dass es weitere Faktoren geben muss, die das Partizipationsbedürfnis beeinflussen.

Die berichteten Untersuchungen legen ihren Fokus auf die Beschreibung oder Vorhersage des Partizipationsbedürfnisses. Dabei wird außer Acht gelassen, dass das Beteiligungsbedürfnis eines Patienten nicht mit der tatsächlichen Beteiligung gleichgesetzt werden kann, da Einstellungen nicht in entsprechendem Verhalten münden müssen (Theorie des geplanten Verhaltens, Ajzen, 2005). Außerdem greift die abstrakte Frage nach dem Beteiligungsbedürfnis ohne die Bereitstellung von Informationen zu kurz. Patienten, die nicht wissen, dass sie eine Wahl hätten, können schwerlich entscheiden, ob sie sich am medizinischen Entscheidungsfindungsprozess beteiligen möchten. Hinzu kommt, dass die Ergebnisse der Studien immer auf statistischen Auswertungen von Gruppen beruhen und auf dieser Grundlage für den einzelnen Patienten und seine Beteiligungspräferenz keine Aussage getroffen werden können. Diese Einschränkungen bekräftigen die Sichtweise, dass in einer Arzt-Patient-Interaktion zunächst die jeweiligen Rollen für die Entscheidungsfindung besprochen werden sollten, da der Beteiligungswunsch nicht nur per se personengebunden bei jedem Patienten verschieden sein kann, sondern auch von der jeweiligen Situation abhängt.

Auf der Suche nach Barrieren, die Patienten daran hindern, sich an einer medizinischen Entscheidung zu beteiligen, die ihre eigene Gesundheit betrifft, finden sich eine Vielzahl von Beweggründen. Aufgrund der Individualität der jeweiligen Begründungen ist eine vollständige Listung nicht möglich. Im Folgenden werden einige Gründe dargestellt, die auch in der Literatur diskutiert werden und sich aus Studien und Befragungen ergeben haben.

Ein Ansatzpunkt zur Erklärung liegt in der mangelnden **Vertrautheit** mit einer Kommunikationsform ohne deutliches Hierarchiegefälle zwischen Arzt und Patient. Historisch betrachtet sind die Entwicklungen zu mehr Selbstbestimmung in der Medizin noch recht jung. In der Vergangenheit entschieden Ärzte mit einer ihrem Beruf innewohnenden Selbstverständlichkeit medizinische Fragen für ihre Patienten (Charles et al., 2003). Diese paternalistische Grundhaltung war das akzeptierte normative Ideal der Arzt-Patient-Beziehung (Brock, 1991). Erst Ende der 1960er Jahre begann ein Umdenken, das in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen eine stärkere Mitbestimmung und Selbstbestimmung des einzelnen mit sich brachte. Bis dato geltende Normen wurden in Frage gestellt und verändert (Müller, 1990). Dies geschah auch in der Medizin. Im Zuge dessen wurde die Ansicht, dass allein der Arzt über die Behandlung des Patienten entscheiden sollte, ethisch angezweifelt (Anselm, 2003). Es wurden Forderungen nach

Emanzipation der Patienten und Humanisierung in der Medizin laut (Raspe, 2000). In den folgenden Jahren wurden diese und andere Forderungen in entsprechenden Patientenrechten festgeschrieben (Schain, 1980; Raspe, 2000).

Da diese Bewegung noch nicht weit zurückliegt, ist Paternalismus in Entscheidungssituationen mit Equipoisebedingungen noch immer eher die Regel als die Ausnahme. Sowohl die Ärzte als auch die Patienten haben häufig eine paternalistische Sozialisation in Bezug auf Arzt-Patient-Kontakte erfahren.¹² Durch den bestehenden gesellschaftlichen Konsens sind die Handlungsschemata für medizinische Entscheidungssituationen paternalistisch geprägt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass einige Patienten aufgrund ihrer bisherigen Gewohnheiten, Routinen und Erfahrungen das SDM-Konzept zunächst ablehnen, weil sie es nicht kennen. Dies wäre auch eine mögliche Erklärung für die Befunde, dass alte Patienten die gemeinsame Entscheidungsfindung skeptischer sehen als junge Patienten.

Über die Gewohnheiten und Erfahrungen hinaus wird außerhalb der Medizin eine Beziehung dann als stabil und sicher angesehen, wenn die Statusfrage der Interaktionspartner zueinander nicht im Vordergrund der Kommunikation steht. Wechselseitiges Ringen um eine Definition kennzeichnet eher konfliktreiche und instabile Beziehungen. (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011). Übertragen auf die medizinische Entscheidungssituation ist daher durchaus zu überlegen, ob die explizite Thematisierung der Beziehungsebene zur Verunsicherung des Patienten führen könnte, die sich wiederum in Unzufriedenheit oder Ablehnung des SDM-Konzepts niederschlagen könnte.

Neben der Sozialisierung, die sich – wie gerade geschildert – auf den persönlichen Erwartungshorizont des einzelnen auswirkt, berichten viele Patienten, dass ihnen die **Fachkompetenz** fehlt, um die medizinische Entscheidung zu treffen (Härter & Simon, 2011). In Situationen, in denen mehrere Wege (ggf. einschließlich der Option nichts zu tun) medizinisch vertretbar sind, sollte allerdings maßgeblich entscheidend sein, was der Patient für sich selbst für richtig erachtet. Natürlich kann auch hier der Arzt die Entscheidung für den Patienten treffen. Die Entscheidung ist in diesem Fall aber keine Frage der Expertise. Dies wird bereits durch Studien der 1980er Jahre unterstützt, die zeigen, dass die empfohlene Behandlung für die gleiche Erkrankung je nach Arzt stark variieren kann (Charles et al., 1999).

Um den Sorgen mangelnder Fachkompetenz bei Patienten zu begegnen, sind zwei Aussagen zentral für die Klärung der Rollenverteilung: Zum einen sollte der Arzt dem Patienten verständlich erklären, dass es aus der Medizin heraus keine beste Lösung für die derzeitige Situation gibt (sofern dies korrekt ist). Daraus sollte sich die Beteiligungsmotivation ableiten, dass nur der

¹² Grundsätzlich organisieren Menschen ihr soziales Umweltwissen in Kategorien, die es ihnen ermöglichen, Objekte, Personen, Situationen etc. in bereits vorhandene Wissenskategorien des Gedächtnisses einzusortieren (Fiedler & Bless, 2003). Mit Hilfe so genannter *Scripts*, also strukturierter Verhaltensroutinen/ Ereignisschemata, kann der Alltag bestritten werden, da z.B. der übliche Ablauf eines Theaterbesuchs, eines Flugzeugcheck-ins o.ä. nicht jedes Mal neu durchdacht werden muss (Bless, Fiedler & Strack, 2004; Bieneck, 2006; „Enkulturation“ Oerter & Montada, 2008). So wird auch die Situationskompetenz für einen routinemäßigen Arztbesuch im Gedächtnis abgelegt.

Patient selbst wissen kann, was er für seinen Körper, seine Lebenssituation etc. für richtig befindet. Zum anderen ist es Aufgabe des Arztes, als Fachmann sein Wissen über die jeweils zur Verfügung stehenden Optionen darzulegen. An dieser Stelle ist der Patient berechtigterweise auf das medizinische Wissen und die klinische Expertise des Arztes angewiesen. Die von Patienten oft gewünschte persönliche Empfehlung des Arztes hat hier ebenso ihre Berechtigung wie die aus wissenschaftlichen Studien zitierten Ergebnisse. Gemeinsam sollten Arzt und Patient die jeweiligen Vor- und Nachteile der möglichen Optionen besprechen. Dabei spielen auch die Erwartungen und Sorgen der Patienten eine große Rolle.

Brock merkt an, dass Patienten sich in ihrer Krankenrolle mit ihren **Ängsten und Sorgen** gerne in vertrauensvolle Hände geben möchten (Brock, 1991). Die Befürchtungen der Patienten sollen in einem Arzt-Patient-Gespräch ihren Platz finden. Geiger beschreibt medizinische Entscheidungsgespräche sogar als „Verhandlung von Ungewissheiten“ (Geiger, 2007). Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass die verschiedenen medizinischen und persönlichen Ungewissheiten abgewogen und diskutiert werden müssen. In Anbetracht der zugrunde gelegten Situation, in der es keine beste medizinische Lösung gibt, ist die Frage, ob nur der Arzt oder nur der Patient oder beide gemeinsam die Entscheidung treffen sollten, wohl vor allem eine Frage der eigenen Einstellung und der ethischen Grundsätze: passive Krankenrolle vs. Patientenselbstbestimmung.¹³

Die medizinische Entscheidung als Patient mitzugestalten ist auch damit verbunden, **Verantwortung (für sich selbst) zu übernehmen** (Floer et al., 2004). Der entscheidende Punkt der Entscheidungskommunikation ist daher, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, alle relevanten Informationen zu erhalten, mitzuentcheiden und die entsprechende Motivation darzulegen („entscheiden, wer entscheidet“, Geiger, 2007). Wenn der Patient sich also aktiv entschließt, die Entscheidungskompetenz abzugeben, hat das dann folgende paternalistische Vorgehen eine andere Berechtigungsgrundlage als es in der bisher vorherrschenden Situation der Fall ist, in der die Entscheidung über die Entscheidungsgewalt nicht thematisiert wird und paternalistisches Verhalten ungefragt gezeigt wird.

Bisher standen vor allem die Patienten im Fokus, die sich von ihrer grundsätzlichen Haltung her schwer vorstellen können, an einer medizinischen Entscheidung zu partizipieren. Aber auch die Patienten, die SDM gegenüber positiv eingestellt sind, zeigen in einer entsprechenden medizinischen Entscheidungssituation nicht unbedingt ein entsprechendes Verhalten. Dies lässt sich ebenfalls anhand der Theorie des geplanten Verhaltens erklären (Ajzen, 2005). So haben beispielsweise subjektiv wahrgenommene soziale Konsequenzen des Verhaltens einen Einfluss darauf, ob ein Verhalten ausgeübt wird. Im medizinischen Kontext kann dies z.B. die Sorge des Patienten sein, dass der Arzt die Partizipationsversuche des Patienten ablehnt und sich daraus

¹³ Weitere ethische Gesichtspunkte werden in Abschnitt 5 behandelt.

ggf. Behandlungsnachteile ergeben (Coulter, 1997). Auch die erwartete Mühelosigkeit hat laut der Theorie des geplanten Verhaltens einen Einfluss auf die Verhaltensdurchführung. Bei einem Arztbesuch gewohntes Verhalten zu zeigen ist selbstverständlich einfacher, als sich aktiv um Beteiligung zu bemühen.¹⁴

Als Fazit lässt sich festhalten, dass es individuell verschieden ist, ob Patienten sich an medizinischen Entscheidungen beteiligen möchten. Jegliche Formen gruppenbezogener Untersuchungen können jeweils nur eine Aussage über „durchschnittliche“ Menschen einer Stichprobe treffen. Aus diesen Studien kollektivsingulare Aussagen zu treffen, greift in jedem Fall zu kurz. Die Betrachtung des individuellen Patienten ist unabdingbar, um seinem Informations- und Beteiligungsbedürfnis gerecht werden zu können. Zusätzlich gibt es patientenimmanente Faktoren, die sich selbst bei einer positiven Einstellung gegenüber SDM als Barrieren erweisen können.¹⁵

4.2 Ärztesicht

Auch auf der ärztlichen Seite stellt sich die Frage, ob Mediziner SDM überhaupt befürworten. Ebenso wie bei den Patienten greift auch bei den Ärzten der gesellschaftliche Aspekt der Gewohnheit und der entsprechenden Erwartungshaltung. Hinzu kommt, dass Ärzte – wie jede andere Berufsgruppe – eine berufliche soziale Identität aufbauen (Oerter & Montada, 2008), die mit ihrem beruflichen Selbstverständnis, Status und Ansehen verbunden ist und Teil ihres Selbstkonzepts ist. Dazu gehört auch eine Kommunikationsroutine. Änderungen der Arzt-Patient-Kommunikation gehen daher mit Änderungen dieses Selbstkonzepts einher (Coulter, 1997; Towle, Godolphin, Grams & LaMarre, 2006).¹⁶ Die Sorge, durch die Stärkung der Patientenautonomie die Rolle des „Info-Brokers“ für Patienten einnehmen zu müssen, spielt hierbei eine große Rolle (Frosch & Kaplan, 1999).

Hinzu kommen Sorgen der Ärzte, dass potenzielle Placeboeffekte, die patientenseitig allein dadurch entstehen, dass sie überhaupt eine Behandlung erfahren, durch Aufklärung über Effekte, Wirkmechanismen und weiteres zerstört werden könnten. Es liegen allerdings widersprüchliche Befunde vor, sodass keine eindeutige Aussage getroffen werden kann (Coulter, 1997). Ähnlich verhält es sich mit der Idee, dass Patienten durch das Wissen über potenzielle Nebenwirkungen ängstlicher werden und ggf. sogar häufiger Symptome aus dem Nebenwirkungs-

¹⁴ Auch die bereits erwähnten Beweggründe von Patienten (mangelnde Vertrautheit, mangelnde Expertise, Ängste und Sorgen, Mitentscheiden heißt Verantwortung übernehmen), lieber nicht an der Entscheidungsfindung zu partizipieren, lassen sich in die Theorie des geplanten Verhaltens einordnen. Die Theorie kann daher Hilfestellungen geben, um Barrieren für Shared Decision Making zu identifizieren.

¹⁵ Weitere Barrieren, die nicht in den beteiligten Personen begründet sind, sondern den äußeren Bedingungen (z.B. zeitliche Limitierungen) zuzuschreiben sind, werden in Abschnitt 6 besprochen.

¹⁶ Towles und Kollegen fanden in einer Ärztebefragung heraus, dass die Hauptbarriere zur Implementierung von SDM in der Praxis bei motivierten Allgemeinärzten die Notwendigkeit der Veränderung bestehender Kommunikationsmuster darstellt (Towle, Godolphin, Grams & LaMarre, 2006).

spektrum zeigen könnten, da sie diese bereits erwarten. Die Forschungsergebnisse hierzu sind ebenfalls unterschiedlich, sodass diese Sorge bislang empirisch nicht belegt ist (Vollmann et al., 2008).

Viele Ärzte befürchten, dass SDM zeit- und kostenintensiv werden könnte, da eine erhöhte Patientenpartizipation längere Diskussionen mit sich bringen und der Patient sich am Ende ggf. für eine kostspielige Option entscheiden könnte, die aus Sicht des Arztes irrational wäre (Coulter, 1997). Die Frage des erforderlichen Zeitbedarfs ist bisher ungelöst. Vereinzelt gibt es Hinweise aus SDM-Trainingsstudien, dass sich die Dauer eines Arztgesprächs vor und nach dem Training bei demselben Arztes nicht signifikant unterscheidet (Loh et al., 2007). Allgemein wird eher vermutet, dass die Implementierung von SDM kurzfristig zu längeren Arzt-Patient-Konsultationen führen könnte (Elwyn et al., 2004), da beide Beteiligten ungeübt in dieser Form der Interaktion sind. Allerdings sollte SDM langfristig im Durchschnitt die einzelne Konsultation verkürzen, da es eine Gesprächsstruktur beinhaltet, die im Idealfall einer Logik folgt, in der die wesentlichen Punkte enthalten sind, die für die jeweilige Entscheidung relevant sind.

Zusätzlich sollten nach einem erfolgreichen SDM-Gespräch weniger ungeklärte Fragen des Patienten zurückbleiben, sodass sowohl erneute Konsultationen desselben Arztes als auch so genanntes „Doctor shopping“ – also die Konsultation verschiedener weiterer Ärzte – verhindert werden sollten (Charles et al., 1999).

Bisher zeigt sich außerdem, dass sich gut aufgeklärte Patienten eher für weniger Behandlung entscheiden (Oshima Lee & Emanuel, 2013), was der These widerspricht, SDM würde die Wahl kostspieliger und irrationaler Optionen fördern (Légaré & Labrecque et al., 2012).¹⁷

Eine momentan ungelöste Frage betrifft das Informationsbedürfnis der Patienten, dem in der geteilten Entscheidungsfindung Raum gegeben wird. Coulter vermutet, dass das Gesundheitswissen innerhalb der Gesellschaft durch SDM eine größere Spannweite erreichen würde, da gebildete Menschen mehr erfragen und erfahren würden als ungebildete Menschen, die nicht so viele Informationen von ihrem Arzt einfordern (Coulter, 1997). Diese Annahme stützt sich auf die Erkenntnis, dass Bildung einen Einfluss auf das Informationsbedürfnis der Patienten hat (Charles et al., 1997). Dem entgegen steht der Befund von Durand und Kollegen, die wiederum Hinweise fanden, dass besonders die weniger Gebildeten von SDM-Interventionen profitieren (Durand et al., 2014).

Eine Befragung von Elwyn und Kollegen zeigt, dass Ärzte einige Indikationsbereiche als besonders geeignet für SDM ansehen und in anderen Situationen eher paternalistisch agieren wür-

¹⁷ Légaré, Labrecque und Kollegen (2012) zeigten in ihrer Studie, dass Arzt-Patient-Dyaden sich nach einem SDM-Training der Ärzte seltener für eine Antibiotikabehandlung zur Bekämpfung von Atemwegserkrankungen entschieden als diejenigen Arzt-Patient-Dyaden, in denen der Arzt keine Schulung durchlaufen hatte. Entscheidend dabei war, dass die Patienten aus Interventions- und Kontrollgruppe sich bezüglich ihres Gesundheitszustandes nicht unterschieden (zwei Wochen Follow-up).

den. Als SDM-prädestinierte medizinische Entscheidungssituationen genannt werden hier v.a. chronische Erkrankungen (Elwyn, Edwards, Kinnersley & Grol, 2000). Insgesamt zeigt sich in dieser Studie eine positive Einstellung der Ärzte gegenüber dem SDM-Konzept.

Verschiedene Studien kommen zu dem Schluss, dass zur Umsetzung von SDM v.a. die Kommunikationsfertigkeiten der Ärzte ausgebaut werden müssten, da das Medizinstudium nach wie vor nicht auf geteilte Entscheidungsfindung ausgelegt ist (z.B. Robinson, 1985; Frosch & Kaplan, 1999; Elwyn et al., 2000; Scheibler, 2004). Einer Studie von Caldwell zu Folge haben junge Ärzte selbst ein großes Interesse an SDM, sehen aber als Hauptbarriere, dass sie zu wenig über das Konzept wissen (Caldwell, 2008).

Trotz verschiedener Einwände und Sorgen scheint insgesamt das Bild des aktiv mitbestimmenden statt passiv akzeptierenden Patienten die traditionell paternalistische Sichtweise auch in ärztlichen Fachkreisen abzulösen (Floer et al., 2004).¹⁸

Natürlich hängt SDM immer von der individuellen Arzt-Patient-Dyade ab. Setzt man für SDM die Maxime „entscheiden, wer entscheidet“ (Geiger, 2007) als Grundlage voraus, dann sollte in der individuellen Absprache zwischen Arzt und Patient ein Konsens möglich sein, der es Arzt und Patient ermöglicht eine Form der Entscheidungsfindung zu wählen, die für beide Seiten gut vertretbar ist.

5 Ethische Sichtweisen zu medizinischer Entscheidungskommunikation

Auf die Frage „Wer soll über eine medizinische Behandlung entscheiden?“ scheint es keine richtige Antwort zu geben, so lässt es zumindest der Blick auf die Historie vermuten, in deren Verlauf diese Frage bis heute sehr unterschiedlich beantwortet wurde und wird.

Daher lohnt sich eine Betrachtung einiger ethischer Aspekte, die mit der Suche nach einer Antwort auf diese Frage verknüpft sind.

Seit über 2000 Jahren agieren Ärzte nach dem Moralkodex des hippokratischen Eides (Marckmann, 2011). Die dahinter stehende Ethik des Helfens und des Einsatzes für den Nutzen des Patienten und Abwendens von Schaden vom Patienten entstand in einer Zeit, in der Ethik sich noch auf einen gesellschaftlichen Konsens des tugendhaften Handels bezog (Breitsameter, 2011c). Paternalistisches Handeln und Entscheiden eines Arztes war legitim, da es nach bestem

¹⁸ Auch die Sichtweisen der Ärzte lassen sich mit Hilfe der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 2005) darstellen, identifizieren und analysieren.

Wissen und Gewissen für das Richtige, das Wohl des Patienten, geschah. Nach Breitsameter setzt sich die moderne Gesellschaft mittlerweile allerdings aus verschiedenen Systemen zusammen, die sich unterschiedlichen ethischen Grundsätzen verbunden fühlen (z.B. folgt wirtschaftliches Handeln in der Regel anderen ethischen Leitlinien als wissenschaftliches oder politisches Handeln etc.). Daher wird Ethik nicht mehr als ein einzelner geteilter Konsens einer Gesellschaft betrachtet, sondern das eigene Handeln wird durch die Darlegung der eigenen ethischen Wertvorstellungen begründet (Breitsameter, 2011c). So kann es passieren, dass Arzt und Patient für eine medizinische Entscheidung unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe zu Rate ziehen. Daraus ergibt sich ein erster Ansatz, der nicht nur die traditionelle Entscheidung allein auf Basis der ärztlichen Sichtweise in Frage stellt, sondern zugleich mindestens eine geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient nahelegt. Da der Patient der Betroffene ist und sowohl die Behandlung als auch deren Wirkungen und Nebenwirkungen tragen muss, ließe sich nach diesem Ansatz ebenso argumentieren, dass nur auf der Grundlage des Wertesystems des Patienten entschieden werden soll. Dies ist die extremste Sichtweise der Patientenautonomiebewegung und manifestiert den Gegenpol zu paternalistischem ärztlichen Handeln.

Die Patientenautonomiebewegung ist – im Vergleich zum hippokratischen Eid – noch sehr jung. Erste Auseinandersetzungen mit Patientenautonomie finden sich in der Aufarbeitung ärztlichen Fehlverhaltens in der Zeit des Nationalsozialismus (Salloch, 2011). Die in anderen gesellschaftlichen Bereichen seit den 1960-er Jahren florierenden Autonomiekonzepte stießen somit in der klinischen Medizin auf Resonanz (Anselm, 2003). Patientenautonomie stellt allerdings keineswegs die bloße Anwendung etablierter philosophischer Konzepte auf den Bereich der Medizin dar, da es keine einheitliche philosophische Sichtweise des Konzeptes „Autonomie“ gibt und daher mindestens genauso viele Anwendungsinterpretationen wie Konzeptdefinitionen existieren (Salloch, 2011). Der folgende Abschnitt gibt einen kurzen Einblick in eine Auswahl verschiedener Autonomie-Sichtweisen.

Kant definiert eine autonome Entscheidung über Vernunft: Nur wenn eine Entscheidung vernunftgesteuert, frei von äußeren Zwängen und sinnlichem Antrieb ist, ist sie demnach autonom (Salloch, 2011). Dieser rein rationale Blick wird vom Authentizitätsansatz erweitert. Vertreter dieser Sichtweise gehen davon aus, dass jede Person ein eigenes Wertekonzept aufgebaut hat. Folgt eine Entscheidung dieser Person ihrem Wertesystem, wird ihre Entscheidung als authentisch und somit autonom bezeichnet. Die aufklärerische Idee wird ausgedehnt, da das Lebenskonzept einer Person, auf das zurückgegriffen wird, auch Neigungen ohne rationalen Ursprung beinhalten kann.¹⁹ Beide Ansätze sehen den Patienten im Zentrum des Autonomiekonzepts. Der so genannte Kompetenzansatz verpflichtet hingegen die soziale Umwelt, Autonomie her-

¹⁹ Kritiker sehen die Grenzen des Authentizitätskonzepts vor allem darin, dass das „wahre Selbst“ zunächst ausgeformt werden muss und somit die Sozialisation als äußere Quelle Einfluss auf das Selbst nimmt. Demnach sind auch authentische Entscheidungen einer Person nicht autonom (Salloch, 2011).

zustellen, indem äußere Einflussnahme auf den Entscheider verboten wird (negative Pflicht) und die aktive Unterstützung zur Ausübung von Selbstbestimmung ausdrücklich gewünscht wird (positive Pflicht). Kritiker merken an, dass das ethische Grundverständnis der sozialen Umwelt – z.B. des Behandlers – dabei allerdings nicht verletzt werden darf und ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Patienten- und Arztsicht gefunden werden muss (Salloch, 2011). Durch diesen Aspekt wird deutlich, dass eine einseitige Herangehensweise an eine medizinische Entscheidung aus ethischer Sicht zu kurz greift. Beide Parteien müssen sich in der Entscheidung wiederfinden. Daher sollte die paternalistische Sichtweise nicht einfach durch einen unumstößlichen Patientenwillen ersetzt werden.²⁰ Vielmehr bedarf es eines Austauschs zwischen den Beteiligten. Daher sollte eine moderne Herangehensweise an medizinische Entscheidungssituationen unter der Equipoise-Bedingung (Elwyn et al., 2003) auf Kommunikation aufbauen (Breitsameter, 2011c; Engel, Nestmann & Sickendiek, 2012). Durch den gemeinsamen Austausch soll sich einerseits der Patient absichern können, nicht zum Objekt der Medizin bzw. zum „Spielball“ der Ärzte zu werden. Auf der anderen Seite soll der Wunschmedizin Einhalt geboten werden, bei der der Arzt nur noch als Dienstleister patientenseitiger „Bestellungen“ bspw. von Behandlungsmaßnahmen fungiert und somit die medizinische Sinnhaftigkeit nicht mehr hinterfragt wird (Marckmann, 2011; Salloch, 2011).²¹ Kommunikation ist dabei unabdingbar und somit das Bindeglied, das Patientenautonomie und ärztliche Fürsorge miteinander verbindet.

Im Idealfall stellt sich nicht mehr die Frage, ob Patienten überhaupt beteiligt werden sollen, sondern nur noch wie sie beteiligt werden können (Marckmann, 2011). Hierzu gibt es unterschiedliche Auslegungen. Der rechtliche Minimalkonsens zur Patientenbeteiligung ist der so genannte „informed consent“. Demnach sind Ärzte vor jedem medizinischen Eingriff dazu verpflichtet, den Patienten persönlich über Ziele, Nutzen, Risiken und Alternativen zu informieren und die Zustimmung des Patienten einzuholen (Vollmann et al., 2008). Dies sichert den Mediziner juristisch ab, ist aber weit entfernt von der Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Der Patient bleibt in der passiven Rolle des lediglich Zustimmenden. Eine geteilte Entscheidung zwischen Arzt und Patient liegt im Sinne des Shared Decision Making dann vor, wenn sich die Beteiligten als gleichberechtigte Personen gegenüber treten.

Häufig wird SDM fälschlicherweise verstanden als Fachgespräch zwischen Arzt und Patient, das sich ausschließlich den medizinischen Details widmet. Durch diese Sichtweise würden paternalistische Strukturen allerdings verfestigt (Anselm, 2003). Der Arzt gibt dem Patienten die medizinischen Informationen und hat somit die Definitionsmacht über die anschließende Diskussion.

²⁰ Anselm weist darauf hin, dass „das Selbstbestimmungsrecht der Menschenrechtstradition [...] keineswegs gleichbedeutend mit dem Plädoyer für einen losgelösten Individualismus“ verstanden werden sollte (Anselm, 2003, S. 32).

²¹ Die aktive Mitbestimmung durch den Patienten impliziert auch das Bewusstsein des Patienten, die Konsequenzen des eigenen Handelns mitzutragen, statt sie passiv zu „erleiden“.

Durch diese Auslegung von SDM wird der Patient in seiner Abhängigkeitsrolle bestätigt. Die reine Zustimmungsrolle entspräche dem informed consent.

In den meisten Fällen liegt – gerade auch in Anbetracht des Fortschritts der modernen Medizin – ein deutliches Informationsgefälle bezüglich der medizinischen Kenntnisse zwischen Arzt und Patient vor. Dies ist unbestritten. Aber es ist nicht entscheidend für die Beteiligungsmotivation. Das Wissensgefälle liegt umgekehrt für den Arzt, bezogen auf die individuellen Präferenzen und die Lebensführung des Patienten, vor. Hier ist der Patient Experte und seine Informationen dürfen ebenso wenig übergangen werden wie das medizinische Wissen des Arztes. „Die Gleichberechtigung aller Betroffenen kann nur dann erreicht werden, wenn es gelingt, einander in einem Horizont wahrzunehmen, in dem die strukturellen Asymmetrien, wie sie in der Arzt-Patient-Beziehung vorliegen, gegenstandslos werden.“(Anselm, 2003, S.32).²²

In dieser Ansicht von SDM werden zwei Dinge vorausgesetzt: Zum einen wird implizit angenommen, dass der beteiligte Patient voll einwilligungsfähig ist (Breitsameter, 2011a). In der Literatur finden sich zahlreiche Quellen, die sich mit dem Fall auseinandersetzen, in dem ein Patient nicht einwilligungsfähig ist und wie die Einwilligungsfähigkeit bestimmt werden kann. An dieser Stelle sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (z.B. Breitsameter, 2011b; Vollmann et al., 2008). Zum anderen setzt die vorgestellte SDM-Definition voraus, dass Arzt und Patient die beste Entscheidung aufgrund rationalen Abwägens treffen können. „Bauchgefühl“-Entscheidungen scheinen zunächst nicht zum Konzept zu passen. Auch hier geben entsprechende Literaturquellen einen Einblick in intuitive und rationale Entscheidungsfindung und an welchen Stellen sich die vermeintlich komplementären Konzepte ergänzen können (z.B. Gigerenzer, 2008; 2013a und 2013b).

²² Anselm weist in diesem Zusammenhang auch auf die Bezeichnung „Patient als Person“ hin, die er gegenüber der implizit paternalistischen Formulierung „Patient als Partner“ bevorzugt (Anselm, 2003). Interessant daran ist, dass ein vom Bundesministerium für Gesundheit von 2001-2005 gefördertes Forschungsprojekt den Titel „Patient als Partner“ (Härter et al., 2011) trägt.

Watzlawick und Kollegen definieren außerhalb des medizinischen Kontextes: „In einer stabilen symmetrischen Beziehung sind die Partner imstande, den anderen in seinem Sosein zu akzeptieren, was zu gegenseitigem Respekt und Vertrauen in den Respekt des anderen führt und damit zu einer realistischen gegenseitigen Bestätigung der Ich- und Du-Definition.“ (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011, S.122) Die Autoren gehen allerdings davon aus, dass intakte Beziehungen auch komplementäre Anteile enthalten, in denen wiederum wechselseitig die superiore bzw. inferiore Rolle eingenommen wird. In diesem Zusammenhang nennen sie explizit das Beispiel der Arzt-Patient-Beziehung (Watzlawick et al., 2011, S.80).

6 Einflussgröße SDM

Da SDM ein Konstrukt ist, das mit vielen anderen Faktoren in Zusammenhang steht, befasst sich der folgende Abschnitt mit diesen Größen. Scheibler unterteilt hierzu Variablen in diejenigen, die auf SDM Einfluss nehmen und diejenigen, die von SDM beeinflusst werden (Scheibler, 2004). Beides lässt sich versuchsplanerisch beschreiben als: 1. SDM als abhängige Variable: Wovon hängt SDM ab? 2. SDM als unabhängige Variable: Worauf nimmt SDM Einfluss?

6.1 SDM als abhängige Variable

Shared Decision Making hängt natürlich zunächst einmal von den beteiligten Interaktionspartnern, deren Einstellungen, Handeln und Interagieren ab. Personenimmanente Faktoren wurden bereits in Abschnitt 4 dargestellt. Darüber hinaus wird die Ausgestaltung von SDM aber auch durch politisch-systemische und situative Rahmenbedingungen geprägt.

Je nach gesundheitspolitischer Zielsetzung und **Gesetzeslage** eines Landes wird die Beteiligung von Patienten unterstützt oder nicht. In Deutschland wurde am 20. Februar 2013 ein Gesetz verabschiedet, das die Rechte von Patienten verbessern soll (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 2013). Seither sind im Bürgerlichen Gesetzbuch unter § 630 die Einwilligungspflicht und die Aufklärungspflicht festgeschrieben. Das heißt zum einen, dass vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten eingeholt werden muss. Zum anderen müssen Behandelnde ihre Patienten über „sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ mündlich, rechtzeitig und verständlich aufklären (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 2013, S.278).²³

Durch das Gesetz wird keine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient festgelegt. Dennoch wird v.a. durch die Aufklärungspflicht und die damit verbundenen Informationen, die der Arzt dem Patienten mitteilen muss, eine wichtige Weiche für SDM gestellt. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert darüber hinaus Forschung, die Patientenbeteiligung in Deutschland etablieren soll. Dazu gehört unter anderem der Förderschwerpunkt „Patient als Partner in der medizinischen Entscheidungsfindung“ (2001 – 2005), in dessen Rahmen 10 SDM-Forschungsprojekte unterstützt wurden (Härter et al., 2011).

²³In § 630e BGB ist Folgendes festgeschrieben: „Aufklärungspflichten: (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. (2) Die Aufklärung muss 1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendigen Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält, 2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, 3. für den Patienten verständlich sein. (...)“ (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 2013, S.278)

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland gemeinsam mit anderen Ländern eine eher gute Ausgangslage für Shared Decision Making hat. Ähnlich wie in Deutschland haben z.B. auch England (Coulter, Edwards, Elwyn & Thomson, 2011), die USA (Frosch et al., 2011) und Frankreich (Moumjid, Durif-Bruckert, Denois-Régnier, Roux & Soum-Pouyalet, 2011) Gesetze auf den Weg gebracht, die eine Beteiligung von Patienten fördern sollen. In weiteren Ländern existieren national und öffentlich verfügbare Entscheidungshilfen für Patienten, die deren Beteiligung voranbringen sollen, so z.B. in den Niederlanden (Van der Weijden et al., 2011) und in Kanada (Légaré, Stacey, Forest & Coutu, 2011). Andere Länder wie Australien (McCaffery et al., 2011), Israel (Miron-Shatz, Golan, Brezis, Siegal & Doniger, 2011) oder Brasilien (De Abreu, Mirhelen Mendes, Battisti, Martins, Baumgratz & Cuziol, 2011) befinden sich wiederum gerade erst in den Anfängen bezüglich SDM. Viele weitere Länder bspw. des asiatischen und afrikanischen Raums setzen sich gar nicht mit SDM auseinander (Härter, Elwyn & Van der Weijden, 2011). Dies ist verständlich, da hier häufig die Sicherstellung medizinischer Grundversorgung im Vordergrund steht.

Allen genannten Ländern, in denen SDM auf der gesundheitspolitischen Agenda steht, ist gemein, dass es ein Implementierungsproblem in der Praxis gibt. Das heißt: SDM ist zwar abhängig von gesetzlichen Rahmenbedingungen und politischer Unterstützung. Diese allein ändern die Praxis allerdings nicht. Dazu bedarf es spezifischer Maßnahmen, die konkret und vor Ort ansetzen.

Eine Einflussgröße, die u.a. auch viele Ärzte als Barriere für die eigene Ausübung von SDM betrachten, ist der Mangel an **Zeit**. In der Tat haben deutsche Ärzte im Vergleich zu anderen Ländern deutlich weniger Zeit pro Patient (Koch, Gehrman & Sawicki, 2007).²⁴ Allerdings ist SDM nicht direkt von zeitlichen Rahmenbedingungen abhängig. SDM-Gespräche sind in der Regel durch eine Gesprächsstruktur geprägt und so könnte durch den Einsatz von SDM in medizinischen Entscheidungssituationen sogar Zeit eingespart werden²⁵. Hier liegen bisher allerdings uneinheitliche Befunde vor, sodass zusätzliche Forschung notwendig ist, um diese These zu prüfen (vgl. Abschnitt 4).

Neben den systemimmanenten Rahmenbedingungen auf der Makroebene (Gesundheitssystem), können auch Entscheidungen einzelner Betriebe/ **Krankenhäuser** (Mesoebene²⁶) Einfluss

²⁴ Die Studie vergleicht in sieben Ländern verschiedene Parameter primärärztlicher Versorgung auf der Grundlage einer Ärztebefragung. Deutsche Allgemeinärzte haben demnach im Durchschnitt 7,8 min. Zeit pro Patient. In fünf der anderen Länder (Australien, Kanada, Niederlande, Neuseeland, USA) hatten die Ärzte nach eigenen Angaben zwischen 13 und 19 min. Zeit pro Patient zur Verfügung. Etwa die Hälfte der deutschen Ärzte ist mit dieser Situation der Patientenversorgung unzufrieden (Koch, Gehrman & Sawicki, 2007).

²⁵ Towle und Godolphin (1999) geben aufgrund von Untersuchungen mit standardisierten Patienten an, dass eine Arzt-Patient-Konsultation mit hohem SDM-Ausmaß innerhalb einer Zeitspanne von zehn Minuten möglich ist.

²⁶ Die Mesoebene umfasst auch Krankenversicherungen oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Mikroebene stellen die Beteiligten von SDM dar. Die Unterscheidung wurde u.a. von Härter und Kollegen vorgenommen (Härter et al., 2011).

darauf nehmen, ob SDM praktiziert wird. So kann es sich durchaus unterschiedlich auf die Arzt-Patient-Gespräche auswirken, ob bspw. in Leitlinien einer Klinik die Patientenbeteiligung explizit erwähnt und befürwortet wird oder ob sie dort keinen Platz findet und insofern „nur“ auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt wird.

Hinzu kommt, dass selbst der Wunsch nach geteilter Entscheidungsfindung von System, Patient und Arzt nur dann Realität werden kann, wenn die beteiligten Personen in der Lage sind, SDM zu praktizieren. Dies betrifft zum einen das **Gesundheitsverhalten** der Patienten. Zum anderen aber zu einem wesentlichen Anteil die **Mediziner aus-, -weiter- und -fortbildung**. Ärzten, die bspw. in puncto Risikokommunikation nicht ausreichend geschult sind, fällt es schwer, Patienten am Wissen um die Evidenz angemessen zu beteiligen. An den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten hat die Entscheidungskommunikation noch nicht flächendeckend Einzug gehalten (Terzioglu, Jonitz, Schwantes & Burger, 2003), sodass nicht davon auszugehen ist, dass angehende Ärzte ein verhaltensrelevantes Grundverständnis von SDM in die Praxis umsetzen könnten (Elwyn et al., 2000).

6.2 SDM als unabhängige Variable

SDM ist nicht nur abhängige Variable verschiedener Faktoren, sondern nimmt auch selbst Einfluss auf andere Variablen. Dies betrifft zum einen die Interaktionspartner eines Entscheidungsgesprächs, v.a. den Patienten. Aber auch die systemische Ebene wird indirekt durch SDM beeinflusst. Patientenseitig gibt es verschiedene Themenbereiche, auf die SDM Einfluss nimmt. Im Folgenden werden die Bereiche Patientenzufriedenheit, Entscheidungskonflikt, Lebensqualität, Veränderung der Krankheitssymptome, Adhärenz und Einflüsse auf die Gesundheitsausgaben dargestellt.

Zu **Patientenzufriedenheit** existieren unterschiedliche Befunde, die zum Teil einen positiven, zum Teil aber auch einen negativen Zusammenhang zwischen SDM und Zufriedenheitsratings der Patienten finden. Wie bereits an anderer Stelle diskutiert (siehe Abschnitt 4), könnten sich die negativen Zusammenhänge über mangelnde Vertrautheit mit dem Konzept des SDM erklären lassen. Ggf. hängt die Zufriedenheit in den entsprechenden Studien auch davon ab, wie gut die SDM-Fertigkeiten auf Seiten des Arztes bereits implementiert wurden (Kasper, 2010). Es liegt die Vermutung nahe, dass Ärzte unsicherer wirken, wenn sie die neuen Strukturen, die ein SDM-Gespräch mit sich bringt, noch nicht internalisiert haben. Diese Unsicherheit könnte der Patient als Inkompetenz deuten, was sich u.a. in Unzufriedenheit widerspiegeln könnte, da Patientenzufriedenheit u.a. von der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung abhängt (Vollmann et al., 2008).

Politi und Kollegen konnten zeigen, dass die Vermittlung von wissenschaftlichen Ungewissheiten die Patientenzufriedenheit senkt. Allerdings fanden die Forscher ebenfalls heraus, dass die-

ser Effekt verschwand, wenn die Patienten an Entscheidungen angemessen beteiligt wurden (Politi, Clark, Ombao, Dizon & Elwyn, 2010). Dies lässt wiederum vermuten, dass sich SDM nicht negativ auf die Patientenzufriedenheit auswirkt.

Auch Ärzte sind nach entsprechenden Kommunikationstrainings kurzfristig unzufriedener mit dem eigenen Handeln und berichten eine geringere Selbstwirksamkeit (Carvalho et al., 2011). In Langzeituntersuchungen zeigten sie allerdings erhöhte Zufriedenheitswerte (Haskard et al., 2008).²⁷

Die Unzufriedenheit von Patienten kann allerdings auch aus den SDM-relevanten Bausteinen entstehen: Zum einen decken die SDM-Schlüsselbotschaft sowie die evidenzbasierte Diskussion der einzelnen Möglichkeiten auf, dass die Medizin für viele Indikationen keine eindeutigen Antworten geben kann. Diese Informationen verstören viele Patienten, die mit anderen Erwartungen an die Medizin zum Arzt gehen. Zum anderen kann es passieren, dass Patienten mit der ihnen zugewiesenen neuen Rolle im Sinne des Shared Decision Making nicht zufrieden sind, da sie lieber routinierte und souveräne Ärzte konsultieren möchten, die keine Unsicherheit ausstrahlen, keine Ungewissheiten kommunizieren und dem Patienten keine aktive Rolle ermöglichen (Brock, 1991; Politi et al., 2010).

Statt der medizinischen Ungewissheiten betrachtet das Konstrukt des **Entscheidungskonflikts** die Ungewissheit des Patienten bzgl. der Form des Handelns. Entscheidungskonflikte entstehen demnach in Situationen, in denen Risiken und Werte abgewogen werden müssen, der Ausgang des Prozesses ungewiss ist und antizipiert werden kann, dass die getroffene Entscheidung womöglich bereut wird in Anbetracht der positiven Aspekte einer nicht gewählten Option (O'Connor, 1995). Diese Beschreibung trifft auf medizinische Entscheidungssituationen zu, in denen SDM angemessen ist, sodass SDM ggf. auf den Entscheidungskonflikt Einfluss nimmt. Meist wird der Entscheidungskonflikt als Outcomevariable für die Evaluation von Entscheidungshilfen verwendet unter der Annahme, dass der Einsatz der jeweiligen Entscheidungshilfe den Entscheidungskonflikt der betroffenen Patienten senkt. Diverse Studien stützen diese These (Spatz & Spertus, 2012; Stacey et al., 2011). Es liegt nahe, dass der Entscheidungskonflikt des Patienten auch nach einem SDM-Gespräch geringer sein sollte als vorher, da im Verlauf der Konsultation die Handlungsoptionen gemeinsam mit dem Arzt besprochen werden und in gegenseitigem Einvernehmen eine Option ausgewählt wird. Auch dies ließ sich in Studien zeigen (Hölzel, Kriston & Härter, 2013). Neuere Untersuchungen betrachten nicht nur den Entscheidungskonflikt des Patienten, sondern auch die Einigkeit zwischen Arzt und Patient in Bezug auf den Entscheidungskonflikt des Patienten (LeBlanc, Kenny, O'Connor & Légaré, 2009).

²⁷ Als mögliche Begründungen für diesen Befund nennen Haskard und Kollegen (2008) zum einen die steigenden Anforderungen an eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die im Sinne des SDM stattfindet. Zum anderen vermuten sie, dass das Kommunikationstraining zu veränderten Standards für interpersonale Interaktionen geführt haben könnte, denen sie direkt nach dem Training noch nicht gerecht werden können, aber die sie zu diesem Zeitpunkt dennoch bereits zur Beurteilung des Gesprächs heranziehen.

Häufig wird auch **Lebensqualität** als abhängige Variable von SDM untersucht. Angenommen wird meist ein positiver Zusammenhang, das heißt, dass starke Patientenbeteiligung mit einer erhöhten Lebensqualität einhergeht (Scheibler, 2004). Verschiedene Studien liefern Hinweise, die diese Hypothese bestätigen (z.B. Faller, 2012). Zum Teil können sogar Langzeiteffekte gezeigt werden (z.B. Ashraf et al., 2013).

Eine weitere Outcomevariable von SDM betrifft die Auswirkungen von SDM auf die **Veränderungen der Krankheitssymptome**. Die Forschungsfrage ist hier, ob geteilte Entscheidungsfindung Einfluss auf das körperliche Wohlergehen der Patienten nimmt. Neben dem Autonomiegedanken und ethischen Grundsätzen wäre SDM dann mit direkten positiven gesundheitlichen Auswirkungen auf den Patienten verbunden (z.B. Drewelow et al., 2012; Martin, Tamblyn, Ahmed & Tannenbaum, 2013). Einzelne Befunde stützen diese Aussage (z.B. Légaré et al., 2013). Fraglich bleibt bei Zusammenhängen von SDM und Krankheitssymptomatik allerdings, ob SDM überhaupt mit einer Verbesserung des körperlichen Zustandes des Patienten einhergehen muss (Spatz & Spertus, 2012). Entscheidet sich ein Patient z.B. gegen lebensverlängernde Maßnahmen, hält dies aber für die richtige Entscheidung für sich selbst, dann wirkt sich in diesem Fall SDM sogar negativ auf den körperlichen Zustand aus. Die Angemessenheit der gemeinsamen Entscheidung würde durch diese Veränderungen aber nicht angezweifelt.

Unter **Adhärenz** versteht man die Therapietreue des Patienten bezüglich der Behandlungsziele, die Arzt und Patient gemeinsam festgelegt haben (Scheibler, 2004).²⁸ Während SDM auf den Prozess der Entscheidungsfindung fokussiert, beschreibt Adhärenz das Folgeverhalten des Patienten nach einer getroffenen Zielvereinbarung. Es erscheint folgerichtig, dass Studien auf einen positiven Zusammenhang zwischen SDM und Adhärenz hinweisen (Scheibler, 2004). Hat der Patient an der Entscheidungsfindung mitgewirkt, dann hatte er die Möglichkeit, auf die Behandlungsziele Einfluss zu nehmen und steht vermutlich stärker hinter der getroffenen Entscheidung als wenn ihm die Behandlungsziele mitgeteilt wurden und er deren Sinn und Nutzen ggf. nur teilweise verstanden hat.

Mit erhöhter Adhärenz einhergehen könnten Auswirkungen von veränderten Kommunikationsmustern auf die **Gesundheitsausgaben**, also auf die systemische und politische Ebene. Sollte sich zeigen lassen, dass SDM tatsächlich Zeit einspart (oder zumindest nicht mehr Zeit in Anspruch nimmt) (Towle & Godolphin, 1999), die Patienten ihre Behandlungen seltener eigenmächtig abbrechen oder weniger Medikamente zu sich nehmen (Légaré & Labrecque et al., 2012) und weniger Zweit- und Drittkonsultationen anfallen, dann wäre SDM auch im volkswirtschaftlichen Interesse erstrebenswert.

²⁸ Adhärenz wird abgegrenzt von *Compliance*, das auf die Therapietreue des Patienten in Bezug auf arztseitig gesetzte Behandlungsziele fokussiert (Rafii et al., 2014). Compliance ist durch diesen eher normativen Charakter mit paternalistischem Arztverhalten assoziiert.

Viele weitere Variablen wie Krankheitsverständnis, Risikowissen, Ängstlichkeit etc. werden von SDM beeinflusst. An dieser Stelle sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (z.B. Hölzel et al., 2013; Köpke et al., 2014; Scheibler, 2004; Stacey et al., 2011).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich SDM in einem Gefüge verschiedener Variablen befindet, die aufeinander Einfluss nehmen. Sowohl personenbezogene als auch situative Faktoren und politische Entscheidungen können jeweils auf SDM wirken als auch durch SDM beeinflusst werden.

7 Messung von SDM

Mehrere Studien konstatieren, dass SDM in der klinischen Praxis nur selten umgesetzt wird (z.B. Godolphin, 2009) und dass es daher einer SDM-Förderung bedarf. Um den status quo des bisherigen SDM-Ausmaßes abbilden zu können und den potenziellen Nutzen von SDM-Fördermaßnahmen darstellen zu können, muss SDM folglich gemessen werden.

Es gibt mehrere Möglichkeiten und Herangehensweisen um herauszufinden, ob SDM bei einer Arzt-Patient-Konsultation stattgefunden hat. Je nachdem, welcher Fokus gesetzt wird und welche Definition einem Messinstrument zugrunde liegt, wird bspw. das Ausmaß der Beteiligung durch den Arzt, den Patienten oder von einem unbeteiligten Dritten (Beobachter) eingeschätzt.

Giersdorf und Kollegen (2004) bewerten alle bisher existierenden Messinstrumente als unzureichend, da sie nicht den Kern des SDM-Konzeptes treffen, die Interaktion zwischen Arzt und Patient nicht berücksichtigen und zum Teil nicht ausreichend validiert sind. Hinzu kommt, dass die unterschiedlichen SDM-Messmethoden kaum miteinander korrelieren (Kasper, Heesen, Köpke, Fulcher & Geiger, 2011), man also nicht davon ausgehen kann, dass mit den verschiedenen Methoden dasselbe Konstrukt gemessen wird. Dies liegt zum Teil an den unterschiedlichen SDM-Definitionen, die bei der Konstruktion der Messinstrumente verwendet wurden. Allerdings konnten Kasper und Kollegen (Kasper et al., 2011) zeigen, dass die Ergebnisse unverändert blieben, wenn man einzelne, fast identische Items aus verschiedenen Instrumenten miteinander korreliert. Dies weist darauf hin, dass dieselbe Situation sowie der Entscheidungsprozess insgesamt, von Arzt und Patient verschieden betrachtet werden. Offensichtlich entsprechen die vom Arzt *gemeinten* Informationen nicht den vom Patienten *verstandenen* Informationen und umgekehrt (Kasper et al., 2010).²⁹ Die SDM-Konstrukte aus Arzt-, Patienten- und Beobachtersicht

²⁹ Dass die gemeinte Information des Sprechers nicht unbedingt der verstandenen Information des Angesprochenen entspricht, zeigt sich auch in anderen Kommunikationsbereichen. Das bekannteste Kommunikationsmodell hierzu ist das „Sender-Empfänger-Modell“ von Schulz von Thun (2011).

sind nicht identisch (Kasper, Heesen & Geiger, 02.-05.09.2010). Dies ist zunächst nur eine Feststellung der Tatsachen. Die Nichtübereinstimmung der Sichtweisen und ihrer Messungen stellt allerdings ein Problem dar, wenn die Messungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln austauschbar eingesetzt werden, wie es in der bisherigen Forschung oftmals geschieht.

Möchte man SDM erfassen, stellt sich also die Frage, welche Sichtweise die ausschlaggebende zur Messung von SDM sein sollte bzw. welches Konstrukt erfasst werden soll. Gemäß der Arbeitsdefinition (siehe Abschnitt 3.3) kann die Auswahl nur eines der drei Unterkonstrukts zur Erfassung des Gesamtkonstrukts SDM nicht genügen. Es muss ein Messinstrument verwendet werden, das alle zur Verfügung stehenden Blickwinkel erfasst, da sich die Konstrukte der verschiedenen Beteiligten (Arzt, Patient, Beobachter) nicht entsprechen, sondern zusammen SDM ergeben.

Das derzeit gebräuchlichste Messinstrument für SDM ist **OPTION** (Akronym für: observing patient involvement) (Elwyn et al., 2003). Es misst durch einen Beobachter das gezeigte SDM-Verhalten des Arztes. Allerdings erweist sich dieses Maß als unzureichend (Kasper et al., 2011), da die konzeptionelle Beschränkung der Beobachtungen auf das Verhalten des Arztes keine Abbildung der Interaktion von Arzt und Patient erlaubt. Außerdem lässt OPTION einige Kriterien für SDM außer Acht, die als essenzielle Bestandteile des Konstruktes gelten (Makoul & Clayman, 2006).

Seit Kurzem existiert ein weiteres Messinventar, **MAPPIN'SDM** (Akronym für Multifocal approach to the ‚sharing‘ in SDM) (Kasper, 2011), das einige Unzulänglichkeiten von OPTION überwindet. Das SDM-Ausmaß wird hier auf der Grundlage von Patient, Arzt und Beobachter gemessen. Auf diese Weise werden alle relevanten Perspektiven erfasst. Die Integration dieser drei Perspektiven ermöglicht eine vollständige Kartierung der Entscheidungskommunikation. Außerdem eröffnet es die Möglichkeit einer Operationalisierung des „two-way-exchange of information“ (Charles et al., 1997).

Sowohl MAPPIN'SDM (Kasper, 2011) als auch OPTION (Elwyn et al., 2003) versuchen als Messinstrumente den SDM-Prozess selbst abzubilden. Im Fokus steht jeweils das Kernkonstrukt SDM.³⁰

Nicht selten wird zur Messung von SDM eine der genannten Outcomevariablen (siehe Abschnitt 6.2) verwendet. Möchte man das Konstrukt SDM erfassen, erscheint dies nicht zielführend. Es werden gänzlich andere Konstrukte erfasst, die in der Regel zwar mit dem realisierten

³⁰ Mittlerweile liegt eine dyadische Version der OPTION-Skala vor (Melbourne, Sinclair, Durand, Légaré & Elwyn, 2010). Hier schätzen Arzt und Patient jeweils ein, wie sie das SDM-Ausmaß bewerten. Eine Integration der Beobachterperspektive findet nicht statt. Auch die Ausklammerung SDM-relevanter Aspekte (z.B. Evidenzbasierung) bleibt bestehen, sodass MAPPIN'SDM nach wie vor das fortschrittlichste Messinstrument darstellt. Es wird in Abschnitt 13.1 näher vorgestellt.

SDM-Ausmaß zusammenhängen. Da die Befunde häufig aber uneindeutig sind, erlauben Messungen unterschiedlicher Ausprägung in einer der Outcomevariablen keine zweifelsfreien Rückschlüsse auf SDM.

Die Messung von SDM ist ein viel diskutiertes Forschungsfeld und es existieren sehr viele Messinstrumente. Für die Vertiefung sei auf die entsprechende Literatur verwiesen, die sich ausführlich mit den unterschiedlichen Messinstrumenten, ihren Vor- und Nachteilen, ihren Anwendungsbereichen und der Messproblematik auseinandersetzt (z.B. Geiger, 2007; Giersdorf et al., 2004; Kasper et al., 2011).

8 Zwischenfazit:

SDM – von vielen gewollt, von wenigen umgesetzt

Es existieren verschiedene Formen der Arzt-Patient-Kommunikation. In medizinischen Entscheidungssituationen, in denen es keine medizinisch indizierte Lösung gibt, gewinnt SDM zunehmend an Akzeptanz bei allen Beteiligten. Obwohl ethische, politische und ökonomische Argumente den Einsatz von SDM befürworten, werden in der klinischen Praxis bis dato selten medizinische Entscheidungen mit den Patienten geteilt. Möchte man dies ändern, dann stellt sich die Frage, wie SDM gefördert bzw. der Einsatz von SDM in der Entscheidungskommunikation zwischen Arzt und Patient gesteigert werden kann.

II Forschungsstand

Möchte man Arzt-Patient-Kommunikation verändern, kann man verschiedene Strategien wählen. Man kann z.B. die Vorbedingungen und somit den Rahmen für Arzt-Patient-Konsultationen ändern oder aber die Interaktion der Beteiligten direkt fokussieren. Da an Kommunikation immer mindestens zwei Seiten beteiligt sind, ist sie auch an diesen beiden Stellschrauben beeinflussbar (Zoppi & Epstein, 2002): SDM-Trainings können entweder beim Arzt oder beim Patienten ansetzen. Beide Möglichkeiten sowie Kombinationen wurden in der bisherigen Forschung bereits gewählt und werden im Rahmen dieses Kapitels zunächst dargestellt (Abschnitt 9). Anschließend wird beleuchtet, was bei der Gestaltung von Ärzetrainings bedacht werden sollte (Abschnitt 10) und wie das doktormitSDM-Trainingsprogramm aufgebaut ist (Abschnitt 11).

9 Maßnahmen zur Verbesserung von SDM

Zu den verschiedenen Herangehensweisen, SDM stärker in die medizinische Praxis einzubringen, zählen u.a. Patientenschulungen (Haskard et al., 2008), Entscheidungshilfen für Patienten (Edwards et al., 2004), Weiterbildungen für das Gesundheitspersonal (Légaré & Labrecque et al., 2012) sowie die Überlegung, den Erwerb von SDM-Kompetenzen bereits in die Ausbildung der jeweiligen Gesundheitsberufe, also bspw. in die Krankenpflegeausbildung oder in das Medizinstudium, einzubinden (Légaré & Politi et al., 2012).

Hinter jeder dieser Interventionen stecken verschiedene Grundüberzeugungen, Intentionen und Umsetzungen. Keines der bisher existierenden Konzepte kann als Königsweg zur wirkungsvollen SDM-Förderung angesehen werden (Légaré et al., 2013). Vielmehr hat jeder Ansatz seine Berechtigung und die Konzepte können sich gegenseitig bereichern und ergänzen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einem SDM-Ärztetraining. Dennoch soll ein kurzer Blick auf andere SDM-Fördermaßnahmen geworfen werden.

Die Grundidee, betroffene Patienten als Zielgruppe von SDM-Interventionen in den Fokus zu stellen, entspricht dem SDM-Gedanken. Die Patienten sollen aktiviert und das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass sie die Personen sind, die jegliche positiven und negative Konsequenzen einer medizinischen Entscheidung tragen müssen und daher unabdingbar Teil des Entscheidungsprozesses sein sollten. Auf diese Weise wird die paternalistisch geprägte Struktur der Arzt-Patient-Kommunikation von der bis dato „schwachen“ Patientenseite eingeführt.

Es wurden international bereits Hunderte von Entscheidungshilfen für Patienten konzipiert, die jeweils indikationsspezifisch evidenzbasierte Informationen bereitstellen (Loh, Simon, Kriston & Härter, 2007). Meist steht bei Entscheidungshilfen die Vermittlung verständlicher und bestmöglicher Informationen im Vordergrund.³¹ Das Ziel von Entscheidungshilfen ist es, den Patienten durch diese Informationen in die Lage zu versetzen, entweder direkt selbst eine Entscheidung über das weitere Vorgehen zu treffen (im Sinne des Modells der Informierten Entscheidungsfindung (Charles et al., 1997) oder aber, sich an der Entscheidungsfindung mit dem Arzt zu beteiligen (im Sinne des Shared Decision Making).

Neben Entscheidungshilfen ist es auch möglich, SDM mit Hilfe von minimalen Interventionen von der Patientenseite in das Arzt-Patient-Gespräch einzubringen. So konnten Shepherd und Kollegen zeigen, dass das SDM-Ausmaß zunimmt, wenn der Patient dem Arzt drei ausgewählte Fragen stellt, die die Kernelemente von SDM in der gemeinsamen Kommunikation „einfordern“ (Shepherd et al., 2011).³²

Da bei Patientenschulungen und Entscheidungshilfen nur die jeweils geschulte/ informierte Person nachhaltig profitiert, erweist sich dieser Ansatz als eher unökonomisch. Sinnvoller erscheint es daher, die SDM-Fertigkeiten der Ärzte zu schulen, da sie viele Patienten sehen und auf diese Weise das Training einer Person vielen Patienten zu Gute kommt.³³ In verschiedenen Studien zeigt sich, dass SDM in der Mediziner Ausbildung nicht vermittelt wird (z.B. Elwyn et al., 2000; Terzioglu et al., 2003) und es somit an Kommunikationsfertigkeiten mangelt. An dieser Stelle können nachträgliche Trainings der bereits praktisch tätigen Ärzte weiterhelfen.

Dies gilt ebenfalls für Aus- und Fortbildungsprogramme von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Beispielsweise kann die unterstützende Arbeit von Krankenpflegern im Kontakt mit

³¹ Die Art der Aufklärung nimmt entscheidend Einfluss auf die Informationsverarbeitung und die Entscheidung des Patienten (Breitsameter, 2011a). Um potenzielle Fehler vermeiden zu können, haben Bunge und Kollegen in einer systematischen Übersichtsarbeit Hinweise zusammengestellt, wie relevante Informationen evidenzbasiert und didaktisch verständlich dargestellt werden können (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg, 2009).

³² Die drei Fragen sind: Was sind meine Optionen? Was sind die Vor- und Nachteile? Wie wahrscheinlich sind diese? Die Untersuchung wurde in Australien durchgeführt und wird zurzeit durch eine patientenorientierte Internetplattform (www.askshareknow.com.au, Stand: 26.07.2014) unterstützt (Shepherd et al., 2011).

³³ Grundsätzlich kann man dieser Idee einen paternalistischen Anstrich unterstellen, da die Veränderung von Seiten des Arztes initiiert wird. Da das SDM-Konzept allerdings eine nicht-paternalistische Sichtweise verkörpert, sollte dies kein Hinderungsgrund sein oder der Implementierung wirkungsvoller Ärztetrainings im Weg stehen.

dem Patienten wichtige Weichen für den SDM-Prozess stellen und z.B. dem Arzt viele Schritte der Informationsvermittlung abnehmen. Im Optimalfall arbeitet ein medizinisches Team in Entscheidungssituationen gänzlich nach der Idee des Shared Decision Makings (Körner, Erhardt & Steger, 2013; Rahn et al., 05.-07.06.2014).

Insgesamt betrachtet sollten alle genannten Strategien verfolgt werden, da sowohl Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe als auch Patienten im bisherigen deutschen Gesundheitssystem wenig mit SDM in Kontakt gekommen sind und sich die Ansätze somit sehr gut ergänzen können.

Da die Evaluation eines neuen SDM-Trainings für Ärzte im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, werden bisher existierende Trainings nun genauer betrachtet, um den Forschungsstand abzubilden und den Bedarf eines neuen Trainingsprogramms darzulegen.

Légaré und Kollegen stellen in zwei Reviews Ergebnisse systematischer Recherchen nach Studien zu Interventionsverfahren zur Steigerung des Einsatzes von SDM vor (Légaré & Politi et al., 2012; Légaré et al., 2010). Zunächst berücksichtigten die Autoren sowohl Trainings, die sich an Ärzte richteten als auch solche, die an Krankenpfleger und Patienten adressiert waren und identifizierten auf diese Weise 182 Studien (Légaré et al., 2010). In ihrem zweiten Review suchten Légaré und Kollegen explizit nach SDM-Trainingsprogrammen für Angehörige der Gesundheitsberufe (Mediziner, Krankenpfleger, Psychologen, Pharmazeuten, etc.) (Légaré & Politi et al., 2012). Durch systematische Literaturrecherche und Expertenkontakte identifizierten sie 54 zum Teil noch unveröffentlichte Programme in 14 Ländern und 10 Sprachen. Diese große Anzahl an Trainingsverfahren allein für Angehörige der Gesundheitsberufe zeigt, dass sowohl Forschungs- als auch Fortbildungsinteressen im Bereich SDM vorhanden sind. Ziel dieses zweiten Reviews war es, eine möglichst vollständige Zusammenstellung bestehender Programme innerhalb der Forschungslandschaft vorzunehmen. Daher wurden keine Studien z.B. aufgrund unzureichend erfüllter methodischer Kriterien von der Listung ausgeschlossen.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Reviews von Légaré und Kollegen als Grundlage für die Darstellung des Forschungsstandes verwendet. Anhand folgender Kriterien wurde aus den gelisteten Studien eine Auswahl der näher zu betrachtenden Studien getroffen:

- Das Training sollte **SDM beinhalten**.
- Die **Zielgruppe** der Intervention sollten **Ärzte** sein.
- Das Training sollte **möglichst nicht indikationsspezifisch** sein.

Die ersten beiden Punkte wurden als harte Selektionskriterien innerhalb der gelisteten Programme für die nähere Betrachtung der entsprechenden Publikationen behandelt. Vereinzelt wurden auch Studien in die nähere Auswahl genommen, die nur Ärzte eines bestimmten medizinischen Indikationsbereichs trainierten, wenn vermutet werden konnte, dass z.B. ein beson-

ders aufwändiges Trainingsprogramm vorgestellt wurde, das sich potenziell auf andere Fachbereiche der Medizin übertragen ließe.

Aus den 54 Studien (Légaré & Politi et al., 2012) wurden durch diese drei Kriterien in einem ersten Schritt 12 Trainingsverfahren identifiziert, die genauer beleuchtet werden sollten.³⁴ Da Légaré und Kollegen allerdings auch auf unveröffentlichtes Material zurückgriffen, konnten trotz intensiver Recherche vier Studien nicht in entsprechenden Publikationen ausfindig gemacht werden. Außerdem wurde in dem Review auch die Studie berücksichtigt, die dieser Doktorarbeit zu Grunde liegt (Geiger, Liethmann, Hoffmann, Paschedag & Kasper, 2011). Zu den nun sieben verbleibenden Studien kamen allerdings zusätzlich zwei weitere Studien hinzu: Hinter einer Reviewangabe verbargen sich zwei Trainingsprogramme derselben Forschergruppe (Bieber et al., 2009; Loh et al., 2007). Außerdem wurde eine Studie identifiziert, die als Folgestudie aus einem Interventionsverfahren hervorging, das im Review von 2012 gelistet war (aus DECISION + (Allaire et al., 2011 und LeBlanc et al., 2011) wurde DECISION + 2 entwickelt (Légaré & Labrecque et al., 2012 und Légaré et al., 2013)).

Abbildung 3 fasst zusammen, welche Kriterien und Gründe zur Reduktion der betrachteten Trainingsverfahren führten.

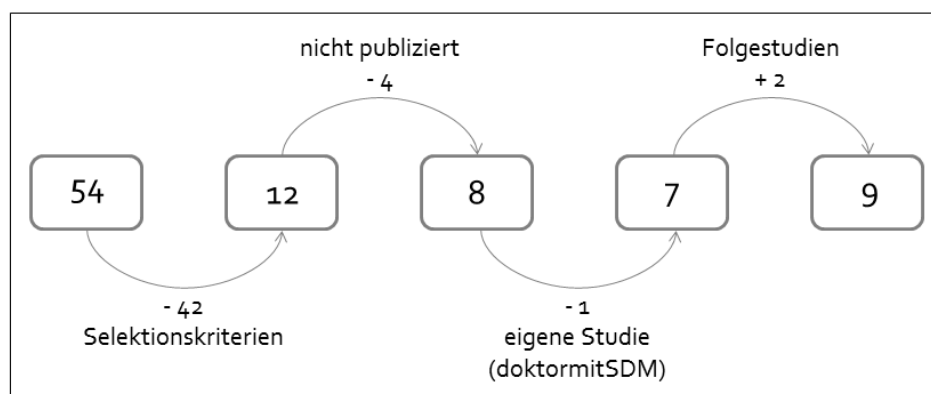


Abb. 3: Anzahl der relevanten Trainingsverfahren, die in der vorliegenden Arbeit näher betrachtet werden sollen. Ausgangspunkt sind die 54 gelisteten Studien, die Légaré und Kollegen in einem Review zu SDM-Ärztetrainings identifizierten (Légaré & Politi et al., 2012).

In der Summe ergeben sich aus den beiden Reviews von Légaré und Kollegen (2010 und 2012) neun Trainingsverfahren (1. Haskard et al., 2008, 2. Edwards et al., 2004; Elwyn et al., 2004, 3. Carvalho et al., 2011, 4. Towle et al., 2006, 5. Loh et al., 2004; Loh et al., 2007, 6. Bieber et al., 2009, 7. Allaire et al., 2011; LeBlanc et al., 2011, 8. Légaré et al., 2013; Légaré & Labrecque et al., 2012, 9. Kirkegaard et al., 2010), die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Tabelle 2 liefert einen Überblick über die ausgewählten Trainingsverfahren.

³⁴ Zwei der Trainingsverfahren wurden bereits im Review von 2010 identifiziert: Haskard et al. (2008); Elwyn et al. (2004).

Tab. 2: Überblick über bestehende SDM-Ärztetrainings. Systematische Auswahl aus den gelisteten Trainingsprogrammen der Reviews von Légaré und Kollegen (Légaré & Politi et al., 2012; Légaré et al., 2010)

Studie/ Autoren/ Publikationen	Land/ Sprache	Zielgruppe/ indikationsspezifisch?/ Stichprobengröße	Ziel der Studie	Intervention	Ergebnisparameter/ Selbst- (SR), Fremd- (FR), Beobachter- (BR) ratings?	Dauer
Ärzte- und Patienten-Kommunikations-training in der Primärversorgung (Haskard et al., 2008)	USA/ Englisch	Ärzte und Patienten/ nicht indikationsspezifisch/ 156 Ärzte, 2196 Patienten	Effekte eines Kommunikationstrainingsprogramms für Ärzte und Patienten prüfen	Ärzte: 3 interaktive Workshops Patienten: einmaliger Patienten-Guide via Audio-CD	Zufriedenheit Patient (SR), Zufriedenheit Arzt (SR), Patientenbericht über Beratungsqualität des Arztes (FR), Stress und Lebenszufriedenheit des Arztes (SR), Globalrating Kommunikationsprozess (SR)	Ärzte: 3 x 6 Std. Patienten: 20 min.
Training für SDM und Risikokommunikation, cluster-randomisierte Studie (Edwards et al., 2004; Elwyn et al., 2004)	USA/ Englisch	Ärztetraining/ Allgemeinärzte: 4 Indikationen/ 20 Ärzte, 747 Patienten (z.T. für einzelne Fragestellungen nur Unterstichproben der Patienten eingeschlossen)	Effekte eines SDM-Trainings und der Anwendung von Risikokommunikationshilfen auf die Konsultationsprozesse und die patientenbasierten Outcomemessungen untersuchen	2 Workshops zu 1. Entscheidungshilfe zu Risikokommunikation, 2. SDM jeweils mit Theorieinput, Video-Diskurs, Simulationspatienten	Patientenbeteiligung in der Entscheidungsfindung: OPTION (BR), Risikokommunikation (SR), Zufriedenheit Patient (SR), weitere Parameter	4 x 3 Std. (laut: Légaré & Politi et al., 2012)
Training für klinische Kommunikationsfertigkeiten (Carvalho et al., 2011)	Portugal/ Portugiesisch	Angehörige der Gesundheitsberufe: Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Physiotherapeuten/ nicht indikationsspezifisch/ 25 Angehörige der Gesundheitsberufe	Effekte eines Kommunikationstrainings auf das Verhalten und die Selbstwirksamkeit untersuchen	Interaktive Workshops mit Theorieinput, Video-Diskurs, Rollenspielen	Zwischenmenschliche und kommunikative Fertigkeiten (BR und FR durch Simulationspatienten), Selbstwirksamkeit (SR)	1 Jahr (v.a. 3 Monate initiale Phase)

Studie/ Autoren/ Publikationen	Land/ Sprache	Zielgruppe/ indikati- onsspezifisch?/ Stich- probengröße	Ziel der Studie	Intervention	Ergebnisparameter/ Selbst- (SR), Fremd- (FR), Beobachter- (BR) ratings?	Dauer
Informierte und ge- teilte Entscheidungs- findung in die Praxis umsetzen (Towle et al., 2006)	Kanada/ Englisch	Ärzte/ Allgemeinärzte/ 6 Ärzte	Barrieren für SDM identifizieren, die bzgl. SDM hoch moti- vierte Ärzte in der Praxis von der Umset- zung von SDM abhal- ten	Interaktiver Work- shop mit Theoriein- put, Videodiskurs, Simulationspatienten	Barrieren für SDM (via Inhaltsanalyse qualitativer Gruppen- interviews)	3 Std.
SDM-Training für den Umgang mit Depressionen bei Allgemeinärzten, cluster- randomisierte Studie (Patient als Partner) (Loh et al., 2004 und 2007)	Deutschland/ Deutsch	Ärzte/ Allgemeinärzte, Indika- tion: Depression/ 23 Ärzte, 405 Patienten	Effekte eines SDM- Trainings (im Ver- gleich zu einer Kon- trollgruppe) auf die Adhärenz, Zufrieden- heit und klinischen Ergebnisse depressi- ver Patienten unter- suchen	5 interaktive Work- shops mit Theoriein- put, Diskussionen, Videodiskurs, Rollen- spiel, Entscheidung- hilfe	Teilnehmerakzeptanz, Adhärenz (SR, FR durch den Arzt), Patientenzufriedenheit (SR), klinisches Ergeb- nis/ Gesundheits- zustand (SR)	5 x 3,5 Std. über 6 Monate
SDM-Training für Ärzte (Patient als Partner) (Bieber et al., 2009)	Deutschland/ Deutsch	Ärzte/ nicht indikations- spezifisch/ 150 Ärzte	Zuspruch und Erfolg eines freiwilligen SDM-Trainings unter- suchen	2 interaktive Work- shops mit Theoriein- put, Trainingsmanual, Lehrfilm, Videodis- kurs, Rollenspiel, Simulationspatienten	SDM-Wissenstest, SDM-Selbst- einschätzung (SR)	2 x 4 Std.
DECISION+ randomisiert- kontrollierte Studie (Allaire et al., 2011; LeBlanc et al., 2011)	Kanada/ Französisch	Ärzte/ Allgemeinärzte, Indika- tion: Atemwegs- erkrankungen/ 39 Ärzte, 544 Patienten	Barrieren, Förder- möglichkeiten für die Teilnahme an SDM- Trainingsprogrammen identifizieren, Mach- barkeit und Akzep- tanz untersuchen	3 interaktive Work- shops mit Theoriein- put, Videodiskurs, Entscheidungshilfe	Barrieren für SDM (via Inhaltsanalyse qualitativer Gruppen- interviews), Zufrie- denheit des Arztes	3 x 3 Std. über 6 Monate verteilt

Studie/ Autoren/ Publikationen	Land/ Sprache	Zielgruppe/ indikati- onsspezifisch?/ Stich- probengröße	Ziel der Studie	Intervention	Ergebnisparameter/ Selbst- (SR), Fremd- (FR), Beobachter- (BR) ratings?	Dauer
DECISION + 2 randomisiert- kontrollierte Studie (Légaré et al., 2013; Légaré & Labrecque et al., 2012)	Kanada/ Französisch	Ärzte/ Allgemeinärzte, Indika- tion: Atemwegs- erkrankungen/ Insgesamt: 270 Ärzte, 181 Patienten (z.T. für einzelne Fra- gestellungen nur Un- terstichproben der Ärzte eingeschlossen)	Auswirkungen eines SDM-Trainings auf den Antibiotika- Verbrauch der Patien- ten und auf die Pati- entenbeteiligung untersuchen	Onlinetutorium, in- teraktiver Workshop mit Theorieinput, Videodiskurs, Übun- gen, Entscheidungs- hilfen	Antibiotikagebrauch (SR), Adhärenz (SR), Entscheidungskonflikt (SR), Patienten- beteiligung in der Ent- scheidungsfindung: dyadic OPTION (SR/ FR), weitere Parame- ter	2 x 2 Std. über mind. 1 Monat
RISAP cluster- randomisierte Studie Studienprotokoll (Kirkegaard et al., 2010)	Dänemark/ Dänisch	Ärzte/ Allgemeinärzte, Indika- tion: hoher Choleste- rinspiegel/ geplant: 80 Ärzte, 560 Patienten	Auswirkungen eines Ärztetrainings zur Risikokommunikation und zu SDM untersu- chen	2 interaktive Work- shops mit Theoriein- put, Rollenspiel, Ent- scheidungshilfe zu Risiko und Risiko- reduktion	Zufriedenheit Arzt und Patient (SR), Adhärenz (SR), Gesundheitszu- stand (SR), weitere Parameter	2 x 2 Std.

In einem umfassenden Training schulten **Haskard und Kollegen** (2008) sowohl Ärzte (N = 156) als auch Patienten (N = 2196) in Bezug auf Kommunikationsfertigkeiten und SDM und verglichen folgende vier Gruppen miteinander: Arzt-Patient-Dyaden, in denen 1. nur der Arzt, 2. nur der Patient, 3. Arzt und Patient 4. weder Arzt noch Patient geschult wurde. Die Ärzteschulung umfasste drei interaktive Workshops (jeweils sechstündig). Die Patientenschulung gestaltete sich in Form eines 20-minütigen Audio-Guides. Die Auswertung erfolgte größtenteils über Selbstbeurteilung der beteiligten Interaktionspartner bezüglich Zufriedenheit, Informationsaustausch, Beratung bezüglich des Gesundheitsverhaltens etc. Die Studienergebnisse zeigten – hypothesenkonform –, dass sich nach dem Ärztetraining die Patientenzufriedenheit und ihre Einschätzung der ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten verbesserten. Die Zufriedenheit der Ärzte sank hingegen.³⁵ Das Patiententraining allein zeigte keine signifikanten Effekte auf die gemessenen Outcomevariablen. Die verfügbaren Audioaufnahmen der Gespräche wurden nicht ausreichend ausgewertet, sodass eine beobachtergestützte Aussage über die Trainingseffekte nicht möglich war.³⁶

Bewertung: Die Studie von Haskard und Kollegen zeichnet sich durch ein aufwändiges Design mit hoher Fallzahl aus, da sowohl Ärzte als auch Patienten geschult und vier Bedingungen untersucht wurden.

Der Fokus der Studie lag auf allgemeinen Kommunikationsfertigkeiten. SDM-Elemente wurden in dem Trainingsverfahren nur peripher thematisiert. Die Evaluation erfolgte anhand von Selbsteinschätzungen der Beteiligten in Bezug auf Outcomevariablen. Eine direkte Erfassung von SDM wurde nicht vorgenommen.

Elwyn, Edwards und Kollegen (Edwards et al., 2004; Elwyn et al., 2004) schulten zwei Gruppen von Allgemeinärzten (N = 20, Gesamtstichprobe) mit zwei unterschiedlichen Workshops. Alle Ärzte durchliefen beide Trainings, aber in unterschiedlicher Reihenfolge. Die eine Gruppe startete mit einer Schulung zu Risikokommunikationshilfen und erhielt danach ein SDM-Training. Die zweite Gruppe besuchte die beiden Workshops in umgekehrter Reihenfolge. Die Inhalte wurden über theoretischen Input, Videodiskurs³⁷ und Simulationspatienten vermittelt. Insgesamt besuchte jeder Teilnehmer vier dreistündige Workshops. Die patientenbasierte Auswertung zeigte keine Veränderungen bezüglich der Risikokommunikationseinschätzung, Zufriedenheit und weiterer Outcomeparameter nach dem Ärztetraining (Edwards et al., 2004). Die beobachterbasierte Auswertung in Bezug auf die Patientenbeteiligung ergab für beide Workshops jeweils eine signifikante Verbesserung. Die beste Patientenbeteiligung konnte erzielt werden, wenn die Ärzte zunächst in Risikokommunikation geschult wurden und anschließend das SDM-Training durchliefen (Elwyn et al., 2004).

³⁵ Für mögliche Erklärungen hierzu siehe Abschnitt 6.2.

³⁶ Die Autoren merken selbst an, dass dieses Material in Folgestudien näher betrachtet werden sollte und hier zu wenig zur Auswertung kam, um Schlussfolgerungen aus den Daten ziehen zu können (Haskard et al., 2008).

³⁷ Videodiskurs meint, dass die Teilnehmer Videos von Arzt-Patient-Konsultationen sahen und gemeinsam mit einem Trainer diskutierten.

Bewertung: Das Trainingsprogramm verknüpft SDM-Inhalte mit der Vermittlung von Risikokommunikationsfertigkeiten. Dies trägt dazu bei, dass das SDM-Konzept inhaltlich abgedeckt wird (vgl. Abschnitt 3.3).

Da die Autoren ohne Kontrollgruppe arbeiteten, können unspezifische Trainingseffekte allerdings nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wurde das Trainingsverfahren mit Hilfe der OPTION-Skala (Elwyn et al., 2003) evaluiert. Dieses beobachterbasierte Messinstrument fokussiert allein den Arzt in der Beurteilung der Patientenbeteiligung. Dies widerspricht der Idee von SDM, da das Patientenverhalten nicht erfasst wird (siehe Abschnitt 7). Daher erscheint diese Messgröße zur Beurteilung des SDM-Ausmaßes ungeeignet. Diese Einschätzung wird auch dadurch gestützt, dass die Patienten selbst keine Veränderungen nach dem Training in Bezug auf verschiedene Outcomevariablen wahrnahmen.

Das Kommunikationstraining von **Carvalho und Kollegen** (Carvalho et al., 2011) ist für Angehörige jeglicher Gesundheitsberufe konzipiert. Von diesem Personenkreis schulten die Autoren 25 Personen mit einem eher breit angelegten Kommunikationstraining, das auch SDM-Elemente enthielt. Die Schulungen setzten sich aus theoretischer Wissensvermittlung, Diskussionen über Videos und Rollenspielen zusammen. Beobachterratings ergaben eine Steigerung der Kommunikationsfertigkeiten nach beiden Trainingsphasen und im Follow-up (nach 4 Monaten) im Vergleich zur Baseline. Außerdem zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Selbstwirksamkeitseinschätzung der Ärzte im Follow-up-Baseline-Vergleich, nicht jedoch im Vergleich direkt nach der Trainingsphase vs. Baseline.

Bewertung: Interessant an dieser Studie erweist sich die Verknüpfung eines Kommunikationstrainings mit der Selbstwirksamkeitseinschätzung der Ärzte. Die Autoren liefern hiermit einen weiteren Beleg dafür, dass die Einschätzung der Kommunikationsqualität durch veränderte Kommunikationsmuster zunächst irritiert wird, langfristig aber eine höhere Selbstwirksamkeit erreicht werden kann, wenn die Implementierung der neuen Fertigkeiten erfolgt ist.

Da die Autoren in ihrem Design ohne Kontrollgruppe arbeiteten, sind wie bei Elwyn, Edwards und Kollegen unspezifische Trainingseffekte nicht auszuschließen. Das zeitintensive (initiale Phase 3 Monate) Training umfasste zudem sehr viele inhaltliche Facetten, in denen SDM nur einen Teilaspekt darstellte. Es erfolgte keine SDM-spezifische Auswertung, sodass keine Rückschlüsse auf die Veränderungen der SDM-Kompetenzen gezogen werden können.

Towle und Kollegen (2006) stellen ein SDM-Training für Allgemeinärzte vor. Das Training bestand aus einem dreistündigen interaktiven Workshop mit Theorievorträgen, Videodiskurs und Simulationspatienten. Hauptziel der Studie war nicht die Evaluation des Trainings, sondern die Identifizierung von Barrieren, die die motivierten Trainingsteilnehmer (N = 6) daran hinderten, SDM in die Praxis umzusetzen. Dazu nutzten die Autoren qualitative Methoden und untersuchten sowohl Transkripte von Arzt-Patient-Gesprächen als auch Fokusgruppen. Zusätzlich zu bisher aus der Forschung bekannten Barrieren (Zeit, Unkenntnis der Evidenzlage, etc.) berichten

Towle und Kollegen als Hauptbarriere die Notwendigkeit, bestehende Kommunikationsmuster ändern zu müssen. Aus dieser Erkenntnis leiten sie ab, dass der Aufbau eines Kommunikationstrainings ggf. bestimmten Regeln folgen sollte und z.B. zunächst an den Erwartungshorizont der Teilnehmer anknüpfen sollte. Das heißt, ein SDM-Training sollte mit den Inhalten beginnen, die konsensfähig und einleuchtend sind (siehe hierzu auch Abschnitt 10).

Bewertung: Die Ideen der Forscher zum strukturellen Aufbau eines SDM-Trainings liefern Hinweise, die für die Gestaltung neuer Trainingsverfahren relevant sind und die bisherigen Erkenntnisse und Hinweise der Autoren ausbauen (Towle & Godolphin, 1999).

Allerdings stand die Evaluation des Trainings nicht im Fokus der vorgestellten Studie, sodass die Auswertung sich nicht auf die Erfassung von SDM-bezogenen Variablen bezieht. Die Stichprobe wäre hierfür auch viel zu klein und eine Kontrollgruppe stand ebenfalls nicht zur Verfügung.

Im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Patient als Partner“ entstanden zwei Trainingsverfahren (Loh et al., 2004; Loh et al., 2007) und (Bieber et al., 2009).

Loh und Kollegen (2004 und 2007) entwickelten ein Kommunikationstraining, das auch SDM-Elemente enthielt, für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. Das Training setzte sich aus fünf 3,5-stündigen interaktiven Workshops zusammen, in denen theoretisches Wissen vermittelt, Videos besprochen, Diskussionen geführt und Rollenspiele durchgeführt wurden. Zusätzlich wurden die Teilnehmer mit einer Entscheidungshilfe vertraut gemacht. In einer Vorstudie zeigte sich, dass die Teilnehmer (N = 20) mit dem Training sehr zufrieden waren und die Didaktik und Methodik des Training positiv bewerteten (Loh et al., 2004). Die Hauptstudie untersuchte in einem cluster-randomisierten Design die Effekte des Trainings gegen eine Kontrollgruppe (N_{Ärzte} = 23, N_{Patienten} = 405). Die Autoren lesen den Erfolg des Trainings daran ab, dass die Patienten sich nach dem Training der Ärzte und im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker beteiligt fühlten und nach dem Training im Vergleich zur Kontrollgruppe auch zufriedener waren. Die Daten beruhen auf Selbstratings der Patienten. Weiterhin fanden Loh und Kollegen heraus, dass die Länge der Konsultationen sich in der Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant unterschied (Loh et al., 2007).

Bewertung: Das Training ist zunächst interessant, da es deutschsprachig ist und eine Vorevaluation des Trainings stattfand, bevor die Hauptstudie startete.

Die Workshops beinhalteten verschiedene Aspekte. SDM war nur eines von vielen besprochenen Themen. Die Trainingsteilnehmer waren Allgemeinärzte, sodass kein fachbereichsübergreifendes Training stattfand. Die Evaluation erfolgte anhand von Outcomevariablen, die SDM nicht direkt erfassten. Die Messungen beruhen auf reinen Selbstratings. Fremd- oder Beobachterdaten waren nicht enthalten.

Das zweite Trainingsverfahren aus dem Forschungsprojekt „Patient als Partner“ stammt von **Bieber und Kollegen** (2009). Es handelt sich dabei um ein SDM-Trainingsverfahren, das sich zuvor in einer randomisiert-kontrollierten Studie im Indikationsbereich Fibromyalgie als wirk-

sam erwiesen hatte (Bieber et al., 2004). Die neue Studie übertrug das Trainingsprogramm auf andere Krankheitsbereiche. Das Training bestand aus zwei interaktiven Workshops à vier Stunden, in denen Theoriewissen vermittelt wurde und Videodiskussionen und Rollenspiele (auch mit Simulationspatienten) erfolgten. Zusätzlich bekamen die Teilnehmer ein Trainingsmanual und einen Lehrfilm ausgehändigt. Erhoben wurde vor allem das Wissen der Ärzte (N = 150) über SDM, Persönlichkeitsvariablen der Ärzte sowie deren Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Fertigkeiten. Es zeigte sich, dass der SDM-Wissenstest nach dem Training signifikant besser ausfiel als vorher und die Ärzte die eigenen Fertigkeiten selbst ebenfalls höher einschätzten. Die Autoren berichten weiterhin, dass erstaunlicherweise v.a. die Ärzte mit dominanten Verhaltensmustern von dem Training profitierten.

Bewertung: Das Training war nicht indikationsspezifisch und die Evaluation bezog weitere Variablen (Persönlichkeit) mit ein, die bis dato wenig untersucht wurden.

Allerdings sind weder das verbesserte Wissen über SDM noch die Selbsteinschätzung der Ärzte bezüglich der eigenen Fertigkeiten ein Garant dafür, dass die Ärzte SDM auch in die Praxis umsetzen. Die Studie zeigt, dass Ärzte, die sich selbst als dominant beschreiben, nach einem Training eigene Fähigkeiten in Bezug auf SDM höher einschätzen. Dabei bleibt offen, ob diese Teilnehmer nach dem Training auch mehr SDM praktizierten oder nur vermuteten, dass sie nun bessere Fähigkeiten hätten. Dies müsste anhand von Prozessvariablen abgesichert werden, die SDM im Patientenkontakt erfassen. Die Aussagekraft der gewählten Ergebnisvariablen ist somit eingeschränkt.

Das Trainingsprogramm **DECISION +** stammt aus einer kanadischen Arbeitsgruppe unter Mitarbeit von **Légaré, Allaire, LeBlanc und Kollegen** (Allaire et al., 2011; LeBlanc et al., 2011). Es richtet sich an Allgemeinärzte und den Indikationsbereich der Atemwegserkrankungen. Das Training setzte sich aus drei dreistündigen interaktiven Workshops zusammen, die über sechs Monate verteilt stattfanden. Darin wurden zum einen theoretisches Wissen über krankheitsspezifische Evidenzen, Risikokommunikation und SDM, zum anderen der Gebrauch einer Entscheidungshilfe zur Antibiotikabehandlung bei Atemwegserkrankungen vermittelt. Außerdem fand ein Videodiskurs statt. Hauptziel beider Studien war es, mögliche Barrieren für die Studienteilnahme sowie die Akzeptanz des Trainings zu untersuchen. Dazu ließen die Autoren 39 Ärzte ($N_{\text{Patienten}} = 544$) das Training durchlaufen. Es zeigte sich, dass die Trainingsteilnehmer mit den Trainingsinhalten zufrieden waren. Als mögliche Barriere erwies sich v.a. die Sorge, dass die Teilnahme an der Studie aufwändig wäre. Daraus schlossen die Autoren, dass das Training an die Bedürfnisse der Ärzte angepasst und die Erhebungsmethoden möglichst einfach gewählt werden sollten.

Bewertung: Die berichteten Daten beziehen sich v.a. auf die Akzeptanz der Trainingsteilnehmer und erweisen sich als sorgfältige Vorbereitungen der eigentlichen Hauptstudie (DECISION + 2, siehe unten).

Die Evaluation des Trainingsprogramms bezüglich seiner Wirksamkeit auf die SDM-Fertigkeiten der Teilnehmer war nicht Gegenstand der Studien. Darüber hinaus war das Programm indikationsspezifisch angelegt (Atemwegserkrankungen).

Die Folgestudie **DECISION + 2** von **Légaré und Kollegen** (Légaré et al., 2013; Légaré & Labrecque et al., 2012) nutzt die Erkenntnisse aus den DECISION + Vorstudien (Allaire et al., 2011; LeBlanc et al., 2011). Das Training wurde verändert, sodass die Teilnehmer zunächst innerhalb eines Monats ein zweistündiges Onlinetutorium zu SDM durchliefen und danach einen zweistündigen interaktiven Workshop absolvierten, der Risikokommunikation, SDM und den Einsatz der Entscheidungshilfe (siehe oben) vermittelte. Die Autoren überprüften mit Hilfe eines randomisiert-kontrollierten Designs, ob sich das Training auf den Gebrauch von Antibiotika und die Patientenbeteiligung auswirkte ($N_{\text{Ärzte}} = 270$, $N_{\text{Patienten}} = 181$). Es zeigte sich, dass die Patienten der Ärzte, die das Training durchlaufen hatten, signifikant weniger Antibiotika verwendeten als in der Kontrollgruppe, wobei sich der Gesundheitszustand der Patienten beider Gruppen nicht unterschied (Légaré & Labrecque et al., 2012). Bezüglich der Patientenbeteiligung berichteten die Patienten der Interventionsgruppe signifikant häufiger die aktive und/ oder partnerschaftliche Rolle eingenommen zu haben und eine höhere Patientenbeteiligung erlebt zu haben als in der Kontrollgruppe (Légaré et al., 2013).

Bewertung: Das DECISION + 2 Training wurde aufwändig vorbereitet, theoretisch eingebettet (Grundlage: Theory of planned behaviour) und nach höchsten methodischen Standards (RCT) untersucht. Dass durch ein Kommunikationstraining die Reduktion von Antibiotika bei gleichem Gesundheitszustand der Patienten erzielt werden konnte, ist eine wichtige Erkenntnis, die zeigt, dass SDM sowohl für den einzelnen als auch gesundheitspolitisch/ -ökonomisch hoch relevant sein kann.

Allerdings war das Training sehr spezifisch auf den Indikationsbereich der Atemwegserkrankungen zugeschnitten. Daher ist auch denkbar, dass nicht SDM, sondern ein anderer Bestandteil des Trainings für die Reduktion der Antibiotika in der Interventionsgruppe verantwortlich war. Kritisch anzumerken ist die Messung der Patientenbeteiligung nur auf der Grundlage von Selbsteinschätzungen. Außerdem beruhten die berichteten Unterschiede in der Patientenbeteiligung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht auf einem positiven Effekt der Interventionsgruppe, sondern auf einem negativen Effekt der Kontrollgruppe.

Kirkegaard und Kollegen (2010) stellen mit der **RISAP**-Studie ein dänisches Forschungsvorhaben vor, in dem ein Ärztetraing für Allgemeinärzte für den Fall „zu hohe Cholesterinwerte“ in einem randomisiert-kontrollierten Design überprüft werden soll. Als Intervention geplant sind zwei zweistündige Workshops mit der Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens, Rollenspielen und der Vorstellung einer Entscheidungshilfe zur Risikokommunikation und -reduktion. Das Training soll durch eine Fragebogenerhebung unter den 40 teilnehmenden Ärzten und Interviews mit 560 Patienten evaluiert werden. Geplante primäre Endpunkte sind Adhärenz, Zu-

friedenheit des Patienten und des Arztes, die Anzahl der Arztkontakte, der Einsatz der Entscheidungshilfe und weitere Parameter.

Bewertung: Das Forschungsvorhaben erscheint interessant und das Vorgehen komplex.

Aktuell liegen allerdings noch keine Ergebnisse vor. Obwohl die Intervention explizit auf SDM ausgerichtet ist, sehen die Auswertungsplanungen keine direkte Erfassung von SDM vor, sondern eine Evaluation anhand reiner Outcomevariablen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass viele unterschiedliche Trainingsverfahren in verschiedenen Ländern entwickelt wurden, um die Kommunikationskompetenzen, die Risikokommunikation und/ oder gezielt die SDM-Fertigkeiten von Ärzten zu verbessern. Die vorgestellten bereits existierenden Ärzteschulungen weisen allerdings einige Mängel auf.

So stellte sich heraus, dass drei der berichteten Studien SDM nur als einen Teilaspekt des Trainings adressierten (Carvalho et al., 2011; Haskard et al., 2008; Loh et al., 2007).

Außerdem fokussierten sechs Trainingsverfahren die Zielgruppe Allgemeinärzte (Allaire et al., 2011; Elwyn et al., 2004; Kirkegaard et al., 2010; Légaré & Labrecque et al., 2012; Loh et al., 2007; Towle et al., 2006), wobei fünf davon zusätzlich indikationsspezifische Vorgaben für Krankheitsbilder machten, auf die die Interventionen ausgelegt waren (alle außer Towle et al., 2006). Da SDM-Fertigkeiten auf einem Metakommunikationsniveau erlernt werden können, stellt die Eingrenzung auf bestimmte Indikationen eine Einschränkung der Generalisierbarkeit dar. Die Trainings sind zum Teil so spezifisch zugeschnitten, dass die entwickelten Verfahren in anderen Fachbereichen nicht in derselben Form zum Einsatz kommen könnten.

Im Gegensatz zu dieser Begrenzung der Fachrichtungen gab es auch ein Training, das nicht nur Ärzte adressiert, sondern auch Angehörige aller Gesundheitsberufe (Carvalho et al., 2011). Dieser Ansatz ist ganzheitlich gedacht und folgt dem bereits vorgestellten Prinzip, ganze Teams interprofessionell in SDM zu schulen. Dies birgt ggf. die Gefahr, die Besonderheiten der verschiedenen Berufe im Kontakt mit Patienten nicht ausreichend im Blick zu haben.

Im methodischen Vorgehen zeigte sich, dass nur fünf der neun Trainingsverfahren mit einer Kontrollgruppe arbeiteten, um potenzielle unspezifische Trainingseffekte auszuschließen (Bieber et al., 2009; Haskard et al., 2008; Kirkegaard et al., 2010; Légaré et al., 2013; Légaré & Labrecque et al., 2012; Loh et al., 2007).

Bei der Wahl der Ergebnisparameter lagen die Studien weit auseinander. Dies zeigt zum einen, dass die Schwerpunkte der Forscher verschieden waren. Je nachdem, welchen Fokus das Training hatte, reichte die Spannbreite der primären Endpunkte von Patientenzufriedenheit (z.B. Haskard et al., 2008) und Patientenbeteiligung (z.B. Elwyn et al., 2004), über Wissenserfassungen der Ärzte (Bieber et al., 2009) bis hin zu Veränderungen im Gebrauch von Medikamenten (Légaré & Labrecque et al., 2012). Zum anderen zeigt sich an dieser großen Auswahl an Evaluationskriterien aber auch, dass die Erfassung von SDM als Zielparameter aufgrund ungeeigneter Messinstrumente kaum direkt möglich war. Vier Trainingsprogramme wurden von den jeweiligen Autoren in Bezug auf Patientenbeteiligung evaluiert. Haskard und Kollegen und das Team

um France Légaré nutzten eine Kombination aus Selbst- und Fremdrating (Haskard et al., 2008; Légaré et al., 2013), Elwyn und Kollegen (2004) reine Beobachterdaten und Carvalho und Kollegen (2011) verwendeten Fremd- und Beobachterdaten. Keine der vorgestellten Studien kombinierte die zur Verfügung stehenden Informationsquellen. Adäquat wäre jedoch eine Kombination der Informationen der Arztsichtweise mit der Patientensichtweise und mit einer objektiven Sichtweise durch einen Beobachter. Eine solche Verknüpfung wurde zur Evaluation bis dato in Ermangelung vorhandener Messgrößen nicht genutzt.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob die vorgestellten Studien leicht implementierbar wären, ob sie sich also z.B. als flächendeckende Fortbildungen für Ärzte eignen würden. Dies erscheint zumindest bei Trainings fraglich, die eine intensive Trainingsphase von mindestens drei Monaten angeben (Carvalho et al., 2011), wahrscheinlich sogar nicht durchführbar. Ärzte geben als optimalen Fortbildungsumfang eine Zeitspanne von sechs Stunden an (LeBlanc et al., 2011).³⁸ Nur drei der dargestellten Trainingsverfahren halten diese Zeit ein (Kirkegaard et al., 2010; Légaré et al., 2013; Légaré & Labrecque et al., 2012; Towle et al., 2006).

Abschließend sei rein praktisch angemerkt, dass sieben der vorgestellten Trainings nicht deutschsprachigen Ursprungs sind (deutschsprachig sind nur Loh et al., 2007 und Bieber et al., 2009). Die Trainings müssten also zumindest übersetzt werden, um hierzulande eingesetzt werden zu können. Zusätzlich ergäben sich ggf. Änderungen aufgrund unterschiedlicher klinischer Praxisroutinen, verschiedener Gesundheitssysteme, sprachlicher Feinheiten, etc.

In der Summe zeigt sich aus den unterschiedlichen Defiziten der beschriebenen Trainingsverfahren eine Forschungs- bzw. Trainingslücke, denn es existiert bisher kein indikationsübergreifendes deutschsprachiges SDM-Trainingsprogramm, das sich gut in den Alltag der Ärzte integrieren lässt und in seiner Wirksamkeit in Bezug auf das SDM-Ausmaß belegt ist.

10 Gestaltung von Ärztetrainings

Offensichtlich existieren international keine nachhaltig erfolgreichen SDM-Trainings. Es stellt sich daher die Frage, welche Schwierigkeiten sich bei der Vermittlung von SDM ergeben. Bei der Suche nach einer Antwort auf diese Frage lohnt die Betrachtung, nach welchen Konzepten die bisher existierenden Trainingsverfahren aufgebaut wurden und ob es Kriterien gibt, die bei der Gestaltung eines SDM-Ärztetrainings berücksichtigt werden sollten.

Towle und Godolphin legten 1999 eine Liste mit Kompetenzen vor, die Arzt und Patient für geteilte Entscheidungsfindung jeweils mitbringen müssten. Für Ärzte benennen die Autoren:

³⁸ Befragt durch SDM-Forscher unterliegt diese Angabe der Ärzte ggf. sozialer Erwünschtheit und sollte daher am ehesten als maximale Zeitangabe betrachtet werden.

- Beziehung/ Partnerschaft zum Patienten aufbauen
- Patientenpräferenzen und die präferierte Rolle des Patienten explizit ergründen
- Erwartungen, Sorgen des Patienten herausfinden und Fragen des Patienten beantworten
- verdeutlichen, dass es verschiedene Optionen gibt
- Evidenzen präsentieren und gemeinsam mit dem Patienten die verschiedenen Entscheidungen mit den Werten und dem Lebensstil des Patienten abwägen
- partnerschaftlich eine Entscheidung mit dem Patienten treffen oder verhandeln
- weitere Planungen (z.B. Behandlungsplanung, weitere Termine) mit dem Patienten besprechen³⁹

Mit diesen Kriterien geben die Autoren Inhalte für SDM-Trainings vor. Sie äußern sich aber nicht dazu, in welcher Reihenfolge diese Kompetenzen vermittelt werden sollten. Die meisten Trainingsverfahren, die in der Folge entwickelt wurden, orientieren sich an den Kriterien von Towle und Godolphin (1999). Zum Teil leiten sich die Trainingsinhalte aber auch direkt aus der allgemein geteilten Definition von SDM ab (Charles et al., 1997). Selten sind die Trainingsinhalte und -methoden in Studien allerdings nachvollziehbar dokumentiert.

Später entwickelten Towle und Kollegen (2006) selbst ein Ärztetraining. Aus Fokusgruppeninterviews mit Ärzten identifizierten die Forscher als Hauptbarriere für die Umsetzung von SDM in der Praxis die Notwendigkeit, bestehende Kommunikationsmuster zu ändern. Daher raten die Autoren, dass ein SDM-Training mit der Vermittlung der Inhalte beginnen sollte, die die Teilnehmer direkt teilen, z.B. das Auflisten und Aufzeigen der verschiedenen Optionen (Towle et al., 2006). So wird die Diskrepanz zur eigenen bisherigen Praxis nicht betont und der Fokus liegt darauf, an bestehende Kompetenzen und kommunikative Fertigkeiten anzuknüpfen, statt die eigene Gesprächsstruktur völlig verändern zu müssen.

Viele Entwickler von SDM-Trainings evaluieren ihre erste Trainingsversion zunächst an einer kleinen Stichprobe oder führen qualitative Vorstudien z.B. zu Akzeptanz, Umsetzbarkeit, etc. durch (z.B. Kirkegaard et al., 2010). Auch wenn es häufig nicht explizit benannt wird, so scheint die Intention dieses Vorgehens u.a. darin zu liegen, an den Erwartungshorizont der Teilnehmer anzuknüpfen und auf diese Weise z.B. Barrieren zur Teilnahme zu identifizieren und in der finalen Trainingsversion zu umgehen oder explizit zu thematisieren (LeBlanc et al., 2011).

Elwyn und Kollegen unterteilten ihr Training in die zwei Bereiche Risikokommunikation und SDM und untersuchten direkt empirisch, welche Reihenfolge die höhere Patientenbeteiligung bewirkte (Elwyn et al., 2004). Den Ergebnissen der Autoren zufolge müssten Ärzte zunächst in Risikokommunikation geschult werden und dann die weiteren SDM-Parameter erlernen.

Die Trainingsentwicklung von Légaré und Kollegen (Allaire et al., 2011; Légaré et al., 2013) bemühte sich um eine theoretische Fundierung des Trainingsaufbaus über die Theorie des geplan-

³⁹ Die Kompetenzliste für die Patienten orientiert sich an denselben Inhalten.

ten Verhaltens. Die bisherigen Studien dazu lieferten allerdings keine weiteren Anhaltspunkte für die Erklärung oder Motivation des ärztlichen Verhaltens. Dennoch sind solche theoretischen Ansätze begrüßenswert, da sie tiefere Einblicke in Handlungen und Verhaltensmotive versprechen, die für die Implementierung von SDM relevant sein könnten.

In der Gesamtschau lässt sich resümieren, dass die bisherigen SDM-Ärztetrainings keinem einheitlichen Schema folgen. Bis dato existieren auch keine Belege dafür, dass sich eine bestimmte Vorgehensweise als wirkungsvollste Alternative zur Schulung und Förderung von SDM-Kompetenzen herauskristallisieren könnte (Légaré et al., 2013). Auch wenn die bisherigen Erkenntnisse selbstverständlich in Betracht gezogen werden sollten, verbleiben die Logik des Aufbaus und die konkrete Abfolge bei der Konzeption eines neuen Ärztetrainings weitgehend den Entwicklern.

Im Folgenden wird ein neu entwickeltes deutschsprachiges Ärztetraining zur Förderung der geteilten Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Kommunikation vorgestellt, das die bestehende Forschungs- und Trainingslücke schließen möchte (Kasper, 2010).

11 Das doktormitSDM-Trainingsprogramm

Das doktormitSDM-Trainingsprogramm wurde 2010 von Kasper entwickelt (Kasper, 2010). Es richtet sich an Ärzte aller Fachrichtungen und ist somit generisch in verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung einsetzbar. Die Inhalte nehmen auf den theoretischen Referenzrahmen des MAPPIN'SDM-Inventars Bezug (Kasper, 2011). Hier werden 15 SDM-Kompetenzen benannt, die ursprünglich auf die OPTION-Skala zurückgehen (Elwyn et al., 2003) und eine Erweiterung des Konzepts von Elwyn darstellen⁴⁰.

Ziel des doktormitSDM-Trainings ist es, bei den Trainingsteilnehmern metakommunikative Fertigkeiten für medizinische Entscheidungsgespräche aufzubauen. Neben dem Wissenserwerb sollen SDM-Handlungskompetenzen erlangt werden. Dafür müssen bestehende Gesprächsroutinen hinterfragt, verändert und adaptiert werden (Kasper, 25.-27.02.2010).

Um dies erreichen zu können, wurden in der Trainingskonzeption verschiedene **didaktische Prinzipien** verfolgt. Die Trainingsdidaktik ist theoriebasiert und greift auf eine große Zahl gut etablierter und vielfach validierter Gesetzmäßigkeiten des Lehrens und Lernens, der Überzeugungsstrategien, der Handlungsmotivation und -regulation und der Informationsverarbeitung zurück (Kasper, 2010). Es werden schriftliche Informationen genutzt, da angenommen wird,

⁴⁰ Weitere Informationen zu MAPPIN'SDM und den Inhalten der 15 Indikatoren finden sich in Abschnitt 13.1.

dass gedruckte Informationsmaterialien die Einstellung der Ärzte zum Einsatz von SDM verbessern (Légaré et al., 2010). Einstellungen münden aber nicht automatisch in entsprechendem Verhalten (Ajzen, 2005). Das Training soll jedoch über den Wissenserwerb hinausgehen. Somit sind weitere Interventionsschritte notwendig. Bandura (1979) konnte anhand diverser Untersuchungen zeigen, dass Verhalten durch Modellbeobachtung erlernt werden kann. Auch kommunikative Kompetenzen erwachsen aus der Fähigkeit zu differentieller sozialer Wahrnehmung (Kasper, 2010). Das Beobachtungsprinzip wurde sowohl über Fremd- als auch über Selbstbeobachtung in das doktormitSDM-Training integriert. Außerdem wurde darauf geachtet, mehrere Sinneskanäle anzusprechen und verschiedene Lernformen zu verwenden. Die Bestandteile des Trainings sind:

- ein Trainingsmanual
- ein Lehrfilm
- individualisierte Face-to-Face-Feedbacks zu realen Arzt-Patient-Gesprächen der Teilnehmer, die diese selbst auf Video aufzeichnen

Manual und Lehrfilm sind autodidaktische und rein rezeptive Lernformen. Wann, in welchem Umfang und mit welcher Intensität sie studiert werden, bleibt den Teilnehmern selbst überlassen. Diese Form des selbstbestimmten Lernens soll es ermöglichen, sich an das Informationsbedürfnis des einzelnen und die Kompatibilität mit dem klinischen Alltag anzupassen. Die Feedbacks ergänzen das Training um eine interaktive Komponente. Sie ermöglichen eine Individualisierung des Trainings in Bezug auf die notwendigen Lernschritte, die der jeweilige Teilnehmer zum Aufbau von SDM-Handlungskompetenzen benötigt.

Das **Trainingsmanual** liefert Hintergrundinformationen zu SDM und Beispiele zu den zu erlernenden SDM-Fertigkeiten. Es ist identisch mit dem MAPPIN'SDM-Manual (Kasper, 2011), das sowohl die theoretische Basis und die inhaltliche Fokussierung für das Training liefert als auch zur Bewertung der Fertigkeiten für das Face-to-Face-Feedback und zur Evaluation des Trainings eingesetzt wird. Auf diese Weise ist für die Teilnehmer sowohl das Vorgehen des Trainings als auch die Beurteilungsgrundlage ihrer Leistungen transparent. Das Manual enthält grundlegende und vertiefende Informationen. Letztere sind gesondert gekennzeichnet, da sie für Teilnehmer eines Kommunikationstrainings nicht essentiell sind. Je nach eigenem Interesse können sich die Teilnehmer so auch mit Hintergrund- und methodischen Informationen zum SDM-Konzept auseinandersetzen, sind aber nicht dazu verpflichtet.

Der **Lehrfilm** gibt den Ärzten die Möglichkeit, anhand von kommentierten Beispielen SDM-Fertigkeiten bei einem anderen Arzt zu beobachten (Modelllernen, Bandura, 1979). Der Film wurde auf der Grundlage eines festen Drehbuchs in der Multiple Sklerose-Ambulanz (MS-Ambulanz) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Jahr 2011 gedreht. Es werden Sequenzen eines medizinischen Entscheidungsgesprächs präsentiert, in dem ein Neurologe und

eine Simulationspatientin eine Entscheidung zum Thema MS-Basistherapie besprechen. Der Lehrfilm zeigt Ausschnitte aus diesem Gespräch und ordnet diese Sequenzen den entsprechenden SDM-Indikatoren zu (mit Verweisen auf das MAPPIN'SDM-Manual). Um ein ökonomisches Vorgehen zu ermöglichen, wurden im Lehrfilm nicht alle SDM-Indikatoren mit eigenen Beispielsequenzen explizit inszeniert. Die für den Ablauf eines SDM-Prozesses essentiellen Indikatoren sind aber enthalten. Die weiteren Indikatoren werden implizit vermittelt. Der Film ist ca. 30 min. lang.

Für das **individualisierte Face-to-Face-Feedback** müssen die Ärzte zunächst ein eigenes reales Arzt-Patient-Entscheidungsgespräch aufzeichnen.⁴¹ Dieses wird von einem Kommunikationstrainer mit Hilfe von MAPPIN'SDM in Bezug auf SDM analysiert. Teilnehmer und Trainer setzen sich anschließend zu einem vereinbarten Termin am Arbeitsplatz des Teilnehmers zusammen. Eine Feedbacksitzung dauert etwa 15 Minuten, unabhängig von der Länge der Gesprächsaufzeichnung. Die Feedbacks folgen immer derselben Struktur, sind inhaltlich aber auf den jeweiligen Teilnehmer zugeschnitten.

Der Ablauf der Feedbacksitzungen sieht zunächst vor, dass der Teilnehmer erfährt, dass nicht seine Kommunikationsweise generell, sondern nur ein spezifischer Aspekt, der Auf- bzw. Ausbau von SDM-Fertigkeiten, im Fokus steht. Anschließend wird das entsprechende Entscheidungsgespräch, das der Trainer analysiert hat, dem Arzt wieder ins Gedächtnis gerufen. Dazu rekapitulieren Trainer und Arzt möglichst gemeinsam den Verlauf, prägnante Momente und die Indexentscheidung⁴² des Gesprächs. Beim eigentlichen Feedback legt der Trainer das Augenmerk zunächst auf Kompetenzen, die der Teilnehmer bereits mitbringt und kommentiert entsprechende Gesprächssequenzen positiv. Danach bekommt der Teilnehmer Gelegenheit, aus seiner jetzigen Perspektive selbst Verbesserungsideen zu entwickeln, die dann diskutiert und konkretisiert werden. Anschließend macht der Trainer dem Teilnehmer ausgewählte zusätzliche Vorschläge, begründet diese und konkretisiert sie mit Formulierungsvorschlägen. Zum Feedbackabschluss werden das Verständnis und die Bewertung der Nützlichkeit der Anregungen abgeklärt (Kasper, Hoffmann, Liethmann & Geiger, 14.-16.03.2012). Jeder Teilnehmer erhält nach dem Training zusätzlich eine Zusammenfassung der Feedbackinhalte in schriftlicher Form sowie auf Wunsch die Aufzeichnungen der eigenen Entscheidungsgespräche.

Towle und Kollegen identifizierten Veränderungen der bestehenden Kommunikationsmuster als Hauptbarriere für die Umsetzung von SDM in der Praxis (Towle et al., 2006). Das doktormitSDM-Training begegnet dieser Barriere mit verschiedenen Ansätzen, die als Wirkkompo-

⁴¹ Die Ärzte erhalten die Instruktion, dass nur sie selbst zu sehen sein sollen. Der jeweilige Patient soll nicht im Bild, sondern nur zu hören sein. Dazu gibt der Patient vor Beginn der Videoaufzeichnung sein Einverständnis.

⁴² Viele medizinische Gespräche beinhalten mehrere Entscheidungen. Daher muss im Vorfeld festgelegt werden, welche Entscheidung exemplarisch im Fokus des Trainings stehen soll. In der Regel wird das Hauptanliegen, das zum Zustandekommen der Konsultation geführt hat, gewählt.

nenten des Trainings vermutet werden und im Folgenden chronologisch entlang des Trainingsaufbaus erläutert werden.

Zunächst minimieren die formalen Gegebenheiten des Trainings durch die kurze Dauer und das Stattfinden des Trainings am Arbeitsplatz des Teilnehmers den Aufwand für den Teilnehmer. Darüber hinaus gibt die vertraute Umgebung dem Teilnehmer Sicherheit, sodass neue Inhalte ggf. besser aufgenommen werden können. Außerdem erhöht der Kontext des Praxisalltags die Relevanz der Feedbackinhalte.

In der Feedbacksitzung werden die Teilnehmer zu Beginn explizit darauf hingewiesen, dass das Training nur den Teilaspekt der medizinischen Entscheidungskommunikation fokussiert. Dies soll der potenziell vorhandenen Angst der Teilnehmer vorbeugen, die Gesamtkonzeption ihres beruflichen Selbstbildes völlig neu strukturieren zu müssen (Coulter, 1997; Oerter & Montada, 2008). Darüber hinaus äußert der Trainer Anerkennung für die fachliche Expertise der Teilnehmer als Ausdruck des Respekts gegenüber der Arbeit, die die Ärzte tagtäglich leisten. Mögliche Widerstände des Teilnehmers gegenüber dem Training, dem Trainer oder Vorschlägen zur Verhaltensänderung können auf diese Weise gesenkt werden.

Das Revuepassieren des aufgezeichneten Entscheidungsgesprächs hat zwei Funktionen. Zum einen soll es dem Teilnehmer helfen, sich die Situation in Erinnerung zu rufen. Zum anderen wird hier ein erstes Mal verdeutlicht, dass der Trainer sich detailliert mit dem Gespräch auseinandergesetzt hat. Dies ist auch im Verlauf des Gesprächs ein wichtiger Baustein. Der Trainer beugt damit ggf. der Abwertung der eigenen Person und/ oder der vermittelten innovativen Inhalte im Sinne der Theorie der kognitiven Dissonanz vor (Festinger, 1978). Gleichzeitig wirkt die Demonstration der sehr gründlichen Vorbereitung auf die Feedbacksitzung implizit als Wertschätzung des Teilnehmers, dessen Kommunikation damit eine ungewohnte Aufmerksamkeit erfährt.

Anschließend gibt der Trainer dem Teilnehmer eine Rückmeldung, welche Bestandteile des SDM-Konzeptes bereits vorhanden waren. Dies ermöglicht – ebenfalls angelehnt an die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1978) – die neuen Inhalte nicht mehr als Bedrohung bisherigen Handelns zu erleben, sondern als Teil der bereits vorhandenen Routine, die ausgeweitet werden kann (Davison, Neale & Hautzinger, 2007).

Die Gelegenheit eigene Veränderungsvorschläge zu entwickeln, hat drei didaktische Funktionen: 1. Der Trainingsteilnehmer hat für das Feedback eine eigene Arzt-Patient-Konsultation aufgezeichnet, diese durch eine fremde Person eines anderen Berufszweiges analysieren lassen und dadurch die Kontrolle über die Bewertung der eigenen Kommunikation abgegeben. Der Trainer gibt dem Teilnehmer durch das Angebot der Eigenbewertung die Möglichkeit, wieder Kontrolle über die Situation zu erlangen. Auf diese Weise können auch Änderungsvorschläge einer anderen Person besser angenommen werden, da die Verteidigung des Selbstbildes nicht mehr so stark im Vordergrund steht. 2. Als zweites kann der Trainer an den Veränderungsvorschläge des Arztes sehen, auf welchem Wissensstand der Teilnehmer ist. Hier wird der Empfehlung von Towle und Kollegen (2006) Rechnung getragen, sich an den Erwartungshorizont der

Ärzte anzupassen (siehe Abschnitt 10). Möglich wäre z.B., dass der Arzt über mehr SDM-Wissen verfügt als er in der analysierten Konsultation gezeigt hat. Im Laufe des Feedbacks kann ergründet werden, ob es dem Teilnehmer grundsätzlich möglich wäre, dieses Wissen auch in Handeln umzusetzen und das Video somit eine Ausnahme darstellt. Oder ob es an konkreten Handlungskompetenzen mangelt, anderen Überzeugungen oder Druck von außen vorliegen o.ä., die die Anwendung in der Praxis verhindern. Je nach Einschätzung würde das Training unterschiedlich ausfallen. Bei der Suche nach möglichen Barrieren zur Umsetzung des SDM-Verhaltens kann die Theorie des geplanten Verhaltens helfen (Ajzen, 2005). 3. Drittens wird vermutet, dass die selbst generierten Veränderungsvorschläge des Teilnehmers eine erhöhte Chance auf Umsetzung haben. Die Stellschrauben zur Verhaltensänderung werden selbst erkannt und somit die eigenen Handlungsschemata ggf. leichter angepasst als Ratschläge von außen (Foerster & Pörksen, 2013).

Die Optimierungsvorschläge des Trainers können nun auf die Eigenanalyse des Teilnehmers aufbauen. Es werden nur einzelne Vorschläge präsentiert. Eine Gesamtbewertung oder Generalkritik der Kommunikationskompetenzen wird bewusst vermieden, da dies zu einer Ablehnung der gesamten Trainingsinhalte führen könnte, weil sie ggf. zu sehr von der gewohnten Gesprächsroutine abweichen (Theorie der kognitiven Dissonanz, Festinger, 1978). Der Trainer achtet weiterhin darauf, möglichst konkrete Veränderungsvorschläge und Handlungsanweisungen zu präsentieren. Dies ermöglicht die direkte Umsetzung in Folgegesprächen mit Patienten. Zur Auswahl der Vorschläge orientiert sich der Trainer an folgenden Prinzipien: Zum einen entnimmt er seiner Analyse des Gesprächs mit Hilfe des MAPPIN'SDM-Instruments die wesentlichen Barrieren für die Beteiligung des Patienten (Schlüsselbarrieren). Dem Teilnehmer werden vornehmlich solche Vorschläge präsentiert, deren Umsetzung einen möglichst großen Effekt erwarten lassen. Zum anderen orientiert der Trainer seine Interventionen an den vorhandenen Kompetenzen des Teilnehmers. In dem Versuch, die Widerstände des Teilnehmers minimal zu halten, wählt der Trainer solche Fertigkeiten zur Weiterentwicklung aus, die beim Teilnehmer schon angelegt und damit positiv kommentierbar sind. Zusätzlich versucht der Trainer während des Feedbacks die Informationsverarbeitungskapazität und die Kritiktoleranz des Teilnehmers fortwährend abzuschätzen. Dies geschieht mit dem Ziel, das Feedback abschließen zu können ehe der Teilnehmer einen Widerstand aufbaut, der rückwirkend auch die Akzeptanz der schon ausgetauschten Optimierungsmöglichkeiten gefährden könnte (Kasper, 25.-27.02.2010).

Die Besprechung von Verständlichkeit und Nützlichkeit des Feedbacks dient dem Trainer als Rückmeldung und dem Teilnehmer zu besserer Konsolidierung der Inhalte. Letztlich ist entscheidend, welche Informationen der Teilnehmer für sich verarbeiten konnte (Schulz von Thun, 2011) und welche Veränderungen er sich selbst zutraut. Der Teilnehmer bleibt in der aktiven Rolle und kann selbst die Veränderungsschritte bestimmen, die er gehen möchte. Vermutet wird, dass die vom Teilnehmer ausgewählten Optimierungsvorschläge eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben umgesetzt zu werden.

Besonders für ein SDM-Training ist der Aspekt der gegenseitigen Wertschätzung und des gemeinsamen Voranschreitens im Trainingsprozess relevant, da die Ärzte genau dies auch in Konsultationen mit Patienten anwenden sollen. Implizit macht sich der partnerschaftliche, nicht instruktive Umgang des Trainers mit dem Teilnehmer (in einer Situation, in der viele Ärzte aus der eigenen Sozialisation heraus eine instruktive Lernsituation antizipieren) die Prinzipien des Modelllerns zunutze. Es wird erwartet, dass der Arzt diesen Kommunikationsstil auf die Gespräche mit seinen Patienten überträgt.

Die schriftliche Weitergabe der Feedbackinhalte und des eigenen Videomaterials dienen dem Teilnehmer als Erinnerungstütze und signalisieren inhaltliche und methodische Transparenz. Die hohe Transparenz des gesamten doktormitSDM-Trainings ist in dieser Form im Vergleich zu anderen SDM-Interventionen einmalig. Sie erhöht die Akzeptanz des Teilnehmers, dem eine wissenschaftlich fundierte Analyse präsentiert wird. An diesen Informationen wird der Teilnehmer beteiligt. Hier entsteht nicht zufällig eine Analogie zu SDM, bei dem das Aufbrechen des Informationsmonopols des Arztes bereits Ausdruck der Beteiligung des Patienten ist. Die gemeinsame Analyse der Kommunikation ermöglicht es dem Teilnehmer zusätzlich, seine Selbstbeobachtungskompetenzen zu verbessern. Die Betrachtung des eigenen Videomaterials gibt dem Teilnehmer bereits einen Eindruck, wie er von Dritten wahrgenommen wird. Die fokussierte Analyse des Trainers schärft den Blick für die Stellschrauben der Entscheidungskommunikation. Die Kompetenz der Selbstbeobachtung versetzt den Teilnehmer in die Lage, seine Fertigkeiten zukünftig selbst zu bewerten und anzupassen. Als Bewertungsstützen können die Feedbackmaterialien, Manual und Lehrfilm verwendet werden (Kasper, 25.-27.02.2010).

Der Ablauf des Trainings sah in einer Vorstudie mit zehn Ärzten im Sommer 2010 drei Interventionsschritte vor (1. Aushändigung des Trainingsmanuals, 2. Bereitstellung eines Trainingsvideos mit editierten Beispielen zu den 15 SDM-Indikatoren, 3. individualisiertes Feedback). Die Erfassung des SDM-Ausmaßes erfolgte mit Hilfe des Messinstruments MAPPIN'SDM (Kasper, 2011). Trotz der kleinen Stichprobe zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Prä-Post-Messung des Trainings im SDM-Ausmaß in zwei Messbereichen: zum einen in der Einschätzung des Arztes, gemessen durch einen Beobachter und zum anderen in der Einschätzung der Dyade, aus Sicht des Arztes ($p = 0,03$ bzw. $p = 0,02$, Tests nach Wilcoxon, Kasper, 2010). Die Einschätzungen aus Sicht der Patienten wurden von Trainingsphase zu Trainingsphase schlechter.⁴³

Eine Rückmeldung der Trainingsteilnehmer sechs Monate nach Abschluss des Trainings ergab, dass alle Trainingsbestandteile als verständlich und das Training insgesamt als unterstützend angesehen wurde. Gefragt nach der Effizienz der einzelnen Komponenten, bewerteten die Teil-

⁴³ Als mögliche Erklärungen dienen z.B. die ungewohnte neue Kommunikationsform oder auch, dass die Ärzte die neuen Kommunikationsmuster direkt nach dem Training noch nicht sicher implementiert haben könnten (siehe Abschnitt 4.1 und Abschnitt 6.2). Allerdings war die untersuchte Stichprobe zu klein, um aus diesen Ergebnissen Schlussfolgerungen ziehen zu können.

nehmer das Face-to-Face-Feedback als besonders hilfreich, gefolgt von dem MAPPIN'SDM-Fragebogen⁴⁴, dem Lehrfilm und dem Manual (Kasper, 2010).

Auf der Grundlage der Erfahrungen in der Vorstudie, der Rückmeldungen der Teilnehmer und der Ergebnisse wurde das doktormitSDM-Trainingsprogramm angepasst und liegt nun in revidierter Form vor. Da die Teilnehmer die personalisierten Feedbacks besonders hilfreich empfanden, wurden in dieser Studie zwei Face-to-Face-Feedbacks eingesetzt.

Die drei Trainingsbestandteile (Manual, Film, Feedback) werden auf zwei Trainingsphasen verteilt, sodass der Ablauf folgendermaßen aussieht: Nach einer videobasierten Basiserhebung eines Entscheidungsgespräches des teilnehmenden Arztes erhält dieser das Manual, den Lehrfilm und ein erstes individualisiertes Feedback. Es folgt eine zweite Gesprächserhebung mit anschließendem Feedback. Dann ist das Training abgeschlossen.

⁴⁴ Die Teilnehmer bekamen die Möglichkeit, sich die MAPPIN'SDM-Fragebogenversionen anzuschauen, die von Arzt und Patient zu einem Entscheidungsgespräch ausgefüllt werden können (siehe Abschnitt 13.1). Die Fragebogenitems fassen die Inhalte der 15 Indikatoren kurz zusammen, sodass es möglich ist, dass dies als hilfreiche Gedächtnisstütze empfunden wurde.

III Ziel der Dissertation

In Deutschland existiert bisher kein Ärztetraining zur Förderung der geteilten Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Kommunikation, das nachweislich einen Effekt auf das SDM-Ausmaß in medizinischen Entscheidungssituationen hat oder sich als praktikabel im klinischen Alltag erwiesen hat. Eine Vorstudie zum neu entwickelten Ärztetraining „doktormitSDM“ von Kasper lieferte bereits Hinweise auf die Wirksamkeit des Verfahrens (Kasper, 2010).

Ob sich das Training allerdings über diese Vorstudie hinaus als wirksam erweist, ist bisher noch offen. Um diese Frage beantworten zu können, wurde eine umfassende Evaluation des Trainingsprogramms mit einer – im Vergleich zur Vorstudie – größeren Stichprobe und erweitertem Untersuchungsdesign durchgeführt.

Nach Campbell und Kollegen folgt bei der Evaluation einer Intervention auf die Theorie- und Modellbildung und die erste Erprobung der Interventionskomponenten eine randomisiert-kontrollierte Evaluation (Campbell et al., 2000). Die bisher bereits durchgeführten Untersuchungen zum doktormitSDM-Training (Kasper, 2010) sind auf den ersten drei Ebenen dieses Evaluationsmodells anzusiedeln. Zuletzt wurde nach der Vorstudie eine weitere Optimierung des Trainings vorgenommen. Nun schließt sich als logischer vierter Schritt die Evaluation der Wirksamkeit der Intervention im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie an (Moher et al., 2010).

In der Vorstudie wurde eine Gruppe von Ärzten betrachtet, die alle das doktormitSDM-Training absolvierten. Da lediglich ein Vergleich der SDM-Messungen vor und nach Erhalt des Trainings stattfand, kann allerdings nicht sicher behauptet werden, dass die Effekte nur aufgrund des Trainings eintraten. Mögliche weitere Einflüsse wie Motivation, Reifung, Zuwendung oder Ver-

trautheit mit dem Material könnten als Alternativerklärungen ebenfalls zu dem viel versprechenden Ergebnis geführt haben.

Das erweiterte Design ermöglicht es, derartige unspezifische Effekte auszuschließen und somit die Wirksamkeit des Trainingsverfahrens im Sinne von programmgebundenen Wirkungen zu prüfen.

Aus den angestellten theoretischen Überlegungen lassen sich zwei inhaltliche Hypothesen ableiten: Zunächst wird postuliert, dass die SDM-Fertigkeiten der teilnehmenden Ärzte direkt nach dem doktormitSDM-Training aufgrund des Trainings besser sind als vor der Intervention. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass das SDM-Fertigkeiten-Niveau der teilnehmenden Ärzte auch langfristig höher ist als vor dem Trainingsbeginn.

Über die primären Fragestellungen hinaus wird ein Randomisierungskontrollecheck vorgenommen unter der Annahme, dass die geplante Randomisierung geglückt ist. Außerdem wird die Güte des verwendeten Messinstruments geprüft, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse eine valide Grundlage haben.

Explorativ interessiert zusätzlich, wie sich die Veränderungen im SDM-Ausmaß über das Training verteilen. Außerdem werden Betrachtungen zum Zusammenhang von SDM und Konsultationsdauer angestellt. Da das doktormitSDM-Training den Teilnehmern u.a. Hilfen für eine Gesprächsstruktur an die Hand gibt, wird vermutet, dass die Entscheidungsgespräche durch das Training nicht länger werden, und dass mit steigendem SDM-Ausmaß auch die benötigte Zeit nicht zunimmt.

Die Evaluation des doktormitSDM-Trainingsprogramms ist eingebettet in die Gesamtstudie IT'S SDM 2011 (Akronym für: Investigating a Training Supporting Shared Decision Making; Studienstart 2011, Geiger et al., 2011, Registrierung: Current Controlled Trials ISRCTN78716079), die weitere Fragestellungen zur Validierung des MAPPIN'SDM-Instruments und zum Zusammenhang von SDM und Ungewissheitserleben beinhaltet. Diesbezügliche Annahmen sind in Abschnitt 13.3 zu finden, stehen aber nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit.

Viele weitere Fragestellungen bspw. zu Unterschieden des Trainingseffekts in Abhängigkeit von demographischen Variablen (z.B. in Bezug auf die teilnehmenden Ärzte: Alter, Geschlecht, Berufserfahrungen, etc.) wären denkbar gewesen. Sie wurden nicht untersucht, da die methodischen Planungen etwa in Bezug auf die Stichprobengröße und -zusammenstellung nicht darauf ausgelegt wurden, diesbezügliche Effekte aufdecken zu können.

IV Methoden

Um zu prüfen, ob das optimierte doktormitSDM-Trainingsprogramm wirksam das SDM-Ausmaß in Arzt-Patient-Konsultationen der Trainingsteilnehmer verbessert, wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt.

Zunächst wird das versuchsplanerische Vorgehen erklärt (Abschnitt 12). Anschließend werden die Messinstrumente vorgestellt, anhand derer die Hypothesen geprüft wurden (Abschnitt 13). Es folgen der Studienablauf (Abschnitt 14) und die Stichprobenplanung (Abschnitt 15) inklusive Erklärungen zur Randomisierung (Abschnitt 16). Abschließend wird das statistische Vorgehen zur Hypothesentestung begründet (Abschnitt 17).

12 Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) – Studiendesign

Um die aufgestellten Hypothesen überprüfen zu können, wurde eine randomisiert-kontrollierte Evaluation geplant, bei der zwei Gruppen der teilnehmenden Ärzte miteinander verglichen werden sollten. Während die Teilnehmer des einen Studienarms das Trainingsprogramm absolvierte (Interventionsgruppe), fungierten die Teilnehmer des anderen Studienarms als Kontrollgruppe. Da ein Kontrollgruppendesign im bestehenden medizinischen Kontext nicht vertretbar war, weil die Ärzte eine Intervention zur Verbesserung ihrer Kommunikationskompetenzen erwarteten, durchlief die zweite Gruppe das doktormitSDM-Training ebenfalls, allerdings erst, nachdem die Interventionsgruppe das Training bereits absolviert hatte. Die Kontrollgruppe wurde so zur Wartekontrollgruppe.

Jeder teilnehmende Arzt (sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe) sollte vier Entscheidungsgespräche auf Video aufzeichnen. Die Ärzte wurden angeleitet, zu jedem Messzeitpunkt ein Entscheidungsgespräch zu filmen, die sie in ihrer alltäglichen Praxis mit realen

Patienten führten.⁴⁵ Der Patient sollte jeweils nur zu hören, nicht aber im Bild zu sehen sein. Jeder teilnehmende Patient gab hierzu sein schriftliches Einverständnis. Für die durchgeführte Studie lag ein Ethikvotum vor (Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 12. April 2011, Aktenzeichen D424/11), das die ethische Unbedenklichkeit der Studiendurchführung bescheinigte.⁴⁶

Die Studienplanung sah vor, dass die aufzuzeichnenden Entscheidungsgespräche mit den Patienten im Vorfeld vereinbart werden sollten, um die willkürliche Auswahl eines Gespräches von Seiten des Arztes einzuschränken. Als einziges Auswahlkriterium für die Arzt-Patient-Gespräche wurde festgelegt, dass die zu führenden Gespräche eine Entscheidung beinhalteten. Im Folgenden wird der geplante Ablauf im Untersuchungsdesign beschrieben und begründet. Abbildung 4 veranschaulicht die Ausführungen.

Erhebungszeitpunkt 1: Zunächst sollten beide Gruppen als Basiserhebung mit einer Aufnahme eines Behandlungsentscheidungsgespräches (Baseline) starten. Diese Aufzeichnungen ermöglichten die Erhebung der SDM-Fertigkeiteniveaus der teilnehmenden Ärzte vor dem Training. Außerdem sollten sie helfen, potenzielle Unterschiede zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe bezüglich dieser Fertigkeiten vor Trainingsbeginn zu identifizieren.

Anschließend sah die Untersuchungsplanung vor, dass die Interventionsgruppe die erste Trainingseinheit erhielt (Manual, Lehrfilm und erstes individualisiertes Feedback zu Gespräch 1).

Erhebungszeitpunkt 2: Danach erfolgte die Aufzeichnung eines zweiten Gesprächs der Teilnehmer der Interventionsgruppe, auf das die zweite Trainingseinheit folgte (individualisiertes Feedback zu Gespräch 2). Indessen wartete die Kontrollgruppe und lieferte keine Gesprächsaufzeichnungen.

Erhebungszeitpunkt 3: Nach Abschluss des gesamten Trainings fand die dritte Gesprächserhebung der Interventionsgruppe statt. Zum selben Zeitpunkt wurden die Teilnehmer der Wartekontrollgruppe angewiesen, jeweils ihr zweites Entscheidungsgespräch aufzuzeichnen, um anschließend die doktormitSDM-Intervention zeitversetzt zu durchlaufen.

Follow up: Mit einer Follow-up-Erhebung in der Interventionsgruppe, die sechs Monate nach Studieneinschluss der Teilnehmer geplant war, sollte die Nachhaltigkeit des Trainings (Hypothese 2) geprüft werden.

⁴⁵ Um zu verhindern, dass Ausreißer (besonders gute bzw. schlechte Gespräche in Bezug auf SDM) die Ergebnisse pro Messzeitpunkt beeinflussen, wäre es möglich gewesen, mehrere Videoaufzeichnungen pro Messzeitpunkt vornehmen zu lassen. Es wurde vermutet, dass sich diese Ausreißer zufällig über die Messzeitpunkte und Gruppen verteilen würden. Daher wurde im Sinne der Durchführungsökonomie für die Teilnehmer auf Mehrfacherhebungen verzichtet.

⁴⁶ Einige der kooperierenden Kliniken holten zusätzliche Ethikvoten ihres jeweiligen Hauses ein. Auch hier wurde die Unbedenklichkeit der Studiendurchführung bestätigt. Zum Teil mussten die Teilnehmer (Ärzte und Patienten) zwei Einverständniserklärungen unterzeichnen.

Zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten während des Trainings sollte eine Woche liegen. Zu jedem Erhebungszeitpunkt sprachen die teilnehmenden Ärzte mit neuen Patienten.

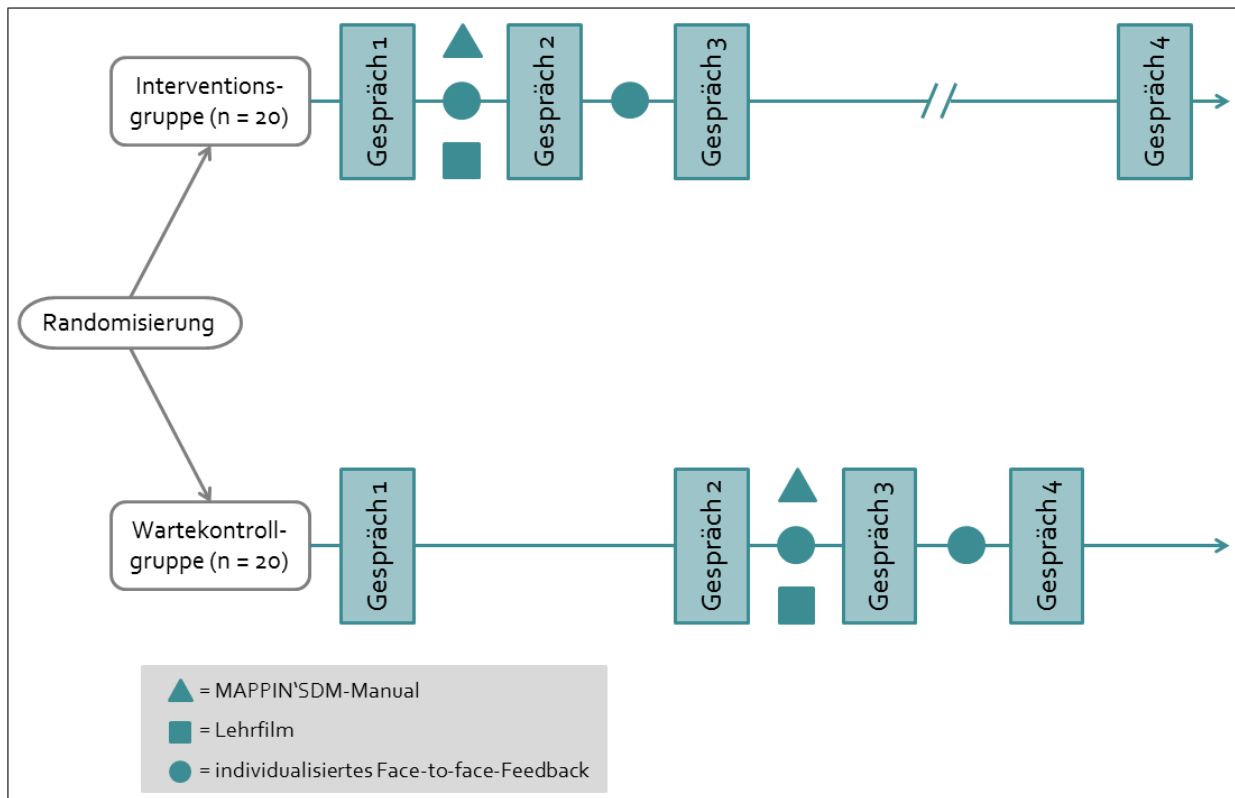


Abb. 4: Das Untersuchungsdesign der randomisiert-kontrollierten Evaluation des neu entwickelten Ärzte-Trainings „doktor mit SDM“ zur Förderung der geteilten Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Kommunikation

13 Messinstrumente/ Ergebnisvariablen

Als Endpunkt der Studie wurde die integrative Messgröße SDM_{MASS} verwendet (Abschnitt 13.2). Da sich diese aus Komponenten des Messinstruments MAPPIN'SDM zusammensetzt, wird dieses Messinstrument zunächst detailliert vorgestellt (Abschnitt 13.1). Anschließend werden weitere Messinstrumente benannt, die für zusätzliche Fragestellungen der Gesamtstudie eingesetzt wurden (Abschnitt 13.3).

13.1 MAPPIN'SDM

Wie bereits erwähnt, wird SDM häufig indirekt über Ergebnisvariablen erfasst. Eine Abbildung des SDM-Prozesses ist nur mit wenigen Instrumenten möglich (siehe Abschnitt 7). Das umfassendste Messinstrument hierzu ist MAPPIN'SDM (Kasper, 2011). Zur Bestimmung des SDM-

Ausmaßes werden hier drei Perspektiven einbezogen: Arzt, Patient und ein externer Beobachter.

Die Struktur des MAPPIN'SDM-Ansatzes unterscheidet zwei zu messende Konstrukte: das *wahrgenommene* Kommunikationsresultat, das nur von den involvierten Personen beurteilt werden kann und das *Verhalten* der Akteure, welches auch von Außenstehenden beobachtet werden kann. Insgesamt ergeben sich daraus sieben Foki, die im Messinstrument berücksichtigt werden können (siehe Tabelle 3).

Tab. 3: Überblick über die sieben verschiedenen Foki des Messinstrumentes MAPPIN'SDM nach Kasper, 2011

Fokus	Perspektive	gemessenes Konstrukt	beurteilt wird...	Messinstrument
1	Beobachter	Verhalten	Arzt	Beobachter- instrument
2	Beobachter	Verhalten	Patient	
3	Beobachter	Verhalten	Dyade ⁴⁷	
4	Arzt	Verhalten	Dyade	Arzt- fragebogen
5	Arzt	wahrgen. Resultat	Dyade	
6	Patient	Verhalten	Dyade	Patienten- fragebogen
7	Patient	wahrgen. Resultat	Dyade	

MAPPIN'SDM ist durch die Berücksichtigung aller sieben Foki deutlich umfassender als die OPTION-Skala (Elwyn et al., 2003). Sie diente dem neuen Messinstrument als Vorlage, wurde von Kasper aber erweitert und optimiert.⁴⁸ MAPPIN'SDM erfasst 15 Aspekte/ Indikatoren⁴⁹ von SDM, die im Folgenden ausführlich beschrieben werden, da sie auch explizit die Grundlage für das doktormitSDM-Trainingsprogramm liefern. Die beschriebenen Inhalte wurden in drei Versionen umgesetzt: einem Arztfragebogen, einem Patientenfragebogen und einem Beobachter-ratinginstrument.

⁴⁷ Die Beurteilung der Dyade meint, dass die Kommunikationseinheit aus Arzt und Patient im Fokus steht.

⁴⁸ Von der OPTION-Skala liegt mittlerweile eine dyadische Version vor, die Arzt- und Patienteneinschätzung des SDM-Ausmaßes misst (Melbourne et al., 2010). Da die konzeptionelle Beschränkung der SDM-Kriterien auf die Einschätzung des Arztverhaltens bestehen bleibt und keine Integration der drei Perspektiven erfolgt, stellt MAPPIN'SDM nach wie vor das umfassendste Messinstrument dar.

⁴⁹ Kasper (2011) nennt die 15 Aspekte, die seinem Messinstrument zugrunde liegen, SDM-Indikatoren, da alle Bereiche als Einzelbestandteile Anzeichen für SDM liefern. Somit ist jeder Indikator ein eigener Lackmustest für SDM.

1. Problemdefinition

Zu Beginn eines medizinischen Entscheidungsgesprächs muss geklärt werden, welche Entscheidung oder welche Entscheidungen Gegenstand des anstehenden Gespräches sind. Dazu gehört zunächst das Konstatieren der Lage, in welcher der Patient sich zu diesem Zeitpunkt befindet und die eine Entscheidung erforderlich macht. Zusätzlich sollte das Ziel der anstehenden Maßnahme definiert werden sowie der Wirkmechanismus der Maßnahme oder der spezifische Krankheitsprozess dieses Patienten angesprochen werden.

2. Gleichwertigkeit der Behandlungsalternativen (Equipoise-Statement/ SDM-Schlüsselbotschaft)

Nach der Problemdefinition sollte möglichst früh im Gesprächsverlauf betont werden, dass aus der Medizin heraus nicht entschieden werden kann, welche medizinische Maßnahme sich für den jeweiligen Patienten als passend erweisen könnte. Wenn die SDM-Schlüsselbotschaft Bestandteil des Gesprächs ist, wird sie meist vom Arzt geäußert. Im Idealfall transportiert er dann auch die Begründung, dass der Patient die medizinischen Erkenntnisse für sich bewerten sollte und verknüpft dieses Statement mit seiner Erwartung der Rollenaufteilung (Indikator 4).

3. Klärung der Art und Weise des Informationsaustauschs

Der Indikator 3 ist unabhängig vom chronologischen Gesprächsverlauf. Inhaltlich wird beurteilt, inwieweit die Gesprächspartner sich auf einer Metaebene mit der Art des Informationsaustausches auseinandersetzen und aufeinander eingehen. Wechselt ein Gesprächspartner bspw. bei Verständnisproblemen das Medium und versucht das Verständnis des Gegenübers durch eine Skizze oder ein Modell sicherzustellen, wird dies in Indikator 3 codiert. Wird die Form des Austausches explizit thematisiert („Sind Sie eher ein visueller Typ?“), sollte dies im besten Fall frühzeitig im Gespräch geklärt werden, um auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können.

4. Klärung der Rollenaufteilung

Auch das Rollenverständnis sollte im Gesprächsverlauf nicht zu spät thematisiert werden. Die entscheidende Botschaft sollte sein, dass die Entscheidung von Arzt und Patient zusammen getroffen werden sollte, und dass der Patient unabdingbarer Bestandteil des Prozesses sein sollte, da es sein Körper ist und er mit allen Wirkungen und Nebenwirkungen leben muss. Wie bereits erwähnt, wird diese Aussage häufig mit der SDM-Schlüsselbotschaft (Indikator 2) verknüpft.

5. Auflistung der Optionen

Ein wesentlicher Beitrag zur Strukturierung des Entscheidungsgesprächs liegt in der systematischen Listung der möglichen Behandlungsoptionen. Diese Aufzählung geschieht möglichst frühzeitig, um Verwirrung zu vermeiden. Die Optionen sollten also nicht im Laufe des Gesprächs entstehen, sondern zunächst genannt und danach besprochen werden. Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass beide Gesprächspartner einen Überblick haben, welche Opti-

onen besprochen und gegeneinander abgewogen werden müssen. Sofern es eine Option darstellt, sollte auch die Möglichkeit „nichts zu tun“ explizit benannt werden.

6. Vor- und Nachteile der Optionen⁵⁰

Nach der Listung der verschiedenen Optionen beginnt das Kernstück des medizinischen Entscheidungsgesprächs. Die so genannte Risikokommunikation beinhaltet zunächst die Beschreibung des Vorgehens der jeweiligen Maßnahme. Anschließend sollten die Vor- und Nachteile der Optionen besprochen werden. Bei systematischer Besprechung der zuvor gelisteten Optionen ergibt sich automatisch die Möglichkeit, die verschiedenen Maßnahmen gegeneinander abzuwägen. Zwei Dinge sind in der Risikokommunikation besonders wichtig: Zum einen sollten die Optionen zunächst gleichberechtigt, also möglichst ohne Wertung, dargelegt werden. Dies schließt auch die Möglichkeiten „nichts zu tun“ oder „Abwarten“ ein. Der Arzt sollte sich also so lange mit seiner Behandlungsempfehlung zurückhalten, bis die Risikokommunikation abgeschlossen ist.⁵¹ Zum anderen sollten an dieser Stelle des Entscheidungsgesprächs die Kriterien der evidenzbasierten Patienteninformation (EBPI) berücksichtigt werden. Dazu gehören die Benennung von Risikoaussagen in ganzen Zahlen unter Berücksichtigung der Bezugsgröße, die Bezifferung des Nichtnutzens, der Testsicherheit etc.⁵²

7. Exploration von Erwartungen und Sorgen des Patienten

Indikator 7 widmet sich jeglichen Vorannahmen, Ideen, Erwartungen, Sorgen und Befürchtungen des Patienten, die mit der medizinischen Entscheidungsfindung einhergehen oder diese beeinflussen könnten. Die ausführliche Exploration der Patientensicht und der dazugehörigen Beweggründe dient der Anknüpfung an die Lebenswirklichkeit des Patienten und ist somit essentieller Bestandteil geteilter Entscheidungsfindung.

⁵⁰ Über Indikator 5, 6 und 8 ist MAPPIN'SDM an die evidenzbasierte Medizin (siehe Abschnitt 2) angekoppelt. Die Listung der verfügbaren Optionen (Indikator 5) richtet sich nach dem aktuellen Stand der Forschung, ebenso die Abwägung der Vor- und Nachteile dieser Optionen (Indikator 6). Hier wird eine adäquate Risikokommunikation anhand der EBPI-Kriterien verlangt, um bspw. im Beobachterinstrument eine hohe Punktzahl für diesen Indikator zu erhalten. Ein wichtiger Bestandteil der Risikokommunikation ist die Offenlegung der Informationsquellen (Indikator 8).

⁵¹ Grundsätzlich dürfen Empfehlungen des Arztes in einem SDM-basierten Entscheidungsgespräch auf jeden Fall geäußert werden. Wichtig ist dabei nur, dass die Quelle der Empfehlung (Indikator 8) benannt wird. Handelt es sich z.B. um eine persönliche Empfehlung oder um eine Empfehlung auf der Grundlage bisheriger eigener klinischer Erfahrungen oder aufgrund der eigenen Bewertung von Studienergebnissen etc.?

⁵² Zur Verdeutlichung der Wirkung verschiedener Zahlen dient ein Beispiel aus der MS-Therapie: Patienten, die die Basistherapie mit Beta-Interferon anwenden, haben – laut wissenschaftlichen Studien – in 80% der Fälle keine Zunahme der Beeinträchtigung in einem Zeitraum von zwei Jahren. Dies suggeriert erstaunlich gute Therapiechancen und animiert viele Patienten dazu, die Basistherapie zu wählen. Vergleicht man allerdings zwei Patientengruppen miteinander, bei denen die eine Gruppe den Wirkstoff erhält und einer anderen Gruppe ein Scheinmedikament appliziert wird, zeigt sich folgendes Bild: Von 100 Patienten haben in der Placebogruppe 71 Personen keine Zunahme der Beeinträchtigung, in der Wirkstoffgruppe sind es 80 Patienten. Der Nutzen des Medikaments zeigt sich durch Differenzbildung. Somit profitieren 9 Personen von 100 von der Therapie, denn 71 Personen wären auch ohne Medikament beeinträchtigungsfrei geblieben (Zahlen aus der DECIMS-Studie: Kompetenznetz Multiple Sklerose).

8. Kennzeichnung der Quelle von Empfehlungen bzw. Informationen

Wie bereits bei Indikator 6 beschrieben, gehört evidenzbasierte Medizin unabdingbar zur Risikokommunikation im Rahmen eines medizinischen Entscheidungsgesprächs. Um eine transparente Informationsvermittlung gewährleisten zu können, müssen die Informationsquellen einer Aussage oder Empfehlung genannt werden. Es sollte dem Patienten also erkenntlich sein, ob bspw. eine Wirksamkeitseinschätzung eines Medikaments auf den eigenen Erfahrung des Arztes beruht oder auf einer wissenschaftlichen Studie. Nur so ist eine informierte Entscheidungsfindung möglich. Die Quellenangabe ermöglicht es z.B. auch, mögliche Interessenkonflikte⁵³ des Arztes offenzulegen.

9. Rückversicherung über Verständnis auf Seiten des Patienten

Um eine gemeinsame und informierte Entscheidung treffen zu können, müssen beide Interaktionspartner sicherstellen, dass der jeweils andere die genannten Informationen verstanden hat. Bekanntermaßen werden Informationen nicht automatisch so verstanden, wie der Informierende sie gemeint hat (Schulz von Thun, 2011). Um dieselbe Entscheidungsgrundlage zu haben, muss sich zum einen der Arzt vergewissern, dass sein Patient ihm folgen konnte.

10. Rückversicherung über Verständnis auf Seiten des Arztes

Zum anderen sollte sich der Arzt auch fragen, ob er alle Informationen, die der Patient ihm vermittelt hat, verstanden hat. Sollte sich eine Wissenslücke oder eine Unsicherheit des Arztes oder des Patienten zeigen, sollte diese im Laufe des Gesprächs geklärt werden.

11. Gelegenheit für Fragen des Patienten

In der Regel stellen Patienten in Arzt-Patient-Konsultationen Fragen zu Dingen, die sie wissen möchten. Dieses Element der bisherigen Gesprächsroutine beider Seiten wird im SDM-Konzept beibehalten. Patientenbeteiligung zeichnet sich darüber hinaus auch dadurch aus, Patienten gezielt zum Fragen zu animieren.

12. Gelegenheit für Fragen des Arztes

Analog gilt auch für den Arzt, dass er seine Fragen und Unklarheiten klären sollte, die für den gemeinsamen Entscheidungsprozess mit dem Patienten relevant sind. Damit sind an dieser Stelle keine anamnestischen Fragen gemeint, da diese der Entscheidungssequenz vorausgehen.

13. Unterstützung von Strategien der Informationsverarbeitung

Oft fällt das Abwägen der verschiedenen Optionen dem Patienten schwer. Der Arzt kann hier auf einer Metaebene als Entscheidungscoach fungieren, indem er gemeinsam mit dem Patienten z.B. exploriert, wie dieser in seinem Leben bisher Entscheidungen getroffen hat.

⁵³ Wird eine Studie bspw. von einem Pharmaunternehmen finanziert, liegt potenziell ein Interessenkonflikt der beteiligten Forscher vor. Dabei wird angenommen, dass es einen Einfluss haben kann, wenn der Geldgeber z.B. ein Interesse an einem bestimmten Ergebnis der Studie hat. Ebenso können auch finanzielle Anreize für die Verschreibung eines bestimmten Medikaments oder die Überweisung in eine bestimmte Klinik den Entscheidungsprozess von Seiten des Arztes beeinflussen. Werden solche Interessenkonflikte offengelegt, wird Transparenz gewährleistet und der Patient kann überlegen, wie stark er die potenziell gefärbte Meinung in seiner Entscheidungsfindung berücksichtigen möchte.

Folgende Fragen können dabei u.a. weiterhelfen: Hat der Patient bis dato eher rational oder aus dem Bauch heraus entschieden? Braucht die Entscheidung noch Zeit? Sollten weitere Personen (z.B. Ehepartner) in die Entscheidung einbezogen werden? Aus diesem Wissen können sich strategische Überlegungen ableiten lassen, welche Parameter bei der anstehenden Entscheidung berücksichtigt werden sollten.

14. Kennzeichnung der Entscheidung

Am Ende eines medizinischen Entscheidungsgesprächs sollten sich die Gesprächspartner explizit auf eine Option (ggf. die Variante, nichts zu tun bzw. abzuwarten) einigen. Nach dem Entscheidungsprozess wird hiermit die endgültige Entscheidung definiert. Sollten sich dabei noch Fragen oder Nichtübereinstimmungen der Interaktionspartner ergeben, können diese aufgegriffen werden, sodass ein erneutes Einsteigen in den Entscheidungsprozess möglich ist. Dann muss die Entscheidungsphase allerdings zu einem späteren Zeitpunkt wieder eingeleitet werden. Durch die Kennzeichnung der Entscheidung wird die Einigkeit von Arzt und Patient in der Entscheidung manifestiert. Sie besiegelt somit das Ende der Entscheidungsfindung.

15. Follow-up-Vereinbarungen

Sind Arzt und Patient sich einig, sollte das weitere Vorgehen besprochen werden. Dazu zählt zum einen die konkrete Umsetzung der Entscheidung, d.h. die Planung der weiteren Schritte. Zum anderen sollten sich die beiden Interaktionspartner darauf einigen, woran sie jeweils erkennen würden, dass eine Evaluation der getroffenen Entscheidung notwendig wäre.

Die Formulierungen der MAPPIN'SDM-Fragebogenversionen für Arzt, Patient und Beobachter sind jeweils zueinander äquivalent. Beispielhaft sei hier die Formulierung aus allen drei Perspektiven für den vierten Indikator „Klärung der Rollenaufteilung“ angeführt (Tab. 4). Die Fragebogenversionen befinden sich in Anhang A.

Tab. 4: Itemformulierungen für Indikator 4 des MAPPIN'SDM-Instruments aus allen drei Perspektiven (Kasper, 2011)

Instrument	Itembeispiel
MAPPIN'SDM _{Arzt}	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat den Wünschen des Patienten entsprochen.
MAPPIN'SDM _{Patient}	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat meinen Wünschen entsprochen.
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Arzt}	Der Arzt findet heraus, in welchem Ausmaß der Patient an der Entscheidungsfindung beteiligt sein möchte.
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Patient}	Der Patient äußert sich, inwieweit er an der Entscheidungsfindung beteiligt sein möchte.
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Dyade}	Arzt und Patient besprechen die Rollenverteilung im Gespräch.

Arzt und Patient schätzen unabhängig voneinander in einem 15 Items umfassenden Fragebogen die eigene Wahrnehmung des Gesprächs auf einer fünfstufigen Likertskala mit verbalen Endpunkten („trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“) und numerischen Abstufungen (0 bis 4) ein (Tab. 3, Fokus 5 und 7). Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 5 min.

Der Beobachter schätzt auf der Grundlage der videobasiert aufgezeichneten Entscheidungsgespräche mit 45 Items (3 x 15) alle drei Messgrößen bezüglich des Ausmaßes der beobachteten Kompetenz ein (Arzt, Patient, Dyade). Dazu verwendet er dasselbe Antwortformat wie die beteiligten Gesprächspartner. Zur Einschätzung der beobachteten Kompetenzen stehen dem Beobachter zusätzlich ein Kodierungsmanual mit Hintergrundinformationen zu SDM, allgemeinen Kodierungsregeln, Itembeschreibungen, Beispielen für die Kodierungen beobachteter Kompetenzen sowie Ergebnisse der Validierungsstudie zur Verfügung (MAPPIN'SDM-Manual). Die Bearbeitungszeit variiert je nach Länge des aufgezeichneten Entscheidungsgesprächs. Sie setzt sich somit aus der Gesprächsdauer plus ca. 20 min. zusammen.

Hohe Werte stehen auf der Antwortskala in allen drei Perspektiven jeweils für ein hohes SDM-Ausmaß. Invertierte Items sind nicht enthalten.

Die reliable und valide Beurteilung von Entscheidungsgesprächen muss erlernt werden. Bisherige Validierungsstudien zu MAPPIN'SDM lieferten für die Beurteilung des SDM-Ausmaßes in einem medizinischen Indikationsbereich (Multiple Sklerose) gute bis sehr gute Interraterreliabilitäten zwischen zwei Raterinnen (Spearman's ρ zwischen $\rho = 0,74$ und $\rho = 0,91$, Kasper, 2010).

Für die vorliegende Studie wurde im Februar/ März 2013 ein erneutes Ratertraining durchgeführt, um die Qualität der Beobachterratings zu maximieren (Goetze, 2013). Der Entwickler des MAPPIN'SDM-Instruments trainierte in einem zehntägigen interaktiven Ratertraining vier Rater

(zwei Frauen, zwei Männer; davon eine Psychologin, drei Psychologiestudierende) mit Hilfe von 30 Videoaufzeichnungen von Entscheidungsgesprächen aus der aktuellen Studie. Die Videos wurden zufällig ausgewählt. Die Stichprobe enthielt in etwa zu gleichen Teilen Entscheidungsgespräche der verschiedenen Trainingsstufen und Gruppen (Interventions-/ Wartekontrollgruppe). Das Ratertraining beinhaltete die theoretische Auseinandersetzung mit dem SDM-Konzept, mit typischen Beobachterfehlern sowie ein detailliertes Studium des MAPPIN'SDM-Manuals. Die verwendeten Entscheidungsgespräche wurden den Trainierten bzgl. der Trainingsstufe verblindet vorgegeben.⁵⁴ Als Zielkriterien wurden für die Reliabilität des Verfahrens (Übereinstimmung der Trainierten untereinander) die Prozentuale Übereinstimmung (PÜ), der T-Koeffizient (Wirtz & Caspar, 2002) und Spearmans ρ bestimmt. Die PÜ lag auf Itemebene zwischen 40-93% (Md = 60%)⁵⁵. T erreichte Werte zwischen 0,25 und 0,92 (Md = 0,5)⁵⁶ und Spearmans ρ lag auf Itemebene zwischen 0,16 und 0,8 (Md = 0,57), im Mittel über alle drei Skalen (Arzt, Patient und Dyade) bei 0,85.⁵⁷ Die Validitätsprüfung (Übereinstimmung der Trainierten mit dem Trainer) wurde anhand von Sensitivitäts- und Spezifitätsberechnungen vorgenommen.⁵⁸ Die Sensitivität lag über alle vier Trainingsteilnehmer hinweg bei 71% (Md) und die Spezifität bei 94% (Md).⁵⁹ Insgesamt sind sowohl die Reliabilitäts- als auch die Validitätswerte als gut zu bewerten.⁶⁰ Das Ratertraining war somit erfolgreich und hat vier trainierte Rater hervorgebracht, die in der Lage sind, auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen das SDM-Ausmaß von medizinischen Entscheidungsgesprächen einzuschätzen (Kasper, Liethmann, Goetze & Geiger, 18.06.2013).

Das MAPPIN'SDM-Instrument wurde mit allen drei Perspektiven zur Ergebniserfassung der vorliegenden Studie eingesetzt.

⁵⁴ Die Videos wurden von der Autorin verblindet. Um eine Verblindung gegenüber der Trainingsstufe erreichen zu können, wurden die Gespräche erst dann geratet, wenn ein Arzt alle vier Gespräche aufgezeichnet hatte. Aufgrund der Fülle der Videos war es der Autorin möglich, selbst ebenfalls verblindet am Ratertraining teilzunehmen, ohne die Videos zuordnen zu können. Das Videomaterial wurde von ihr nicht vorher gesichtet, sondern es wurden lediglich die Dateinamen verändert. Der Videocode bestand für die Verblindung jeweils nur aus einer Nummer (1-160 in randomisierter Reihenfolge durch Zufallszahlen).

⁵⁵ Bei einem Antwortformat mit fünf Abstufungen hätte die Ratewahrscheinlichkeit bei 20% gelegen.

⁵⁶ Für T gelten Werte ab 0,5 als adäquate Übereinstimmung (Landis & Koch, 1977).

⁵⁷ Für Spearmans ρ gilt ein Wert ab 0,4 als marginaler Zusammenhang. Werte über 0,7 als adäquater Zusammenhang (Pickard, Leon, Kohlmann, Cella & Rosenbloom, 2007).

⁵⁸ Da die Sensitivitäts- und Spezifitätsprüfung dichotome Übereinstimmungen voraussetzt, wurde das fünfstufige Antwortformat im Vorfeld dieser Berechnungen dichotomisiert in „SDM nicht vorhanden“ = „Antwortskalenwerte 0 und 1“ und „SDM vorhanden“ = „Antwortskalenwerte 2-4“.

⁵⁹ Auch hier sollte eine Absicherung gegenüber dem Zufall geschehen. Bei rein zufälligem Raten würden sich Sensitivitäts- und Spezifitätswerte von 50% ergeben.

⁶⁰ Die gewählten Koeffizienten sind die bestverfügbaren Verfahren, unterliegen aber selbst wiederum Einschränkungen, da die Maße z.B. varianzabhängig sind. Die Werte liefern somit eher pessimistische Schätzungen der Übereinstimmung und sind daher als untere Grenzen der tatsächlich vorhandenen Übereinstimmung zu betrachten. Für genauere Ausführungen siehe Kasper, Liethmann, Goetze & Geiger (18.06.2013).

13.2 SDM_{MASS}

Um alle relevanten Perspektiven in die Erfassung des SDM-Ausmaßes einfließen zu lassen, wurde als Endpunkt zur Hypothesenprüfung das Verbundmaß SDM_{MASS} (SDM meeting its concept's assumptions) verwendet (Geiger & Kasper, 2012).

SDM_{MASS} stellt eine Operationalisierung von SDM dar und setzt sich aus folgenden Bestandteilen (aus MAPPIN'SDM) zusammen:

1. **MAPPIN'SDM-Fragebogen_{Patient}**: Zunächst fließt die wahrgenommene Beteiligung beurteilt durch den Patienten ein. In der Beurteilung von Patientenbeteiligung ist es unerlässlich, die wahrgenommene Beteiligung des Patienten selbst zu erfassen und in der Auswertung zu berücksichtigen.
2. **MAPPIN'SDM-Beobachter_{Dyade}**: Da allerdings bekannt ist, dass das Patientenurteil einigen Verzerrungen unterliegt (siehe Abschnitt 7), wird auch das beobachtete Verhalten der Dyade durch den Beobachter eingerechnet. Die Einzelbeiträge der beteiligten Gesprächspartner sind dabei nicht so relevant wie die Gesamtleistung der Dyade. Aus diesem Grund wird nur das Ergebnis der Bemühungen beider Parteien in der Auswertung berücksichtigt.
3. SDM beruht auf der Annahme der Gegenseitigkeit zwischen Arzt und Patient. Darunter kann eine Kommunikation verstanden werden, die von beiden Seiten konsensuell rezipiert wird (Kasper, Kuch & Heesen, 2003; Kasper, Légaré, Scheibler & Geiger, 2011). Diese **Übereinstimmung zwischen der Arzt- und Patientenwahrnehmung** fließt in die Berechnung ein.⁶¹

Die von Geiger (Geiger & Kasper, 2012) entwickelte Formel von SDM_{MASS} wird inzwischen in leicht modifizierter Form angewendet (Geiger, 2014, persönliche Kommunikation):

$$SDM_{mass} = \frac{\frac{M (MAP Patient)}{4} + \frac{M (MAP Beobachter, Dyade)}{4} + \left(\frac{weighted T (MAP Arzt, MAP Patient) + 1}{2} \right)}{3}$$

M = Mittelwert

MAP = MAPPIN'SDM, z.B. MAPPIN'SDM_{Patient} ist der MAPPIN'SDM-Fragebogen, den der Patient nach dem Gespräch ausfüllt

weighted T = Übereinstimmungskoeffizient für zwei Rater (Nominalskalenniveau) mit einer Gewichtungsmatrix, die exakte Übereinstimmung mit 1, Abweichungen um 1 Skalenpunkt mit 0,7, Abweichungen um 2 Skalenpunkte mit 0,25, Abweichungen um 3 Skalenpunkte mit 0,1 und Abweichungen um 4 Skalenpunkte mit 0 gewichtet. Formel siehe Anhang B

⁶¹ Die alleinige Sicht des Arztes fließt nicht in den Koeffizienten ein. Natürlich wäre auch dieser Beitrag interessant, aber aus ökonomischen Gesichtspunkten erscheint er am ehesten verzichtbar (Geiger & Kasper, 2012).

In den SDM_{MASS} -Koeffizienten sollen die drei Komponenten mit gleicher Gewichtung einfließen. Um dies zu gewährleisten, werden die einzelnen Terme linear transformiert, sodass sie jeweils einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen. SDM_{MASS} selbst liegt ebenfalls zwischen 0 und 1, da die Beiträge der Bestandteile wiederum an deren Anzahl relativiert werden. Eine Ausprägung von 0 steht dafür, dass im betreffenden Gespräch gar kein SDM realisiert wurde. 1 kodiert hingegen, dass das maximale SDM-Ausmaß erreicht wurde.

Arzt und Patient füllten ihren Fragebogen jeweils nach dem gemeinsamen Gespräch aus. Das Beobachterrating wurde auf Basis der Videoaufzeichnung des jeweiligen medizinischen Entscheidungsgesprächs vorgenommen. Ziel war es, für die Beobachterratings eine möglichst objektive Sichtweise zu erhalten, die den SDM-Prozess gut abbildet. Daher wurden alle vier Rater des Beobachtertrainings (siehe Abschnitt 13.1) in gleichem Ausmaß in die Gesprächsanalysen eingebunden. Jeweils zwei Rater beurteilten unabhängig voneinander dasselbe Gespräch (verblindet gegenüber der Trainingsstufe der Ärzte).⁶² Anschließend glichen sie ihre Ratings miteinander ab und bildeten einen Konsens. In die Berechnung von SDM_{MASS} floss nur der Konsens der Raterdyaden ein, da davon ausgegangen wird, dass dieser den höchsten Grad an Validität besitzt. Bei den 30 Entscheidungsgesprächsaufzeichnungen, die im Ratertraining verwendet wurden, ging das Rating des Trainers in den SDM_{MASS} -Koeffizienten ein. Für die Evaluation des doktormitSDM-Trainings wurde somit sichergestellt, dass eine qualifizierte Beurteilung der SDM-Fertigkeiten der Teilnehmer vorgenommen wurde. Das Ratertraining konnte gleichzeitig, unabhängig von der Evaluation, mit Hilfe derselben Videos stattfinden, da die Teilnehmerratings von diesen 30 Gesprächen noch nicht in die Evaluationsauswertung eingingen. Erst nach dem Ratertraining, als die Validität der neu trainierten Rater vorhanden war, wurden die Ratings der Dyaden für die Evaluation des doktormitSDM-Trainings verwendet.

Die Einzelkomponenten, die direkt oder indirekt in SDM_{MASS} einfließen, wurden zur genaueren Betrachtung der Hypothesen verwendet. Dies waren beide MAPPIN'SDM-Fragebögen sowie das MAPPIN'SDM-Beobachterratinginventar und der Übereinstimmungskoeffizient weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$).

13.3 Weitere Messinstrumente

Neben dem Endpunkt zur Hypothesenprüfung wurden weitere Messinstrumente eingesetzt, die für andere Fragestellungen der Gesamtstudie IT'S SDM 2011 (Geiger et al., 2011) relevant waren. Da zur Prüfung der weiteren Fragestellungen zusätzliche Messinstrumente zum Einsatz kamen, werden diese Inventare und die dazugehörigen Fragestellungen im Folgenden kurz vorgestellt. Dies dient der Transparenz und dem Gesamtüberblick für den Kontext der Studie (siehe Abschnitt 14). Eine Vertiefung der Inhalte erfolgt nicht, weil die Vorhaben nicht im Zusam-

⁶² Bei vier Ratern ergaben sich somit sechs Raterdyaden. Die Aufteilung der Gespräche auf die Raterdyaden wurde so vorgenommen, dass alle Raterdyaden vergleichbar viele Ärzte der jeweiligen Trainingsstufen einschätzten, damit sich kein Ratingbias durch Ratingmuster einzelner Dyaden ergeben konnte.

menhang mit den fokussierten Hypothesen dieser Arbeit stehen. Die Ergebnisse werden andernorts berichtet (Paschedag, in Vorbereitung).

Da SDM_{MASS} ein erst kürzlich entwickeltes Maß ist, das in dieser Form zur Evaluation des doktormitSDM-Trainings das erste Mal zum Einsatz kam, sollte der Koeffizient im Rahmen der vorliegenden Studie in seinen Einzelkomponenten validiert werden. Der Einsatz weiterer Messinstrumente sollte ferner ermöglichen, messmethodisch anschlussfähig an die Literatur von SDM-Interventionen zu bleiben

Zur Validierung der Einzelkomponenten kamen drei weitere Messinstrumente zum Einsatz. Die Patientenperspektive von SDM_{MASS} wurde mit dem **SDM-Q** (Shared Decision Making Questionnaire) validiert (Simon et al., 2006). Dieser neun Items umfassende Fragebogen erfasst die patientenseitig wahrgenommene Beteiligung. Als Antwortformat steht den Patienten eine sechsstufige Likertskala mit verbalen Abstufungen („trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft völlig zu“) zur Verfügung (siehe Anhang C). Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 5 min. Es wurde ein hoher Zusammenhang zwischen $MAPPIN'SDM_{Patient}$ und SDM-Q erwartet.

Die Teilkomponente $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$ wurde mit Hilfe der **OPTION-Skala** validiert. (Elwyn et al., 2003). Obgleich die OPTION-Skala durch den Beobachter nur arztseitige Bemühungen misst, den Patienten zu beteiligen, stellt sie in Ermangelung an Alternativen bisher die einzige Validierungsmöglichkeit dar. Da die $MAPPIN'SDM$ -Indikatoren eine Erweiterung der OPTION-Skala darstellen, ließ sich die OPTION-Skala aus den im Konsens entstandenen Beobachterratings $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$ errechnen, ohne dass das Verfahren extra hätte angewendet werden müssen. Auch hier wurde ein positiver Zusammenhang der beiden Instrumente angenommen.

Außerdem wurde auch die Teilkomponente der Übereinstimmung zwischen den subjektiven Einschätzungen der Betroffenen durch Arzt und Patient validiert. Hierzu wurde die **DCS** (Decisional Conflict Scale) eingesetzt (LeBlanc et al., 2009; O'Connor, 1995). Dieses Instrument erfasst mit 16 Items den Entscheidungskonflikt des Patienten und die Einschätzung des patientenseitigen Entscheidungskonflikts durch den Arzt bezüglich der getroffenen Entscheidung in der Konsultation. Dabei werden fünf Subskalen unterschieden (personenbezogene Ungewissheit; Gefühl der Uninformiertheit; Unklarheit über eigene Werte; inadäquate Unterstützung bei der Entscheidungsfindung; Wahrnehmung, eine ineffektive Entscheidung getroffen zu haben). Die Antwortskala besteht aus einer fünfstufigen Likertskala mit verbalen Abstufungen („trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“) (siehe Anhang C). Das Ausfüllen der DCS dauert ca. 5 min. Es wurde ein positiver Zusammenhang der beiden Konkordanzmaße erwartet.

Neben der Validierung des Endpunkts ging noch eine weitere Fragestellung in die vorliegende Studie ein. Laut Geiger und Kasper handelt es sich bei SDM um die Verhandlung von Ungewissheiten (Geiger, 2007). Die Grundannahme ist, dass Ungewissheiten ein mehrdimensionales kognitives Konstrukt darstellen, das zunächst valenzfrei bleibt. In der vorliegenden Studie un-

tersuchten Geiger und Paschedag eine Varianzzunahmehypothese (Geiger et al., 2011). Dabei gingen sie davon aus, dass vor einem medizinischen Entscheidungsgespräch entscheidungsrelevante Ungewissheiten bei Patienten eine beliebige Ausprägung haben. Durch das Arztgespräch sollten einige der Ungewissheiten geklärt werden und somit nicht mehr so stark ausgeprägt sein. Andere Ungewissheiten könnten wiederum steigen. Daher nahmen die beiden Forscher an, dass die Varianz innerhalb der Ungewissheiten im prä-post-Vergleich wächst. Diese These untersuchten sie mit Hilfe des **UP24** (Uncertainty Profile 24, Geiger, 2007; Geiger et al., 2011). Der Fragebogen besteht aus 24 Items, die acht Kategorien von Ungewissheiten erheben (soziale Einbindung; Krankheitszustand: Diagnose & Prognose; Krankheitszustand: Informationsentschlüsselung; Bewältigung von Anforderungen; Kausalattribution; Umgang mit dem Arzt: Rollenpräferenz; Umgang mit dem Arzt: Qualität des Arztes; Behandlung). Der Fragebogen richtet sich an Patienten. Diesen steht ein fünfstufiges Antwortformat zur Verfügung („gar nicht“ bis „sehr“) (siehe Anhang C). Zur Bearbeitung benötigen die Patienten ca. 10 min. Um die Hypothese testen zu können, wurde der Fragebogen den Patienten zwei Mal vorgelegt: einmal vor und einmal nach dem Arzt-Gespräch. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, läge die Vermutung nahe, dass SDM zur Differenzierung des Ungewissheitserlebens führt. Dies wird mit einem höheren Elaborationsgrad des Entscheidungsgegenstandes assoziiert.

Da aufgrund der hohen Anzahl eingesetzter Fragebögen eine Überbeanspruchung der teilnehmenden Patienten befürchtet wurde, wurde eine alternierende Lösung für die Fragebögen SDM-Q und UP24 gewählt. Teilnehmer aus Zentren, bei denen die Patienten keine schweren Erkrankungen hatten, aber dennoch medizinische Entscheidungen getroffen werden mussten (z.B. Geburtshilfe: Entscheidung über den Geburtsmodus bei Beckenendlage, siehe 15 Stichprobenplanung), wurden aus der UP24-Befragung ausgeklammert. Der UP24 richtet sich vor allem an Patienten, die Ungewissheiten bzgl. der eigenen Erkrankung erleben. Die entsprechenden Fragen erschienen bei Indikationen, bei denen gesunde Menschen eine Entscheidung treffen, unpassend. Im Gegenzug wurden die Patienten, die den UP24 beantworteten, von der Beantwortung des SDM-Q entlastet. Für die entsprechenden Fragestellungen (Varianzzunahmehypothese und Validierungsfragestellung) wurden nicht dieselben Stichprobengrößen benötigt, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen (Geiger et al., 2011). Daher erschien diese Lösung im Sinne der zeitlichen Ökonomie für die Patienten und der Durchführungsökonomie der Studie angebracht.

Zusätzlich zu den genannten Messinstrumenten wurden **demographische Daten** erfasst, die systematische Unterschiede zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe aufdecken bzw. deren Vergleichbarkeit dokumentieren sollten. Erfasst wurden: Diagnose des Patienten, Geschlecht von Arzt und Patient sowie die Konstellation der Geschlechter im Gespräch (Ärztin – Patient, Ärztin – Patientin, Arzt – Patient, Arzt – Patientin), Alter von Arzt und Patient, Jahre der

klinischen Tätigkeit des Arztes sowie Vorbildung des Arztes bzgl. SDM (Selbsteinschätzung und Fortbildungen) und bzgl. weiterer Kommunikationstrainings (Fortbildungen).

Außerdem wurden die Konsultationsdauer, die Dauer der Entscheidungssequenz und der Entscheidungszeitpunkt innerhalb der Konsultationen erhoben.

14 Studienablauf

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick, wie die Datenerhebung in den teilnehmenden Zentren ablief.

Die teilnehmenden Zentren (siehe Abschnitt 15) wurden aus logistischen Gründen konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Die Erhebung fand zum Teil überlappend, aber zeitversetzt statt. Nach der Kontaktaufnahme durch eines der Studiengruppenmitglieder wurde eine Kick-off-Veranstaltung geplant. Alle teilnehmenden Ärzte wurden bei diesem Termin zentrumsweise vor Studienbeginn mündlich und schriftlich von geschulten Untersuchern (obligatorisch Autorin und Trainer, fakultativ ggf. weitere Mitglieder der Studiengruppe) über die Studie informiert. Die Ärzte erklärten ihre freiwillige Teilnahme in einer Einverständniserklärung.

Anschließend durchliefen die Teilnehmer in engem Kontakt mit der Studiengruppe die Studie gemäß des Studiendesigns (siehe Abschnitt 12). Die verschiedenen Fragebögen zur Erfassung der Ergebnisparameter wurden von Arzt bzw. Patient nach (und z.T. vor) jeder aufgezeichneten Konsultation beantwortet. Beide erhielten ein Fragebogenheft, das mit Instruktionen versehen war, sodass die entsprechenden Fragebögen zum korrekten Zeitpunkt ausgefüllt werden konnten. Die Fragebogenhefte befinden sich im Anhang C.

Abbildung 5 veranschaulicht die Abfolge des Fragebogensausfüllens für die Zentren, in denen der UP24 eingesetzt wurde (Abb. 5a) und für die Zentren, in denen der SDM-Q eingesetzt wurde (Abb. 5b).



Abb. 5: Ablauf des Fragebogeneinsatzes für ein medizinisches Entscheidungsgespräch, das auf Video aufgezeichnet wurde a) in einem Zentrum mit schwer erkrankten Patienten, b) in einem Zentrum mit weniger schwer erkrankten Patienten (z.B. zahnärztliche Prothetik) oder Gesunden (z.B. Geburtshilfe).

Dem Studiendesign entsprechend durchliefen die Studienteilnehmer je nach Gruppenzugehörigkeit (Interventions- oder Wartekontrollgruppe) das Trainingsprogramm. Die Intervention wurde bereits an anderer Stelle detailliert beschrieben (siehe Abschnitt 11). Alle Face-to-Face-Feedbacks wurden von demselben Trainer durchgeführt. Dies ermöglichte Konstanz in der Qualität und Durchführung der Feedbacks, schränkte aber die Generalisierbarkeit ein, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass der Trainer als entscheidender Wirkfaktor Einfluss auf den Effekt des Trainings nahm (siehe Abschnitt 27). Zur genaueren Analyse des „Trainereffekts“ bzw. der Wirkkomponenten des Trainings wurde jedes Feedback ebenfalls auf Video aufgezeichnet.

Nach Abschluss aller Gespräche wurde allen Teilnehmern ein Teilnahmezertifikat ausgestellt sowie die Möglichkeit eröffnet, ihre eigenen Gesprächsaufnahmen zu erhalten.

Alle erhobenen Daten der Ärzte wurden pseudonymisiert erfasst, sodass in der Auswertung eine Zuordnung der zusammengehörigen Daten möglich war. Die Patientendaten wurden anonymisiert erhoben.

15 Stichprobenplanung

Die aufgestellten Hypothesen sollten für alle Ärzte gelten, die Entscheidungsgespräche führen. Somit waren die Einschlusskriterien für die Studienteilnehmer nicht auf eine Fachdisziplin beschränkt. Um aus dieser Population eine möglichst repräsentative Teilmenge ziehen zu können, wurde eine multizentrische und multidisziplinäre Zusammensetzung der Stichprobe gewählt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, woraus sich zwangsläufig ein Selektionseffekt und Varianzeinschränkungen ergaben. Ein verpflichtendes Trainingsprogramm wäre ethisch allerdings nicht vertretbar gewesen.

Die Datenerhebung wurde für folgende Behandlungszentren geplant:

- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE):
 - Gefäßsprechstunde
 - MS-Ambulanz
 - zahnärztliche Prothetik
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke:
 - Geburtshilfe
 - Neurochirurgie
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM): Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel:
 - Gynäkologie
 - Knochenmarkstransplantation (KMT)
- Evangelische Kliniken Gelsenkirchen: Radioonkologie und Strahlentherapie
- Klinikum Osnabrück: Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie

Die Rekrutierung der teilnehmenden Studienzentren erfolgte über persönliche Kontakte der Studiengruppenmitglieder. Pro Zentrum sollten mindestens vier Ärzte ihre Studienteilnahme zusagen.

Die Kalkulation der Mindeststichprobengröße bestimmt sich v.a. durch die Parameter α -Niveau, Power und Effektstärke. Die Vorstudie lieferte mit einer Vorversion des doktormitSDM-Trainings einen Effekt von $d = 0,9$ (Kasper, 2011, persönliche Kommunikation). Auf dieser Grundlage wurde unter zusätzlicher Annahme einer Power von 85% und eines α -Niveaus von 5% eine Mindeststichprobengröße von 36 ermittelt (also 18 Teilnehmer pro Gruppe). Trotz intensiver Betreuung der Studienteilnehmer wurde mit einer Drop-out-Quote von 10% gerechnet. Es wurde demnach eine Gesamtstichprobengröße von 40 Ärzten avisiert. Da jeder Arzt vier Videokonsultationen durchlaufen sollte, ergaben sich somit insgesamt maximal 160 aufzuzeichnende Entscheidungsgespräche.

16 Randomisierung

Die Aufteilung der Studienteilnehmer auf die Interventions- und die Wartekontrollgruppe erfolgte durch blockweise Randomisierung. Hierbei wurde zentrumsweise eine Randomisierung der Teilnehmer vorgenommen. Waren die Namen der Studienteilnehmer vor dem ersten Treffen zwischen Studienteilnehmern und Studiengruppe bekannt, wurden die Teilnehmer entsprechend der Reihenfolge der genannten Namen abwechselnd auf die Interventions- und die Wartekontrollgruppe aufgeteilt. Waren die Namen vorher nicht bekannt, wurden die nicht namentlich gekennzeichneten Studienpakete in willkürlicher Reihenfolge an die anwesenden Studienteilnehmer des Kick-off-Meetings verteilt. Bei gerader Anzahl an Studienteilnehmern pro Zentrum wurde die Randomisierung zu gleichen Teilen vorgenommen (Bsp.: 4 Teilnehmer: 2 Interventionsgruppe, 2 Wartekontrollgruppe). Bei ungerader Anzahl an Studienteilnehmern wurde zentrumsweise alternierend eine Person mehr in die Interventions- bzw. Wartekontrollgruppe randomisiert. Dies war möglich, da die Zentren konsekutiv in die Studie eingeschlossen wurden.

Weitere Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung etc.) wurden in der Datenerhebung erfasst (siehe Abschnitt 13.3), um später eventuell bestehende Gruppenunterschiede aufdecken zu können (Randomisierungsscheck).

Die Randomisierung wurde von der Autorin vorgenommen. Die Studienteilnehmer waren gegenüber der Zuweisung zu ihrem Studienarm verblindet.⁶³

17 Statistisches Vorgehen

Es handelte sich bei dem gewählten Vorgehen um einen experimentellen Versuchsplan mit Messwiederholung, da jeder Arzt vier Entscheidungsgespräche aufzeichnete. Dies musste im Auswertungsplan berücksichtigt werden.

Da die Berechnungen auf dem Messinstrument MAPPIN'SDM fußen, wurde zunächst wie geplant eine Überprüfung der Güte des Instruments vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse auf einer validen Grundlage beruhen.

Hierzu wurde als erstes eine Itemanalyse der einzelnen Fragebögen (MAPPIN'SDM_{Arzt}, MAPPIN'SDM_{Patient}, MAPPIN'SDM_{Beobachter,Arzt}, MAPPIN'SDM_{Beobachter,Patient}, MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}) durchgeführt. Dazu wurden jeweils Itemschwierigkeit, Itemtrennschärfe und Cronbachs alpha bestimmt. Die Antwortskala konnte Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Zur Bewertung der Itemschwierigkeit wurden Werte zwischen 1 und 3 als angemessen angesehen. Werte über 3 zeigten an, dass das entsprechende Item statistisch leicht war, Werte

⁶³ Anmerkungen zur Umsetzbarkeit dieses Vorhabens finden sich in Kapitel V.

unter 1 kennzeichneten statistisch schwierige Items. Die korrigierte Itemtrennschärfe (part-whole-Korrektur) sollte nach Konvention zwischen 0,4 und 0,7 liegen (Kelava & Moosbrugger, 2012). Allerdings beinhaltet der MAPPIN'SDM-Fragebogen keine homogenen Items, sondern Items, die die einzelnen Teilaspekte des Konstrukts SDM umreißen, sodass bereits Werte ab 0,3 als adäquat angesehen wurden. Cronbachs alpha wurde pro Fragebogen ab einem Wert von 0,7 als zufriedenstellend betrachtet (Schermelleh-Engel & Werner, 2012).

Als zweites wurde für das MAPPIN'SDM-Beobachtungsinstrument die Übereinstimmung der Rater überprüft. Goetze zeigte, dass die Teilnehmer des MAPPIN'SDM-Ratertraining reliable und valide Rater für MAPPIN'SDM wurden (Goetze, 2013). In der vorliegenden Studie wurde nun zunächst geprüft, ob die Rater auch im Verlauf der Ratingphase weiterhin reliable und valide Ratings produzierten. Die Überprüfung der Interraterübereinstimmungen wurde mithilfe der 120 Entscheidungsgespräche berechnet, die nicht während des Ratertrainings verwendet wurden und von denen jeweils zwei unabhängige Ratings vorlagen (siehe Abschnitt 13.1). Als Kennwerte wurden die Prozentuale Übereinstimmung (PÜ), der T-Koeffizient (Wirtz & Caspar, 2002) und Spearmans ρ berechnet. Die Rechnungen wurden jeweils pro Raterdyade durchgeführt, über die wiederum der Median pro Kennwert gebildet wurde. Diese wurden jeweils verglichen mit den entsprechenden Konventionen: Für die PÜ wurden Werte über 20% als zufriedenstellend betrachtet, für T Ausprägungen ab 0,5 (Landis & Koch, 1977). Für Spearmans ρ galten Werte ab 0,4 als marginale Übereinstimmung und Werte ab 0,7 als adäquate Übereinstimmung (Pickard, Leon, Kohlmann, Cella & Rosenbloom, 2007). Zusätzlich wurde ein Vergleich der errechneten Kennwerte mit den Berechnungen von Goetze vorgenommen. Da die Berechnungen von Goetze ergaben, dass die Rater valide und reliable Übereinstimmungen erreichen konnten, sollte die neue Prüfung mindestens Werte erzielen, die im gleichen Bereich liegen, um die Güte des Messinstruments bestätigen zu können.

Anschließend wurde ein Randomisierungsscheck durchgeführt. Angenommen wurde, dass sich die beiden Studienarme (Interventions- und Wartekontrollgruppe) zur ersten Baselineerhebung nicht bezüglich des SDM_{MASS} -Koeffizienten unterscheiden ließen. Um dies zu prüfen, wurde ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben verwendet mit einem Signifikanzniveau von 20% (zweiseitig, Testen auf H_0). Außerdem wurden deskriptiv die demographischen Variablen zum Baselinezeitpunkt verglichen. Auch hier sollten sich keine deutlichen Unterschiede zeigen.

Die **erste Hypothese** postulierte, dass die Ärzte der Interventionsgruppe während der Trainingsphase einen größeren Zuwachs an SDM-Fertigkeiten hatten als die Ärzte der Wartekontrollgruppe während der Wartephase. Dies ließ sich mit SDM_{MASS} als Endpunkt prüfen. Dazu wurden sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Wartekontrollgruppe Differenzvariablen von SDM_{MASS} gebildet und miteinander verglichen. In der Interventionsgruppe wurde die Differenz zwischen Baseline und der ersten Erhebung nach Abschluss des doktormitSDM-Trainings berechnet, in der Wartekontrollgruppe die Differenz zwischen Baseline 1 und Baseli-

ne 2. Im Sinne der gerichtet formulierten Hypothese sollte der SDM_{MASS} -Zuwachs in der Interventionsgruppe größer sein als in der Wartekontrollgruppe und somit sollte auch die Differenz zwischen Basiserhebung und der Erhebung nach dem Training in der Interventionsgruppe größer sein. Zur Prüfung wurde ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben⁶⁴ verwendet, wobei das α -Niveau auf 5 % gesetzt wurde.

Die **zweite Hypothese** besagte, dass das SDM-Fertigkeiten-Niveau der teilnehmenden Ärzte der Interventionsgruppe langfristig höher sein sollte als vor Trainingsbeginn. Die Überprüfung dieser Hypothese wurde analog zur ersten Hypothese ebenfalls mittels Differenzvergleich vorgenommen. Auch hier diente SDM_{MASS} als Endpunkt. Die Annahme war, dass der SDM-Zuwachs zwischen Baselinemessung in der Interventionsgruppe und der Erfassung nach dem Follow-up-Zeitraum größer war als der SDM-Zuwachs im Wartezeitraum der Wartekontrollgruppe. Wieder wurde ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben verwendet mit einem α -Niveau von 5 %. Abbildung 6 veranschaulicht die beiden Hypothesen der Studie.

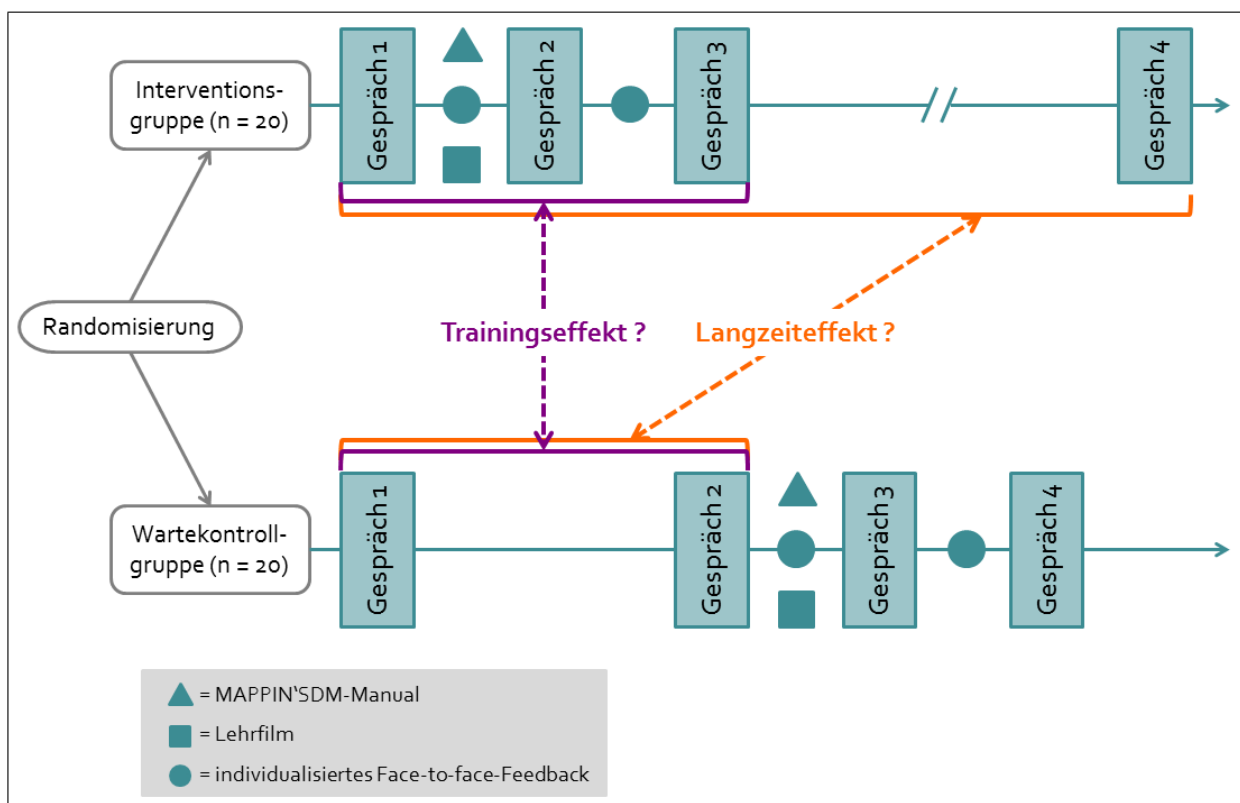


Abb. 6: Veranschaulichung der beiden Hypothesen mit Hilfe des Studiendesigns.

⁶⁴ Durch die Differenzvariablenbildung entstand ein Wert pro Teilnehmer, sodass die Messwerte, die in den t-Test einfließen, unabhängig voneinander waren.

Beide Hypothesen wurden zusätzlich mit Hilfe der Einzelkomponenten von MAPPIN'SDM betrachtet ($MAPPIN'SDM_{Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Patient_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade_t}$, weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Patient_t}$)). Es wurde dasselbe statistische Vorgehen gewählt wie beim Endpunkt (Zweistichproben-t-Test für unabhängige Stichproben, $\alpha = 0,05$, einseitig⁶⁵). Ziel dieser Betrachtungen war zum einen, die Auswirkungen des Trainings auf die einzelnen Beteiligten zu untersuchen und dadurch zum anderen ggf. auch Hinweise zu bekommen, wie sich die Einflüsse der einzelnen Komponenten auf das Verbundmaß SDM_{MASS} ausgewirkt haben könnten.

Auch die weiteren Fragestellungen wurden statistisch geplant.

Für die Fragestellung, wie sich der SDM-Zuwachs über das Training verteilt, wurde schrittweise ein Vergleich von SDM_{MASS} pro Interventionsstufe vorgenommen (jeweils gemessen mit SDM_{MASS_t} , $MAPPIN'SDM_{Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Patient_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient_t}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade_t}$, weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt_t}$, $MAPPIN'SDM_{Patient_t}$)). Hierzu wurden alle Teilnehmer, die am Training teilnahmen, zusammengekommen. Das hieß, dass auch die Werte der Wartekontrollgruppe berücksichtigt wurden, die zeitversetzt ebenfalls am Training teilgenommen hatten.⁶⁶ Mit Hilfe von t-Tests für abhängige Stichproben ($\alpha = 0,05$, einseitig) wurde nun der Vergleich von Baselineerhebung zur Messung nach der 1. Trainingsphase und der Vergleich von der Messung nach der 1. Trainingsphase zur Messung nach der 2. Trainingsphase (also direkt nach Trainingsabschluss) betrachtet.

Zusätzlich wurde betrachtet, ob es Veränderungen der Konsultationsdauer in Abhängigkeit vom Trainingsstand und in Abhängigkeit vom realisierten SDM-Ausmaß gab. Hierzu wurden deskriptive Vergleiche der Mittelwerte vorgenommen und korrelative Zusammenhänge berechnet. Die Berechnungen wurden in die Dauer des gesamten Gesprächs und der jeweiligen Entscheidungssequenz unterteilt. Die Dauer des Gesamtgesprächs konnte anhand der Videoaufzeichnungen festgestellt werden. Für die Entscheidungssequenz wurden nur Zeiten angerechnet, die die betreffende Fragestellung zum Inhalt hatten. Weitere Gesprächsinhalte wie freundliche Begrüßung etc. wurden nicht berücksichtigt. Daher wurden die entscheidungsrelevanten Sequenzen, die in die MAPPIN'SDM-Beobachterratings einfließen, von den Ratern festgelegt und abgeglichen.

⁶⁵ An dieser Stelle stellte sich die Frage nach Alphaadjustierung. Die Haupthypothesen wurden für ein Alpha-niveau von 5% berechnet. Die weiteren Betrachtungen (auch in Bezug auf den Trainingszuwachs) überschritten sich mit dem Endpunkt jeweils nur einfach (SDM_{MASS} -Komponente und jeweiliger MAPPIN'SDM-Fragebogen). Da die zusätzlichen Fragestellungen außerdem rein explorativer Natur waren und für weitreichende Interpretationen ohnehin näherer Untersuchung bedürften, wurde auf eine Alphaadjustierung verzichtet.

⁶⁶ Es wäre auch möglich gewesen, die Verteilung des SDM-Zuwachses über die Interventionsstufen z.B. nur innerhalb der Interventionsgruppe zu betrachten. Im Vordergrund dieser Unterfragestellungen stand allerdings nicht, ob sich bspw. Interventions- und Wartekontrollgruppe in ihren Trainingszuwächsen unterscheiden, sondern eine möglichst präzise Schätzung der schrittweisen Trainingszuwächse. Dazu wurde die größte Stichprobe gewählt, die zur Verfügung stand (alle Trainingsteilnehmer).

Da Zentren unterschiedlicher Fachrichtungen eingeschlossen wurden, wurde vermutet, dass die Gesprächsdauer stark variiert. So dauert bspw. ein Gespräch über eine Kronenversorgung in der zahnärztlichen Prothetik womöglich nicht so lange wie ein Gespräch über die Entscheidung einer potenziellen weiteren Knochenmarkstransplantation. Der Zeitvergleich wurde daher nicht absolut vorgenommen, sondern relativ. Die individuelle Gesprächsdauer der Baseline wurde als Referenzpunkt verwendet und die kommenden Gespräche wurden entsprechend auf prozentualen zeitlichen Zuwachs/ Ersparnis untersucht.

Es wurden für beide Zeiten zwei Rechnungen durchgeführt: Zunächst wurden analog zur Differenzvariablenbildung für die Prüfung des Trainingseffekts Differenzvariablen für den relativen zeitlichen Zuwachs innerhalb der Interventionsgruppe (Baseline vs. direkt nach dem Training) und innerhalb der Wartekontrollgruppe (Baseline 1 vs. Baseline 2) gebildet und miteinander verglichen. Wie vorher berichtet, wurde erwartet, dass die trainierte Gruppe keine größeren zeitlichen Zuwächse hatte als die Wartekontrollgruppe. Als zweites wurde betrachtet, wie sich die relative Zeitentwicklung auf die Trainingsstufen verteilte. Dazu wurde die Gesamtgruppe der Trainierten (also auch die Wartekontrollgruppe) untersucht⁶⁷. Es wurden deskriptive Berechnungen vorgenommen.

Mit Hilfe einer korrelativen Untersuchung sollte die Fragestellung betrachtet werden, ob die Konsultationszeit mit steigendem SDM-Ausmaß zunimmt. Operationalisiert wurden das SDM-Ausmaß und die Konsultationszeiten über die entsprechenden Differenzvariablen von SDM_{MASS} bzw. relativen zeitlichen Veränderungen.

⁶⁷ Die Begründung für die Verwendung der Gesamtgruppe der Trainingsteilnehmer folgt derselben Logik, die bereits für die Unterfragestellung zum SDM-Zuwachs über die Interventionsstufen verwendet wurde (s.o.).

V Durchführung

Zunächst stellte es sich als Schwierigkeit dar, die Teilnehmer vollständig gegenüber ihrer Gruppenzugehörigkeit zu Interventions- und Wartekontrollgruppe zu verblinden, da die Abläufe der Teilnehmer unterschiedlich aussahen. Die Teilnehmer wurden in einer Veranstaltung über die Studie informiert. Obwohl die Erklärung des individuellen Ablaufplans im Eins-zu-eins-Gespräch erfolgte, bemerkten einige Ärzte im Austausch mit Kollegen, dass sie unterschiedliche Abläufe hatten. Um mögliche negative Effekte für die Wartekontrollgruppe zu vermeiden (z.B. dass sie die ersten Gespräche nicht ernst nahmen), wurde zum einen nie von einer Kontrollgruppe gesprochen, sondern maximal von zwei verschiedenen Versuchsbedingungen. Und zum anderen wurde immer betont, dass beide Gruppen das komplette Trainingsprogramm erhielten.⁶⁸

Die ursprüngliche Planung sah vor, dass zwischen den Gesprächsaufzeichnungen während des Trainings eine Woche liegen sollte (und entsprechend in der Wartekontrollgruppe zwischen den beiden Baselineerhebungen zwei Wochen) (Geiger et al., 2011). Während der Datenerhebung stellte sich heraus, dass dieser Plan nicht in jedem Zentrum mit dem Klinikalltag vereinbar war, da z.B. einzelne Ärzte seltener Patientenkontakt hatten oder nur in bestimmten Sprechstunden Entscheidungsgespräche führten, etc. Wenn möglich, wurde das angestrebte Ziel dennoch aufrechterhalten und umgesetzt.

Da sich der geplante Aufnahmezeitraum verschob, wurde auch der Follow-up-Zeitraum angepasst. Als Nachjustierung wurde definiert, dass zwischen dem letzten Gespräch nach der Inter-

⁶⁸ In den Kick-off-Veranstaltungen wurde von der Studiengruppe häufig berichtet, dass beide Gruppen das gleiche Training, nur in unterschiedlicher Reihenfolge erhielten. Dies entsprach nicht ganz der Wahrheit, da der Ablauf innerhalb des Trainings identisch war, sollte aber dem genannten Effekt entgegenwirken, dass die Teilnehmer der Wartekontrollgruppe sich benachteiligt fühlten.

vention und dem Follow-up-Gespräch mindestens drei Monate liegen sollten⁶⁹. In einigen Zentren ließ sich auch dies nicht einhalten. Dies war vor allem der Fall, wenn Assistenzärzte – ausbildungs- und systembedingt – ihre Arbeitsstelle nach weniger als drei Monaten verließen. In der Auswertung wurden zunächst nur diejenigen in die Berechnungen einbezogen, die ihr Follow-up-Gespräch gemäß der Nachjustierung mindestens drei Monate nach dem letzten Gespräch im Trainingszeitraum führten. Zusätzlich wurden der Vollständigkeit halber auch die Auswertungen laut ursprünglicher Planung berichtet.

Nach der Einwilligung zur Studienteilnahme stellte sich heraus, dass die Teilnahmevoraussetzungen – v.a. das regelmäßige Führen von Entscheidungsgesprächen – in zwei Zentren nicht gewährleistet werden konnte. Trotz intensiver Diskussionen während der Kick-off-Veranstaltung, die das Ziel hatten, Entscheidungsgespräche zu identifizieren und dadurch unter anderem auch den Drop-out zu verhindern, ließ sich eine Aufgabe der Studiendurchführung im Neurochirurgie-Zentrum des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und im Gynäkologie-Zentrum des UKSH nicht vermeiden. In weiteren Zentren wurden einzelne Teilnehmer durch neue ersetzt oder gänzlich ausgeschlossen. Die Hauptgründe waren:

- Arzt führte keine/ viel zu selten Entscheidungsgespräche⁷⁰
- Arzt verließ im Laufe der Studienteilnahme den Arbeitsplatz⁷¹

Im Rahmen der Studiendurchführung wurden keine Veränderungen der Intervention, der Ergebnisparameter, der Randomisierung oder der statistischen Methoden vorgenommen.

⁶⁹ Alternativ wäre es auch möglich gewesen, das Follow-up-Gespräch drei Monate nach dem letzten Face-to-face-Feedback anzusetzen. Es wurde aber vermutet, dass die Trainingsteilnehmer sich vor ihrer Aufnahme des letzten Entscheidungsgesprächs direkt nach Trainingsabschluss noch einmal mit den Trainingsinhalten auseinandersetzen. Daher wurde definiert, dass diese Gesprächsaufzeichnung als Referenzpunkt für den Follow-up-Zeitraum dienen sollte.

⁷⁰ Zum Teil war die Erkenntnis, dass einzelne Ärzte (meist Assistenzärzte) keine Entscheidungen mit den Patienten treffen, auch für die Kliniken (z.B. Vorgesetzte) eine Überraschung. Bei der Kick-off-Veranstaltung wurde dies daher fälschlicherweise anders eingeschätzt. In einzelnen Fällen führte diese Erkenntnis auch zu einem Umdenken in der Assistenzarztausbildung.

⁷¹ Auch dies traf vor allem auf Assistenzärzte in der Facharztweiterbildung zu, die nur eine fest definierte Zeit an einem Arbeitsplatz verblieben und dann meist in einen anderen Fachbereich (oder innerhalb des Fachbereichs in eine andere Abteilung) rotierten, in dem die Bedingungen zur Aufnahme von Entscheidungsgesprächen andere waren.

VI Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobenbeschreibung vorgenommen (Abschnitt 18). Es folgt, nach der Prüfung der Güte des Messinstruments MAPPIN'SDM (Abschnitt 19) und der Randomisierung (Abschnitt 20), die Ergebnisdarstellung in Bezug auf die aufgestellten Hypothesen (Abschnitt 21 und 22). Danach werden die Ergebnisse zu den weiteren Betrachtungen dargestellt (Abschnitt 23 bis 25).

18 Stichprobe

Ursprünglich wurden zehn Zentren konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Wie bereits erwähnt, brachen zwei Zentren die Teilnahme ab (Kiel Gynäkologie: 4 Teilnehmer: 2 Interventionsgruppe (IG), 2 Wartekontrollgruppe (KG); Herdecke Neurochirurgie: 7 Teilnehmer: 4 IG, 3 KG), sodass acht Zentren die Studie in Gänze durchführten. Innerhalb der verbleibenden Zentren gab es einzelne Ärzte, die ihre Teilnahme an der Studie nicht fortsetzten. Diese Gruppe der Abbrecher unterteilte sich in diejenigen, die nie ein Gespräch aufzeichneten (15 Personen⁷²) und diejenigen, die das Training begannen und später ausstiegen (1 Person, für Begründungen siehe Abschnitt V).

Die Verteilung der Teilnehmer und Abbrecher auf die einzelnen Zentren sowie auf die Interventions- und die Kontrollgruppe ist dem Flussdiagramm (Abb. 7) zu entnehmen.

⁷² Pro Zentrum wurde im Vorfeld eine feste Anzahl an Studienteilnehmern definiert (mindestens 4 Teilnehmer pro Zentrum). Die Abbrecher, die nicht in das Training einstiegen und keine Gesprächsaufzeichnung durchführten, gaben ihr Studienpaket meist an einen anderen Kollegen weiter. Da die meisten dieser Abbrecher den jeweiligen Betrieb verließen, gaben sie ihr Studienpaket in der Regel an Ihren Nachfolger weiter. Auf diese Weise blieben von den verbleibenden Zentren sechs Studienpakete völlig ungenutzt. Die anderen neun Pakete wurden von jemand anderem übernommen.

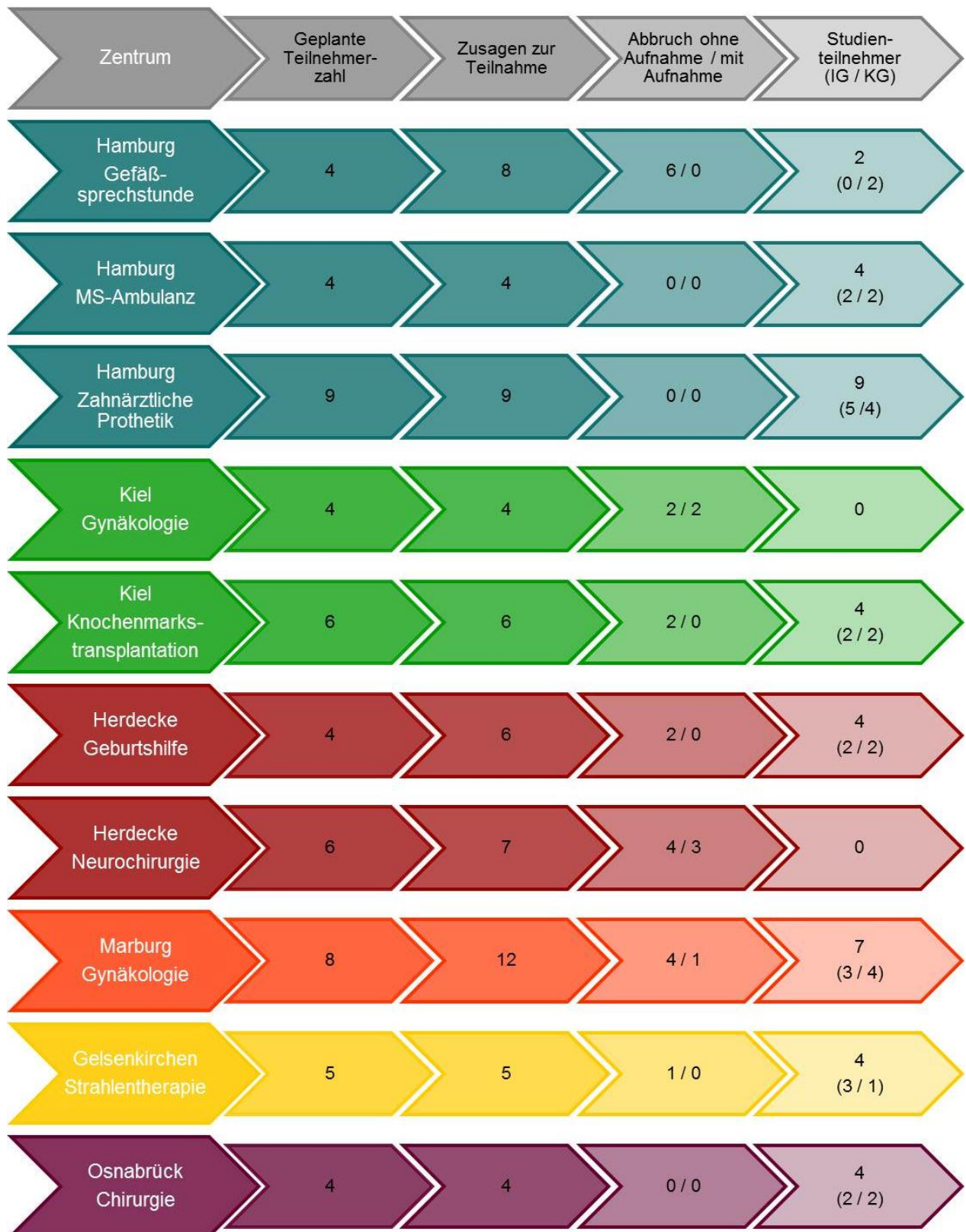


Abb. 7: Flussdiagramm zur Stichprobe. Dargestellt sind die Teilnehmerzahlen pro Zentrum.

Die Datenerhebung dauerte über alle Zentren hinweg 3 Jahre. Die erste Aufzeichnung eines Entscheidungsgesprächs fand am 26.05.2011 statt, das letzte Gespräch wurde am 03.04.2014 geführt. Die Teilnahmezeiträume pro Zentrum sind in Abbildung 8 dargestellt.

Insgesamt durchliefen 38 Ärzte (19 Ärzte in der Interventionsgruppe (IG); 19 Ärzte in der Wartekontrollgruppe (KG)) das komplette Trainingsprogramm. Davon waren 18 männlich und 20 weiblich. Die Teilnehmer waren im Mittel 36,14 Jahre alt und übten ihre klinische Tätigkeit im Durchschnitt seit 8,24 Jahren aus.

Im Rahmen der Erfassung der demographischen Variablen wurden die Ärzte gebeten, ihre vorhandenen Fertigkeiten im Bereich SDM auf einer fünfstufigen Skala selbst einzuschätzen (0 = gar keine, 1 = flüchtige, 2 = grundlegende, 3 = gute, 4 = exzellente Fertigkeiten). Die Teilnehmer schätzten sich hier insgesamt im Bereich „gar keine“ bis „flüchtige“ Fertigkeiten ein. Von allen Ärzten gab nur eine Teilnehmerin (IG) an, bereits an einer Fortbildung im Bereich SDM teilgenommen zu haben. Eine weitere Teilnehmerin berichtete, ihre Doktorarbeit in diesem Bereich geschrieben zu haben (IG). Fortbildungen zum allgemeiner gefassten Thema „Arzt-Patient-Kommunikation“ hatten fünf der 38 Ärzte bereits besucht (3 IG; 2 KG). Die demographischen Daten der teilnehmenden Ärzte können für die Gesamtstichprobe und aufgeschlüsselt für die Studienarme Tabelle 5 entnommen werden.

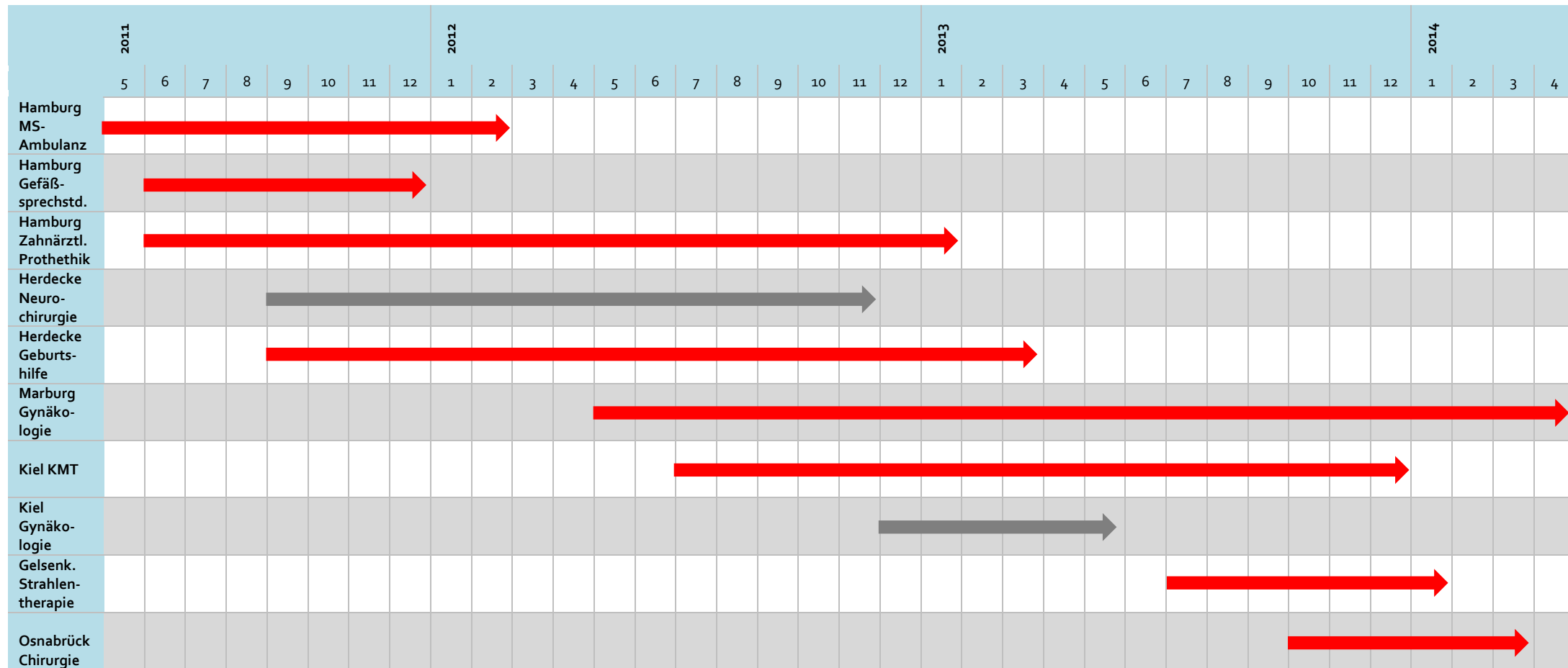


Abb. 8: Teilnahmezeiträume der jeweiligen Zentren. Die grauen Pfeile zeigen die Teilnahmezeiträume der Zentren an, die die Teilnahme an der Studie abbrachen bzw. mit denen die Teilnahme beendet wurde.

Tab. 5: Demographische Daten der teilnehmenden Ärzte. Insgesamt nahmen 38 Ärzte an der Studie teil. Die z.T. reduzierten Stichprobengrößen ergaben sich aus fehlenden Angaben einer Studienteilnehmerin.

		N gesamt	N _{IG}	IG	N _{KG}	KG	
Ärzte		38		19		19	
Geschlecht	w	20		12		8	
	m	18		7		11	
Alter (Jahre)	M	37	36,14	19	37,21	18	35
	SD		7,42		7,73		7,12
	Range		26 – 52		27 – 52		26 – 49
Klinische Tätigkeit (Jahre)	M	37	8,24	19	8,62	18	7,83
	SD		6,66		6,98		6,49
	Range		0,1 – 23		0,1 – 23		1 – 19
SDM-Fertigkeiten (Selbsteinsch.)	M	37	0,86	19	1,05	18	0,67
	SD		1,08		1,18		0,97
SDM_{MASS} (Baseline-erhebung 1)	M	37	0,68	19	0,67	18	0,69
	SD		0,72		0,84		0,57

Die Stichprobe der teilnehmenden Patienten konnte in der Versuchsplanung und Studiendurchführung nicht beeinflusst werden. Die Ärzte sprachen Patienten an, bei denen eine medizinische Entscheidung anstand. Die Patientenstichprobe setzt sich aus denjenigen Patienten zusammen, die die Studienteilnahme zusagten.

Es nahmen insgesamt 56 männliche und 94 weibliche Patienten teil. Der hohe Anteil an Patientinnen lässt sich dadurch erklären, dass zwei gynäkologische Zentren eingeschlossen wurden. Die Geschlechtszusammensetzungen der Dyaden zeigte, dass 31 Ärzte mit Patienten, 36 Ärzte mit Patientinnen, 26 Ärztinnen mit Patienten und 57 Ärztinnen mit Patientinnen sprachen. Die Patienten waren durchschnittlich 46,66 Jahre alt. Die demographischen Daten der teilnehmenden Patienten sind ebenfalls sowohl für die Gesamtstichprobe als auch unterteilt für die Studienarme tabellarisch dargestellt (Tab. 6).

Tab. 6: Demographische Daten der teilnehmenden Patienten und Arzt-Patient-Dyaden. Insgesamt nahmen 152 Patienten an der Studie teil. Die z.T. reduzierten Stichprobengrößen ergaben sich aus fehlenden Angaben.

		N	gesamt	N _{IG}	IG	N _{KG}	KG
Patienten			152		76		76
Geschlecht	w		94		53		41
	m		56		22		34
Alter (Jahre)	M	145	46,66	73	48,52	72	44,78
	SD		16,38		15,55		17,08
	Range		18 – 80		25 – 80		18 – 75
Geschlechter- dyaden (Arzt/ Patient)	m/ m	150	31	75	9	75	22
	m/ w		36		14		22
	w/ m		26		13		13
	w/ w		57		39		18

In der gesamten Stichprobe lagen zwischen den Gesprächen während der Trainingsphase im Durchschnitt etwa 2 Monate (M = 64 Tage, SD = 62 Tage, Range: 0 Tage – 10 Monate; IG: M = 70 Tage, SD = 66 Tage, Range: 3 Tage – 10 Monate; KG: M = 59 Tage, SD = 58 Tage, Range: 0 Tage – 9 Monate).

In der Wartekontrollgruppe lagen zwischen der ersten und der zweiten Baseline im Mittel 40 Tage (SD = 65 Tage, Range: 2 Tage – 9 Monate). In der Interventionsgruppe betrug der Abstand zwischen dem letzten Gespräch im Training und dem Follow-up-Gespräch durchschnittlich ca. 4,5 Monate (M = 132 Tage, SD = 102 Tage, Range: 0 Tage bis 9 Monate). Wie bereits erwähnt, wurden die Berechnungen für den Langzeiteffekt primär mit denjenigen Teilnehmern durchgeführt, die das Follow-up-Intervall (mindestens 3 Monate zwischen dem letzten Gespräch nach dem Training und dem Follow-up-Gespräch) einhielten.

19 Güte des Messinstruments MAPPIN'SDM

19.1 Itemanalysen

Die Itemanalyse von MAPPIN'SDM wird hier getrennt für den Arzt- und Patientenbogen sowie für die drei Beobachterbögen gelistet. Eine detaillierte Darstellung der Werte pro Item kann Anhang D entnommen werden.

Für MAPPIN'SDM_{Arzt} zeigte sich im Durchschnitt ein Schwierigkeitswert von 3,40 (SD = 0,18, Range: 3,00 – 3,67). Da alle 15 Items den Wert 3 überschritten und somit statistisch eher leicht waren, lag in dieser Population ein Deckeneffekt vor. Die korrigierte Itemtrennschärfe erreichte im Mittel 0,58 (Range: 0,26 – 0,73), wobei ein Wert unterhalb der Konventionen und zwei Werte über der Obergrenze lagen. Die Reliabilität des Fragebogens lag mit $\alpha = 0,89$ im avisierten Bereich.

Für MAPPIN'SDM_{Patient} wurde im Durchschnitt ein Schwierigkeitswert von 3,65 erreicht (SD = 0,18, Range: 3,08 – 3,82). Auch hier lag bei allen 15 Items ein Wert über 3 und somit ein Deckeneffekt vor. Die korrigierte Itemtrennschärfe lag mit durchschnittlich 0,57 (Range: 0,20 – 0,71) und nur jeweils einem Wert ober- und unterhalb der Konventionen im angemessenen Bereich. Cronbachs alpha erzielte mit 0,87 ebenfalls einen Wert, der den Konventionen entsprach.

Der Beobachtungsbogen MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt} lieferte im Mittel eine Itemschwierigkeit von 1,22 (SD = 0,60, Range: 0,32 – 2,10). Im Vergleich zu Arzt- und Patientenbogen war dieser Wert deutlich niedriger. Die Untergrenze von 1 wurde von 6 Items unterschritten, sodass der Fragebogen in Bezug auf die statistische Schwierigkeit im unteren Mittelfeld anzusiedeln ist. Die korrigierte Itemtrennschärfe zeigte bereits im Durchschnitt einen sehr geringen Wert (M = 0,35, Range: 0,06 – 0,53). 4 von 15 Items lagen unter dem festgelegten Wert 0,3. Die interne Konsistenz erreichte mit 0,74 allerdings – ebenso wie die anderen Fragebögen – einen konventionskonformen Wert.

Bei MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient} lag die Itemschwierigkeit durchschnittlich bei 0,85 (SD = 0,73, Range: 0,05 – 2,23), wobei 9 Items unter dem Wert 1 lagen. Auch hier zeigte sich also eine eher hohe Schwierigkeit des Fragebogens. Ähnlich wie der Beobachterbogen für den Arzt lieferte auch der Beobachterbogen für den Patienten geringe korrigierte Itemtrennschärfen (M = 0,37, Range: 0,14 – 0,58), bei denen 3 Items einen Wert unter 0,3 erzielten. Cronbachs alpha lag wiederum im angestrebten Bereich ($\alpha = 0,76$).

Der Ratingbogen MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade} lieferte in Bezug auf die Itemschwierigkeit einen Mittelwert von 1,40 (SD = 0,654, Range: 0,34 – 2,34). Fünf Items lagen unter dem Wert 1. Die korrigierten Itemtrennschärfen waren mit 5 Werten unter 0,3 und einem Mittel von 0,37 recht niedrig ausgeprägt (Range: 0,08 – 0,59), wohingegen die interne Konsistenz mit $\alpha = 0,77$ wieder im Rahmen der Konventionen lag.

19.2 Reliabilität des Beobachterinstruments

Die Überprüfung der Interraterübereinstimmungen erfolgte zum einen anhand des Abgleichs der erzielten Werte mit den Konventionen und zum anderen mit Hilfe des Vergleichs der erzielten Werte mit den Berechnungen aus der MAPPIN'SDM-Beobachtertrainingsevaluation von Goetze (Goetze, 2013; Kasper et al., 18.06.2013).

Die prozentuale Übereinstimmung zeigte pro Item Werte zwischen 34,21% und 97,5% (Md = 65%, Konvention: Werte sollten > 20% sein, Werte von Goetze: 40 – 93%, Md = 60%). Die T-Werte lagen pro Item zwischen 0,18 und 0,97 (Md = 0,56, Konvention: Werte sollten > 0,5 sein, Werte von Goetze: 0,25 – 0,92, Md = 0,5). Spearmans ρ lag pro Item zwischen 0,06 und 0,91 (Md = 0,59, Konvention: Werte ab 0,4 marginal, ab 0,7 adäquat⁷³, Werte von Goetze: 0,16 – 0,8, Md = 0,57). Die Einzelwerte können Anhang D entnommen werden.

20 Randomisierungskcheck

Die Prüfung potenziell unterschiedlicher Ausgangsniveaus der Teilnehmer der beiden Studienarme für SDM_{MASS} mit Hilfe eines t-Tests für zwei unabhängige Stichproben zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,45$, zweiseitig, $\alpha = 0,20$, M und SD siehe Tab. 7). Auch der deskriptive Vergleich in Bezug auf die erhobenen demographischen Variablen der Ärzte ließ keine bedeutsamen Gruppenunterschiede vermuten (siehe Tab. 5). Einzig in Bezug auf das Geschlecht zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe mehr Ärztinnen teilnahmen und in der Wartekontrollgruppe mehr Ärzte. Insgesamt nahmen mehr weibliche Patienten teil. In der Summe wirkte sich dies entsprechend auch auf die Geschlechterkonstellationen von Ärzten und Patienten aus. Hier gingen in die Berechnungen der Interventionsgruppe mehr rein weibliche Dyaden ein. In die Berechnungen der Wartekontrollgruppe flossen mehr rein männliche Dyaden ein.

Bei genauerer Betrachtung der Verteilung der Dyaden auf die verschiedenen Trainingsstufen zeigte sich, dass die Unterschiede sich v.a. an zwei Stellen bemerkbar machten: In der Interventionsgruppe nahm nach dem 1. Training kein Arzt-Patient-Paar teil. Außerdem wurden 8 von 11 Follow-up-Gesprächen von Ärztinnen mit Patientinnen geführt (Follow-up-Zeitraum < 3 Monate: 12 von 19 Gesprächen).

⁷³ Aufgrund der eingeschränkten Varianz fällt Spearmans ρ auch bei hoher Übereinstimmung zum Teil niedrig aus.

21 Trainingseffekt

Um den Trainingseffekt testen zu können, wurden Differenzvariablen für den Endpunkt SDM_{MASS} gebildet. Laut Hypothese sollte der Zuwachs an SDM-Fertigkeiten in der Interventionsgruppe (Baseline 1 bis 1. Gespräch nach Abschluss des Trainings) durch das Training höher sein als der Zuwachs an SDM-Fertigkeiten in der Wartekontrollgruppe innerhalb der Wartezeit (Baseline 1 bis Baseline 2).

Der verwendete t-Test für zwei unabhängige Stichproben wurde bei einem α -Niveau von 5% einseitig signifikant mit $p = 0,045$. Die Effektgröße zeigte mit $d = 0,58$, dass ein mittlerer Effekt vorlag (laut Konventionen⁷⁴, siehe Bortz & Schuster, 2010).⁷⁵ Tabelle 7 zeigt die SDM_{MASS} -Mittelwerte von Interventions- und Wartekontrollgruppe, die in die Differenzvariablen einfließen; Abbildung 9 veranschaulicht die Mittelwertverläufe. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzvariablen befinden sich in Anhang E.

Tab. 7: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für SDM_{MASS} in Bezug auf Trainings- und Langzeiteffekt

Instrument	Gruppe	Kennwert	Baseline 1	Baseline 2	Nach 1. Training	Nach 2. Training	Follow-up
SDM_{MASS}	IG	N	19		19	19	10 [#]
		M	0,67		0,68	0,70	0,69
		SD	0,08		0,08	0,10	0,09
	KG	N	18 [*]	18 [*]	19	18 ⁺	
		M	0,69	0,68	0,67	0,72	
		SD	0,06	0,06	0,09	0,05	

* = hier fehlte von einem Gespräch der Patientenfragebogen, sodass SDM_{MASS} nur für 18 Gespräche berechnet werden konnte

+ = hier fehlten von einem Gespräch die Fragebögen von Arzt und Patient, sodass SDM_{MASS} nur für 18 Gespräche berechnet werden konnte

= hier war bei einem Gespräch die Videoaufzeichnung nicht auswertbar, sodass SDM_{MASS} nur für 10 Gespräche berechnet werden konnte

⁷⁴ Laut Konventionen spricht man ab $d = 0,2$ von einem kleinen Effekt, ab $d = 0,5$ von einem mittleren Effekt und ab $d = 0,8$ von einem starken Effekt.

⁷⁵ Die Effektstärke für den Vergleich zwischen Baseline und der Erhebung direkt nach dem Training innerhalb der Interventionsgruppe lag bei $d = 0,36$.

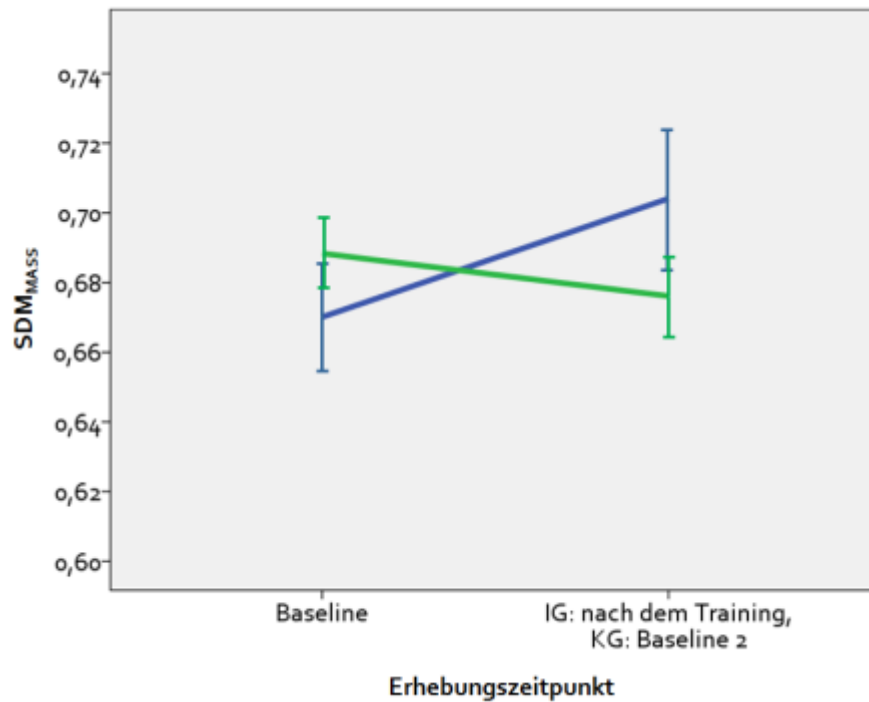


Abb. 9: Mittelwertverläufe (± 1 SD) für den Trainingseffekt. Die blaue Linie zeigt den Mittelwertverlauf der Interventionsgruppe ($n = 19$), die grüne Linie den Mittelwertverlauf der Wartekontrollgruppe ($n = 18$). Auf der Ordinate wurde zur besseren Darstellbarkeit ein Skalenausschnitt gewählt. Die Skala kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen.

22 Langzeiteffekt

Auch für den Langzeiteffekt wurden Differenzvariablen gebildet. Hier wurde angenommen, dass der SDM-Zuwachs zwischen der Baselinemessung in der Interventionsgruppe und der Erfassung nach dem Follow-up-Zeitraum größer sein sollte als der SDM-Zuwachs im Wartezeitraum in der Wartekontrollgruppe, um die Nachhaltigkeit des Trainings zu prüfen.

Der t-Test für unabhängige Stichproben ($\alpha = 0,05$) wurde mit einem p-Wert von 0,06 (einseitig) nicht signifikant. Die Effektgröße ($d = 0,63$) ließ vermuten, dass hier ein mittlerer Effekt vorliegen könnte.⁷⁶ Tabelle 7 zeigt auch hier die entsprechenden Kennwerte, die in die Bildung der Differenzvariablen einfließen.⁷⁷ Abbildung 10 veranschaulicht die Mittelwertverläufe. In Anhang E sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzvariablen dargestellt.

⁷⁶ Wurden alle Follow-up-Gespräche der Interventionsgruppe berücksichtigt ($N = 18$), wurde der entsprechende t-Test ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,16$, einseitig).

⁷⁷ Für die Interventionsgruppe wurden nur die Werte der Personen eingerechnet, für die auch ein Follow-up-Gespräch vorlag ($n = 10$).

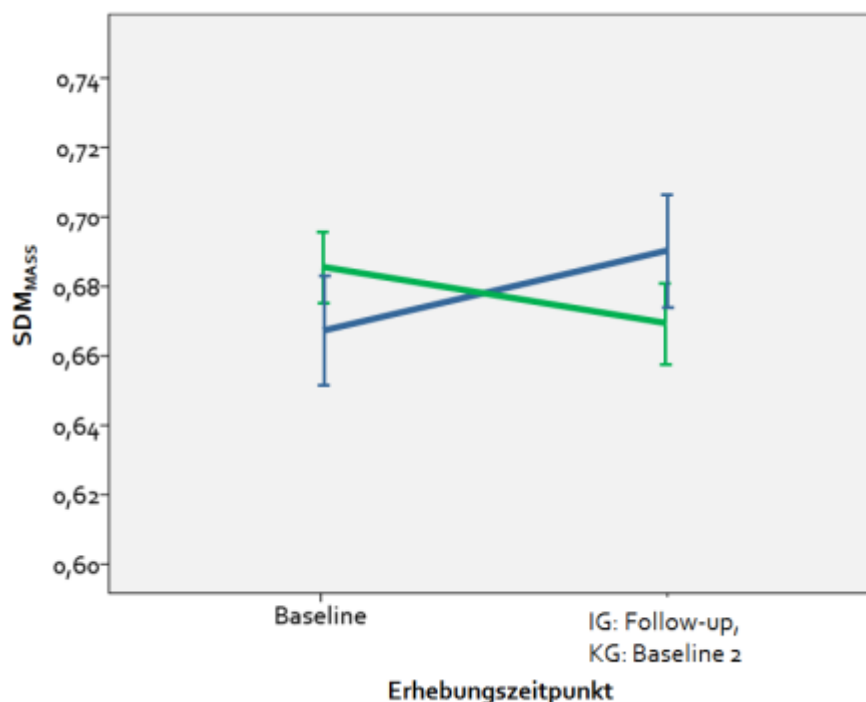


Abb. 10: Mittelwertverläufe (± 1 SD) für den Langzeiteffekt mit Follow-up-Gesprächen > 3 Monate nach Trainingsabschluss. Die blaue Linie zeigt den Mittelwertverlauf der Interventionsgruppe ($n = 10$), die grüne Linie den Mittelwertverlauf der Wartekontrollgruppe ($n = 18$). Auf der Ordinate wurde zur besseren Darstellbarkeit ein Skalenausschnitt gewählt. Die Skala kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen.

23 Weitere Betrachtungen zu Trainings- und Langzeiteffekt

Neben den Berechnungen zum Endpunkt wurden auch die Einzelkomponenten, die direkt oder indirekt in das Verbundmaß SDM_{MASS} einfließen, über Differenzvariablen mit denselben Hypothesen betrachtet.

Die t-Tests für den Trainingseffekt wurden für $MAPPIN'SDM_{Arzt}$ ($p = 0,21$, einseitig, $d = 0,27$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$ ($p = 0,33$, einseitig, $d = 0,14$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$ ($p = 0,45$, einseitig, $d = 0$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$ ($p = 0,41$, einseitig, $d = 0,08$) und weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$) ($p = 0,13$, einseitig, $d = 0,38$) jeweils nicht signifikant. Allein die Patientenperspektive ($MAPPIN'SDM_{Patient}$) wurde mit einem p-Wert von 0,01 (einseitig, $d = 0,9$) signifikant.

Für den Langzeiteffekt zeigten sich in den t-Tests keine signifikanten Ergebnisse in den Einzelkomponenten: $MAPPIN'SDM_{Arzt}$: $p = 0,16$ (einseitig, $d = 0,38$), $MAPPIN'SDM_{Patient}$: $p = 0,07$ (ein-

seitig, $d = 0,58$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$: $p = 0,08$ (einseitig, $d = 0,56$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$: $p = 0,35$ (einseitig, $d = 0,15$), $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$: $p = 0,21$ (einseitig, $d = 0,33$) und weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$): $p = 0,25$ (einseitig, $d = 0,26$).⁷⁸

Die Kennwerte Mittelwert, Standardabweichung und Stichprobengröße, die in die Berechnung der Differenzvariablen eingingen, können nach Fragebögen und Studienarmen sortiert Tabelle 8 entnommen werden. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzvariablen befinden sich in Anhang E.

Tab. 8: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für die verschiedenen MAPPIN'SDM-Fragebögen und für weighted T in Bezug auf Trainings- und Langzeiteffekt

Instru- stru- ment	Gruppe	Kenn- wert	Baseline		Nach		Follow-up
			Baseline 1	Baseline 2	1. Training	2. Training	
MAPPIN'SDM _{Arzt}	IG	N	19		19	19	11
		M	3,23		3,39	3,36	3,35
		SD	0,46		0,44	0,61	0,60
	KG	N	19	19	19	18 ⁺	
		M	3,39	3,39	3,53	3,53	
		SD	0,34	0,45	0,32	0,41	
MAPPIN'SDM _{Patient}	IG	N	19		19	19	11
		M	3,59		3,58	3,82	3,64
		SD	0,40		0,43	0,30	0,41
	KG	N	18 [*]	18 [*]	19	18 ⁺	
		M	3,72	3,62	3,52	3,78	
		SD	0,45	0,31	0,51	0,21	

⁷⁸ Wurden alle Follow-up-Gespräche der Interventionsgruppe für den Langzeiteffekt berücksichtigt, zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse: ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$: $p = 0,20$, einseitig; $MAPPIN'SDM_{Patient}$: $p = 0,24$, einseitig; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$: $p = 0,26$, einseitig; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$: $p = 0,49$, einseitig; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$: $p = 0,28$, einseitig; weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$): $p = 0,28$, einseitig).

Instru- stru- ment	Gruppe	Kenn- wert	Baseline 1	Baseline 2	Nach 1. Training	Nach 2. Training	Follow-up
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Arzt}	IG	N	19		19	19	10 [#]
		M	1,17		1,29	1,28	1,38
		SD	0,39		0,32	0,55	0,59
	KG	N	19	19	19	19	
		M	1,11	1,15	1,16	1,28	
		SD	0,33	0,35	0,36	0,30	
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Patient}	IG	N	19		19	19	10 [#]
		M	0,90		0,87	0,92	0,98
		SD	0,43		0,32	0,43	0,52
	KG	N	19	19	19	19	
		M	0,81	0,84	0,73	0,83	
		SD	0,27	0,32	0,32	0,30	
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Dyade}	IG	N	19		19	19	10 [#]
		M	1,40		1,45	1,46	1,55
		SD	0,44		0,37	0,60	0,62
	KG	N	19	19	19	19	
		M	1,28	1,31	1,33	1,48	
		SD	0,36	0,38	0,42	0,36	
Weighted T (MAPPIN'SDM _{Arzt} , MAPPIN'SDM _{Patient})	IG	N	19		19	19	11
		M	0,53		0,59	0,58	0,54
		SD	0,28		0,25	0,40	0,35
	KG	N	18 [*]	18 [*]	19	18 ⁺	
		M	0,64	0,59	0,61	0,70	
		SD	0,16	0,21	0,26	0,17	

* = hier fehlte von einem Gespräch der Patientenfragebogen, sodass SDM_{MASS} nur für 18 Gespräche berechnet werden konnte

+ = hier fehlten von einem Gespräch die Fragebögen von Arzt und Patient, sodass SDM_{MASS} nur für 18 Gespräche berechnet werden konnte

= hier war bei einem Gespräch die Videoaufzeichnung nicht auswertbar, sodass SDM_{MASS} nur für 10 Gespräche berechnet werden konnte

24 Trainingszuwachs im Laufe des Trainings

Zur Betrachtung des Trainingszuwachses über die zwei doktormitSDM-Trainingsstufen hinweg wurden die Daten aller trainierten Teilnehmer zusammengenommen. Das heißt, dass auch die Daten der Wartekontrollgruppe berücksichtigt wurden, die zeitversetzt ebenfalls das Training durchliefen. Mit Hilfe von t-Tests für abhängige Stichproben ($\alpha = 0,05$, einseitig) wurden nun zwei Vergleiche angestellt (jeweils für SDM_{MASS} , $MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$, $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$, weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$)).

Zunächst wurden die Daten nach der 1. Trainingsphase mit der Baseline verglichen. Der Zuwachs in $MAPPIN'SDM_{Arzt}$ wurde signifikant mit $p = 0,02$ (einseitig, $d = 0,36$). Die anderen Vergleiche zeigten keine signifikanten Veränderungen (SDM_{MASS} : $p = 0,29$, $d = 0,11$; $MAPPIN'SDM_{Patient}$: $p = 0,34$, $d = 0,09$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$: $p = 0,20$, $d = 0,17$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$: $p = 0,17$, $d = -0,21$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$: $p = 0,30$, $d = 0,10$; weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$): $p = 0,16$, $d = 0,20$; p-Werte jeweils einseitig). Die entsprechenden Mittelwerte und Standardabweichungen können Tabelle 9 entnommen werden.

Anschließend wurde der Trainingszuwachs derselben Instrumente für den Vergleich nach der 1. Trainingsphase vs. nach der 2. Trainingsphase bestimmt. Hier zeigten sich signifikante Zuwächse in SDM_{MASS} ($p = 0,02$, einseitig, $d = 0,50$) und $MAPPIN'SDM_{Patient}$ ($p = 0,001$, einseitig, $d = 0,71$). Die anderen abhängigen t-Tests ergaben keine signifikanten Veränderungen ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$: $p = 0,44$, $d = -0,02$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Arzt}$: $p = 0,20$, $d = 0,14$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Patient}$: $p = 0,06$, $d = 0,23$; $MAPPIN'SDM_{Beobachter, Dyade}$: $p = 0,15$, $d = 0,17$; weighted T ($MAPPIN'SDM_{Arzt}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$): $p = 0,19$, $d = 0,17$; p-Werte jeweils einseitig). Tabelle 9 zeigt auch für diesen Vergleich Mittelwerte und Standardabweichungen.

Die Abbildungen 11 und 12 veranschaulichen den stufenweisen Trainingsverlauf für SDM_{MASS} und für die fünf MAPPIN'SDM-Fragebögen.

Tab. 9: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für SDM_{MASS} , die verschiedenen MAPPIN'SDM-Fragebögen und für weighted T in Bezug auf den Trainingszuwachs im Verlauf des Trainings

Instrument	Kennwert	Baseline	Nach 1. Training	Nach 2. Training
SDM_{MASS}	N	37	38	37
	M	0,67	0,68	0,71
	SD	0,07	0,08	0,08
MAPPIN'SDM _{Arzt}	N	38	38	37
	M	3,31	3,46	3,44
	SD	0,46	0,38	0,52
MAPPIN'SDM _{Patient}	N	37	37	37
	M	3,61	3,57	3,80
	SD	0,35	0,46	0,25
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Arzt}	N	38	38	38
	M	1,16	1,22	1,28
	SD	0,36	0,34	0,44
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Patient}	N	38	38	38
	M	0,87	0,80	0,88
	SD	0,37	0,32	0,37
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Dyade}	N	38	38	38
	M	1,35	1,39	1,47
	SD	0,41	0,39	0,49
weighted T	N	37	37	36
	M	0,56	0,61	0,64
	SD	0,25	0,25	0,31

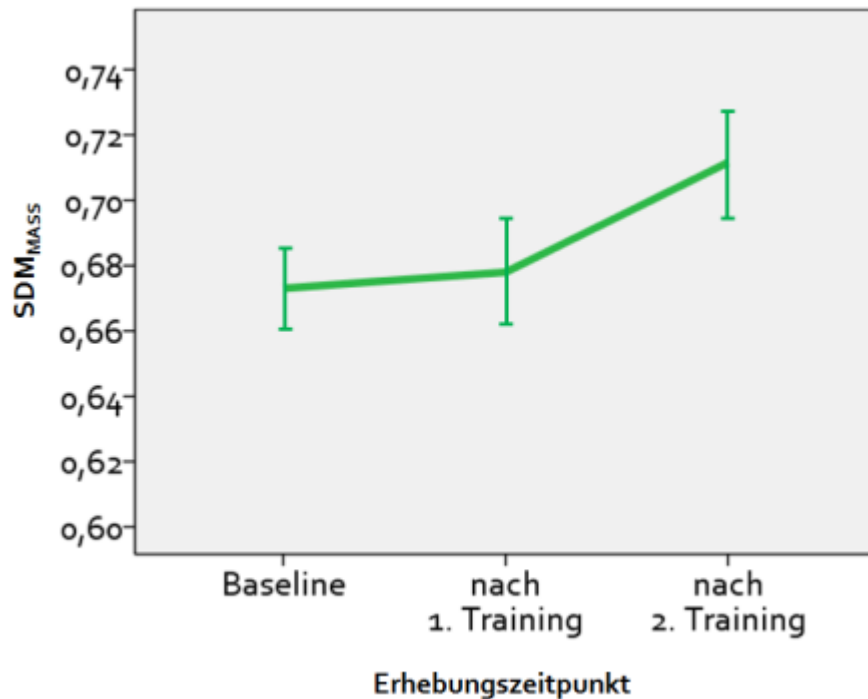


Abb. 11: Mittelwertverlauf (± 1 SD) für den stufenweisen Vergleich über die Trainingsstufen gemessen mit SDM_{MASS} und unter Betrachtung der Gesamtstichprobe. Auf der Ordinate wurde zur besseren Darstellbarkeit ein Skalenausschnitt gewählt. Die Skala kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen.

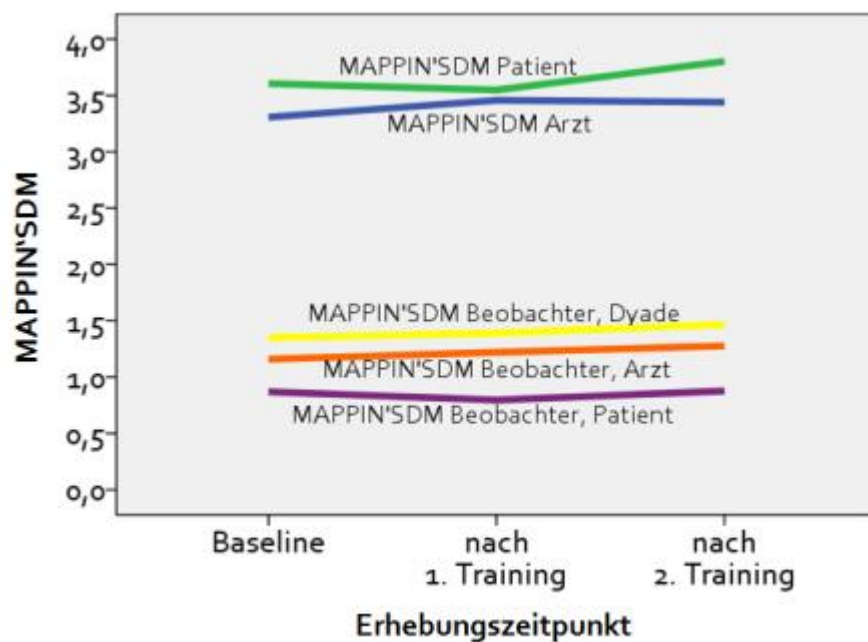


Abb. 12: Mittelwertverläufe für den stufenweisen Vergleich über die Trainingsstufen gemessen mit den MAPPIN'SDM-Fragebögen und unter Betrachtung der Gesamtstichprobe. Die Standardabweichungen sind zur besseren Lesbarkeit nicht eingetragen.

25 Gesprächsdauer und SDM

Zunächst wurde – analog zum Trainingseffekt – der relative zeitliche Zuwachs über Differenzvariablen berechnet. Hier zeigte sich sowohl für die Gesamtdauer des Gesprächs als auch für die Dauer der Entscheidungssequenz in der Interventionsgruppe ein größerer zeitlicher Zuwachs zwischen Baseline und dem Gespräch direkt nach dem Training als in der Wartekontrollgruppe über den Wartezeitraum hinweg. Allerdings waren die Streuungen enorm groß (Tab. 10) und die Fehlerbalken überlappen sich deutlich (Abb. 13 und 14).

Tab. 10: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für die Gesamtdauer der Gespräche sowie für die Dauer der Entscheidungssequenz getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe.

AV (%)	Gruppe	Kennwert	Baseline 1	Baseline 2	Nach 2. Training	
Relative Gesprächsdauer	IG	N	19		19	
		M	0		34,63	
		SD	0		115,13	
	KG	N	19	19		
		M	0		24,84	
		SD	0		74,12	
Relative Dauer der Entscheidungssequenz	IG	N	19		19	
		M	0		35,81	
		SD	0		116,93	
	KG	N	19	19		
		M	0		8,16	
		SD	0		58,56	

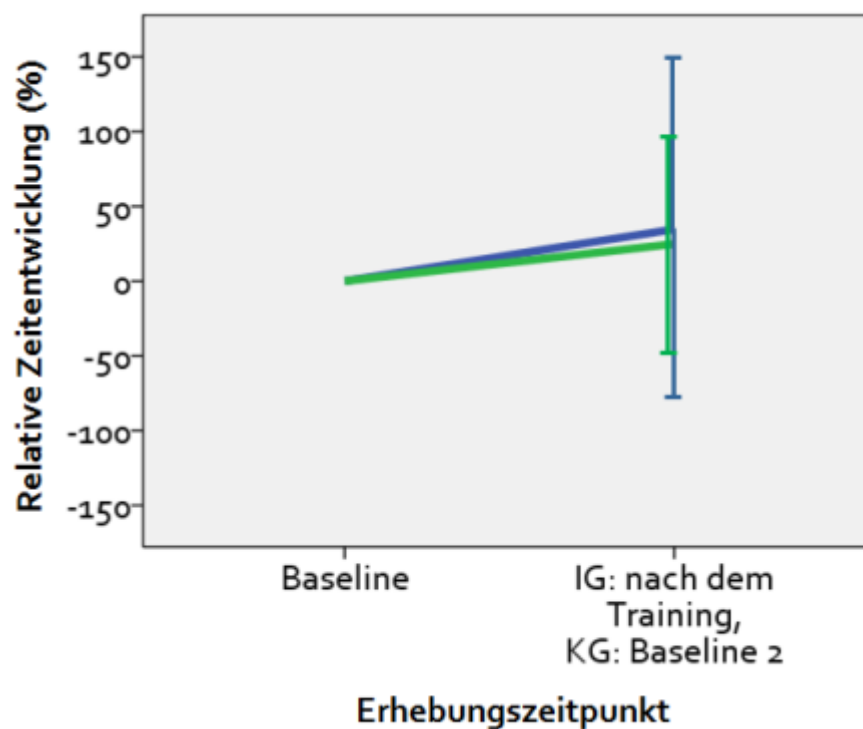


Abb. 13: Mittelwertverläufe (± 1 SD) der relativen Zeitenwicklungen für die **Gesamtdauer der Gespräche**. Die blaue Linie zeigt den Mittelwertverlauf der Interventionsgruppe (n = 19), die grüne Linie den Mittelwertverlauf der Wartekontrollgruppe (n = 19).

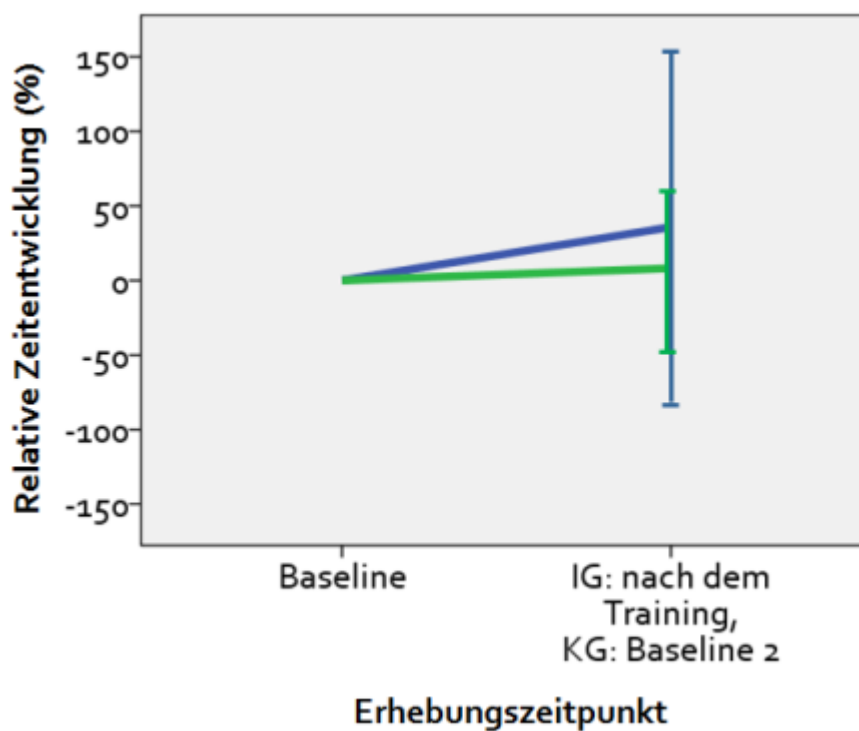


Abb. 14: Mittelwertverläufe (± 1 SD) der relativen Zeitenwicklungen für die **Dauer der Entscheidungssequenz der Gespräche**. Die blaue Linie zeigt den Mittelwertverlauf der Interventionsgruppe (n = 19), die grüne Linie den Mittelwertverlauf der Wartekontrollgruppe (n = 19).

Weiterhin wurde deskriptiv untersucht, wie sich der Verlauf der relativen Zeitentwicklungen über die Trainingsstufen hinweg gestaltete. Dazu wurde die Gesamtstichprobe betrachtet und es wurde erneut unterteilt in die Dauer der Gesamtgespräche und die Dauer der Entscheidungssequenzen. Tabelle 11 und Abbildung 15 ist zu entnehmen, dass die relative Zeitentwicklung einen besonders starken Zuwachs von Baseline zum ersten Gespräch nach dem Training zeigte. Im Vergleich dazu war der relative Zuwachs von Baseline zu dem Gespräch nach Trainingsabschluss kleiner. Die Streuungen waren auch hier sehr groß und die Fehlerbalken überlappten sich auch hier deutlich (Abb. 15).

Tab. 11: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für die Gesamtdauer der Gespräche sowie für die Dauer der Entscheidungssequenz für die Trainingsstufen in Bezug auf die Gesamtstichprobe.

AV (%)	Kennwert	Baseline	Nach 1. Training	Nach 2. Training *
Relative Gesprächsdauer	N	38	38	38
	M	0	26,43	23,53
	SD	0	93,83	97,21
Relative Dauer der Entscheidungssequenz	N	38	38	38
	M	0	31,17	20,69
	SD	0	94,48	95,64

* = Die Berechnungen für die Gespräche nach dem 2. Training beziehen sich erneut auf die Baseline.

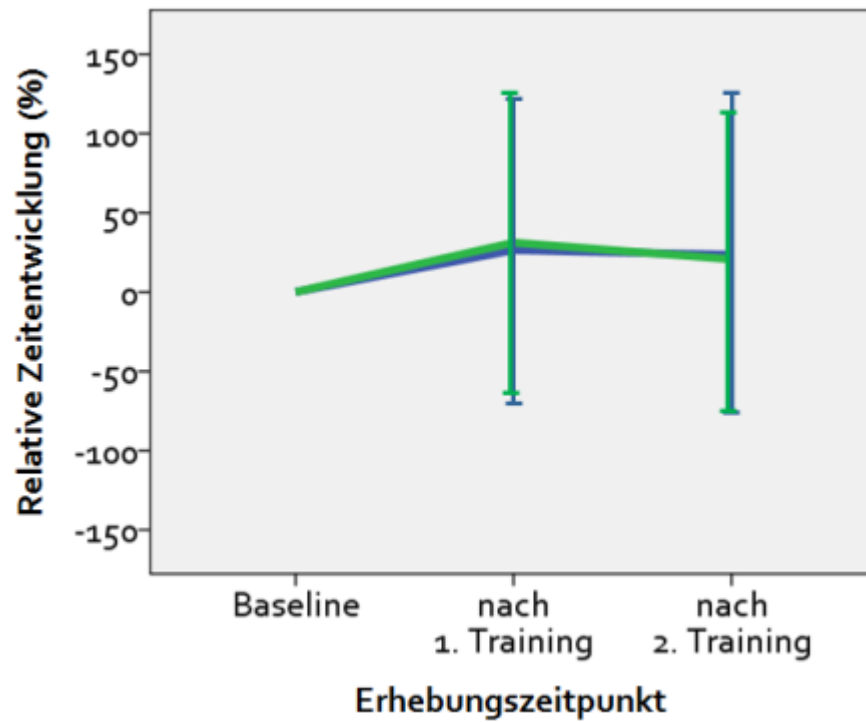


Abb. 15: Mittelwertverläufe (± 1 SD) der relativen Zeitenwicklungen über die Trainingsstufen für die Gesamtdauer der Gespräche ($n = 38$, blaue Linie) und für die Dauer der Entscheidungssequenzen der Gespräche ($n = 38$, grüne Linie).

Die korrelativen Untersuchungen ergaben, dass der SDM_{MASS} -Trainingszuwachs gemessen über die Gesamtstichprobe (Baseline vs. direkt nach dem Training) mit dem relativen zeitlichen Zuwachs der Gesamtdauer der Gespräche zu 0,20 korrelierte (Pearson Korrelation, $n = 36$) und mit dem relativen zeitlichen Zuwachs der Entscheidungssequenz zu 0,27 (Pearson Korrelation, $n = 36$).

VII Diskussion

26 Rekapitulation der bisherigen Schritte

Seit Mitte der 1990er Jahre ist Shared Decision Making immer bekannter geworden. Viele Ärzte und Patienten unterstützen die Idee und das ethische Grundverständnis, das hinter dem Modell steht. Jedoch erweist sich die Implementierung von SDM in der Praxis nach wie vor als schwierig. Der Hauptgrund dafür ist die mangelnde Vertrautheit aller Beteiligten mit SDM. Entwickler verschiedener SDM-Trainingsverfahren haben versucht, dieser Problematik zu begegnen. Allerdings existierte in Deutschland bisher kein SDM-Trainingsverfahren, das nachweislich einen Effekt auf das SDM-Ausmaß erzielen konnte.

Die vorliegende Studie untersuchte das neu entwickelte Trainingsverfahren doktormitSDM, das sich an Ärzte verschiedener Fachrichtungen richtet. Im Vergleich zu den im Forschungsstand vorgestellten Trainingsverfahren birgt das doktormitSDM-Training viele inhaltliche, didaktische und strukturelle Vorteile. Außerdem wurde es mit Hilfe der vorliegenden Studie umfangreich evaluiert.

Inhaltlich orientiert sich das Training an dem Messinstrument MAPPIN'SDM (Kasper, 2011). Damit basiert es auf einer SDM-Definition, die sich als angewandte Entscheidungskommunikation auf Basis der Ideen evidenzbasierter Medizin versteht. Im Fokus steht somit die Beteiligung der Patienten an den entscheidungsrelevanten Informationen. Dieses Kernelement zeichnet das Trainingsprogramm aus und unterscheidet es von vielen anderen SDM-Trainings, die die offene und verständliche Risikokommunikation nicht in den Fokus rücken, zum Teil sogar überhaupt nicht behandeln. Zusätzlich bedient sich das doktormitSDM-Training psychotherapeutischer Edukationstechniken, die eine Anknüpfung an die individuellen Bedürfnisse und Fertigkeiten des jeweiligen Teilnehmers gewährleisten.

Das Training ist strukturell so angelegt, dass es aufgrund des geringen zeitlichen Aufwands für die Teilnehmer im klinischen Alltag gut implementierbar ist. Es beinhaltet ein Eigenstudium des

MAPPIN'SDM-Manuals und des Lehrfilms. Beide autodidaktischen Elemente können von den Teilnehmern nach eigenem Wissens- und Interessensstand bearbeitet werden. Zusätzlich enthält das Training 15-minütige Feedbacksitzungen von einem SDM-Trainer zu eigenen Arzt-Patient-Gesprächen. Da die Ärzte sich für diese Feedbacks selbst in realen Arzt-Patient-Entscheidungssituationen filmen, entsteht kein weiterer zeitlicher Aufwand bspw. durch Rollenspiele oder Gespräche mit Simulationspatienten.

In der Gesamtschau ist das doktormitSDM-Trainingsverfahren somit allein aufgrund seiner inhaltlichen Ausrichtung und formalen Gestaltung neuartig und einmalig.

Im Gegensatz zu vielen anderen SDM-Trainings zielt das doktormitSDM-Training auf metakommunikative Fertigkeiten ab. Daher konnten für die Evaluation Ärzte verschiedener Fachbereiche geschult werden. Aufgrund der originär deutschen Entwicklung des Trainings mussten keine sprachlichen oder kulturellen Anpassungen vorgenommen werden.

Die vorliegende Studie liefert einen entscheidenden Beitrag zur Überprüfung der Wirksamkeit des doktormitSDM-Trainings. Aus einer Vorstudie hatten sich Hinweise für die Effektivität des Trainings ergeben. Sie ermöglichte entsprechende Stichprobenplanungen für die vorliegende randomisiert-kontrollierte Studie (Geiger et al., 2011).

Die konsekutive Studiendurchführung entsprach den vorher definierten Parametern. Einzig die Einschätzung der Zeiträume zwischen den Gesprächen und für den Follow-up-Zeitraum erwies sich in der Praxis als schwierig. Insgesamt wirkten sich die zeitlichen Verzögerungen während der Trainingsphase (bzw. in der Wartekontrollgruppe auch für das Gespräch vor und nach dem Wartezeitraum) gleichermaßen auf die beiden Studienarme aus, sodass sie keinen Einfluss auf den Endpunkt hatten. Auch der Follow-up-Zeitraum konnte entsprechend nachjustiert werden. Als Ergebnisparameter wurde das neue Maß SDM_{MASS} (Geiger & Kasper, 2012) gewählt. Dieses Verbundmaß verwendet das Messinstrument MAPPIN'SDM als Grundlage und stellt eine angemessene Operationalisierung des SDM-Ausmaßes dar, da es sowohl die Arzt- und Patientenperspektive, als auch die Beobachterperspektive auf medizinische Entscheidungssituationen einbezieht. Ziel des Verfahrens und seiner Verrechnung ist es, den SDM-Prozess mit Hilfe der unverzichtbaren Bestandteile valide und dennoch ökonomisch abbilden zu können. Die Verwendung dieses Maßes stellt ein weiteres Alleinstellungsmerkmal der Studie im Vergleich zu bisherigen SDM-Trainingsevaluationen dar (siehe Kapitel II).

Bevor die Auswertung des Endpunktes erfolgte, wurden Voranalysen vorgenommen.

Zunächst wurde die Güte des Messinstruments MAPPIN'SDM geprüft, um die Aussagekraft der Ergebnisse sicherzustellen. Hier ergaben die Itemanalysen zu den MAPPIN'SDM-Fragebögen zufriedenstellende Werte. Die MAPPIN'SDM-Fragebögen von Arzt und Patient erwiesen sich in dieser Population als statistisch leicht, die Ratingbögen der Beobachter als statistisch eher schwer. Die Einschätzungen fanden daher per se auf unterschiedlichen Niveaus der Ratingskala statt. Die unterschiedlichen Niveaus der Itemschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient einer-

seits und Beobachtungsinstrument andererseits bedürfen weiterer Untersuchung, stellen aber keine Einschränkung für die Ergebnisinterpretation der Haupthypothesen dar. Die Parameter fließen in unterschiedlicher Höhe in das verwendete Verbundmaß SDM_{MASS} ein, dies aber in allen Fällen sowohl in der Interventions- als auch in der Wartekontrollgruppe. Sollten sich durch die unterschiedlichen Itemschwierigkeiten verzerrte SDM_{MASS} -Werte ergeben haben, wären alle Werte in ähnlicher Weise betroffen und diese insofern wieder miteinander vergleichbar. Die Trennschärfeanalysen lieferten zufriedenstellende Ergebnisse. Die Reliabilitätsprüfung des Beobachterinstruments zeigte, dass die vier trainierten Rater auch nach Abschluss des Ratertrainings eine nachhaltig gute Interraterübereinstimmung erzielten. Die Prüfung der Güte des Messinstruments ergab zum einen Werte, die größtenteils den Konventionen der entsprechenden Kenngrößen entsprachen. Zum anderen waren die Werte mit den Berechnungen zur Überprüfung des MAPPIN'SDM-Beobachtertrainings (Goetze, 2013) vergleichbar oder gingen sogar über das dort erreichte Übereinstimmungsniveau hinaus. Da Goetze bereits reliable und valide Übereinstimmungen konstatieren konnte, kann auf der Grundlage der nun vorliegenden Ergebnisse die Güte des Messinstruments mit Blick auf die Hypothesentestung bestätigt werden.

Der Randomisierungsscheck ergab, dass sich die Interventions- und Wartekontrollgruppe in ihrer demographischen Zusammensetzung sehr ähnelten, sodass keine systematischen Gruppenunterschiede vermutet werden konnten. In Bezug auf das SDM-Ausmaß bestand zum Zeitpunkt der ersten Baselineerhebung kein Unterschied zwischen den Studienarmen. Einzig die Geschlechterverteilung war nicht identisch. In der Interventionsgruppe nahmen mehr weibliche Ärzte am Training teil. Außerdem wurden in dieser Gruppe auch mehr rein weibliche Arzt-Patient-Dyaden erfasst als in der Wartekontrollgruppe. Dies stellte aber aus zwei Gründen keine Gefährdung für die Aussagekraft der Ergebnisse dar. Zum einen betraf der Überschuss an rein weiblichen Arzt-Patient-Dyaden vor allem die Messzeitpunkte, die für die Auswertung des Trainingseffekts nicht direkt relevant waren (Überschuss bei Gesprächen nach der 1. Trainingseinheit und in der Follow-up-Phase, hier allein vier Gespräche, die aufgrund zu kurzer Follow-up-Intervalle in den Ergebnissen nicht berücksichtigt wurden). Zum anderen bleiben die Diskussionen zu möglichen Auswirkungen unterschiedlicher Geschlechterzusammensetzung rein spekulativ. Jede Form der Interpretation erweist sich an dieser Stelle als intuitiv einleuchtend. Die Annahme, dass zwei weibliche Gesprächspartner besonders empathisch miteinander interagieren erscheint gleichermaßen berechtigt wie die, dass sie einander besonders misstrauisch behandeln. Die vorliegende Studie war nicht darauf ausgelegt, derartige Effekte zu untersuchen. Es wären sowohl förderliche als auch hemmende Einflüsse auf das SDM-Ausmaß denkbar. Diese Schlussfolgerung gilt auch für den leichten Überschuss an ärztlichen Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe. Auch hier wäre denkbar, dass sie mit dem männlichen SDM-Trainer besonders kooperativ und engagiert oder auch besonders zurückhaltend interagierten. Wie sich das Geschlecht auf den Lernerfolg auswirkt, kann somit nicht beantwortet werden. Insgesamt ergab der Randomisierungsscheck keine Hinweise auf ergebnisrelevante Verletzungen des Designs.

In Bezug auf den Endpunkt zeigte der Vergleich des Trainingszuwachses in der Interventionsgruppe mit dem Wartezeitraum der Wartekontrollgruppe einen signifikanten Unterschied mit einem Effekt mittleren Ausmaßes. Somit erwies sich das Training als wirksam. Nur wenige Studien zu SDM-Trainingsevaluationen berichten die Effektgrößen ihrer Ergebnisse oder publizieren Daten, anhand derer man die Effektgrößen nachträglich berechnen könnte. Daher erscheint eine Einordnung dieser Größe in den Forschungskontext schwierig. Vereinzelt Vergleiche sind dennoch möglich: Loh und Kollegen (Loh et al., 2007) (siehe Abschnitt 9) berichten für ihr Kommunikationstraining, dass die teilnehmenden Patienten sich nach Trainingsabschluss signifikant stärker beteiligt fühlten als die Patienten der Kontrollgruppe. Auf der Grundlage der publizierten Daten ergeben sich Effektgrößen in Höhe von $d = 0,53$ bzw. $d = 0,21$. Die patientenbezogenen Ergebnisse der vorliegenden Studie liegen mit $d = 0,9$ deutlich über diesen Effekten. Einen zweiten Vergleich ermöglicht die DECISION + 2 Studie von Légaré und Kollegen (Légaré et al., 2013) (siehe Abschnitt 9), die ebenfalls ein SDM-Training für Ärzte anboten. Hier fanden die Forscher einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der SDM-Fertigkeiten der Ärzte durch die Patienten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach dem Training. Die Berechnung der Effektstärke zeigt mit $d = 4,63$ einen sehr hohen Wert an. Wie bereits im Forschungsstand (Kapitel II) erwähnt, beruht der Effekt auf einem negativen Effekt der Kontrollgruppe. Hier gehen knapp 90% des Effekts auf die Verschlechterung der Kontrollgruppe zurück. Insofern stellt sich die Frage, wie aussagekräftig das Ergebnis überhaupt sein kann. Die erzielten Effekte der vorliegenden Studie im Verbundmaß SDM_{MASS} haben ein Alleinstellungsmerkmal. Sie basieren auf Messungen aus allen drei möglichen Messperspektiven. Dabei fallen sie insgesamt höher aus als Werte anderer Studien, die sich aus der Einschätzung von SDM aus nur einer Messperspektive speisen.

Etwa $\frac{1}{4}$ des Trainingseffekts ging in der vorliegenden Studie auf einen negativen Effekt der Wartekontrollgruppe zurück, d.h. dass das SDM-Ausmaß zum Zeitpunkt der zweiten Baselineerhebung geringer ausfiel als zum Zeitpunkt der ersten Baselineerfassung. Hätte die Interventionsgruppe das Training allerdings nicht erhalten, dann hätte man davon ausgehen müssen, dass das SDM-Ausmaß für die zweiten Aufzeichnungen von Entscheidungsgesprächen auch bei diesen Teilnehmern im Mittel geringer ausgefallen wäre. Denkbar ist etwa, dass die Ärzte sich auf ihre ersten Gespräche im Rahmen der Studie besonders gut vorbereiteten, wohingegen sie im Verlauf der Studie vertrauter mit den Abläufen waren und die Hemmschwelle geringer war, auch alltägliche Gespräche aufzuzeichnen. In der Durchführung zeigte sich, dass die Ärzte in der Regel viel Zeit benötigten, bis sie mit der ersten Gesprächsaufzeichnung in die Studie einstiegen, was diese These bekräftigt. Betrachtet man zusätzlich den Verlauf der SDM_{MASS} -Werte der Wartekontrollgruppe, nachdem sie zeitversetzt das Training erhielten, zeigt sich, dass auch in dieser Gruppe die Werte nach dem Training anstiegen. Der Zuwachs in SDM_{MASS} ist dabei vergleichbar zu dem der Interventionsgruppe (SDM_{MASS} -Zuwachs in der IG: 0,03, in der KG gemessen ab Baseline 2: 0,04). Somit ist der negative Effekt der Wartekontrollgruppe als eine Art

„natürlicher Verlauf“ unter Studienbedingungen ohne Training zu betrachten und ändert nichts an der Wirksamkeitsaussage in Bezug auf das doktormitSDM-Trainingsprogramm.

Die zusätzliche Betrachtung der Einzelkomponenten für den Trainingszuwachs ergab eine signifikante SDM-Zunahme beurteilt durch die Patienten. Die explorative schrittweise Analyse lieferte Hinweise, dass die Ärzte den Zuwachs in SDM vor allem nach der ersten Trainingsphase sahen (kleiner Effekt). Die Patienten beurteilten SDM erst nach der zweiten Trainingsphase höher (starker Effekt). Ebenso zeigte sich auch für das SDM-Ausmaß (SDM_{MASS}) erst von der ersten zur zweiten Trainingsphase ein signifikanter Unterschied (mittlerer Effekt). Eventuell bemerken die Ärzte bereits früher die Veränderungen ihrer Fertigkeiten, können diese aber erst später in einem Ausmaß in die Tat umsetzen, das auch von Patienten bemerkt wird und insgesamt einen Effekt auf das SDM-Ausmaß hat.

Nach drei Monaten (Follow-up-Intervall) war der Trainingseffekt statistisch nicht mehr bedeutsam. Allerdings war die verbleibende Stichprobe zu klein, um eine belastbare Aussage über die Nachhaltigkeit des doktormitSDM-Trainings zu treffen. Die Effektstärke lässt vermuten, dass bei größerer Stichprobe eventuell doch ein Unterschied nachweisbar sein könnte, da die Effektgröße sogar größer ist als der entsprechende Wert für den Trainingseffekt, der signifikant wurde.

Als Unterfragestellung wurde explorativ untersucht, ob die Ärzte durch das SDM-Training einen zeitlichen Mehraufwand hatten, was sich negativ auf die Trainingsökonomie auswirken würde. Die vorliegende Studie zeigt, dass die Studienteilnehmer während und nach der Trainingsphase längere Gespräche führten als vor Trainingsbeginn. Der zeitliche Zuwachs war in der Interventionsgruppe durch das Training auch größer als der zeitliche Zuwachs in der Wartekontrollgruppe vor und nach dem Wartezeitraum. Allerdings waren die Schwankungen sehr groß und die Fehlerbalken überlappten sich stark. Daher liegen keine Hinweise vor, dass das Training Entscheidungsgespräche verlängert oder ggf. sogar verkürzt.

Zusätzlich interessierte, ob höhere Ausprägungen von SDM mit einer längeren Konsultationsdauer verbunden waren. Über die ökonomische Fragestellung zum Training hinaus ist dies von gesundheitspolitischer Relevanz. Eventuell würden kurzfristige Konsultationsverlängerungen im Rahmen eines Trainings geduldet. Sollte eine hohe SDM-Performance aber nur durch längere Entscheidungsgespräche möglich sein, wäre SDM schwer oder gar nicht in der Praxis implementierbar. Der errechnete Zusammenhang war gering, sodass vermutet werden kann, dass SDM nicht unbedingt mit einer Erhöhung der Konsultationsdauer einhergeht. Kausale Aussagen sind aufgrund der verwendeten Methoden allerdings nicht möglich.

27 Mögliche Einschränkungen des Geltungsbereichs

Grundsätzlich fußt das doktormitSDM-Training auf einer SDM-Definition, die den „two-way-exchange of information“ (Charles et al., 1997) in den Mittelpunkt rückt und sich ausdrücklich an evidenzbasierter Medizin orientiert. Auch in der Evaluation wurden diese Gesichtspunkte zur Prüfung der Wirksamkeit berücksichtigt, indem bspw. das Verbundmaß SDM_{MASS} verwendet wurde, das sich auf dieselbe Arbeitsdefinition stützt (Geiger & Kasper, 2012). Das Training erzeugte SDM genau im Sinne der hier vorgelegten Definition. Teilt man diesen Ansatz nicht und wendet andere SDM-Messinstrumente an, die auf anderen Definitionen beruhen, ist denkbar, dass sich die Effekte des doktormitSDM-Trainings anders verhalten. Dies tangiert das grundlegende Problem, dass bis dato keine einheitliche Definition von SDM existiert, die von allen Beteiligten und Forschern geteilt wird. Für das vorliegende Training ist dies nicht als Manko zu betrachten. Der geneigte Leser soll allerdings darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Beurteilung eines SDM-Trainings immer auch die Betrachtung der zugrunde gelegten Konstruktdefinition beinhalten muss, so auch bei der Evaluation des doktormitSDM-Trainings.

Die Teilnahme an der Evaluationsstudie zum doktormitSDM-Training war freiwillig. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass nur die motivierten und engagierten Ärzte an dem Training teilnahmen. Allerdings wurden die Teilnehmer randomisiert auf die Studienarme verteilt. Daher kann angenommen werden, dass die freiwillige Teilnahme das Ergebnis nicht veränderte, sondern maximal das Fertigkeitenniveau höher war als in einer nicht-freiwilligen Stichprobe.

Die Zusammenarbeit mit zwei Zentren musste im Laufe der Studie beendet werden, da die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt werden konnten. Die Teilnehmer führten in ihrem Praxisalltag zum Teil gar keine Entscheidungsgespräche. Dies kristallisierte sich erst nach Studieneinschluss heraus. Andere Teilnehmer führten zu wenige Entscheidungsgespräche, um das Training im Rahmen des Studienzeitraums beenden zu können. Der Abbruch der Studie in diesen Zentren war daher die logische Folge. Es wäre zudem fraglich gewesen, ob bei derart seltenen Gesprächen ein Trainingseffekt zu verzeichnen gewesen wäre und ob die Teilnehmer überhaupt von dem Training hätten profitieren können. Da sich das Training an Ärzte richtete, die regelmäßig Entscheidungsgespräche führen, wird der Verlust von Teilnehmern, die kaum Entscheidungsgespräche führen, nicht als Einschränkung des Geltungsbereichs in Bezug auf die ergebnisrelevanten Messungen betrachtet.

Die Compliance der Teilnehmer, die in der Studie verblieben, wirkte sich hingegen in jedem Fall auf die Aussagekraft der Ergebnisse aus. Einige Teilnehmer durchliefen die Studie motiviert und engagiert. Sie hatten eine Eigenmotivation, ihre Gesprächskompetenzen zu verändern. Viele Teilnehmer mussten hingegen häufig an die Studie erinnert werden bzw. daran, dass sie eine Konsultation für die Studie aufzeichnen sollten. So entstanden zum Teil lange Pausen zwischen den aufgezeichneten Entscheidungsgesprächen oder auch zwischen Feedbacksitzung und der nächsten Gesprächsaufzeichnung. Es wird vermutet, dass sich vor allem die Verzögerungen

zwischen Intervention und der folgenden Konsultationsaufzeichnung negativ auf die Ergebnisse auswirkten und der wahre Effekt auf diese Weise unterschätzt wurde. Zusätzlich gab es Teilnehmer, deren Motivation im Verlauf der Studie sank, v.a. wenn sie alle Trainingsbestandteile durchlaufen hatten, für die Studie aber noch weitere Gesprächsaufzeichnungen vornehmen sollten. Hier wird erwartet, dass sich die mangelnde Motivation in den letzten Gesprächsaufzeichnungen niederschlug und somit ebenfalls zu einer Unterschätzung des Trainingseffekts geführt haben könnte.

Zurzeit bleibt die Wirkungsaussage des doktormitSDM-Trainings beschränkt auf das verwendete Material und den SDM-Trainer. Die Feedbacks wurden von einem versierten SDM-Trainer erteilt, der großes fachliches Wissen und praktische Erfahrung in Bezug auf Arzt-Patient-Kommunikation, SDM und psychotherapeutische Interventionen mitbrachte. Dies ermöglichte eine Vergleichbarkeit der Interventionen⁷⁹, sodass Nichtwirksamkeit durch unerfahrene Trainer ausgeschlossen werden konnte. Aber es schränkt den Geltungsbereich ein, da nur für diesen Trainer bis dato ein Effekt gezeigt wurde.

Weiterhin zeigte sich der Trainingseffekt bisher nur für den Zeitpunkt direkt nach dem Training. Ein Langzeiteffekt, der die Nachhaltigkeit des Trainings belegt, konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Dies wäre für die Praxis aber enorm wichtig, da nur ein langfristig nachweisbarer Effekt einen sicheren Hinweis liefern würde, dass die Kommunikationsroutinen der Ärzte verändert wurden. Solange dies nicht geschieht, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine langfristige Implementierung von SDM in der Praxis nach Durchlaufen des doktormitSDM-Trainings eintritt.

Die Wirksamkeitsaussage des Trainings gilt zunächst nur für deutsche oder deutschsprachige Ärzte bzw. Arzt-Patient-Dyaden. Die Generalisierbarkeit für Gesundheitssysteme außerhalb von Deutschland mit deutschsprachigen Ärzten und Patienten kann diskutiert werden. Eine Validierungsstichprobe außerhalb von Deutschland wäre hierzu sicherlich wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig, da vermutet werden kann, dass das Training kaum durch das Gesundheitssystem beeinflusst wird. Für die Fachrichtungen gilt analog: Streng genommen kann die Wirksamkeitsaussage des Trainings nur für die Fachbereiche getroffen werden, die an dem Training teilnahmen. Allerdings fand die Datenerhebung in Zentren aus sieben verschiedenen Fachbereichen statt. Daher kann vermutet werden, dass die Aussagekraft der vorliegenden Studie sich auch auf weitere Fachbereiche ausweiten ließe. Dennoch gibt es für diese Vermutung keine Datengrundlage aus dieser Studie.

⁷⁹ Die Face-to-face-Feedbacks des SDM-Trainers an die ärztlichen Teilnehmer konnten und sollten nicht standardisiert werden, da dann eine Ankopplung an den individuellen Fall nicht mehr möglich gewesen wäre. Durch die Vermittlung von einem einzigen Trainer kann aber von einer Vergleichbarkeit der Interventionen ausgegangen werden.

28 Anregungen für weiterführende Studien

28.1 Weitere Studien zum doktormitSDM-Training

Die durchgeführte Evaluation des doktormitSDM-Trainings entsprach dem vierten Schritt des methodischen Aufbaus zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen nach Campbell und Kollegen (Campbell et al., 2000). Die Wirksamkeit des Trainings konnte nachgewiesen werden. Nun sollte in der nächsten Phase die Implementierung des Trainings erfolgen. Dazu bedarf es erneut fundierter Planungen.

Die randomisiert-kontrollierte Studie konnte keinen Langzeiteffekt des Trainings zeigen. Für die Implementierung in der Praxis wäre dies aber relevant, da nur nachhaltige Trainings bleibende Veränderungen in der Praxis bewirken können. Die langfristige Wirksamkeit sollte vor der Implementierungsphase geprüft werden. Die entsprechende Effektgröße lag in der vorliegenden Untersuchung ($d = 0,63$) trotz nicht signifikanten Ergebnisses sogar noch über dem Wert, der direkt nach Trainingsabschluss erzielt wurde ($d = 0,58$). Da die Stichprobe aufgrund zu geringer Follow-up-Intervalle knapp um die Hälfte reduziert war, konnte der potenziell vorliegende Effekt eventuell nicht nachgewiesen werden. Andererseits könnte es auch sein, dass für die Teilnehmer, die das vorgegebene Follow-up-Intervall von mindestens drei Monaten einhielten, ein Selektionseffekt vorlag. Vielleicht waren es gerade die gewissenhaften Teilnehmer, die das Training entsprechend der Vorgaben absolvierten. Um eine sichere Aussage treffen zu können, bedarf es daher näherer Betrachtungen des Langzeiteffekts. Die vorliegenden Ergebnisse können bei den Stichprobenplanungen und weiteren Vorbereitungen eine große Hilfe leisten.

Die Wirksamkeitsanalyse des Trainingsprogramms könnte zusätzlich um eine modifizierte Auswertung der Studienergebnisse bereichert werden. Jede Studie, deren Ergebnis auf Messinstrumenten basiert, unterliegt der Messgüte der eingesetzten Instrumentarien. Perfekte Messungen sind in der Empirie nicht möglich und in der Psychologie durch die indirekte Erfassung psychologischer Konstrukte zusätzlich erschwert. Statistische Verfahren ermöglichen es allerdings, auf der Grundlage der Reliabilitätsangaben eine ideale Messgüte zu errechnen (Moosbrugger, 2012). In der vorliegenden Studie wurde das Inventar MAPPIN'SDM eingesetzt. Die Fragebögen und das Beobachterratinginstrument zeigten gute Reliabilitäten. Daher ist die Güte der Ergebnisse in keinem Fall eingeschränkt. Leistet man sich dennoch den Blick auf potenziell mögliche Effekte, die aufgrund von Messungenauigkeiten nicht entdeckt werden konnten, ergeben sich Effektstärken, die noch vielversprechender erscheinen (Effektstärke des Trainingseffekts auf der Basis der Originaldaten: $d = 0,58$, bei errechneter idealer Messgüte: $d = 0,64$; Effektstärke des Langzeiteffekts auf der Basis der Originaldaten: $d = 0,63$, bei errechneter idealer Messgüte: $d = 0,69$). Obwohl diese Form der Berechnung einleuchtend erscheint, wurde sie für die Datenanalyse der vorliegenden Studie nicht gewählt, da dies bisher nicht üblich erscheint

und somit die Ergebnisse nicht mit den Analysen anderer Interventionsstudien vergleichbar gewesen wären. Zukünftige Studien sollten diese Form der Auswertung aber in Betracht ziehen.

Die vorliegende Studie befasste sich mit dem Wirksamkeitsnachweis des Trainingsprogramms. Wichtig für die Evaluationsforschung ist zunächst auch die Frage, *ob* sich ein Training als wirksam erweist. Um die Wirkmechanismen des Trainings verstehen zu können, sollte anschließend aber auch die Frage beantwortet werden können, *warum* es wirkt (Wirkungsanalyse) (Mittag & Hager, 2000). Auf der Basis der Wirkungskomponenten könnten weitere Trainer geschult werden, um die Generalisierbarkeit des Trainings auszuweiten und eine Verbreitung des Trainings in der Praxis zu ermöglichen (Craig et al., 2013). Die Wirkungsanalyse kann auf Materialien der vorliegenden Studie zurückgreifen. Bis auf zwei Ausnahmen wurden alle Feedbackgespräche des Trainers mit den Trainingsteilnehmern auf Video aufgezeichnet. Darüber hinaus existiert von jedem Feedback eine schriftliche Zusammenfassung, die die Teilnehmer ausgehändigt bekamen. Aus diesen Materialien sollten die Trainingsinhalte inhaltsanalytisch herausgearbeitet werden. Gleichzeitig kann abgeglichen werden, ob die vermittelten Feedbackinhalte in den Folgegesprächsaufzeichnungen Beachtung fanden.

Im Verlauf der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die Teilnahmemotivation der Studienteilnehmer v.a. nach Abschluss der Interventionsphase zum Teil gering war. Somit ist es nicht gelungen, eine optimale Anpassung an die Teilnehmer zu erzielen und das Training ökonomisch in den Praxisalltag zu integrieren. Die zusätzlichen Gesprächsaufzeichnungen nach dem Training werden außerhalb von Evaluationsstudien nicht mehr notwendig sein. Dennoch sollte das Training auf Praktikabilität überprüft und ggf. entsprechend verändert werden. Die Identifizierung der Wirkungsbestandteile ist dafür essentielle Voraussetzung, um die Wirksamkeit eines optimierten Trainingsprogramms zu erhalten.

Nach den Wirkungsanalysen kann der letzte Schritt der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen erfolgen: die wissenschaftliche Begleitung der Implementierung in der Praxis (Campbell et al., 2000). Um eine Verbreitung des Trainings erreichen zu können, ist die Schulung zusätzlicher Trainer notwendig.

28.2 Weitere Studien zu zusätzlichen Fragestellungen

Im Verlauf der vorliegenden Studie wurden weitere Fragestellungen und interessante Forschungsaspekte identifiziert, deren Vertiefung lohnenswert erscheint. Daher sollen in diesem Abschnitt Anregungen für vertiefende, weiterführende und aufbauende Studien zu Fragestellungen gegeben werden, die nicht direkt mit dem Trainingsprogramm zusammenhängen, für die zukünftige Forschung aber dennoch relevant sind.

Als erstes steht das Messinstrument MAPPIN'SDM im Fokus der Betrachtungen. Hier zeigten sich in den Itemanalysen von Arzt- und Patientenfragebogen Deckeneffekte, in den drei Komponenten des Beobachtungsinstruments leichte Bodeneffekte. Auch wenn feststeht, dass die verschiedenen SDM-Sichtweisen nicht hoch miteinander korrelieren und unterschiedliche Blickwinkel somit auch unterschiedliche Ergebnisse liefern können (Kasper et al., 2011), bedarf es hier weiterer Untersuchungen. Die Rater des MAPPIN'SDM-Beobachterinstruments wurden sehr detailliert geschult und vergaben ihre Ratings für die Gespräche mit viel Bedacht. Ihnen standen feste Kriterien des MAPPIN'SDM-Manuals zur Verfügung, die zur Vergabe einer bestimmten Ratingantwort führten. Nur durch diese Regeln war es möglich, ein valides Beobachtungsinstrument zu schaffen, das hohe Interraterreliabilitäten erzielte. Arzt und Patient hingegen hatten keine festen Regeln, welche Kriterien erfüllt sein mussten, um eine bestimmte Ratingantwort zu vergeben. Daher standen formal allen Beteiligten zwar dieselben Items zur Verfügung. Real erfolgten die Ratings allerdings auf unterschiedlichen Grundlagen. Es liegt somit nahe, weitergehende Untersuchungen durchzuführen, in denen Arzt- und Patient ihre Konsultation nach denselben Kriterien (z.B. als Ja-Nein-Fragebogen) bewerten, die auch die Beobachter verwenden. Dies ist vermutlich zeitaufwändig, sollte als reines Forschungsinstrument aber dennoch temporär eingesetzt werden, um die Validität des MAPPIN'SDM-Instruments weiter stärken zu können.

Auch das Beobachtungsinstrument bedarf weiterer Überarbeitungen. Die trainierten Rater waren alle hoch motiviert. Sie konnten gute Interraterreliabilitäten erzielen. Allerdings erscheint der zeitliche Umfang des Trainings (10 Tage) für andere Forschergruppen unökonomisch und die Abgrenzbarkeit einzelner Indikatoren inhaltlich nicht ganz nachvollziehbar. Daher wurde direkt im Anschluss an das Training bereits eine überarbeitete Version des MAPPIN'SDM-Instruments erstellt (MAPPIN'SDM_{revised}, Kasper & Liethmann, 2013), die nur noch neun Items beinhaltet und deren Abgrenzbarkeit augenscheinlich einfacher und leichter zu erlernen erscheint. Dies gilt es in weiteren Ratertrainings zu überprüfen. Angedacht ist, ein maximal vier-tägiges Training anzubieten (zwei Wochenenden).

Eine große Stärke des MAPPIN'SDM-Instruments ist die Äquivalenz der vorgelegten Items für Arzt, Patient und Beobachter. Da das neue MAPPIN'SDM_{revised}-Instrument eine verkürzte Version des bisherigen Ratinginstruments darstellt, muss diese Kürzung bzw. Optimierung auch bei der Weiterentwicklung der Fragebögen von Arzt und Patient berücksichtigt werden.

Auch zum Verbundmaß SDM_{MASS} entstanden weitere Forschungsideen. Der Trainingseffekt ließ sich mit Hilfe dieses Koeffizienten zeigen. Die explorativen Untersuchungen der Bestandteile von SDM_{MASS} ergaben, dass der Trainingseffekt sich auch in dem Patientenfragebogen wiederfinden ließ und der Effekt hier besonders deutlich sichtbar wurde. Die anderen Einzelkomponenten zeigten keine signifikanten Unterschiede durch das Training und auch nur sehr geringe bis maximal kleine Effekte. Daher stellt sich die Frage, wie die Einzelkomponenten des Verbundmaßes sich auf SDM_{MASS} auswirken. Dabei sollte betrachtet werden, wie sich SDM_{MASS}

zusammensetzt. Zurzeit sind die Einzelkomponenten additiv verknüpft. Aufgrund eines Wertes kann nicht mehr bestimmt werden, welche Komponente ausschlaggebend war, um einen bestimmten SDM_{MASS} -Wert zu erzielen. So ist es bspw. möglich, dass die hohe Ausprägung in einem Bereich bei gleichzeitiger niedriger Ausprägung der anderen Bereiche zu einem mittleren SDM_{MASS} -Wert führt. Derselbe Wert könnte aber auch erzielt werden, wenn z.B. eine hohe Ausprägung eines anderen Parameters einfließen würde oder auch alle drei Einflussgrößen in jeweils mittlerer Ausprägung eingingen. Geklärt werden müsste, ob diese Werte, die in SDM_{MASS} identisch abgebildet würden, auch inhaltlich als gleichwertig erachtet würden. Es ist durchaus denkbar, dass SDM_{MASS} ein Generalmaß darstellt, dessen genauere Betrachtung der Einzelkomponenten zusätzliche Informationen über Stärken und Schwächen liefert. Zum besseren Verständnis dient eine Analogie zu Intelligenztestungen. Hier wird meist ein Gesamtintelligenzquotient (Gesamt-IQ) bestimmt, der sich aus Subfacetten zusammensetzt (z.B. Petermann, 2012). Wie bei SDM_{MASS} ist es ebenfalls möglich, dass derselbe Wert im Gesamt-IQ erzielt werden kann bspw. durch eine starke Ausprägung im verbalen Bereich und eine schwache Ausprägung im mathematisch-logischen Bereich oder aber durch mittlere Ausprägungen in beiden Bereichen. Bei der Interpretation der Testergebnisse liefert die Betrachtung der Subfacetten meist nützliche Informationen zu Stärken und Schwächen des Probanden. In beiden Fällen (SDM_{MASS} und IQ) ist der Gesamtwert ein nützlicher Richtungsweiser, der als notwendiges, aber ggf. nicht als hinreichendes Kriterium zur Dateninterpretation genutzt werden kann. Eine Frage für zukünftige Studien könnte z.B. sein, wie die Ausprägung der Subfacetten von SDM_{MASS} vor und nach dem Training aussieht oder ob sie sich bei gleichbleibendem Gesamtniveau verändert. Daraus könnte ggf. abgeleitet werden, wo noch Veränderungspotenzial steckt.

Weitere Studienfragestellungen wurden identifiziert für den Zusammenhang von SDM mit weiteren Variablen. Beispielsweise lohnt eine Vertiefung der Analysen des Zusammenhangs von SDM und Geschlecht. Hier könnte untersucht werden, wie sich die Geschlechterzusammensetzung von Arzt und Patient auf das SDM-Ausmaß auswirkt. Auch die Geschlechterkonstellationen von SDM-Trainer und teilnehmendem Arzt könnten beleuchtet werden. Da bisher nur ein männlicher Trainer einbezogen wurde, sollten auch weibliche Trainerinnen eingesetzt werden, um mit gleich- und gegengeschlechtlichen Trainer-Teilnehmer-Dyaden arbeiten zu können. Auch die Unterfragestellung des Zusammenhangs von SDM mit der Dauer eines medizinischen Entscheidungsgesprächs birgt weiteres Forschungspotenzial. Interessant wäre in diesem Zusammenhang eine kausale Analyse mit der Fragestellung, ob z.B. ein höheres SDM-Ausmaß zu längeren Gesprächen führt oder ob längere Gespräche mehr Möglichkeiten bieten, SDM zu praktizieren oder zu entdecken. Im ersten Fall wäre SDM unwirtschaftlich. Im zweiten Fall wäre denkbar, dass SDM auch in kurzen Gesprächen durchgeführt werden könnte. Darüber hinaus könnte eine Analyse sicher implementierter SDM-Gespräche Informationen zum zeitlichen Ausmaß von SDM-Gesprächen im Vergleich zu Nicht-SDM-Gesprächen liefern. Die Berechnungen der vorliegenden Studie haben sich auf die Trainingsphase beschränkt. Es ist davon auszu-

gehen, dass die Veränderung der Gesprächsroutinen kurzfristig mehr Zeit beansprucht, sich aber ggf. langfristig entweder eine zeitliche Normalisierung auf das Ausgangsniveau oder sogar Zeiteinsparungen einstellen könnten. Der schrittweise Vergleich der relativen Zeiten unterstützt diese These in der Tendenz: Nach dem ersten Training dauerten die Gespräche länger als nach dem zweiten Training. Dennoch beanspruchten die Gespräche direkt nach Trainingsabschluss relativ gesehen noch mehr Zeit als die Baselinegespräche. Auch wenn die entsprechenden Streuungen sehr groß waren, sollte dies näher untersucht werden.

Neben der Trainingsevaluation interessiert, welche Ergebnisse die weiteren Analysen der Gesamtstudie IT'S SDM liefern. Hierzu zählt z.B. die Untersuchung des Zusammenhangs von SDM und dem Ungewissheitserleben der Patienten vor und nach dem Entscheidungsgespräch (Geiger et al., 2011).

29 Ausblick

Shared Decision Making gewinnt bei allen Beteiligten zunehmend an Akzeptanz. Fünf Maßnahmen tragen zu einer erfolgreichen Implementierung von SDM in der Regelversorgung bei:

1. **Einheitliche Definition von SDM.** Solange keine Einigkeit darüber herrscht, welche Charakteristika SDM ausmachen, kann die Implementierung in der Praxis nicht gelingen, da unterschiedliche Forscher differierende Inhalte vermitteln und als SDM deklarieren. Légaré und Kollegen fordern daher einen internationalen Konsens für Qualitätskriterien (Légaré & Politi et al., 2012).
2. **Evaluation von SDM-Trainingsprogrammen.** Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte, sind nur sehr wenige SDM-Interventionen gründlich evaluiert. Auf der Grundlage internationaler Qualitätskriterien wären die Evaluationen bestehender und zukünftiger SDM-Interventionen möglich und dringend geboten. So könnten auch Zertifikate für wirksame Trainingsverfahren vergeben werden (Légaré & Politi et al., 2012).
3. **SDM in der Medizineraus-, -weiter- und -fortbildung.** Ärzte sehen die Hauptbarriere zur Umsetzung von SDM in der Veränderung langjährig praktizierter Gesprächsroutinen (Towle et al., 2006). Daher sollte SDM bereits in die Medizinerausbildung, sowohl in das Studium als auch in die Facharztausbildung, integriert werden. Auf diese Weise ist es möglich, SDM frühzeitig in die routinehaften Muster der medizinischen Entscheidungskommunikation von Ärzten aufzunehmen (Terzioglu et al., 2003). Darüber hinaus sollten weitere SDM-Interventionen entwickelt werden mit dem Ziel, die Verbreitung von SDM voranzutreiben.

4. **SDM in der Aus-, Weiter- und Fortbildung anderer Gesundheitsberufe.** Medizinische Entscheidungen und Entscheidungsprozesse betreffen neben den behandelnden Ärzten auch die interprofessionellen Teams medizinischer Versorgungseinrichtungen. Daher ist eine Schulung der betreffenden Berufsgruppen (z.B. Krankenpfleger, Psychologen, Pharmazeuten) für die nachhaltige Implementierung von SDM unerlässlich. Bereits existierende Verfahren (Légaré & Politi et al., 2012) sollten daher ausgeweitet und analog zu den oben genannten Qualitätskriterien weiterentwickelt und evaluiert werden.
5. **SDM und Gesundheitsbildung.** Das Ziel von Shared Decision Making ist es, Patienten zu einer informierten Entscheidung zu verhelfen. Neben den Bemühungen, SDM in die Curricula der Gesundheitsberufe aufzunehmen, sollten parallel die Kommunikationskompetenzen von Patienten verbessert werden. Bestehende Forschung (z.B. Shepherd et al., 2011) sollte ausgebaut werden und Gesundheitsbildung in die Lehrpläne allgemeinbildender Schulen übernommen werden (Gigerenzer, 2013b).

Nun sind Wissenschaft und Gesundheitspolitik gefordert, diese Maßnahmen umzusetzen. Denn...

„Die längste Reise beginnt mit dem ersten Schritt.“

Laotse

VIII Zusammenfassung

Hintergrund: Aus theoretischer und ethischer Sicht ist Shared Decision Making (SDM) das beste Modell für medizinische Entscheidungssituationen. Das Ziel von SDM ist es, Patienten auf dem Weg zu einer informierten Entscheidung zu begleiten. Wichtig sind dabei vor allem der gegenseitige Informationsaustausch, die Evidenzbasierung der medizinischen Informationen sowie das Abwägen der individuellen Präferenzen des Patienten. In der klinischen Praxis wird SDM nur selten implementiert, sodass Aus- und Fortbildungsbedarf bei allen Beteiligten besteht.

Forschungsstand: In Reviews einer kanadischen Forschergruppe konnten zwar diverse SDM-Trainings für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe identifiziert werden. Bisher existiert aber kein nachweislich effektives deutschsprachiges SDM-Ärztetraining für praktizierende Ärzte. Das neue doktormitSDM-Ärztetraining wurde bis dato noch nicht umfassend evaluiert. Es besteht aus drei Trainingsbestandteilen: Trainingsmanual, Lehrfilm und Face-to-face-Feedbacks.

Ziel der Studie: Ziel der Studie war es, das doktormitSDM-Ärztetraining in seiner kurzfristigen und langfristigen Wirksamkeit zu evaluieren.

Methoden: Zur Evaluation wurde eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt mit einer Interventions- und einer Wartekontrollgruppe. Die 38 Studienteilnehmer wurden randomisiert auf die Studienarme aufgeteilt. Jeder Studienteilnehmer erhielt das doktormitSDM-Training: Die Interventionsgruppe durchlief das Training sofort, die Wartekontrollgruppe zeitversetzt. Als Endpunkt diente das Verbundmaß SDM_{MASS} , das auf dem Messinstrument MAPPIN'SDM basiert. Angenommen wurde, dass die Interventionsgruppe trainingsbedingt sowohl direkt nach dem Training als auch drei Monate nach Trainingsabschluss einen hö-

heren SDM-Zuwachs im Vergleich zur Baseline zeigte als die Wartekontrollgruppe über den Wartezeitraum hinweg. Dies wurde jeweils mit Hilfe eines t-Tests für zwei unabhängige Stichproben und einem α -Niveau von 5% (einseitig) getestet.

Ergebnisse: Der Trainingseffekt zeigte in der Interventionsgruppe einen signifikanten Zuwachs in SDM_{MASS} im Vergleich zur Wartekontrollgruppe ($\alpha = 0,045$, $d = 0,58$). Der Langzeiteffekt wurde nicht signifikant ($\alpha = 0,06$, $d = 0,63$).

Diskussion: Das doktormitSDM-Trainingsprogramm erwies sich direkt nach dem Training als wirksam. Die Effektgröße der Langzeituntersuchung lässt vermuten, dass sich das Training potenziell auch langfristig als effektiv erweisen könnte. Da die Stichprobe für den Follow-up-Zeitraum fast um die Hälfte reduziert war (wegen fehlerhaften Follow-up-Intervallen), konnte der Effekt ggf. nicht gezeigt werden. Weitere Studien sollten u.a. die langfristige Wirksamkeit des Trainings und Implementierungsmöglichkeiten für das Training untersuchen.

Literatur

Active Citizenship Network (2002). European Charter of Patient's Rights.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. New York: Open University Press.

Allaire, A.-S., Labrecque, M., Giguère, A., Gagnon, M.-P., Grimshaw, J. & Légaré, F. (2011). Barriers and facilitators to the dissemination of DECISION +, a continuing medical education program for optimizing decisions about antibiotics for acute respiratory infections in primary care: a study protocol. *Implementation Science*, 6(3), 1–6.

Anselm, R. (2003). Partner oder Person?: Leistungskraft und Grenzen eines Paradigmas. In F. Scheibler & H. Pfaff (Hrsg.), *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Shared decision-making* (S. 26–33). Köln: Juventa.

Ashraf, A. A., Colakoglu, S., Nguyen, J. T., Anastasopoulos, A. J., Ibrahim, Ahmed M. S., Yueh, J. H., . . . (2013). Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction. *Journal of Surgical Research*, 184, 665–670.

Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bieber, C., Müller, K. G., Blumenstiel, K., Schuller-Roma, B., Richter, A., Hochlehnert, A., . . . (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 985–991.

- Bieber, C., Nicolai, J., Hartmann, M., Blumenstiel, K., Ringel, N., Schneider, A., . . . (2009). Training physicians in shared decision-making. Who can be reached and what is achieved? *Patient Education and Counseling*, 77, 48–54.
- Bieneck, S. (2006). *Soziale Informationsverarbeitung in der juristischen Urteilsfindung: Experimentelle Untersuchungen zur Ankerheuristik* (Dissertation). Universität Potsdam, Potsdam.
- Bless, H., Fiedler, K. & Strack, F. (2004). *Social cognition: How individuals construct social reality*. Hove: Psychology Press.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: SpringerMedizin.
- Braman, A. C. & Gomez, R. G. (2004). Patient personality predicts preference for relationship with doctors. *Personality and Individual Differences*, (37), 815–826.
- Breitsameter, C. (2010). Medical decision-making and communication of risks: an ethical perspective. *J Med Ethics*, 36, 7–16.
- Breitsameter, C. (2011a). Autonomie und Fürsorge - zwei gegensätzliche Prinzipien? In C. Breitsameter (Ed.), *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten* (S. 60–78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Breitsameter, C. (Hrsg.). (2011b). *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin: Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Breitsameter, C. (2011c). Einführung: Autonomie und Stellvertretung - Medizinische Entscheidungen in der modernen Gesellschaft. In C. Breitsameter (Hrsg.), *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brock, D. W. (1991). The ideal of shared decision making between physicians and patients. *John Hopkins University Press*, 28.
- Bucher, H. C. (2007). Kritische Bewertung von systematischen Reviews und Meta-Analysen. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 149–158). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten *Bundesgesetzblatt* 277, Bundesgesetz 20. Februar 2013.
- Bunge, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2009). What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Education and Counseling*

- Busse, R. & Gibis, B. (2007). Welche Evidenz braucht das System? In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Eds.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 61–73). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Caldwell, J. G. (2008). Evaluating attitudes of first-year residents to shared decision making. *Med Educ Online*, 13(10), 1–6.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694–696.
- Carvalho, I. P., Pais, V. G., Almeida, S. S., Ribeiro-Silva, R., Figueiredo-Braga, M., Teles, A., . . . (2011). Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84, 84–89.
- Charles, C. & Gafni, A. (2014). The vexing problem of defining the meaning, role and measurement of values in treatment decision-making. *Future Medicine*, 3(2), 197–209.
- 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(5), 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.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A., Willan, A. & Farrell, S. (2003). Shared treatment decision making: What does it mean to physicians? *Journal of Clinical Oncology*, 21(5), 932–936.
- Coulter, A. (1997). Partnership with patients: The pros and cons of shared clinical decision-making. *Journal of health services research & policy*, (2), 112–121.
- Coulter, A., Edwards, A., Elwyn, G. & Thomson, R. (2011). Implementing shared decision making in the UK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 300–304.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 50, 587–592.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch* (7. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- De Abreu, Mirhelen Mendes, Battisti, R., Martins, R. S., Baumgratz, T. D. & Cuziol, M. (2011). Shared decision making in Brazil: history and current discussion. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 240–244.

- Drewelow, E., Wollny, A., Pentzek, M., Immecke, J., Lambrecht, S., Wilm, S., . . . (2012). Improvement of primary health care of patients with poorly regulated diabetes mellitus type 2 using shared decision-making: The DEBATE trial. *BMC Family Practice*, 13(88), 1–7.
- Durand, M.-A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F. & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities?: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(4), 1–13.
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H., . . . (2004). Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*, 21(4), 347–354.
- Elwyn, G., Edwards, A., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Russell, I., . . . (2004). Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*, 21(4), 337–346.
- 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. *British Journal of General Practice*, 50, 892–897.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C. & Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 93–99.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, (267 (16)), 2221–2226.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek. (2012). Theoretische Konzepte der Beratung. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Eds.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 25–58). Bern: Huber.
- Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55, 1106–1112.
- Festinger, L. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Hans Huber.
- Fiedler, K. & Bless, H. (2003). Soziale Kognition. In W. Stroebe & Jonas, Hewstone, (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (4. Aufl., S. 125–163). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Floer, B., Schnee, M., Böcker, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J. & Butzlaff, M. (2004). Shared decision making. Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive. *Deutsches Medizinisches Wochenschriften*, 129, 2343–2347.

- Flynn, K. E. & Smith, M. A. (2007). Personality and health care decision-making style. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62(5), 261–267.
- Foerster, H. von & Pörksen, B. (2013). *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners: Gespräche für Skeptiker* (10. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- 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.
- Frosch, D. L., Moulton, B. W., Wexler, R. M., Holmes-Rovner, M., Volk, R. J. & Levin, C. A. (2011). Shared decision making in the United States: Policy and implementation activity on multiple fronts. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 305–312.
- Geiger, F. (2007). *Shared decision making als Verhandlung von Ungewissheiten* (Doktorarbeit), Universität Osnabrück, Osnabrück.
- Geiger, F. & Kasper, J. (2012). Of blind men and elephants: Suggesting SDM-mass as a compound measure for shared decision making integrating patient, physician and observer views. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 284–289.
- Geiger, F., Liethmann, K., Hoffmann, F., Paschedag, J. & Kasper, J. (2011). Investigating a training supporting shared decision making (IT'S SDM 2011): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(232), 1–9.
- Giersdorf, N., Loh, A., Bieber, C., Caspari, C., Deinzer, A., Doering, T., . . . (2004). Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 969–976.
- Gigerenzer, G. (2008). *Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition* (9. Aufl.). München: Goldmann.
- Gigerenzer, G. (2013a). *Das Einmaleins der Skepsis: Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken* (10. Aufl.). Berlin: Piper.
- Gigerenzer, G. (2013b). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft* (4. Aufl.). München: Bertelsmann.
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, 12(Special), 186–190.
- Goetze, I. (2013). *Eine Frage des Blickwinkels. Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur Handhabung des MAPPIN'SDM-Beobachtungsinstruments für geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient* (Diplomarbeit). Christian-Albrechts-Universität, Kiel.

- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., . . . (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420–2425.
- Härter, M., Elwyn, G. & Van der Weijden, T. (2011). Policy and practice developments in the implementation of shared decision-making: an international perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 229–233.
- Härter, M., Müller, H., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Bieber, C. & Eich, W. (2011). Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 263–270.
- Härter, M. & Simon, D. (2011). Do patients want shared decision making and how is this measured? In G. Gigerenzer & Gray, J A Muir (Eds.), *Better doctors, better patients, better decisions. Envision health care 2020* (pp. 53–58). Cambridge: MIT Press.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K. & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology*, 27(5), 513–522.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patient's choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *British Medical Journal*, (324), 1350.
- Heesen, C., Köpke, S., Richter, T. & Kasper, J. (2007). Shared decision making and selfmanagement in multiple sclerosis: A consequence of evidence. *Journal of Neurology*, 254(2), 116–121.
- Hoffmann, T. C., Légaré, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K. J., Trevena, L., . . . (2014). Shared decision making: What do clinicians need to know and why should they bother? *The Medical journal of Australia*, 201(1), 35–39.
- Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2013). Patient preference of involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: A structural equation model test. *BMC Health Services Research*, 13(231), 1–10.
- Hoppe, J.-D. (2005). Statt Programm-Medizin: Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(14), 943–945.
- Isfort, J., Floer, B., Koneczny, N., Vollmar, H. C. & Butzlaff, M. (2002). Shared Decision Making. Arzt oder Patient - Wer entscheidet? *Deutsches Medizinisches Wochenschriften*, 127, 2021–2024.
- Kasper, J. (2010). Doktor mit SDM. Ein Trainingsprogramm zur ärztlichen Risiko-Kommunikation und Patientenbeteiligung. In Institut für Kommunikation in der Medizin.

- Kasper, J. (2010, Februar). *doktormitSDM: Ein Curriculum für Ärzte zur Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient*. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin, Salzburg.
- Kasper, J. (2011). *MAPPIN'SDM. Multifocal approach to the 'sharing' in SDM. Manual und Trainings-DVD*. Hamburg: Institut für Kommunikation in der Medizin.
- Kasper, J., Heesen, C. & Geiger, F. (2010, September). *Is SDM the same as SDM?: Mismatch of different perspectives reveals limitations of existing measurement approaches*. International Conference on Communication in Health Care, Verona, Italien.
- Kasper, J., Heesen, C., Köpke, S., Fulcher, G. & Geiger, F. (2011). Patients' and observers' perceptions of involvement differ: Validation study of inter-relating measures for shared decision making. *PLoS ONE*, 6(10), 1–8.
- Kasper, J., Hoffmann, F., Liethmann, K. & Geiger, F. (2012, März). *doktormit SDM-Training für Ärzte und andere Gesundheitsberufe zur Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen: Workshop*. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin, Hamburg.
- Kasper, J., Kuch, C. & Heesen, C. (2003). Shared decision-making als Interaktionsstil: Eine konstruktivistische Perspektive. In F. Scheibler & H. Pfaff (Hrsg.), *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Shared decision-making* (S. 34–45). Köln: Juventa.
- Kasper, J., Légaré, F., Scheibler, F. & Geiger, F. (2010). Shared Decision-Making und Kommunikationstheorie: 'Grounding the tango'. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104, 636–641.
- Kasper, J., Légaré, F., Scheibler, F. & Geiger, F. (2011). Turning signals into meaning - 'Shared decision making' meets communication theory. *Health Expectations*, 1–9.
- Kasper, J. & Liethmann, K. (2013). *Manual for training and coding: MAPPIN'SDMrevised.: Multifocal approach to the 'sharing' in SDM*. Hamburg: Institut für Kommunikation in der Medizin.
- Kasper, J., Liethmann, K., Goetze, I. & Geiger, F. (2013, Juni). *Evaluation of an observer training curriculum using the Multifocal APPROach to the sharing In the Shared Decision Making (MAPPIN'SDM)*. International Shared Decision Making Conference, Lima.
- Kelava, A. & Moosbrugger, H. (2012). Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testwertverteilungen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kirkegaard, P., Edwards, Adrian G K, Hansen, B., Hansen, M. D., Jensen, Morten S A, Lauritzen, T., . . . (2010). The RISAP-study: a complex intervention in risk communication and shared decision-making in general practice. *BMC Family Practice*, 11(70), 1–7.

- Köbberling, J. (2007). Der Zweifel als Triebkraft des Erkenntnisgewinns in der Medizin. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 3–13). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Koch, K., Gehrman, U. & Sawicki, P. T. (2007). Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(38), 2584–2591.
- Köpke, S., Kern, S., Ziemssen, T., Berghoff, M., Kleiter, I., Marziniak, M., . . . (2014). Evidence-based patient information programme in early multiple sklerosis: A randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(8), 411–418.
- Körner, M., Erhardt, H. & Steger, A.-K. (2013). Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 146–154.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. überarb. und erw. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Landis, J. & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.
- LeBlanc, A., Kenny, D. A., O'Connor, A. M. & Légaré, F. (2009). Decisional conflict in patients and their physicians: A dyadic approach to shared decision making. *medical decision making*, 29, 61–68.
- LeBlanc, A., Légaré, F., Labrecque, M., Godin, G., Thivierge, R., Laurier, C., . . . (2011). Feasibility of a randomised trial of a continuing medical education program in shared decision-making on the use of antibiotics for acute respiratory infections in primary care: the DECISION + pilot trial. *Implementation Science*, 6(5), 1–12.
- Légaré, F., Guerrier, M., Nadeau, C., Rhéaume, C., Turcotte, S. & Labrecque, M. (2013). Impact of DECISION + 2 on patient and physician assessment of shared decision making implementation in the context of antibiotics use for acute respiratory infections. *Implementation Science*, 8(144), 1–8.
- Légaré, F., Labrecque, M., Cauchon, M., Castel, J., Turcotte, S. & Grimshaw, J. (2012). Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 184(13), 726–734.
- Légaré, F., Politi, M. C., Drolet, R., Desroches, S., Stacey, D., Bekker, H. & SDM-CPD team. (2012). Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Education and Counseling*, 88, 159–169.

- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D. & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. Intervention review. *The Cochrane Collaboration*, 1–45.
- Légaré, F., Stacey, D., Forest, P.-G. & Coutu, M.-F. (2011). Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 245–253.
- Lelgemann, M. & Donner-Banzhoff, N. (2007). Wo erhalte ich Antworten auf meine Fragen? In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 249–258). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lidz, C. W., Meisel, A., Osterweis, M., Holder, J. L., Marx, J. H. & Munetz, M. R. (1983). Barriers to informed consent. *Annals of Internal Medicine*, (99), 539–543.
- Loh, A., Meier, K., Simon, D., Hänselmann, S., Jahn, H., Niebling, W. & Härter, M. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 977–984.
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(21), 1483–1488.
- Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W. & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 67, 324–332.
- Makoul, G. & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60, 301–312.
- Marckmann, G. (2011). Selbstbestimmung bei entscheidungsunfähigen Patienten aus medizin-ethischer Sicht. In C. Breitsameter (Hrsg.), *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten* (S. 17–33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S. & Tannenbaum, C. (2013). An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study): Protocol for a cluster randomized trial. *Trials*, 14(80), 1–11.
- McCaffery, K. J., Smith, S., Shepherd, H. L., Sze, M., Dhillon, H., Jansen, J., . . . (2011). Shared decision making in Australia in 2011. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 234–239.
- Melbourne, E., Sinclair, K., Durand, M.-A., Légaré, F. & Elwyn, G. (2010). Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 78, 177–183.

- Miron-Shatz, T., Golan, O., Brezis, M., Siegal, G. & Doniger, G. M. (2011). The status of shared decision making and citizen participation in Israelo medicine. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 271–276.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager & Patry, Jean-Luc, Brezing, Hermann (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien. Ein Handbuch* (S. 102–128). Bern: Hans Huber.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V. M., Gøtsche, P. C., Devereaux, P. J., (2010). CONSORT 2010 Explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340(c869), 1–28.
- Moosbrugger, H. (2012). Klassische Testtheorie (KTT). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl., S. 104–117). Berlin: Springer.
- Moumjid, N., Durif-Bruckert, C., Denois-Régnier, V., Roux, P. & Soum-Pouyalet, F. (2011). Shared decision making in the physician-patient encounter in France: a general overview in 2011. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 259–262.
- Müller, H. M. (1990). *Schlaglichter der deutschen Geschichte*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Mulley, A. G., Trimble, C. & Elwyn, G. (2012). Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter. *British Medical Journal*, (345), 1–6.
- Murray, E., Charles, C. & Gafni, A. (2006). Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling*, 62, 205–211.
- Neises, G. & Windeler, J. (2001). Wie viel ist "evidenzbasiert"? Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 95, 95–104.
- O'Connor, A. M. (1995). Validation of a Decisional Conflict Scale. *medical decision making*, 15, 25–30.
- O'Connor, A. M., Légaré, F. & Stacey, D. (2003). Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *British Medical Journal*, 327, 736–740.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *The new England Journal of Medicine*, 368(1), 6–8.

- Paschedag, J. (in Vorbereitung). *Wirkung von SDM auf das Ungewissheitsprofil des Patienten. Eine Vorher-Nachher-Untersuchung* (Doktorarbeit). Christian-Albrechts-Universität, Kiel.
- Petermann, F. (Hrsg.). (2012). *WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale - fourth edition. Manual 1. Grundlagen, Testauswertung und Interpretation*. Frankfurt am Main: Pearson.
- Pickard, A., Leon, M. de, Kohlmann, T., Cella, D. & Rosenbloom, S. (2007). Psychometric comparison of the standard EQ-5D to a level version in cancer patients. *Medical care*, 45(3), 259–263.
- Politi, M. C., Clark, M. A., Ombao, H., Dizon, D. & Elwyn, G. (2010). Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: A necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expectations*, 1–8.
- Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch* (259. neu bearb. Aufl.). (2002). Berlin: de Gruyter.
- Rafii, F., Fatemi, N., Danielson, E., Johansson, C.M. & Modanloo, M. (2014). Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), 159–167.
- Rahn, A., Köpke, S., Kasper, J., Backhus, I., Mühlhauser, I. & Heesen, C. (2014, Juni). *Nurse-led immunotherapy decision coaching in multiple sclerosis (DECIMS): Design and feasibility study for a cluster-randomised controlled trial*. Rehabilitation in Multiple Sclerosis, Brighton.
- Raspe, H. (2000). Grundlagen und Theorie der evidenzbasierten Medizin (EbM). In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & F.-W. Kolkmann (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S. 38–49). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Raspe, H. (2007). Theorien, Geschichte und Ethik der Evidenzbasierten Medizin (EbM). In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 15–29). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Robinson, J. (1985). Are we teaching students that patients don't matter? *Journal of Medical Ethics*, 11, 19–21.
- Sackett, D. L., Rosenberg, William M C, Gray, J A Muir, Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Salloch, S. (2011). Patientenautonomie und Indikation - über den normativen Gehalt zweier medizinethischer Grundbegriffe. In C. Breitsameter (Hrsg.), *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten* (S. 97–111). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schain, W. S. (1980). Patients' rights in decision making: The case for personalism versus paternalism in health care. *Cancer*, 46, 1035–1104.
- Scheibler, F. (2004). *Shared Decision-Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern: Hans Huber.
- Schermelleh-Engel, K. & Werner, C. (2012). Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schulz von Thun, F. (2011). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Shepherd, H. L., Barratt, A., Trevena, L., McGeechan, K., Carey, K., Epstein, R. M., . . . (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians can give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Education and Counseling*, (84), 379–385.
- Simon, D. & Härter, M. (2009). Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbsthilfe. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52, 86–91.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., . . . (2006). Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling*, 63, 319–327.
- Spatz, E. S., & Spertus, J. A. (2012). Shared Decision Making: A path towards improved patient-centered outcomes. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5, e75-e77.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611–631.
- Stacey, D., Bennett, C., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., . . . (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of systematic reviews*, 5(10).
- Strull, W. M., Lo, B. & Charles, G. (1984). Do patients want to participate in medical decision making? *Journal of the American Medical Association*, (21), 2990–2994.
- Terzioglu, P., Jonitz, B., Schwantes, U. & Burger, W. (2003). Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. *Deutsches Ärzteblatt*, (10), 458–460.
- Towle, A. & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319, 766–771.

- Towle, A., Godolphin, W., Grams, G. & LaMarre, A. (2006). Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expectations*, 9, 321–332.
- Van der Weijden, T., van Veenendaal, H., Drenthen, T., Versluijs, M., Stalmeier, P., Koelewijn-van Loon, M., . . . (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 283–288.
- Vollmann, J., Bauer, A., Breden, T. M., Danker-Hopfe, H., Hartung, H.-D., Helmchen, H., . . . (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur klinischen Ethik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waterworth, S. & Luker, K. A. (1990). Reluctant collaborators: Do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing*, 15, 971–976.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2011). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. (12. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Wegscheider, K. (2007). Pluralismus in der Evaluation. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl., S. 75–85). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Whitney, S. N., Holmes-Rovner, M., Brody, H., Schneider, C., McCullough, L. B., Volk, R. J. & McGuire, A. L. (2008). Beyond shared decision making: An expanded typology of medical decisions. *medical decision making*, 699–705.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill?: Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine*, 34(5), 319–324.

Internetquellen

www.askshareknow.com.au, Stand: 26.07.2014

Kompetenznetz Multiple Sklerose. *Therapie der schubförmigen MS*. Abgerufen von <http://wiki.kkn-ms.de/index.php/de/wiki-ag-heesen> (Stand: 26.07.2014)

Anhang

Anhang A – MAPPIN'SDM-Instrument

MAPPIN'SDM-Fragebogen Arzt

Arzt- und Patient-Fragebogen zur Beurteilung eines Entscheidungsgesprächs

Liebe Patientin / lieber Patient, liebe Ärztin / lieber Arzt,

dieser Fragebogen richtet sich an die beiden Beteiligten eines Arzt-Patient-Gesprächs über eine medizinische Entscheidung (z. B. über eine Behandlung oder die Durchführung einer Untersuchung). Es soll festgestellt werden, inwieweit und inwiefern beide Seiten das Gespräch ähnlich wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Sie beide alle Fragen vollkommen unabhängig voneinander und direkt nach dem Gespräch beantworten.

Bitte lesen Sie alle Fragen schon vor dem Gespräch einmal ganz durch.

Die Fragen sind abgesehen von der Ansprache für den Arzt und Patient identisch formuliert. Es heißt z. B.:

„Der Patient hat die Informationen verstanden ...“ oder entsprechend:
„Ich habe die Informationen verstanden ...“

Bitte kreuzen Sie dann (**X**) entsprechend an, was Sie für am wahrscheinlichsten halten.

trifft gar nicht zu					trifft voll und ganz zu
0	1	2 X	3	4	

Ihre Antworten werden der jeweils anderen Seite nicht mitgeteilt!

Bitte gemeinsam am Ende des Gesprächs ausfüllen:

Über welche Entscheidung wurde gesprochen? (gegebenenfalls eine auswählen)

Bitte hier eintragen:

(z.B. „Aufnahme einer Immuntherapie“;
„Gehirnwasseruntersuchung“; ...)

Wichtig: Arzt und Patient beziehen sich bei den späteren Fragen auf dieselbe Entscheidung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1	Dem Patienten ist das konkrete medizinische Problem klar, das eine Entscheidung erforderlich macht.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
2	Ich bin überzeugt, dass es aus medizinischer Sicht nicht den einen richtigen Weg gibt, mit diesem Problem umzugehen. Mehrere grundsätzlich gleichwertige Wege sind denkbar. Der Patient muss erst klären, welche der jeweiligen Vor- und Nachteile für ihn persönlich wichtig sind. Als Arzt kann ich nicht entscheiden, welche der Möglichkeiten in diesem Fall die richtige ist.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
3	Die Art und Weise, wie ich mit dem Patienten im Gespräch Informationen ausgetauscht habe, war für beide Seiten passend und hat zu gegenseitigem Verständnis beigetragen (z. B. Gesprächssituation, Informationen verbal oder veranschaulicht).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
4	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat den Wünschen des Patienten entsprochen. (gemeint sind: Machtverhältnis und Aufgabenverteilung im Entscheidungsprozess)	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
5	Dem Patienten sind alle Möglichkeiten, mit seinem aktuellen Problem umzugehen, bekannt (gegebenenfalls einschließlich derjenigen, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
6	Der Patient kennt nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile der Möglichkeit, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
7	Die persönlichen Erwartungen und Befürchtungen des Patienten sind in die Entscheidung eingeflossen.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
8	Dem Patienten ist klar geworden, worauf meine ärztlichen Informationen und Empfehlungen basieren (auf wissenschaftlichen Beweisen, auf meiner Einschätzung, auf Vorteilen, die ich selbst habe, wenn es zu einer bestimmten Maßnahme kommt, z. B. Provisionen / Forschungsinteressen).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
9	Der Patient hat die Informationen verstanden, die ich ihm gegeben habe.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu

<p>10 Ich habe den Standpunkt des Patienten verstanden.</p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>
<p>11 Der Patient hat seine Fragen und Unklarheiten geklärt.</p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>
<p>12 Ich habe meine Fragen und Unklarheiten geklärt.</p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>
<p>13 Der Patient ist sich über seine Entscheidungsstrategie klar geworden <i>(also darüber, wie der Patient vorgehen will, wenn er die Entscheidung trifft).</i></p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>
<p>14 Dem Patienten ist am Ende des Gesprächs klar gewesen, warum und welche Entscheidung getroffen worden ist <i>(gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).</i></p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>
<p>15 Dem Patienten ist nun klar, wie mit seinem Problem konkret weiter umgegangen wird <i>(z. B., wer wen informiert; wann wir beide noch einmal auf die Entscheidung zurückkommen werden).</i></p>	<p>trifft gar nicht zu</p> <p>0</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>trifft voll und ganz zu</p> <p>4</p>

MAPPIN'SDM-Fragebogen Patient

Arzt- und Patient-Fragebogen zur Beurteilung eines Entscheidungsgesprächs

Liebe Patientin / lieber Patient, liebe Ärztin / lieber Arzt,

dieser Fragebogen richtet sich an die beiden Beteiligten eines Arzt-Patient-Gesprächs über eine medizinische Entscheidung (z. B. über eine Behandlung oder die Durchführung einer Untersuchung). Es soll festgestellt werden, inwieweit und inwiefern beide Seiten das Gespräch ähnlich wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Sie beide alle Fragen vollkommen unabhängig voneinander und direkt nach dem Gespräch beantworten.

Bitte lesen Sie alle Fragen schon vor dem Gespräch einmal ganz durch.

Die Fragen sind abgesehen von der Ansprache für den Arzt und Patient identisch formuliert. Es heißt z. B.:

„Der Patient hat die Informationen verstanden ...“ oder entsprechend:
„Ich habe die Informationen verstanden ...“

Bitte kreuzen Sie dann (**X**) entsprechend an, was Sie für am wahrscheinlichsten halten.

trifft gar nicht zu					trifft voll und ganz zu
0	1	2 X	3	4	

Ihre Antworten werden der jeweils anderen Seite nicht mitgeteilt!

Bitte gemeinsam am Ende des Gesprächs ausfüllen:

Über welche Entscheidung wurde gesprochen? (gegebenenfalls eine auswählen)

Bitte hier eintragen:

(z.B. „Aufnahme einer Immuntherapie“;
„Gehirnwasseruntersuchung“; ...)

Wichtig: Arzt und Patient beziehen sich bei den späteren Fragen auf dieselbe Entscheidung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1	Mir ist das konkrete medizinische Problem klar, das eine Entscheidung erforderlich macht.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
2	Ich bin überzeugt, dass es aus medizinischer Sicht nicht den einen richtigen Weg gibt, mit meinem Problem umzugehen. Mehrere grundsätzlich gleichwertige Wege sind denkbar. Als Patient muss ich zunächst klären, welche der jeweiligen Vor- und Nachteile für mich persönlich wichtig sind. Der Arzt kann nicht entscheiden, welche der Möglichkeiten in meinem Fall die richtige ist.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
3	Die Art und Weise, wie ich mit dem Arzt im Gespräch Informationen ausgetauscht habe, war für beide Seiten passend und hat zu gegenseitigem Verständnis beigetragen (z. B. <i>Gesprächssituation, Informationen verbal oder veranschaulicht</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
4	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat meinen Wünschen entsprochen. (<i>gemeint sind: Machtverhältnis und Aufgabenverteilung im Entscheidungsprozess</i>)	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
5	Mir sind alle Möglichkeiten bekannt, wie mit meinem aktuellen Problem umgegangen werden kann (<i>gegebenenfalls einschließlich derjenigen, auf die Untersuchung oder Behandlung zu verzichten</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
6	Ich kenne nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten (<i>gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile der Möglichkeit, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
7	Meine persönlichen Erwartungen und Befürchtungen sind in die Entscheidung eingeflossen.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
8	Mir ist klar geworden, worauf die ärztlichen Informationen und Empfehlungen basieren (<i>auf wissenschaftlichen Beweisen, auf ärztlichen Einschätzungen, auf Vorteilen, die der Arzt hat, wenn es zu einer bestimmten Maßnahme kommt, z.B. Provisionen / Forschungsinteressen</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
9	Ich habe die Informationen verstanden, die mir der Arzt gegeben hat.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu

10 Der Arzt hat meinen Standpunkt verstanden.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
11 Ich habe meine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
12 Der Arzt hat seine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
13 Ich bin mir über meine Entscheidungsstrategie klar geworden (also darüber, wie ich vorgehen will, wenn ich die Entscheidung treffe).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
14 Mir ist am Ende des Gesprächs klar gewesen, warum und welche Entscheidung getroffen worden ist (gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
15 Mir ist nun klar, wie mit meinem Problem konkret weiter umgegangen wird (z. B., wer wen informiert; wann wir beide noch einmal auf die Entscheidung zurückkommen werden).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4

MAPPIN'SDM Beobachtungsbogen

	Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit auf ein konkretes Problem, das eine Entscheidung erforderlich macht..	0	1	2	3	4
1	Der Patient lenkt die Aufmerksamkeit auf sein konkretes Problem, das eine Entscheidung erforderlich macht.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient verständigen sich über ein konkretes Problem, das eine Entscheidung erforderlich macht.	0	1	2	3	4
	Der Arzt stellt klar, dass es mehr als einen Weg gibt, um mit dem konkreten Problem umzugehen (<i>Equipoise</i>).	0	1	2	3	4
2	Der Patient spricht an, dass es mehr als einen Weg gibt, um mit dem konkreten Problem umzugehen (<i>Equipoise</i> ').	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient besprechen, dass es mehr als einen Weg gibt, um mit dem konkreten Problem umzugehen (<i>Equipoise</i> ').	0	1	2	3	4
	Der Arzt klärt, welche Art der Gestaltung des Informationsaustauschs der Patient bevorzugt (z.B. in welchem Setting, mit welchen Medien, in welchem zeitlichen Rahmen).	0	1	2	3	4
3	Der Patient beteiligt sich an der Gestaltung des Informationsaustauschs (z.B. in welchem Setting, mit welchen Medien, in welchem zeitlichen Rahmen).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient wählen eine Art und Weise zur Gestaltung des Informationsaustauschs (z.B. in welchem Setting, mit welchen Medien, in welchem zeitlichen Rahmen).	0	1	2	3	4
	Der Arzt findet heraus, in welchem Ausmaß der Patient an der Entscheidungsfindung beteiligt sein möchte.	0	1	2	3	4
4	Der Patient äußert sich, inwieweit er an der Entscheidungsfindung beteiligt sein möchte.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient besprechen die Rollenverteilung im Gespräch.	0	1	2	3	4
	Der Arzt zählt die Optionen auf (Falls „nichts zu tun“ / „Aufschieben der Entscheidung“ möglich, ist diese Option mit aufzuzählen).	0	1	2	3	4
5	Der Patient zählt die Optionen auf (Falls „nichts zu tun“ / „Aufschieben der Entscheidung“ möglich, ist diese Option mit aufzuzählen).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient zählen die Optionen auf (Falls „nichts zu tun“ / „Aufschieben der Entscheidung“ möglich, ist diese Option mit aufzuzählen).	0	1	2	3	4

MAPPIN'SDM Beobachtungsbogen

	Der Arzt erläutert dem Patienten die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile derjenigen, nichts zu tun).	0	1	2	3	4
6	Der Patient erörtert Vor- und Nachteile verschiedener Optionen (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile derjenigen, nichts zu tun).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient wägen die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen ab (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile derjenigen, nichts zu tun).	0	1	2	3	4
	Der Arzt exploriert die Erwartungen (<i>Ideen</i>) und die Sorgen (<i>Befürchtungen</i>) des Patienten im Umgang mit dem konkreten Problem.	0	1	2	3	4
7	Der Patient stellt seine Erwartungen (<i>Ideen</i>) und seine Sorgen (<i>Befürchtungen</i>) im Umgang mit dem konkreten Problem dar.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient besprechen die Erwartungen (<i>Ideen</i>) und Sorgen (<i>Befürchtungen</i>) des Patienten im Umgang mit dem konkreten Problem.	0	1	2	3	4
	Der Arzt teilt dem Patienten mit, auf welcher Quelle seine Informationen / Empfehlungen basieren (wissenschaftliche Evidenz, eigene Einschätzung, Präferenzen, Interessenkonflikt).	0	1	2	3	4
8	Der Patient klärt, auf welcher Quelle ärztliche Informationen / Empfehlungen basieren (wissenschaftliche Evidenz, eigene Einschätzung, Präferenzen, Interessenkonflikt).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient klären, auf welcher Quelle ärztliche Informationen / Empfehlungen basieren (wissenschaftliche Evidenz, eigene Einschätzung, Präferenzen, Interessenkonflikt).	0	1	2	3	4
	Der Arzt vergewissert sich, dass der Patient die Informationen verstanden hat.	0	1	2	3	4
9	Der Patient macht deutlich, wie er die Informationen des Arztes verstanden hat.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient klären, ob der Patient die Informationen des Arztes richtig verstanden hat.	0	1	2	3	4
	Der Arzt vergewissert sich, dass er die Sichtweise des Patienten richtig verstanden hat.	0	1	2	3	4
10	Der Patient vergewissert sich, dass der Arzt seine Sichtweise versteht.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient klären, ob der Arzt die Sichtweise des Patienten richtig verstanden hat.	0	1	2	3	4
	Der Arzt vergewissert sich, dass der Patient die Informationen verstanden hat.	0	1	2	3	4

MAPPIN'SDM Beobachtungsbogen

	Der Arzt bietet dem Patienten explizit Möglichkeiten an, während des Entscheidungsprozesses Fragen und Unklarheiten zu äußern.	0	1	2	3	4
11	Der Patient stellt Fragen bzw. äußert Unklarheiten, die sich während des Entscheidungsprozesses ergeben.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient sorgen dafür, dass der Patient Rückfragen stellen und Unklarheiten äußern kann, die sich während des Entscheidungsprozesses ergeben.	0	1	2	3	4
	Der Arzt stellt Fragen bzw. äußert Unklarheiten, die sich während des Entscheidungsprozesses ergeben.	0	1	2	3	4
12	Der Patient bietet dem Arzt explizit Möglichkeiten an, während des Entscheidungsprozesses Fragen und Unklarheiten zu äußern.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient sorgen dafür, dass der Arzt Rückfragen stellen und Unklarheiten äußern kann, die sich während des Entscheidungsprozesses ergeben.	0	1	2	3	4
	Der Arzt unterstützt den Patienten bei der Aktivierung von Strategien der Entscheidungsfindung.	0	1	2	3	4
13	Der Patient thematisiert seine Strategien der Entscheidungsfindung.	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient besprechen Strategien, wie mit der Entscheidung umzugehen ist.	0	1	2	3	4
	Der Arzt leitet die Auswahl einer Option ein („Aufzuschieben“ kann auch eine Entscheidung sein).	0	1	2	3	4
14	Der Patient leitet die Auswahl einer Option ein („Aufzuschieben“ kann auch eine Entscheidung sein).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient leiten die Auswahl einer Option ein („Aufzuschieben“, ist ebenfalls eine Entscheidung).	0	1	2	3	4
	Der Arzt trifft Vereinbarungen mit dem Patienten über das weitere Vorgehen (z.B. Schritte zur Umsetzung der Entscheidung, Überprüfung der Entscheidung oder des Aufschubs).	0	1	2	3	4
15	Der Patient trägt dazu bei, das weitere Vorgehen zu planen (z.B. Schritte zur Umsetzung der Entscheidung, Überprüfung der Entscheidung oder des Aufschubs).	0	1	2	3	4
	Arzt und Patient besprechen die Planung des weiteren Vorgehens (z.B. Schritte zur Umsetzung der Entscheidung, Überprüfung der Entscheidung oder des Aufschubs).	0	1	2	3	4

MAPPIN'SDM Kodierungsbogen Beobachter

No.	Duration in min.	Start of sequ. in min.	End of sequ. in min.	Duration of sequ. in min.	Decision
Indicator	Timestamp in min. / Citation			Perspective	Score
1 defining problem				physician	
				patient	
				dyad	
2 SDM key-message				physician	
				patient	
				dyad	
preferred 3 communication approach				physician	
				patient	
				dyad	
4 role attribution				physician	
				patient	
				dyad	
5 listing options				physician	
				patient	
				dyad	
6 pros & cons				physician	
				patient	
				dyad	
7 expectations & worries				physician	
				patient	
				dyad	

Indicator	Timestamp in min. / Citation	Perspective	Score
8 indicating source of recommendations/ evidence		physician	
		patient	
		dyad	
9 physician's evaluation of patient's understanding		physician	
		patient	
		dyad	
10 patient's evaluation of physician's understanding		physician	
		patient	
		dyad	
11 opportunity for questions (from patient)		physician	
		patient	
		dyad	
12 opportunity for questions (from physician)		physician	
		patient	
		dyad	
13 supporting strategies for decision-making		physician	
		patient	
		dyad	
14 indicate decision		physician	
		patient	
		dyad	
15 follow up arrangements		physician	
		patient	
		dyad	

Anhang B – Formel weighted T

(Liethmann & Geiger, 2014, persönliche Kommunikation)

$$\text{weighted } T = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

wobei:

$$P_o = \sum_{ij} \frac{o_{ij}}{n} \times g_{ij}$$

$$P_e = \sum_{ij} \frac{1}{k^2} \times g_{ij}$$

Gewichtungsmatrix

g_{ij}	0	1	2	3	4
0	1	0,7	0,25	0,1	0
1	0,7	1	0,7	0,25	0,1
2	0,25	0,7	1	0,7	0,25
3	0,1	0,25	0,7	1	0,7
4	0	0,1	0,25	0,7	1

P_o = Summe der Elemente o_{ij} der absoluten beobachteten Übereinstimmungsmatrix der beiden Rater i und j relativiert an der Anzahl der beurteilten Elemente n , die jeweils mit Hilfe der Gewichte g_{ij} gewichtet werden

P_e = Die Elemente e_{ij} der erwarteten Übereinstimmungskreuztabelle der beiden Rater i und j ergeben sich bei angenommener Gleichverteilung der Raterurteile pro Kategorie durch die Anzahl der Kategorien k . Auch hier wird die Gewichtung mit g_{ij} vorgenommen.

k = Anzahl der Kategorien

g_{ij} = Gewichte, die der Gewichtungsmatrix entnommen werden können.

n = Anzahl der beurteilten Elemente (Raterurteile)

Anhang C – Studienunterlagen

Studienunterlagen für den Arzt

Demographischer Fragebogen zum Studieneinschluss

Bitte füllen Sie vorab die folgenden Daten aus:

Geschlecht männlich

 weiblich

Alter Jahre

Klinische Tätigkeit seit Jahren

Bei mir schon vorhandene Fertigkeiten im Bereich „Shared-decision making“:

gar keine	flüchtige	grundlegende	gute	exzellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frühere Fortbildungen im Bereich „Shared-decision making“:

.....

.....

.....

Frühere Fortbildungen im Bereich „Arzt-Patient-Kommunikation“:

.....

.....

.....

Einverständniserklärung Interventionsgruppe



Forschungsstudie:

Evaluation eines Ärztetrainings

zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Tumorzentrum
Dr. phil. Dipl.-Psych. Friedemann Geiger
Schwanenweg 20
24105 Kiel

Kontakt:

Dr. Jürgen Kasper: 0171-8573960
Katrin Liethmann: 01577-3994686
SDM@doktormit.com

Datum: 07.03.2011

Teilnehmerinformation / Einwilligungserklärung

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, forschen wir in Kooperation mit den Universitätskliniken Hamburg, Marburg/Gießen und Witten/Herdecke zum Thema Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Ein zentraler Bereich ist dabei die Arzt-Patient-Kommunikation. Es wurden verschiedene Verfahren entwickelt, mit denen die Qualität von Gesprächen beurteilt und verbessert werden kann.

In dieser Forschungsstudie untersuchen wir, wie sich ein Trainingsprogramm für Ärzte auf die Entscheidungskommunikation von Arzt und Patient auswirkt und ob Arzt und Patient in der Wahrnehmung ihrer Kommunikation übereinstimmen.

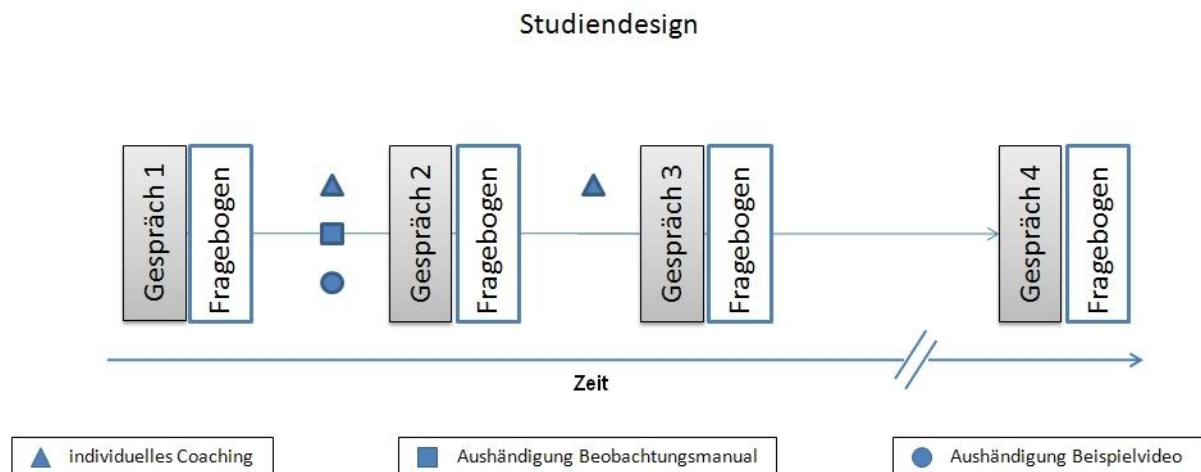
Wir bitten Sie um Teilnahme an dieser Studie. Dazu wollen wir Sie viermal im Gespräch mit vier verschiedenen Patienten filmen. Ihre Patienten sollen zu hören, nicht aber auf dem Video zu sehen sein. Nach jedem Gespräch füllen Sie und der jeweilige Patient einen Fragebogen zu diesem Gespräch aus.

Es gibt zwei Untersuchungsstränge, auf die die teilnehmenden Ärzte der Studie zufällig verteilt werden. Beide Gruppen erhalten dieselben Trainingsmodule. In den Studienarmen wird lediglich deren Reihenfolge variiert.

Zeitlicher Ablauf im Detail

Zu Gespräch 1 erhalten Sie den Fragebogen mit 15 Fragen, der nach dem Gespräch ausgefüllt wird. Vor Gespräch 2 erhalten Sie auf Grundlage der Analyse des ersten Gesprächs ein kurzes individuelles Coaching. Zudem erhalten Sie das Beobachtungsmanual, in dem die 15 Beobachtungsaspekte und Kommunikationsfertigkeiten genau erklärt sind. Außerdem erhalten Sie auf DVD ein kommentiertes Beispielvideo. Vor Gespräch 3 erhalten Sie erneut ein individuelles Coaching auf der Grundlage des zweiten Gesprächs.

Die ersten drei Gespräche finden in möglichst kurzen Abständen nach Absprache mit der Studienleitung statt. Gespräch 4 erfolgt sechs Monate nach Studienstart ohne zwischenzeitliche Trainingsmaßnahmen.



Alle Patientendaten werden anonym erhoben und verarbeitet. Alle Arztdaten werden durch einen Code pseudonymisiert. Arzt und Patient erfahren nichts über die Angaben des jeweils anderen.

Erklärung

Ich wurde über den Zweck und den Ablauf der Forschungsstudie informiert. Ich habe verstanden, dass alle meine Daten pseudonymisiert erhoben und verarbeitet werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Aufnahme einverstanden bin. Ich kann jederzeit, also auch nach dem Gespräch, ohne Angabe von Gründen und ohne, dass mir daraus Nachteile entstehen, meine Zustimmung widerrufen und damit die Löschung meiner Daten veranlassen (Zu diesem Zweck bitte den oben ausgewiesenen Code angeben, unter dem die Aufnahmen gespeichert werden).

Ort

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Wartekontrollgruppe



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Tumorzentrum
Dr. phil. Dipl.-Psych. Friedemann Geiger
Schwanenweg 20
24105 Kiel

Kontakt:

Dr. Jürgen Kasper: 0171-8573960
Katrin Liethmann: 01577-3994686
SDM@doktormit.com

Datum: 07.03.2011

Forschungsstudie:

Evaluation eines Ärztetrainings

zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung

Teilnehmerinformation / Einwilligungserklärung

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, forschen wir in Kooperation mit den Universitätskliniken Hamburg, Marburg/Gießen und Witten/Herdecke zum Thema Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Ein zentraler Bereich ist dabei die Arzt-Patient-Kommunikation. Es wurden verschiedene Verfahren entwickelt, mit denen die Qualität von Gesprächen beurteilt und verbessert werden kann.

In dieser Forschungsstudie untersuchen wir, wie sich ein Trainingsprogramm für Ärzte auf die Entscheidungskommunikation von Arzt und Patient auswirkt und ob Arzt und Patient in der Wahrnehmung ihrer Kommunikation übereinstimmen.

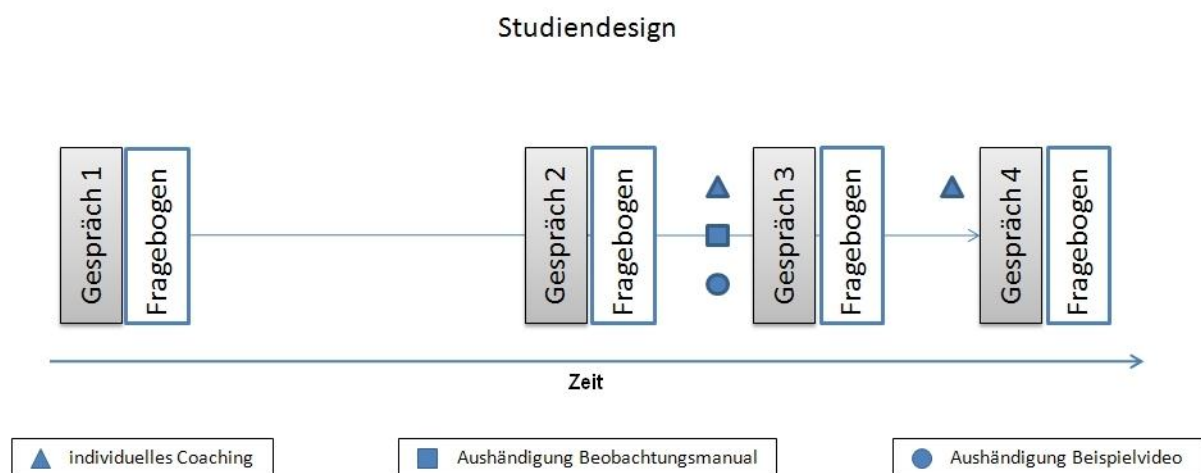
Wir bitten Sie um Teilnahme an dieser Studie. Dazu wollen wir Sie viermal im Gespräch mit vier verschiedenen Patienten filmen. Ihre Patienten sollen zu hören, nicht aber auf dem Video zu sehen sein. Nach jedem Gespräch füllen Sie und der jeweilige Patient einen Fragebogen zu diesem Gespräch aus.

Es gibt zwei Untersuchungsstränge, auf die die teilnehmenden Ärzte der Studie zufällig verteilt werden. Beide Gruppen erhalten dieselben Trainingsmodule. In den Studienarmen wird lediglich deren Reihenfolge variiert.

Zeitlicher Ablauf im Detail

Vor jedem Gespräch erhalten Sie den Fragebogen mit 15 Fragen, der nach dem Gespräch ausgefüllt wird. Vor Gespräch 3 erhalten Sie auf Grundlage der Analyse des zweiten Gesprächs ein kurzes individuelles Coaching. Zudem erhalten Sie das Beobachtungsmanual, in dem die 15 Beobachtungsaspekte und Kommunikationsfertigkeiten genau erklärt sind. Außerdem erhalten Sie auf DVD ein editiertes Beispielvideo. Vor Gespräch 4 erhalten Sie erneut ein individuelles Coaching auf der Grundlage des dritten Gesprächs.

Zwischen Gespräch 1 und 2 liegt mindestens 1 Woche; die Gespräche 2-4 finden in möglichst kurzen Abständen nach Absprache mit der Studienleitung statt.



Alle Patientendaten werden anonym erhoben und verarbeitet. Alle Arztdaten werden durch einen Code pseudonymisiert. Arzt und Patient erfahren nichts über die Angaben des jeweils anderen.

Erklärung

Ich wurde über den Zweck und den Ablauf der Forschungsstudie informiert. Ich habe verstanden, dass alle meine Daten pseudonymisiert erhoben und verarbeitet werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Aufnahme einverstanden bin. Ich kann jederzeit, also auch nach dem Gespräch, ohne Angabe von Gründen und ohne, dass mir daraus Nachteile entstehen, meine Zustimmung widerrufen und damit die Löschung meiner Daten veranlassen (Zu diesem Zweck bitte den oben ausgewiesenen Code angeben, unter dem die Aufnahmen gespeichert werden).

Ort

Datum

Unterschrift

Fragebogenheft Arzt



**Evaluation eines Ärztetrainings
zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung**

– Arzt –

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

vielen Dank, dass Sie an unserer Studie „Evaluation eines Ärztetrainings zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung“ teilnehmen.

Die folgenden Fragebögen füllen Sie bitte erst **nach dem Patienten-Gespräch** aus.

Bitte **lesen Sie den ersten Fragebogen bereits vor dem Gespräch** durch ohne etwas anzukreuzen.

Während des Gesprächs legen Sie dieses Fragebogenheft bitte zur Seite.

Arzt- und Patient-Fragebogen zur Beurteilung eines Entscheidungsgesprächs

Liebe Patientin / lieber Patient, liebe Ärztin / lieber Arzt,

dieser Fragebogen richtet sich an die beiden Beteiligten eines Arzt-Patient-Gesprächs über eine medizinische Entscheidung (z. B. über eine Behandlung oder die Durchführung einer Untersuchung). Es soll festgestellt werden, inwieweit und inwiefern beide Seiten das Gespräch ähnlich wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Sie beide alle Fragen vollkommen unabhängig voneinander und direkt nach dem Gespräch beantworten.

Bitte lesen Sie alle Fragen schon vor dem Gespräch einmal ganz durch.

Die Fragen sind abgesehen von der Ansprache für den Arzt und Patient identisch formuliert. Es heißt z. B.:

*„Der Patient hat die Informationen verstanden ...“ oder entsprechend:
„Ich habe die Informationen verstanden ...“*

Bitte kreuzen Sie dann (**X**) entsprechend an, was Sie für am wahrscheinlichsten halten.

trifft gar nicht zu	0	1	2 X	3	trifft voll und ganz zu 4
------------------------	---	---	------------	---	------------------------------------

Ihre Antworten werden der jeweils anderen Seite nicht mitgeteilt!

Bitte gemeinsam am Ende des Gesprächs ausfüllen:

Über welche Entscheidung wurde gesprochen? (gegebenenfalls eine auswählen)

Bitte hier eintragen:

(z.B. „Aufnahme einer Immuntherapie“;
„Gehirnwasseruntersuchung“; ...)

Wichtig: Arzt und Patient beziehen sich bei den späteren Fragen auf dieselbe Entscheidung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1	Dem Patienten ist das konkrete medizinische Problem klar, das eine Entscheidung erforderlich macht.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
2	Ich bin überzeugt, dass es aus medizinischer Sicht nicht den einen richtigen Weg gibt, mit diesem Problem umzugehen. Mehrere grundsätzlich gleichwertige Wege sind denkbar. Der Patient muss erst klären, welche der jeweiligen Vor- und Nachteile für ihn persönlich wichtig sind. Als Arzt kann ich nicht entscheiden, welche der Möglichkeiten in diesem Fall die richtige ist.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
3	Die Art und Weise, wie ich mit dem Patienten im Gespräch Informationen ausgetauscht habe, war für beide Seiten passend und hat zu gegenseitigem Verständnis beigetragen (z. B. <i>Gesprächssituation, Informationen verbal oder veranschaulicht</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
4	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat den Wünschen des Patienten entsprochen. (<i>gemeint sind: Machtverhältnis und Aufgabenverteilung im Entscheidungsprozess</i>)	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
5	Dem Patienten sind alle Möglichkeiten, mit seinem aktuellen Problem umzugehen, bekannt (<i>gegebenenfalls einschließlich derjenigen, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
6	Der Patient kennt nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten (<i>gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile der Möglichkeit, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
7	Die persönlichen Erwartungen und Befürchtungen des Patienten sind in die Entscheidung eingeflossen.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
8	Dem Patienten ist klar geworden, worauf meine ärztlichen Informationen und Empfehlungen basieren (<i>auf wissenschaftlichen Beweisen, auf meiner Einschätzung, auf Vorteilen, die ich selbst habe, wenn es zu einer bestimmten Maßnahme kommt, z. B. Provisionen / Forschungsinteressen</i>).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
9	Der Patient hat die Informationen verstanden, die ich ihm gegeben habe.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu

10 Ich habe den Standpunkt des Patienten verstanden.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4
11 Der Patient hat seine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4
12 Ich habe meine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4
13 Der Patient ist sich über seine Entscheidungsstrategie klar geworden <i>(also darüber, wie der Patient vorgehen will, wenn er die Entscheidung trifft).</i>	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4
14 Dem Patienten ist am Ende des Gesprächs klar gewesen, warum und welche Entscheidung getroffen worden ist <i>(gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).</i>	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4
15 Dem Patienten ist nun klar, wie mit seinem Problem konkret weiter umgegangen wird <i>(z. B., wer wen informiert; wann wir beide noch einmal auf die Entscheidung zurückkommen werden).</i>	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu 4

Fragebogen zu Entscheidungskonflikten

Lesen Sie die folgenden Aussagen aufmerksam durch. Beurteilen Sie, wie sehr diese Aussagen in Bezug auf die getroffene Behandlungsentscheidung zutreffend sind.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft vollständig zu
1 Der Patient/ die Patientin weiß, welche Wahlmöglichkeiten er/ sie hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Der Patient/ die Patientin kennt die Vorteile jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Der Patient/ die Patientin kennt die Risiken und Nebenwirkungen jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Der Patient/ die Patientin ist sich darüber im Klaren, welche Vorteile ihm/ ihr am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Der Patient/ die Patientin ist sich darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen ihm/ ihr am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Der Patient/ die Patientin ist sich darüber im Klaren, was ihm/ ihr wichtiger ist (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Der Patient/ die Patientin hatte genügend Unterstützung von anderen, um die Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Der Patient/ die Patientin hat sich ohne Druck von anderen entschieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Der Patient/ die Patientin hatte genügend Beratung, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Der Patient/ die Patientin ist sich darüber im Klaren, was für ihn/ sie die beste Wahl ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Der Patient/ die Patientin ist sich sicher, wofür er / sie sich entscheiden soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Diese Entscheidung fiel dem Patienten/ der Patientin leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft eher zu	trifft vollständig zu
13 Der Patient/ die Patientin hat das Gefühl, eine informierte Entscheidung getroffen zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Die Entscheidung zeigt, was diesem Patienten/ dieser Patientin wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Ich gehe davon aus, dass der Patient/ die Patientin bei dieser Entscheidung bleibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Der Patient/ die Patientin ist mit dieser Entscheidung zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

nach AM O'Connor, Decisional Conflict Scale. © 1993 [update 2005, German translation A. Buchholz et al. 2009], F Légaré, 2006.

Bitte füllen Sie folgende Angaben zum Patienten aus:

Geschlecht des Patienten männlich
 weiblich

Alter des Patienten Jahre

Grunderkrankung (ICD 10-Codierung)

Bitte versichern Sie sich noch einmal, dass Sie beim Ausfüllen der Fragebögen keine Seite überblättert haben.

Stecken Sie das Fragebogenheft in den beiliegenden Briefumschlag.

Bitte verkleben Sie den Briefumschlag und schicken Sie diesen an den genannten Adressaten.

Vielen Dank

für Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung!

Die IT'S SDM-Studiengruppe

Fragebogenheft Patient: mit UP24



**Evaluation eines Ärztetrainings
zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung**

– Patient –



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Tumorzentrum
Dr. phil. Dipl.-Psych. Friedemann Geiger
Tel: 0431 / 597-4027/ -1668 Frau Söth
Fax: 0431 / 597-1831
E-Mail: f.geiger@uk-sh.de
Internet: www.uni-kiel.de/tzk

Datum: 07.03.2011

Forschungsstudie:

Evaluation eines Ärztetrainings

zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung

Teilnehmerinformation / Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, forschen wir in Kooperation mit den Universitätskliniken Hamburg, Marburg/Gießen und Witten/Herdecke zum Thema Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Ein zentraler Bereich ist dabei die Arzt-Patient-Kommunikation. Es wurden verschiedene Verfahren entwickelt, mit denen die Qualität von Gesprächen beurteilt und verbessert werden kann.

In dieser Studie untersuchen wir, wie sich ein Training für Ärzte auf die Entscheidungskommunikation von Arzt und Patient auswirkt und ob Arzt und Patient in der Wahrnehmung der Kommunikation übereinstimmen.

Wir bitten Sie um Teilnahme an dieser Studie. Dazu möchten wir Ihren Arzt auf Video aufnehmen, während er mit Ihnen spricht. Auf der Aufnahme werden Sie zwar zu hören, nicht aber zu sehen sein. Vor und nach diesem Gespräch füllen der Arzt und Sie selbst jeweils Fragebögen aus. Alle Ihre Daten werden anonym erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben werden nicht an Ihren Arzt weitergegeben. Wir nehmen auch keine Einsicht in Ihre **Krankenakte**.

Erklärung:

Ich wurde über den Zweck und den Ablauf der Studie informiert. Ich habe verstanden, dass alle meine Daten (auch die Videoaufnahme) anonym erhoben und verarbeitet werden. Mit meinem Kreuz erkläre ich dazu mein Einverständnis. Ich kann jederzeit, also auch nach dem Gespräch, ohne Angabe von Gründen und ohne, dass mir daraus Nachteile entstehen, meine Zustimmung widerrufen und damit die Löschung meiner Daten veranlassen (Zu diesem Zweck bitte den oben ausgewiesenen Code angeben).

Datum: _____ ich stimme zu ich stimme nicht zu

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte füllen Sie **vor dem Arzt-Gespräch** den folgenden Fragebogen aus.

Ihre Erkrankung bringt Fragen mit sich, die sich nicht oder noch nicht beantworten lassen. So wissen Sie womöglich nicht genau, wie Ihre Erkrankung weiter verlaufen wird. Oder Sie fragen sich, warum gerade Sie erkrankt sind.

In diesem Fragebogen geht es darum, wie stark Sie sich mit solchen ungeklärten oder nicht beantwortbaren Fragen beschäftigen.

Hier ein **Beispiel**:

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... welche Belastungen meine Erkrankung mit sich bringt.	①	②	③	④	⑤

Wir möchten von Ihnen wissen, ob Sie über diese Frage nachdenken, also **ob Sie mit der Suche nach der Antwort auf diese Frage beschäftigt sind.**

Vielleicht wissen Sie schon, mit welchen Belastungen Sie zu rechnen haben und stellen sich diese Frage deshalb nicht (mehr). Oder Sie machen sich heute noch keine Gedanken über mögliche Belastungen in der Zukunft. Dann würden Sie die ① ankreuzen.

Wenn diese Frage Sie aber sehr oft oder sehr stark beschäftigt, kreuzen Sie bitte die ④ an.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie sich meine Erkrankung weiter entwickeln wird.	①	②	③	④	01
... ob ich wohl künftig die Auswirkungen meiner Krankheit bewältigen kann.	①	②	③	④	02
... inwieweit ich über meine Behandlung mitentscheiden sollte.	①	②	③	④	03
... was in Fällen wie meinem die optimale Behandlung wäre.	①	②	③	④	04

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie die Erkrankung meine sozialen Beziehungen beeinflusst.	①	②	③	④	05
... welche Rückschlüsse über meinen Zustand ich aus dem Verhalten des Arztes ziehen kann.	①	②	③	④	06
... wie meine Erkrankung mit meinem bisherigen Leben zusammenhängt	①	②	③	④	07
... ob ich auch menschlich bei meinem Arzt gut aufgehoben bin.	①	②	③	④	08



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie viel Belastung durch meine Erkrankung meine Mitmenschen ertragen können.	①	②	③	④	09
... was wohl bestimmte Beschwerden über meinen Krankheitszustand aussagen.	①	②	③	④	10
... was allgemeine Statistiken für meinen persönlichen Krankheitsverlauf bedeuten.	①	②	③	④	11
... ob ich meinem Alltag trotz Erkrankung gewachsen bin.	①	②	③	④	12

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... warum gerade ich diese Erkrankung bekommen habe.	①	②	③	④	13
... wie nachdrücklich ich in Gesprächen mit dem Arzt meinen eigenen Standpunkt vertreten soll.	①	②	③	④	14
... ob der Arzt den neusten Forschungsstand zu meiner Erkrankung kennt.	①	②	③	④	15
... was ich wohl zusätzlich zu meiner medizinischen Behandlung noch tun kann.	①	②	③	④	16



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... ob sich der Arzt genug Mühe mit mir gibt.	①	②	③	④	17
... welchen Sinn ich in meiner Erkrankung sehen könnte.	①	②	③	④	18
... ob ich wirklich alles richtig verstanden habe hinsichtlich meiner Erkrankung und deren Folgen.	①	②	③	④	19
... inwieweit meine mir liebsten Menschen hinter mir stehen.	①	②	③	④	20

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie sicher man sich bei der Entscheidung über eine medizinische Maßnahme sein sollte.	①	②	③	④	21
... wie genau ich über meine Erkrankung informiert sein sollte.	①	②	③	④	22
... ob ich auch mit meiner Erkrankung das erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe	①	②	③	④	23
... ob ich es bemerke, wenn meine Erkrankung schlimmer wird.	①	②	③	④	24



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Liebe Patientin, lieber Patient,

nun beginnt gleich das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin.

Danach möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte **lesen** Sie die Fragen aber **jetzt schon** – vor dem Gespräch – **durch, ohne anzu-**
kreuzen, damit Sie wissen, worauf Sie nach dem Gespräch antworten werden.

Blättern Sie nach dem Gespräch wieder zu dieser Seite zurück und füllen Sie die Fragebögen aus.

Arzt- und Patient-Fragebogen zur Beurteilung eines Entscheidungsgesprächs

Liebe Patientin / lieber Patient, liebe Ärztin / lieber Arzt,

dieser Fragebogen richtet sich an die beiden Beteiligten eines Arzt-Patient-Gesprächs über eine medizinische Entscheidung (z. B. über eine Behandlung oder die Durchführung einer Untersuchung). Es soll festgestellt werden, inwieweit und inwiefern beide Seiten das Gespräch ähnlich wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Sie beide alle Fragen vollkommen unabhängig voneinander und direkt nach dem Gespräch beantworten.

Bitte lesen Sie alle Fragen schon vor dem Gespräch einmal ganz durch.

Die Fragen sind abgesehen von der Ansprache für den Arzt und Patient identisch formuliert. Es heißt z. B.:

*„Der Patient hat die Informationen verstanden ...“ oder entsprechend:
„Ich habe die Informationen verstanden ...“*

Bitte kreuzen Sie dann (**X**) entsprechend an, was Sie für am wahrscheinlichsten halten.

trifft gar nicht zu	0	1	2 X	3	trifft voll und ganz zu 4
------------------------	---	---	------------	---	------------------------------------

Ihre Antworten werden der jeweils anderen Seite nicht mitgeteilt!

Bitte gemeinsam am Ende des Gesprächs ausfüllen:

Über welche Entscheidung wurde gesprochen? (gegebenenfalls eine auswählen)

Bitte hier eintragen:

(z.B. „Aufnahme einer Immuntherapie“;
„Gehirnwasseruntersuchung“; ...)

Wichtig: Arzt und Patient beziehen sich bei den späteren Fragen auf dieselbe Entscheidung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1	Mir ist das konkrete medizinische Problem klar, das eine Entscheidung erforderlich macht.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
2	Ich bin überzeugt, dass es aus medizinischer Sicht nicht den einen richtigen Weg gibt, mit meinem Problem umzugehen. Mehrere grundsätzlich gleichwertige Wege sind denkbar. Als Patient muss ich zunächst klären, welche der jeweiligen Vor- und Nachteile für mich persönlich wichtig sind. Der Arzt kann nicht entscheiden, welche der Möglichkeiten in meinem Fall die richtige ist.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
3	Die Art und Weise, wie ich mit dem Arzt im Gespräch Informationen ausgetauscht habe, war für beide Seiten passend und hat zu gegenseitigem Verständnis beigetragen (z. B. Gesprächssituation, Informationen verbal oder veranschaulicht).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
4	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat meinen Wünschen entsprochen. (gemeint sind: Machtverhältnis und Aufgabenverteilung im Entscheidungsprozess)	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
5	Mir sind alle Möglichkeiten bekannt, wie mit meinem aktuellen Problem umgegangen werden kann (gegebenenfalls einschließlich derjenigen, auf die Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
6	Ich kenne nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile der Möglichkeit, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
7	Meine persönlichen Erwartungen und Befürchtungen sind in die Entscheidung eingeflossen.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
8	Mir ist klar geworden, worauf die ärztlichen Informationen und Empfehlungen basieren (auf wissenschaftlichen Beweisen, auf ärztlichen Einschätzungen, auf Vorteilen, die der Arzt hat, wenn es zu einer bestimmten Maßnahme kommt, z.B. Provisionen / Forschungsinteressen).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
9	Ich habe die Informationen verstanden, die mir der Arzt gegeben hat.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu

10 Der Arzt hat meinen Standpunkt verstanden.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
11 Ich habe meine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
12 Der Arzt hat seine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
13 Ich bin mir über meine Entscheidungsstrategie klar geworden (also darüber, wie ich vorgehen will, wenn ich die Entscheidung treffe).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
14 Mir ist am Ende des Gesprächs klar gewesen, warum und welche Entscheidung getroffen worden ist (gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
15 Mir ist nun klar, wie mit meinem Problem konkret weiter umgegangen wird (z. B., wer wen informiert; wann wir beide noch einmal auf die Entscheidung zurückkommen werden).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4



Die folgenden Seiten füllen Sie bitte erst **nach dem Arzt-Gespräch** aus.

Fragebogen zu Entscheidungskonflikten

Lesen Sie die folgenden Aussagen aufmerksam durch. Beurteilen Sie, wie sehr diese Aussagen in Bezug auf Ihre Behandlungsentscheidung zutreffend sind.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft vollständig zu
1 Ich weiß, welche Wahlmöglichkeiten ich habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Ich kenne die Vorteile jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Vorteile für mich am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen für mich am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Ich bin mir darüber im Klaren, was mir wichtiger ist (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ich habe genügend Unterstützung von anderen bekommen, um die Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ich habe mich ohne Druck von anderen entschieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ich habe genügend Beratung bekommen, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ich bin mir darüber im Klaren, was für mich die beste Wahl ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ich bin mir sicher, wofür ich mich entscheiden soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Diese Entscheidung ist mir leicht gefallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ich habe das Gefühl eine informierte Entscheidung getroffen zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Die Entscheidung zeigt, was mir wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Ich gehe davon aus, dass ich bei dieser Entscheidung bleibe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Ich bin mit dieser Entscheidung zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

nach AM O'Connor, Decisional Conflict Scale. © 1993 [update 2005, German translation A. Buchholz et al. 2009], F Légaré, 2006.

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie nun noch einmal die folgenden Fragen, die wir Ihnen schon vor dem Gespräch vorgelegt hatten.

Antworten Sie bitte ganz aus diesem Moment heraus (**nach dem Arzt-Gespräch**).

Zur Erinnerung hier noch einmal kurz die Anweisungen zum Ausfüllen des Bogens:

In diesem Fragebogen geht es darum, wie stark Sie sich mit ungeklärten oder nicht beantwortbaren Fragen beschäftigen.

Hier ein **Beispiel**:

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... welche Belastungen meine Erkrankung mit sich bringt.	⓪	①	②	③	④

Wir möchten von Ihnen wissen, ob Sie über diese Frage nachdenken, also **ob Sie mit der Suche nach der Antwort auf diese Frage beschäftigt sind**.

Vielleicht wissen Sie schon, mit welchen Belastungen Sie zu rechnen haben und stellen sich diese Frage deshalb nicht (mehr). Oder Sie machen sich heute noch keine Gedanken über mögliche Belastungen in der Zukunft. Dann würden Sie die ⓪ ankreuzen.

Wenn diese Frage Sie aber sehr oft oder sehr stark beschäftigt, kreuzen Sie bitte die ④ an.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie sich meine Erkrankung weiter entwickeln wird.	①	②	③	④	⑤
					01
... ob ich wohl künftig die Auswirkungen meiner Krankheit bewältigen kann.	①	②	③	④	⑤
					02
... inwieweit ich über meine Behandlung mitentscheiden sollte.	①	②	③	④	⑤
					03
... was in Fällen wie meinem die optimale Behandlung wäre.	①	②	③	④	⑤
					04

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie die Erkrankung meine sozialen Beziehungen beeinflusst.	①	②	③	④	⑤
					05
... welche Rückschlüsse über meinen Zustand ich aus dem Verhalten des Arztes ziehen kann.	①	②	③	④	⑤
					06
... wie meine Erkrankung mit meinem bisherigen Leben zusammenhängt	①	②	③	④	⑤
					07
... ob ich auch menschlich bei meinem Arzt gut aufgehoben bin.	①	②	③	④	⑤
					08



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie viel Belastung durch meine Erkrankung meine Mitmenschen ertragen können.	①	②	③	④	09
... was wohl bestimmte Beschwerden über meinen Krankheitszustand aussagen.	①	②	③	④	10
... was allgemeine Statistiken für meinen persönlichen Krankheitsverlauf bedeuten.	①	②	③	④	11
... ob ich meinem Alltag trotz Erkrankung gewachsen bin.	①	②	③	④	12

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... warum gerade ich diese Erkrankung bekommen habe.	①	②	③	④	13
... wie nachdrücklich ich in Gesprächen mit dem Arzt meinen eigenen Standpunkt vertreten soll.	①	②	③	④	14
... ob der Arzt den neusten Forschungsstand zu meiner Erkrankung kennt.	①	②	③	④	15
... was ich wohl zusätzlich zu meiner medizinischen Behandlung noch tun kann.	①	②	③	④	16



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... ob sich der Arzt genug Mühe mit mir gibt.	①	②	③	④	17
... welchen Sinn ich in meiner Erkrankung sehen könnte.	①	②	③	④	18
... ob ich wirklich alles richtig verstanden habe hinsichtlich meiner Erkrankung und deren Folgen.	①	②	③	④	19
... inwieweit meine mir liebsten Menschen hinter mir stehen.	①	②	③	④	20

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... wie sicher man sich bei der Entscheidung über eine medizinische Maßnahme sein sollte.	①	②	③	④	21
... wie genau ich über meine Erkrankung informiert sein sollte.	①	②	③	④	22
... ob ich auch mit meiner Erkrankung das erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe	①	②	③	④	23
... ob ich es bemerke, wenn meine Erkrankung schlimmer wird.	①	②	③	④	24



**Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten?
Bitte am Rand ankreuzen.**

Bitte versichern Sie sich noch einmal, dass Sie die Einverständnis-erklärung angekreuzt haben und dass Sie beim Ausfüllen der Fragebögen keine Seite überblättert haben.

Stecken Sie das Fragebogenheft in den beiliegenden Brief-umschlag, verschließen Sie diesen und geben Sie ihn bitte zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragebogenheft Patient: mit SDM-Q



**Evaluation eines Ärztetrainings
zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung**

– Patient –



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Tumorzentrum

Dr. phil. Dipl.-Psych. Friedemann Geiger

Tel: 0431 / 597-4027 / -1668 Frau Söth

Fax: 0431 / 597-1831

E-Mail: f.geiger@uk-sh.de

Internet: www.uni-kiel.de/tzk

Datum: 07.03.2011

Forschungsstudie:

Evaluation eines Ärztetrainings

zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung

Teilnehmerinformation / Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, forschen wir in Kooperation mit den Universitätskliniken Hamburg, Marburg/Gießen und Witten/Herdecke zum Thema Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Ein zentraler Bereich ist dabei die Arzt-Patient-Kommunikation. Es wurden verschiedene Verfahren entwickelt, mit denen die Qualität von Gesprächen beurteilt und verbessert werden kann.

In dieser Studie untersuchen wir, wie sich ein Training für Ärzte auf die Entscheidungskommunikation von Arzt und Patient auswirkt und ob Arzt und Patient in der Wahrnehmung der Kommunikation übereinstimmen.

Wir bitten Sie um Teilnahme an dieser Studie. Dazu möchten wir Ihren Arzt auf Video aufnehmen, während er mit Ihnen spricht. Auf der Aufnahme werden Sie zwar zu hören, nicht aber zu sehen sein. Nach diesem Gespräch füllen der Arzt und Sie selbst jeweils Fragebögen aus. Alle Ihre Daten werden anonym erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben werden nicht an Ihren Arzt weitergegeben. Wir nehmen auch keine Einsicht in Ihre Krankenakte.

Erklärung:

Ich wurde über den Zweck und den Ablauf der Studie informiert. Ich habe verstanden, dass alle meine Daten (auch die Videoaufnahme) anonym erhoben und verarbeitet werden. Mit meinem Kreuz erkläre ich dazu mein Einverständnis. Ich kann jederzeit, also auch nach dem Gespräch, ohne Angabe von Gründen und ohne, dass mir daraus Nachteile entstehen, meine Zustimmung widerrufen und damit die Löschung meiner Daten veranlassen (Zu diesem Zweck bitte den oben ausgewiesenen Code angeben).

Datum: _____ ich stimme zu ich stimme nicht zu

Liebe Patientin, lieber Patient,

nun beginnt gleich das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin.

Danach möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte **lesen** Sie die Fragen aber **jetzt schon** – vor dem Gespräch – **durch, ohne anzukreuzen**, damit Sie wissen, worauf Sie nach dem Gespräch antworten werden.

Blättern Sie nach dem Gespräch wieder zu dieser Seite zurück und füllen Sie die Fragebögen aus.

Arzt- und Patient-Fragebogen zur Beurteilung eines Entscheidungsgesprächs

Liebe Patientin / lieber Patient, liebe Ärztin / lieber Arzt,

dieser Fragebogen richtet sich an die beiden Beteiligten eines Arzt-Patient-Gesprächs über eine medizinische Entscheidung (z. B. über eine Behandlung oder die Durchführung einer Untersuchung). Es soll festgestellt werden, inwieweit und inwiefern beide Seiten das Gespräch ähnlich wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Sie beide alle Fragen vollkommen unabhängig voneinander und direkt nach dem Gespräch beantworten.

Bitte lesen Sie alle Fragen schon vor dem Gespräch einmal ganz durch.

Die Fragen sind abgesehen von der Ansprache für den Arzt und Patient identisch formuliert. Es heißt z. B.:

*„Der Patient hat die Informationen verstanden ...“ oder entsprechend:
„Ich habe die Informationen verstanden ...“*

Bitte kreuzen Sie dann (**X**) entsprechend an, was Sie für am wahrscheinlichsten halten.

trifft gar nicht zu	0	1	2 X	3	trifft voll und ganz zu 4
------------------------	---	---	------------	---	------------------------------------

Ihre Antworten werden der jeweils anderen Seite nicht mitgeteilt!

Bitte gemeinsam am Ende des Gesprächs ausfüllen:

Über welche Entscheidung wurde gesprochen? (gegebenenfalls eine auswählen)

Bitte hier eintragen:

(z.B. „Aufnahme einer Immuntherapie“;
„Gehirnwasseruntersuchung“; ...)

Wichtig: Arzt und Patient beziehen sich bei den späteren Fragen auf dieselbe Entscheidung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1	Mir ist das konkrete medizinische Problem klar, das eine Entscheidung erforderlich macht.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
2	Ich bin überzeugt, dass es aus medizinischer Sicht nicht den einen richtigen Weg gibt, mit meinem Problem umzugehen. Mehrere grundsätzlich gleichwertige Wege sind denkbar. Als Patient muss ich zunächst klären, welche der jeweiligen Vor- und Nachteile für mich persönlich wichtig sind. Der Arzt kann nicht entscheiden, welche der Möglichkeiten in meinem Fall die richtige ist.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
3	Die Art und Weise, wie ich mit dem Arzt im Gespräch Informationen ausgetauscht habe, war für beide Seiten passend und hat zu gegenseitigem Verständnis beigetragen (z. B. Gesprächssituation, Informationen verbal oder veranschaulicht).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
4	Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat meinen Wünschen entsprochen. (gemeint sind: Machtverhältnis und Aufgabenverteilung im Entscheidungsprozess)	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
5	Mir sind alle Möglichkeiten bekannt, wie mit meinem aktuellen Problem umgegangen werden kann (gegebenenfalls einschließlich derjenigen, auf die Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
6	Ich kenne nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten (gegebenenfalls auch Vor- und Nachteile der Möglichkeit, auf eine Untersuchung oder Behandlung zu verzichten).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
7	Meine persönlichen Erwartungen und Befürchtungen sind in die Entscheidung eingeflossen.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
8	Mir ist klar geworden, worauf die ärztlichen Informationen und Empfehlungen basieren (auf wissenschaftlichen Beweisen, auf ärztlichen Einschätzungen, auf Vorteilen, die der Arzt hat, wenn es zu einer bestimmten Maßnahme kommt, z.B. Provisionen / Forschungsinteressen).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu
9	Ich habe die Informationen verstanden, die mir der Arzt gegeben hat.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft voll und ganz zu

10 Der Arzt hat meinen Standpunkt verstanden.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
11 Ich habe meine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
12 Der Arzt hat seine Fragen und Unklarheiten geklärt.	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
13 Ich bin mir über meine Entscheidungsstrategie klar geworden (also darüber, wie ich vorgehen will, wenn ich die Entscheidung treffe).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
14 Mir ist am Ende des Gesprächs klar gewesen, warum und welche Entscheidung getroffen worden ist (gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4
15 Mir ist nun klar, wie mit meinem Problem konkret weiter umgegangen wird (z. B., wer wen informiert; wann wir beide noch einmal auf die Entscheidung zurückkommen werden).	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	trifft voll und ganz zu	4



Die folgenden Seiten füllen Sie bitte erst **nach dem Arzt-Gespräch** aus.

Fragebogen zu Entscheidungskonflikten

Lesen Sie die folgenden Aussagen aufmerksam durch. Beurteilen Sie, wie sehr diese Aussagen in Bezug auf Ihre Behandlungsentscheidung zutreffend sind.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft vollständig zu
1 Ich weiß, welche Wahlmöglichkeiten ich habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Ich kenne die Vorteile jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Vorteile für mich am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen für mich am wichtigsten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Ich bin mir darüber im Klaren, was mir wichtiger ist (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ich habe genügend Unterstützung von anderen bekommen, um die Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ich habe mich ohne Druck von anderen entschieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ich habe genügend Beratung bekommen, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ich bin mir darüber im Klaren, was für mich die beste Wahl ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ich bin mir sicher, wofür ich mich entscheiden soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Diese Entscheidung ist mir leicht gefallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ich habe das Gefühl eine informierte Entscheidung getroffen zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Die Entscheidung zeigt, was mir wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Ich gehe davon aus, dass ich bei dieser Entscheidung bleibe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Ich bin mit dieser Entscheidung zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

nach AM O'Connor, Decisional Conflict Scale. © 1993 [update 2005, German translation A. Buchholz et al. 2009], F Légaré, 2006.

Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung

Die nachfolgenden Aussagen betreffen die Erfahrungen, die Sie beim Arztbesuch gemacht haben. Kreuzen Sie bitte jeweils an, wie weit die Aussage zutrifft.

- 1 Mein Arzt / meine Ärztin hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 2 Mein Arzt / meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3 Mein Arzt / meine Ärztin hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 4 Mein Arzt / meine Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 5 Mein Arzt / meine Ärztin hat mir geholfen, alle Informationen zu verstehen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 6 Mein Arzt / meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeit ich bevorzuge.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 7 Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 8 Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 9 Mein Arzt / meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte versichern Sie sich noch einmal, dass Sie die Einverständniserklärung angekreuzt haben und dass Sie beim Ausfüllen der Fragebögen keine Seite überblättern haben.

Stecken Sie das Fragebogenheft in den beiliegenden Briefumschlag, verschließen Sie diesen und geben Sie ihn bitte zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang D – Kennwerte MAPPIN'SDM

Itemanalysen

Tab. D1: Itemschwierigkeiten für die MAPPIN'SDM-Fragebögen, bzw. –Ratings. Die Itemschwierigkeit sollte zwischen 1 und 3 liegen. Alle Werte, die in diese Konventionen fallen, sind fett markiert.

Item/ Kennwert	Arzt	Patient	Beobachter, Arzt	Beobachter, Patient	Beobachter, Dyade
1	3,62	3,73	2,01	0,64	2,15
2	3,15	3,08	0,62	0,06	0,63
3	3,36	3,71	0,32	0,16	0,34
4	3,28	3,73	0,89	0,26	0,95
5	3,44	3,79	1,21	0,11	1,22
6	3,39	3,68	1,63	0,60	1,77
7	3,40	3,63	1,75	2,23	2,34
8	3,00	3,42	1,11	0,05	1,11
9	3,41	3,82	1,36	1,54	1,64
10	3,67	3,77	0,85	0,60	0,90
11	3,36	3,71	1,74	1,74	2,04
12	3,56	3,69	0,36	1,04	1,13
13	3,21	3,55	0,41	0,25	0,48
14	3,53	3,70	1,92	1,93	2,13
15	3,60	3,72	2,10	1,59	2,20
M	3,40	3,65	1,22	0,85	1,40
SD	0,18	0,18	0,60	0,73	0,65
Min. Wert	3,00	3,08	0,32	0,05	0,34
Max. Wert	3,67	3,82	2,10	2,23	2,34
# Items < 1	0	0	6	9	5
# Items > 3	15	15	0	0	0

Tab. D2: korrigierte Itemtrennschärfen für die MAPPIN'SDM-Fragebögen, bzw. –Ratings. Die Werte sollten per Konvention zwischen 0,3 und 0,7 liegen. Alle Werte, die in diese Konventionen fallen, sind fett markiert.

Item/ Kennwert	Arzt	Patient	Beobachter, Arzt	Beobachter, Patient	Beobachter, Dyade
1	0,55	0,49	0,23	0,33	0,28
2	0,26	0,20	0,34	0,34	0,35
3	0,64	0,48	0,39	0,46	0,44
4	0,55	0,52	0,41	0,37	0,44
5	0,70	0,62	0,30	0,32	0,29
6	0,59	0,53	0,48	0,55	0,51
7	0,58	0,69	0,51	0,52	0,51
8	0,49	0,57	0,34	0,24	0,37
9	0,73	0,71	0,53	0,58	0,59
10	0,48	0,67	0,25	0,30	0,22
11	0,69	0,65	0,34	0,46	0,47
12	0,62	0,67	0,06	0,14	0,08
13	0,58	0,58	0,47	0,39	0,50
14	0,56	0,60	0,32	0,26	0,35
15	0,64	0,56	0,25	0,34	0,20
M	0,58	0,57	0,35	0,37	0,37
Min. Wert	0,26	0,20	0,06	0,14	0,08
Max. Wert	0,73	0,71	0,53	0,58	0,59
# Items < .3	1	1	4	3	5
# Items > .7	2	1	0	0	0

Tab. D3: Cronbachs alpha für die MAPPIN'SDM-Fragebögen, bzw. –Ratings. Werte ab 0,7 gelten als adäquat. Alle Werte, die in diese Konventionen fallen, sind fett markiert.

	Arzt	Patient	Beobachter, Arzt	Beobachter, Patient	Beobachter, Dyade
Cronbachs α	0,89	0,87	0,74	0,76	0,77

Reliabilität des Beobachtungsinstruments

Tab. D4: Mediane der sechs Raterdyaden pro Item des Beobachterinstruments für die Prozentuale Übereinstimmung (PÜ), T und Spearmans Rho (ρ). PÜ sollte Werte $> 0,2$ annehmen, T sollte $> 0,5$ sein und ρ sollte $0,4$ überschreiten, besser noch $> 0,7$ ausfallen. Alle Werte, die in diese Konventionen fallen, sind fett markiert. p -Werte $> 0,7$ sind zusätzlich mit einem Sternchen (*) versehen.

Item	Beobachter Arzt			Beobachter Patient			Beobachter Dyade		
	PÜ	T	ρ	PÜ	T	ρ	PÜ	T	ρ
1	64,91	0,56	0,68	62,53	0,53	0,55	63,89	0,55	0,64
2	66,71	0,58	0,62	94,87	0,94	0,69	66,71	0,58	0,60
3	79,47	0,74	0,51	94,74	0,93	0,91	79,47	0,74	0,51
4	56,58	0,46	0,58	84,61	0,81	0,55	57,77	0,47	0,63
5	56,45	0,46	0,71*	97,50	0,97	0,74*	58,95	0,49	0,71*
6	43,55	0,29	0,56	65,00	0,56	0,40	46,05	0,33	0,63
7	52,50	0,41	0,61	55,00	0,44	0,63	58,95	0,49	0,61
8	66,71	0,58	0,83*	94,74	0,93	0,62	70,00	0,63	0,84*
9	47,50	0,34	0,50	43,42	0,29	0,45	34,21	0,18	0,42
10	57,52	0,47	0,25	56,32	0,45	0,30	52,63	0,41	0,28
11	77,50	0,72	0,70	64,21	0,55	0,59	67,50	0,59	0,62
12	69,67	0,62	0,29	89,97	0,87	0,06	87,59	0,84	0,33
13	81,97	0,77	0,69	85,36	0,82	0,67	77,57	0,72	0,74*
14	77,57	0,72	0,45	66,58	0,58	0,57	73,21	0,67	0,57
15	53,13	0,41	0,43	61,11	0,51	0,54	48,53	0,36	0,44

Anhang E – Kennwerte Trainings- und Langzeiteffekt

Tab. E1: Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichung für die Differenzvariablen von SDM_{MASS} , der MAPPIN'SDM-Fragebögen und weighted T für den Trainingseffekt und für den Langzeiteffekt. Interventionsgruppe (IG) Trainingseffekt: (Wert nach dem 2. Training) – (Baselinewert), IG Langzeiteffekt: (Wert 3 Monate nach Abschluss des Trainings) – (Baselinewert), Wartekontrollgruppe (KG): (Baseline 2) – (Baseline 1)

Instrument	Gruppe	N	M	SD	
SDM_{MASS}	IG	Trainingseffekt	19	0,03	0,11
		Langzeiteffekt	10	0,04	0,11
	KG	Wartezeit	17	-0,02	0,09
MAPPIN'SDM _{Arzt}	IG	Trainingseffekt	19	0,13	0,51
		Langzeiteffekt	11	0,20	0,61
	KG	Wartezeit	19	0,00	0,50
MAPPIN'SDM _{Patient}	IG	Trainingseffekt	19	0,24	0,36
		Langzeiteffekt	11	0,15	0,56
	KG	Wartezeit	17	-0,18	0,57
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Arzt}	IG	Trainingseffekt	19	0,11	0,55
		Langzeiteffekt	10	0,28	0,57
	KG	Wartezeit	19	0,04	0,35
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Pat.}	IG	Trainingseffekt	19	0,03	0,56
		Langzeiteffekt	10	0,10	0,63
	KG	Wartezeit	19	0,03	0,35
MAPPIN'SDM _{Beobachter, Dyade}	IG	Trainingseffekt	19	0,06	0,65
		Langzeiteffekt	10	0,19	0,66
	KG	Wartezeit	19	0,02	0,43
weighted T	IG	Trainingseffekt	19	0,05	0,33
		Langzeiteffekt	11	0,03	0,44
	KG	Wartezeit	17	-0,06	0,22

Anhang F – Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Katrin Liethmann
Geburtsdatum und -ort 29. Juli 1986 in Bonn
Nationalität deutsch

Schulbildung

1993 – 1997 Grundschule Dänischenhagen
1997 – 2005 Ernst-Barlach-Gymnasium Kiel
Juni 2005 Abitur

Studium

2005 – 2010 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Studienfach: Psychologie (Diplom)
September 2010 Diplom

Promotion und wissenschaftliche Tätigkeiten

2011 – 2014 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Promotionsstudentin im Fach Psychologie
Betreuung durch Herrn Prof. Dr. Günter Köhnken
und Herrn Prof. Dr. Friedemann Geiger

2011 – 2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Rechts-
psychologie, Psychologische Diagnostik und Persönlichkeits-
psychologie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Günter Köhnken

seit 2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der MS-Ambulanz (INIMS) des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

seit 2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Allgemeinen Pädiatrie des
Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel