

Dissertation

Aus der Klinik für Allgemeine Pädiatrie
(Direktor: Prof. Dr. Martin Schrappe)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Wirkung von SDM auf das Ungewissheitsprofil des Patienten Eine Vorher-Nachher-Untersuchung

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Jutta Paschedag

aus Hamburg

Kiel 2015

1. Berichtstatter: PD Dr. Friedemann Geiger

2. Berichtstatter: PD Dr. Christian Huchzermeier

Tag der mündlichen Prüfung: 02.03.2017

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 02.03.2017

gez.:

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	5
2 Theoretischer Hintergrund.....	7
2.1 Interaktionsstile zwischen Arzt und Patient.....	7
2.2 Shared Decision Making – Definition, Anwendung und Grenzen.....	8
2.3 Messung von SDM.....	10
2.4 Ungewissheit – Definitionen und Rolle im Entscheidungsprozess.....	18
2.5 Messung von Ungewissheit.....	21
3 Ziel der Dissertation.....	26
4 Methoden.....	27
4.1 Studiendesign.....	27
4.2 Inhaltliche Hypothesen.....	29
4.3 Statistische Hypothesen.....	31
4.4 Stichprobenplanung.....	31
4.7 Studienablauf.....	33
4.8 Randomisierung.....	33
4.9. Verblindung.....	33
4.10 Statistische Methoden.....	34
5 Durchführung.....	35
6 Ergebnisse.....	36
6.1 Stichprobe.....	36
6.2 Varianzzunahme.....	38
6.3 Veränderung des Ungewissheitsmaßes.....	39
6.4 Reanalysen.....	41
7 Diskussion.....	46
8 Literatur.....	50

9 Anhang.....	54
9.1 Zusammenfassung.....	54
9.2 Danksagung	55
9.3 Erklärung.....	56
9.4 Akademischer Lebenslauf.....	56
9.5 Fragebogenheft, Arzt.....	57
9.6 Fragebogenheft, Patient (mit UP24).....	66
9.7 Fragebogenheft, Patient (mit SDM-Q).....	82

1 Einleitung

Auf der Webseite des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins (UKSH) heißt es: „Im einzigen Maximalversorger des Landes sorgen 12.440 Mitarbeiter in 80 Kliniken und Instituten mit dem gesamten Spektrum der modernen Medizin für eine höchst individuelle Versorgung.“ (www.uksh.de/Das_UKSH.html; 26.6.15). Weiter heißt es: „Am UKSH sorgen Ärzte, die gleichzeitig Wissenschaftler sind, gemeinsam mit erfahrenen und hochspezialisierten Pflegekräften dafür, dass aktuelle Forschungsergebnisse direkt ans Krankenbett gelangen“ (www.uksh.de/patienten.html; 26.6.15).

Jedem Patienten¹ in seiner besonderen Situation, seinen individuellen Bedürfnissen und Präferenzen in einem Zentrum der Hochleistungsmedizin gerecht zu werden, stellt jedoch einen Drahtseilakt dar. Dies spiegelt sich auch in der Diskussion um die Patientenverfügung wieder. Der Bundestag verabschiedete 2009 ein neues Gesetz zur Patientenverfügung. Der Patient hat die Möglichkeit schriftlich festzulegen, welche Untersuchungen und Therapien im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit zu leisten bzw. zu unterlassen sind. Der Arzt ist dazu verpflichtet, den Willen des Patienten zu befolgen, auch wenn dies dessen Tod bedeutet. Liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor, so gilt der mutmaßliche Patientenwille. Anhand von früheren mündlichen Aussagen, ethischen und religiösen Überzeugungen sowie persönlichen Wertvorstellungen entscheiden Arzt und Angehörige gemeinsam, wie zu verfahren ist (Gesetzestext auf der Internetseite des Bundesgesetzblattes www.Bundesgesetzblatt.de; 26.6.15). Viele Patienten wollen mehr Informationen und eine größere Beteiligung am Entscheidungsprozess. Das bestätigt eine Untersuchung in acht europäischen Ländern aus dem Jahr 2002 (Coulter & Jenkinson, 2005), worin die Patienten bezüglich ihrer Entscheidungspräferenzen befragt wurden. Demnach wünschten sich 51% der Patienten, dass Entscheidungen von Arzt und Patient gemeinsam getroffen werden, 23% stimmten für die alleinige Entscheidungsgewalt des Patienten und 26% sahen die Rolle des Entscheidungsträgers beim Arzt. Die individuellen Bedürfnisse des Patienten rücken mehr und mehr in den Mittelpunkt. Dies ist für die Behandlung seiner körperlichen Erkrankung sowie für sein seelisches Wohlbefinden von großer Bedeutung. Die geteilte Entscheidungsfindung ermöglicht es dem behandelnden Arzt, den Patienten als Ganzes mit seinen individuellen Bedürfnissen, Fragen und Ungewissheiten wahrzunehmen, und dem Patienten, den Genesungsprozess maßgeblich und aktiv zu beeinflussen. Voraussetzungen für ein Höchstmaß an Patientenautonomie im Falle der Einwilligungsfähig- und -unfähigkeit sind der Austausch aller relevanten Informationen im Sinne der evidence-based patient information (EBPI, Bunge, 2010) sowie der Patientenwille, die Entscheidung selbst zu

¹ Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

treffen. Beides sind Kernaspekte des Shared Decision Making (SDM): Der Austausch von Informationen zwischen Arzt und Patient und die Positionierung des Patienten im Entscheidungsprozess.

Um dem Patienten mehr Mitbestimmung an seinem Heilungsprozess zu garantieren, ist es in seinem und im Sinne des ihn behandelnden Teams notwendig, die Möglichkeiten und Auswirkungen der geteilten Entscheidungsfindung weiter zu erforschen und zu etablieren. Bisher ist es nicht gelungen, die Effekte der Arzt-Patienten-Interaktion auf der Basis eines theoretisch fundierten SDM-Konstruktes präzise abzubilden (Kasper et al., 2003). Daher ist das Ziel dieser Arbeit, einen direkten Zusammenhang herzustellen zwischen der erfolgten SDM-Interaktion und der daraus resultierenden Fähigkeit des Patienten unterschiedliche Ungewissheitsqualitäten differenzierter wahrzunehmen.

2 Theoretischer Hintergrund

Zur Einordnung des SDM-Modells innerhalb der unterschiedlichen Interaktionsformen werden in 2.1 zunächst das **paternalistische Modell**, das **professional-as-agent Modell** und das **Informed Decision Making Modell** vorgestellt. Im Anschluss daran wird in 2.2 das **Shared Decision Making Modell** einer tieferen Betrachtung unterzogen. In 2.3 werden einzelne Möglichkeiten SDM zu messen näher beleuchtet. Die Definition von Ungewissheit und deren Rolle im Entscheidungsprozess wird am Ende des Kapitels thematisiert.

2.1 Interaktionsstile zwischen Arzt und Patient

Im Arzt-Patienten-Verhältnis lassen sich verschiedene Kommunikationsarten feststellen. Sie unterscheiden sich vor allem im Ausmaß der patientenseitigen Entscheidungsautonomie sowie dem Austausch relevanter, medizinischer Informationen.

Beim **paternalistischen Modell** liegt jegliche Kontrolle in den Händen des Arztes. Er handelt als Stellvertreter des Patienten und nur er verfügt über nötige Informationen und die Entscheidungsgewalt. Es wird nach allgemeingültigen, objektiven Gesundheitszielen gehandelt. Dieses traditionelle Entscheidungs- und Behandlungsmodell ist selbst im Falle der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten kaum noch praktikabel und nur in äußersten Notfallsituationen angebracht (Emanuel & Emanuel, 1992; zitiert nach Charles et al., 1997).

Im **professional-as-agent Modell** ist es Aufgabe des Arztes, die Präferenzen des Patienten zu erfragen und stellvertretend für ihn die optimale Therapie zu wählen. Der Arzt versucht die Therapieoption zu wählen, die der Patient gewählt hätte, wäre er genauso gut informiert wie der Arzt. Der Patient hat eine aktivere Rolle als beim paternalistischen Modell. Die Entscheidungsgewalt liegt jedoch beim Arzt. Diese Form der Kommunikation ist nach Charles et. al (1997) vermutlich die Häufigste.

Der Grad der höchsten Patientenautonomie herrscht beim **Informed Decision Making Modell**. Hier ist es Aufgabe des Arztes, den Patienten mit allen nötigen Informationen die Erkrankung und Therapie betreffend zu versorgen, so dass er allein die Behandlungsentscheidung treffen kann (Charles et al., 1997). Diese Form der Arzt-Patienten-Kommunikation wird eher selten praktiziert. Sie könnte im Vorfeld einer Patientenverfügung oder Aufklärung zu einer medizinischen Untersuchung Anwendung finden.

2.2 Shared Decision Making – Definition, Anwendung und Grenzen

Beim Shared Decision Making (SDM) ist das Ziel die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Charles et al. (1997) bezeichnen es als „two way exchange of information“. Dabei werden Informationen über verschiedene Behandlungsoptionen, Risiken, Konsequenzen und Entscheidungspräferenzen zwischen Arzt und Patient ausgetauscht. Es steht eindeutig das ‚sharing‘ im Vordergrund, was sich sowohl auf den Austausch der Informationen als auch auf den Entscheidungsprozess bezieht.

Sie definieren vier allgemeingültige Bedingungen, die im Falle von SDM erfüllt sein müssen:

1. Es sind zwei Parteien involviert – Arzt und Patient.
2. Beide Parteien beteiligen sich aktiv am Entscheidungsfindungsprozess.
3. Beide Parteien setzen sich gegenseitig über alle relevanten Informationen in Kenntnis. Dazu gehören fachliche Informationen sowie Wertvorstellungen und Präferenzen sowohl von Seiten des Patienten als auch des Arztes.
4. Zusammen wird eine Entscheidung gefällt, mit der beide Parteien einverstanden sind, für die beide die Verantwortung übernehmen und zu deren Umsetzung beide bereit sind.

Die Erweiterung dieser Definition beinhaltet, dass SDM keinesfalls mittig zwischen paternalistischem und dem Informed Decision Making Modell einzuordnen ist. Es ist zum Beispiel möglich, dass der Patient dem Arzt die alleinige Entscheidungsgewalt überträgt, da er nicht aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte. Tut er dies, nachdem der Informationsaustausch stattgefunden hat und er sich über alle Optionen - die Behandlung und den Entscheidungsprozess betreffend - im Klaren ist, dann ist dies eine Interaktion im Sinne von SDM. Eine zentrale Frage ist also: „Wer entscheidet, wer entscheidet?“ (Geiger, 2007). Zur Verdeutlichung dieser Definition dient folgendes Fallbeispiel:

Ein an rheumatoider Arthritis chronisch erkrankter Patient hat dem Arzt möglicherweise durch jahrelange Krankheitsgeschichte und Therapieerfahrungen Hintergrundinformationen voraus, die er im Entscheidungsprozess nutzen kann und will. Allein der Patient weiß, welche Nebenwirkungen des Medikamentes sein Leben stark einschränken und ab welcher Dosierung sie bei ihm persönlich auftreten. Außerdem verfügt er dank der Internetauftritte verschiedener Selbsthilfegruppen und Fachgesellschaften über immenses Wissen bezüglich seiner Erkrankung. Der Arzt hingegen kann Fachwissen und Berufserfahrung einbringen. Die geteilte Entscheidungsfindung beinhaltet den Austausch dieser entscheidungsrelevanten Informationen. Der Patient erklärt seinen Wunsch, die Medikamentendosis nicht zu erhöhen, da er Angst vor den Nebenwirkungen habe, die bei der letzten Dosissteigerung auftraten. Er

erinnert sich aber an eine physiotherapeutische Zusatzbehandlung im letzten Jahr, die ihm für einige Zeit eine Linderung verschafft habe. Da der Arzt über spezialisiertes Fachwissen verfügt, weiß er aber, dass ein schnelles Fortschreiten ohne Medikamente nicht aufzuhalten ist und eine physiotherapeutische bzw. physikalische Behandlung nur kurzfristige Erleichterung verschaffen kann. Arzt und Patient wollen beide die Linderung des Leids erreichen und ein schnelles Fortschreiten der Erkrankung verhindern, jedoch divergieren die Präferenzen in Bezug auf das Erreichen dieses Ziels. Werden diese Präferenzen im Gespräch herausgearbeitet, kann eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden.

Die hier genannten unterschiedlichen, zum Teil subjektiv gefärbten Informationen und Erfahrungen beider Experten werden im Sinne von SDM berücksichtigt, wenn sie angesprochen und miteinander verhandelt werden (Geiger, 2007).

Die Arbeit von Legaré et al. (2013) macht jedoch deutlich, dass weitaus mehr als nur ein Informationsaustausch stattfinden muss. Die interdisziplinäre, internationale Gruppe von Vertretern aus Politik, Medizin und Patientenvereinigungen scheiterte 2012 an dem Versuch, die Kernkompetenzen des SDM zu spezifizieren. Sie einigten sich auf zwei weit gefasste Kategorien „relational competencies“ und „risk communication competencies“ (Beziehungskompetenz und Risikokommunikationskompetenz). Dem Patienten authentisch gegenüberzutreten, ihn ernst nehmen, eine Partnerschaft zu ihm aufbauen und die Fähigkeit, ihm medizinische, evidenz-basierte Inhalte auf Augenhöhe darzulegen, sind ärztlicherseits wichtige Beziehungskompetenzen zur Umsetzung der geteilten Entscheidungsfindung (Naik, 2011; Peters, 2011; Fagerlin, 2011; zitiert nach Legaré, 2013). Die zweite wichtige Kategorie beinhaltet die Fähigkeit, Ungewissheit über den Behandlungsausgang sowie die Risiken und Nutzen verschiedener Behandlungsoptionen zu kommunizieren (Edwards, 1999; zitiert nach Legaré, 2013).

Nach Charles et al. (1997) ist die SDM-Interaktion vor allem in Situationen förderlich, in denen Entscheidungen im Zusammenhang mit potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie beispielsweise Krebs oder anderen chronischen Krankheiten, getroffen werden müssen. Genauso können Entscheidungen, die als Schlüsselmomente im Krankheitsverlauf gelten (z.B. die Wahl zwischen verschiedenen Therapiemöglichkeiten mit unterschiedlichen Konsequenzen oder Nebenwirkungen), nach dem SDM-Modell verhandelt werden.

Es ist dabei nicht entscheidend, ob die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten als gleichwertig zu betrachten sind. Die als „Equipoise“ bezeichnete Situation beschreibt vielmehr, dass neben einer häufig gewählten Option noch mindestens eine andere Option medizinisch vertretbar wäre. Außerdem ist zu bedenken, dass Studien zur Wirksamkeit von beispielsweise Medikamenten nur populationsbezogene Aussagen treffen können und unklar ist, ob der Einzelne von einer Behandlung profitiert (Kasper & Liethmann, 2013).

SDM kann wie weiter oben beschrieben (Charles et al., 1997) nicht nur im Bereich chronischer Erkrankungen und deren Entscheidungsfindung bezüglich Therapieoptionen zur Anwendung kommen, sondern lässt sich auch auf andere Indikationsbereiche, z.B. diagnostische Entscheidungen, übertragen. Voraussetzung ist auch hier, dass die Equipoise-Bedingung erfüllt wird.

Hamann et al. untersuchten in einer Studie aus dem Jahre 2007 die Entscheidungspräferenzen bei akut und chronisch Erkrankten (MS, Hypertonus, Brustkrebs, Schizophrenie, kleine Traumata). Interessant ist, dass kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden konnte. Einzig die Gruppe der MS-Patienten hatte ein bedeutend größeres Interesse, die Behandlungsentscheidung aktiv zu beeinflussen. Die Gründe dafür bleiben zunächst unklar. Es wird jedoch vermutet, dass es einer größeren Ungewissheit bezüglich des Krankheitsverlaufes und des Therapieansprechens geschuldet ist, dass gerade diese Patienten mehr Teilhabe am Entscheidungsprozess wünschen.

In bestimmten Situationen ist SDM allerdings nur eingeschränkt oder gar nicht praktikierbar. Dazu gehören akute Notfälle, in denen unter Zeitdruck Entscheidungen getroffen werden müssen und Fälle, in denen der Patient selbst nicht in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen. Im letzteren Fall ist die Entscheidungsfindung im Sinne des SDM jedoch mit Angehörigen und engen Bezugspersonen möglich (Charles et al., 1997).

2.3 Messung von SDM

Um herauszufinden, ob SDM während eines Gespräches stattgefunden hat, gibt es, je nachdem welcher Fokus in den Mittelpunkt gestellt und welche Definition dem Messinstrument zu Grunde gelegt wird, unterschiedliche Herangehensweisen. Das Ausmaß der wahrgenommenen Beteiligung während der SDM-Intervention kann aus der Sicht des Arztes, des Patienten oder eines unabhängigen Beobachters beurteilt werden. Genau so können die Präferenzen des Patienten im Vorfeld der Interaktion sowie die Bewertung des Entscheidungsprozesses nach erfolgter SDM-Intervention gemessen werden. Hier steht der Patient im Fokus des Messinstrumentes. Alle bisher existierenden Messinstrumente werden von Giersdorf et al. (2004) als unzureichend eingestuft, da der Kern des SDM-Konzeptes nicht getroffen wird und sie nicht ausreichend validiert wurden. In weiteren Studien (Kasper et al., 2011) wurde deutlich, dass die Ergebnisse der einzelnen Messmethoden nicht miteinander korrelieren. Nach Analysen der verschiedenen Fragebögen konnte gezeigt werden, dass weitgehende Unabhängigkeit zwischen patientenseitig wahrgenommener Einbeziehung und erfasster SDM-Kompetenz durch einen unabhängigen Beobachter besteht. Man kann also davon ausgehen, dass den verschiedenen Methoden nicht dasselbe Konstrukt zu Grunde gelegt wurde. Außerdem hat das Erleben der beteiligten Parteien

wenig damit zu tun, was trainierte Beobachter bezüglich der SDM-Kompetenz feststellen können. Kasper et al. konnten auch zeigen, dass die Ergebnisse unverändert blieben, nachdem einzelne, fast identische Items aus den verschiedenen Messinstrumenten miteinander korreliert wurden. Es wird deutlich, dass dieselbe Entscheidungssituation von Arzt und Patient unterschiedlich wahrgenommen wird. Die vom Arzt gemeinten Informationen entsprechen nicht den vom Patienten verstandenen Informationen (Kasper et al., 2010). An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, welche Sichtweise die entscheidende zur Beurteilung der SDM-Kompetenz ist: Patientensicht, Arztsicht oder die Sichtweise eines objektiven Beobachters. Offen bleibt ebenfalls, wie die Effekte von SDM gemessen werden können, wenn unklar ist, wie SDM operationalisiert werden kann. Im Folgenden wird die Auswahl an Fragebögen vorgestellt, die in der IT`S SDM Studie zur Evaluation des neuen doktormitSDM-Ärztetrainings zum Einsatz kommen.

Das meist verwendete objektive Beobachtungsverfahren zur Beurteilung von SDM durch einen externen Betrachter ist die **OPTION Skala** (Observing patient involvement; Elwyn et al., 2003; überarbeitete Version: 2005). Es existiert eine deutsche Übersetzung, welche als Anleitung so in Items formuliert ist, dass sie zur videobasierten Beobachtung genutzt werden kann. Anhand von zwölf Items wird das Verhalten des Arztes hinsichtlich der Einbeziehung des Patienten durch einen externen Beobachter mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala (Ich stimme voll und ganz zu – ich stimme gar nicht zu) beurteilt.

Die OPTION Skala erweist sich als unzureichend, da ausschließlich das Verhalten des Arztes berücksichtigt wird und somit keine Rückschlüsse auf die gemeinsame Interaktion mit dem Patienten gezogen werden können (Kasper et al., 2011). Die Studie von Kasper et al. untersucht, inwieweit das Verhalten des Arztes mit der Wahrnehmung des Patienten übereinstimmt. Die Ergebnisse zeigen, dass anhand der vorliegenden Fragebögen nicht das gleiche SDM-Konstrukt abgebildet werden kann.

Hinzu kommt, dass laut Makoul und Clayman (2006) einige essenzielle Bestandteile des SDM-Konstruktes unberücksichtigt bleiben. In der aktuellen Version der Option-Skala (Dyadic OPTION; Melbourne et al., 2010) schätzen Arzt und Patient ein, wie sie das SDM-Ausmaß bewerten. Neben der Beobachterperspektive bleiben jedoch auch in dieser Version einige der SDM-Aspekte (z.B. Evidenzbasierung) unberücksichtigt.

Ein weiterer Fragebogen zur Erfassung des patientenseitigen Entscheidungskonfliktes ist die **Decisional Conflict Scale** (DCS; O'Connor, 1995, LeBlanc et al., 2009). Die DCS erfasst in 16 Items mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala (trifft überhaupt nicht zu – trifft vollständig zu) den Entscheidungskonflikt des Patienten ($DCS_{Patient}$) und die Einschätzung des patientenseitigen Entscheidungskonfliktes durch den Arzt (DCS_{Arzt}). Es werden diese fünf Subskalen unterschieden: Personenbezogene Ungewissheit, Gefühl der Uninformiertheit,

Unklarheit über eigene Werte, inadäquate Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und die Wahrnehmung, eine ineffektive Entscheidung getroffen zu haben.

Der verbleibende Entscheidungskonflikt und die Entscheidungszufriedenheit werden hier als Maß für SDM genutzt. Im Falle der DCS bedeutet dies, je geringer der verbleibende Entscheidungskonflikt ist, desto mehr SDM wurde umgesetzt. Dies kann jedoch trügerisch sein. McNutt (2004) warnt in diesem Sinne vor einer scheinbaren Eindeutigkeit: „Das Beste ist nicht den Entscheidungskonflikt zu reduzieren, sondern ihn zu maximieren.“ Medizinische Entscheidungen sind geprägt von Risiko und Ungewissheit. Dies wird dem Patienten besonders deutlich, je größer der Entscheidungskonflikt ist. Nur bei hohem Entscheidungskonflikt kann davon ausgegangen werden, dass dem Patienten alle möglichen Optionen, Risiken und Ungewissheiten bewusst gemacht wurden und er in der Lage ist, sich im Entscheidungsprozess zu positionieren.

Der bisher einzige in Deutschland entwickelte Fragebogen zur Beurteilung von SDM-Kompetenzen aus Sicht des Patienten ist der Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB; Giersdorf et al., 2004), der zum SDM-Questionnaire (**SDM-Q**) weiterentwickelt und hinreichend validiert wurde (Simon, 2006). Er ist der OPTION Skala sehr ähnlich und erfasst in neun Items mit Hilfe einer sechsstufigen Likertskala (trifft überhaupt nicht zu – trifft völlig zu), inwieweit sich der Patient in die Entscheidungsfindung eingebunden fühlt. Auch hier wird nur eine Teilkomponente - die Patientensichtweise - der SDM-Interaktion abgebildet.

An dieser Stelle wird deutlich, dass es eines Messinstrumentes bedarf, welches in der Lage ist, den Kern des SDM aus jeder der drei Perspektiven (Arzt, Patient und Beobachter) gleichermaßen abzubilden. Als Instrument, das diesem Anspruch gerecht wird, soll der „Multifocal approach to the ‚sharing‘ in shared decision making“ (kurz: **MAPPIN´SDM**) vorgestellt werden (Kasper et al., 2012). Als Vorlage diente die bereits oben beschriebene OPTION Skala, die erweitert und optimiert wurde. Der daraus entstandene Fragebogen umfasst die genannten Perspektiven: Beobachter-Fokus, Patienten-Fokus und Arzt-Fokus. Aus diesen drei Sichtweisen werden die zwei entscheidenden Komponenten beurteilt: das wahrgenommene Resultat und das Verhalten der Akteure. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Sichtweisen und zu beurteilenden Konstrukte.

Tabelle 1: MAPPIN'SDM Überblick.

Fokus	Perspektive	gemessenes Konstrukt	Beurteilt wird...	Messinstrument
1	Beobachter	Verhalten	Arzt	
2	Beobachter	Verhalten	Patient	Beobachterinstrument
3	Beobachter	Verhalten	Dyade	
4	Arzt	Verhalten	Dyade	Arztfragebogen
5	Arzt	wahrgen. Resultat	Dyade	Arztfragebogen
6	Patient	Verhalten	Dyade	Patientenfragebogen
7	Patient	wahrgen. Resultat	Dyade	

„Focus“ ist der Blickwinkel auf die Maßnahme, definiert durch die „Perspektive“, das „Konstrukt“ und das „Subjekt“ der Betrachtung. Die „Perspektive“ ist definiert durch die soziale Rolle der beurteilenden Partei in Bezug zum Entscheidungsprozess. „Konstrukt“ ist das Objekt der Beurteilung (Verhalten und wahrgenommenes Resultat). Während der Beobachter das Verhalten der Parteien nur von außen beurteilen kann, können die direkt beteiligten Parteien (Arzt und Patient) beide Konstrukte (Verhalten und wahrgenommenes Resultat) beurteilen. Die „Dyade“ bezeichnet die Kommunikationseinheit aus Arzt und Patient.

Tabelle 2 zeigt die Items der OPTION Skala und des MAPPIN'SDM im Vergleich.

Tabelle 2: OPTION und MAPPIN´SDM im Vergleich.

SDM-Aspekt	OPTION	MAPPIN´SDM
	Item	Item
Problemdefinition	1	1
Gleichwertigkeit der Behandlungsalternativen (Equipose-Statement)	2	2
Klärung der Art und Weise des Informationsaustausches	3	3
Auflistung der Optionen	4	5
Vor- und Nachteile der Optionen	5	6
Exploration von Erwartungen des Patienten	6	7
Exploration von Bedenken des Patienten	7	
Kennzeichnung der Quelle von Empfehlungen und Informationen		8
Rückversicherung über Verständnis auf Seiten des Patienten	8	9
Rückversicherung über Verständnis auf Seiten des Arztes		10
Gelegenheit für Fragen des Patienten	9	11
Gelegenheit für Fragen des Arztes		12

SDM-Aspekt	OPTION	MAPPIN'SDM
	Item	Item
Klärung der Rollenaufteilung	10	4
Unterstützung für Strategien der Informationsverarbeitung		13
Kennzeichnung der Entscheidung	11	14
Follow – up – Vereinbarungen	12	15

Im Folgenden werden die 15 Items des Fragebogens näher vorgestellt. In diesem Zusammenhang wird von „Indikatoren“, die das gewünschte Verhalten abbilden, gesprochen. Indikator 1 Problemdefinition: Zu Beginn des Gespräches legen Arzt und Patient den Entscheidungsgegenstand fest. Wichtig ist die Lage, in der sich der Patient befindet, zu definieren und den Wirkmechanismus der Maßnahme anzusprechen.

Indikator 2 Gleichwertigkeit der Behandlungsalternativen (Equipoise-Statement): Hier muss deutlich werden, warum die Entscheidung gemeinschaftlich getroffen werden soll. Es muss formuliert werden, dass es nicht die eine richtige Entscheidung für den Patienten gibt, sondern mehrere Behandlungsoptionen bzw. Vorgehensweisen möglich sind.

Indikator 3 Bevorzugte Art der Kommunikation: Arzt und Patient einigen sich über die Art des gegenseitigen Informationsaustausches. Dazu gehört das Gesprächssetting (Zeitpunkt und Ort) ebenso wie die Informationsmittel (Broschüren, Graphiken, Statistiken oder digitale Medien).

Indikator 4 Rollenverteilung: Hier kommuniziert der Patient seine Rollenpräferenz im Entscheidungsgespräch. Er kann die Entscheidung dem Arzt überlassen, sie treffen eine gemeinsame Entscheidung oder der Patient entscheidet selbst.

Indikator 5 Aufzählen der Optionen: Das Auflisten der verschiedenen Möglichkeiten in einer strukturierten Form ist ein entscheidender Beitrag zur Verständlichkeit der Kommunikation.

Indikator 6 Vor- und Nachteile: Es werden Nutzen und Risiken der unterschiedlichen Optionen kommuniziert. Dabei ist die Verständlichkeit der Informationen ebenso wichtig wie deren Ausgewogenheit.

Indikator 7 Erwartungen und Sorgen: Die Kommunikation der patientenseitigen Erwartungen und Sorgen ist von zentraler Bedeutung in der geteilten Entscheidungsfindung.

Indikator 8 Angabe von Quellen der Empfehlungen: Die Angabe von Referenzen gehört zu den Standards der Evidenzbasierten Medizin. Eine informierte Entscheidung ist nur möglich, wenn der Patient unterscheiden kann zwischen Erfahrungen des Arztes, Leitlinien des Hauses oder wissenschaftlichen Arbeiten.

Indikator 9 Sicherstellung des Verständnisses (Patient): Die Teilnehmer versichern sich, dass die Informationen bisher vom Patienten verstanden wurden.

Indikator 10 Sicherstellung des Verständnisses (Arzt): Die Teilnehmer versichern sich, dass der Arzt die vom Patienten eingebrachten Informationen verstanden hat.

Indikator 11 Gelegenheit für Fragen (seitens des Patienten): Wichtig ist, dem Patienten die Gelegenheit zu geben, Fragen zu stellen und Unklarheiten auszuräumen.

Indikator 12 Gelegenheit für Fragen (seitens des Arztes): Ebenso wichtig ist die Klärung der Fragen des Arztes bezüglich des Entscheidungsprozesses und der patientenseitig geäußerten Informationen.

Indikator 13 Unterstützung von Strategien der Entscheidungsfindung: Der strategische Aspekt der Entscheidung ist hier von Bedeutung und wird unabhängig vom Inhalt betrachtet.

Indikator 14 Anzeigen der Entscheidung: Dies ist der Übergang vom Informationsaustausch zur Entscheidungsphase. Dieser Übergang sollte besonders deutlich werden, wenn die Entscheidung zunächst aufgeschoben wird.

Indikator 15 Vereinbarungen: Dies sind Vereinbarungen, die nach dem Treffen der Entscheidung kommuniziert werden. Es geht dabei zum einen um Verabredungen und Erklärungen bezüglich der getroffenen Entscheidung und zum anderen um die Entscheidungsevaluation (z.B. Nachuntersuchung) oder die Dauer der Medikation.

Im Einzelnen sind die Fragebögen wie folgt aufgebaut:

Beobachter-Fokus: Der Beobachter beurteilt anhand von Videoaufzeichnungen 3 x 15 Items in Form einer fünfstufigen Likertskala (trifft gar nicht zu - trifft voll und ganz zu). Jedes Item setzt sich aus drei Fragen zusammen:

z.B. Item 4:

- (a) Der Arzt findet heraus, in welchem Ausmaß der Patient an der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte.
- (b) Der Patient äußert sich, inwieweit er an der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte.
- (c) Arzt und Patient besprechen die Rollenverteilung im Gespräch.

Arzt- und Patienten-Fokus: Die Arzt- bzw. Patientensicht wird ebenfalls anhand von 15 dem Beobachter-Fokus entsprechenden Items erfasst. Jedes Item besteht aus zwei Aussagen, die denselben SDM-Aspekt berücksichtigen, aber unterschiedliche Ebenen erfassen sollen:

die Handlungsebene und die Erlebnisebene. Es werden diese zwei Ebenen erfasst, um zwischen den Beobachtungen der Verhaltensweisen und dem Erleben der Interaktionselemente unterscheiden zu können. So wird der Arzt im Handlungsitem gefragt, ob im Gespräch alle möglichen Optionen der Behandlung aufgezählt worden seien. Im dazugehörigen Erlebensitem wird danach gefragt, ob dem Patienten nach seiner Einschätzung alle Optionen bekannt seien.

Die Fragebögen für Arzt und Patient unterscheiden sich lediglich in der Form der Anrede („Lieber Patient“ oder „Liebe Ärztin“).

z.B. Item 4:

- (a) Es ist besprochen worden, in welchem Maße der Patient bei der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte.
- (b) Die Verteilung der Rollen im Gespräch hat den Wünschen des Patienten entsprochen.

Daraus ergibt sich, dass der Arzt bezüglich seiner SDM-Kompetenzen aus drei Sichtweisen beurteilt wird. Weiterhin lassen sich sieben verschiedene Messperspektiven ableiten, wovon drei durch den Beobachter (Arzt, Patient und Dyade) sowie jeweils zwei (Handlungs- und Erlebnisebene) durch den Arzt und den Patienten übernommen werden.

Im Rahmen der zweiten MAPPIN´SDM Validierungsstudie entwickelten Geiger und Kasper (2012) das Verbundmaß SDM_{mass} (SDM meeting its concept's assumptions). Es basiert auf der patientenseitigen Einschätzung von SDM gemessen mit dem MAPPIN´SDM Patientenfragebogen, der Einschätzung eines objektiven Beobachters sowie dem Grad der Übereinstimmung der Patienten- und Arztsichtweise. SDM_{mass} liegt theoretisch zwischen eins und null. In der zweiten Validierungsstudie lieferte es eine Standardabweichung von .034 (mean= .145; min=.09, max= .21). Es berücksichtigt das von Arzt und Patient wahrgenommene Maß an SDM ($MAPPIN´SDM_{Patient}$, $MAPPIN´SDM_{Arzt}$), die vom Beobachter wahrgenommenen Aspekte des SDM auf ärztlicher und Patientenseite ($MAPPIN´SDM_{Beobachter_Patient}$, $MAPPIN´SDM_{Beobachter_Arzt}$) und das Maß an Übereinstimmung, das Arzt und Patient bezüglich der SDM-Kompetenzen wahrgenommen haben ($MAPPIN´SDM_{Beobachter_Dyade}$).

Im Rahmen der Hauptstudie werden die $DCS_{Patient}$ und die DCS_{Arzt} zur Evaluation der SDM-Effekte und zur Validierung der einzelnen Komponenten des SDM_{mass} eingesetzt. Der SDM-Q dient zur Validierung des patientenseitig wahrgenommenen Maßes an SDM. Er wird von Patienten ausgefüllt, die medizinische Entscheidungen treffen, ohne erkrankt zu sein (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; weitere Informationen dazu im Studienprotokoll: Geiger et al., 2011, Registrierung: Current Controlled Trials ISRCTN78716079). Die von Geiger und Kasper (2012) entwickelte Formel von SDM_{mass} wird wie in Abbildung 1

gezeigt inzwischen in leicht modifizierter Form angewendet (Geiger & Liethmann 2014, persönliche Kommunikation).

Abbildung 1: Formel SDM_{mass}

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

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.

2.4 Ungewissheit – Definitionen und Rolle im Entscheidungsprozess

Im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext spielt Ungewissheit eine zentrale Rolle. Wie oben bereits deutlich wird, ist ein Ziel der SDM-Interaktion, dem Patienten die stärkere Beteiligung am Entscheidungsprozess zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient sich positioniert und sich seiner Wünsche bezüglich des Entscheidungsgegenstandes bewusst wird. Demgegenüber steht die Tatsache, dass Patienten ihre Präferenzen und Prioritäten häufig nicht kennen. Entweder sie haben nie darüber nachgedacht oder diese verschieben sich im Laufe einer chronischen Erkrankung. Die Kenntnis der eigenen Präferenzen kommt besonders zum Tragen, wenn die Überlegenheit einer Therapie nicht eindeutig oder ihre Evidenz nicht gesichert ist. Häufig erleben Patienten Ungewissheit als ein globales Gefühl. Es ist ihnen nicht bewusst, dass es verschiedene Faktoren sind, die dazu beitragen und differenziert werden können (Geiger, 2007).

Einige der verschiedenen Ungewissheitsfaktoren im Entscheidungsprozess sollen im Folgenden näher betrachtet werden. Eine Studie von Brashers und Kollegen aus dem Jahr 2003 befasst sich mit dem Ungewissheitserleben von HIV-Patienten. Es werden drei Bereiche von Ungewissheit unterschieden:

- Medizinische Ungewissheit, beinhaltet Ungewissheit bezüglich der Erkrankung, Prognose und Behandlung
- Persönliche Ungewissheit, entsteht aus der Selbstkonzeption als Kranker bzw. gesunder Mensch sowie möglicher finanzieller Belastungen durch die Erkrankung

- Soziale Ungewissheit resultiert aus den Reaktionen der Mitmenschen (Akzeptanz, Abweisung, Stigmatisierung) und der latenten Angst, jemanden zu infizieren.

Ein wesentlicher Ungewissheitsfaktor beinhaltet die Einschätzung der Verlässlichkeit der Quellen. Woher kommen die Informationen? Wie gesichert sind diese? Enthält der Arzt mir wichtige Dinge vor? Diesen Fragen bezüglich des Vertrauens zum Arzt muss sich der Patient im Entscheidungsprozess stellen (Geiger, 2007). Außerdem ist auch bei gesicherter Evidenz nie ganz klar, ob ein Medikament, das bei 70 von 100 Patienten die volle Wirkung zeigt, auch diesem Patienten helfen wird.

Die Ungewissheit bezüglich der Unterstützung durch Angehörige ist bei der Diagnosestellung am Anfang einer Erkrankung von großer Bedeutung und geprägt von offenen Fragen: Wie wird meine Familie damit umgehen? Werde ich noch an gemeinsamen Aktivitäten teilnehmen können? Wie viel Belastung hält meine Familie aus?

Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die Entscheidungszufriedenheit des Patienten hat, ist die Ungewissheit, die der Arzt in sich trägt und dem Patienten mitteilt. Eine aktuelle Studie (Politi et al., 2010) untersucht die Kommunikation von Ungewissheit durch den Arzt im Zusammenhang mit der Entscheidungszufriedenheit des Patienten. Es wurden 75 weibliche Patienten eines Brustkrebszentrums in Providence (Rhode Island, USA) rekrutiert, die sich einer Entscheidung bezüglich ihres Behandlungsverlaufs (Operation - ja oder nein?) gegenübersehen. Keine der Optionen konnte im Vorfeld als am besten gesichert gelten und die Frauen wurden mit dieser ärztlichen Ungewissheit konfrontiert. Mit Hilfe eines objektiven Beobachters konnte die Kommunikation der Ungewissheit erfasst werden. Die Reaktion der Patienten auf die Ungewissheit konnte mit der neu bearbeiteten „Physicians reactions to Uncertainty scale“ (Gerrity et al., 1995, zitiert nach Politi et al., 2010) erfasst werden. Außerdem wurden die Patienten eine Woche nach dem Gespräch telefonisch gebeten, ihre Entscheidungszufriedenheit auf einer Skala von eins (gar nicht zufrieden) bis sechs (sehr zufrieden) anzugeben. Die Ergebnisse zeigen: Je mehr Ungewissheit durch den Arzt kommuniziert wird, desto unzufriedener ist der Patient mit der Entscheidung. Außerdem wird deutlich, dass Patienten, die von ihren Ärzten in die Entscheidungsfindung eingebunden werden, am Ende zufriedener sind als Patienten, die weniger stark am Entscheidungsprozess teilnehmen.

Eine für alle Situationen passende Beschreibung dafür zu finden, was Ungewissheit für jeden Einzelnen bedeutet, ist unmöglich. Auch in der Literatur kursieren verschiedene Definitionen von Ungewissheit, die es etwas näher zu betrachten gilt.

Laut Mishel (1988) tritt Ungewissheit in Situationen auf, in denen es nicht möglich ist, Ereignissen oder Dingen einen eindeutigen Nutzen zuzuordnen, und/oder deren Ausgang nicht genau vorhersagbar ist.

Brashers (2001) postuliert, dass Ungewissheit am geringsten ist, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses null oder 100% beträgt, und am höchsten, wenn sie bei 50% vermutet wird. Ungewissheit lässt sich also laut Geiger (2007) als ein Zustand des „Nicht-Wissens“ bzw. „Nicht-Sicher-Wissens“ in Bezug auf einen Sachverhalt bezeichnen.

Hinzu kommt, dass Ungewissheit rein subjektiv zu betrachten ist und verschiedene Personen Ungewissheit bezüglich des gleichen Sachverhaltes unterschiedlich bewerten (Brashers et al., 2000). In der gleichen ungewissen Situation kann von einer Person Angst oder Stress empfunden werden, während eine andere Person ihr mit Hoffnung und Neugier begegnet.

Der Umgang mit Ungewissheit ist das zentrale Element im Entscheidungsprozess. Aufgrund der Komplexität des Entscheidungsgegenstandes sowie der begrenzt verfügbaren Informationen kann es nicht Ziel von SDM sein, Ungewissheit als Ganzes zu reduzieren (Brashers, 2001).

Dies wird durch eine umfassende Literaturübersicht von Ménard et al. (2012) belegt. Die darin aufgeführten Studien belegen, dass Strategien zur Reduktion von Ungewissheit an Grenzen stoßen, häufig nur den medizinischen Kontext berücksichtigen und zu Unzufriedenheit beim Patienten führen. Es ist daher wichtig, von Ungewissheitsmanagement zu sprechen und den Patienten in seinem medizinischen, psychologischen und sozialen Umfeld zu sehen (Politi, 2011; zitiert nach Ménard et al., 2012). Strategien mit diesem Ansatz verlangen zusätzlich zu evidenzbasierten medizinischen Informationen die Aufdeckung aller relevanten Informationen bezüglich sozialem und psychologischem Status. Ménard geht noch weiter und schlägt vor, über die geteilte Entscheidungsfindung (zwischen Arzt und Patient) zur gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung (zwischen Arzt, Patient, Familie und multidisziplinärem Team) überzugehen.

Es ist daher sinnvoll, Charles „two way exchange of information“ zu präzisieren als wechselseitigen Austausch über die dem Entscheidungsprozess anhaftenden Aspekte von Ungewissheit (Geiger, 2007). Für den Patienten (und sein Umfeld) bedeutet dies die Auseinandersetzung mit bereits bestehenden Ungewissheiten und den Umgang mit neugebildeten Ungewissheiten durch die Interaktion mit dem Arzt.

Dieser Kernprozess von SDM wird durch Geiger (2007) als die „Verhandlung von Ungewissheiten“ definiert und als unumgänglich zur Positionierung des Patienten im Rahmen der Entscheidungsfindung erachtet.

2.5 Messung von Ungewissheit

Aufgrund der Nichtreduzierbarkeit von Ungewissheit als Ganzem eignet sich ein eindimensionales Konzept genauso wenig zur Abbildung von SDM-Effekten wie die Differenzierung nach Auslösern von Ungewissheit, wie es in der „**Mishel Uncertainty in Illness Scale**“ (Mishel, 1981) der Fall ist. Sie ist das erste Messinstrument zur qualitativen Erfassung von Ungewissheit und beinhaltet die vier Auslöser Ambiguity (Unklarheit über den Krankheitsstatus), Complexity (Komplexität der Behandlung), Lack of Information (Fehlen von Informationen über die Diagnose und die Schwere der Erkrankung) und Unpredictability (Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes).

Geiger (2007) schlägt daher auf der Basis des von ihm als „Verhandlung von Ungewissheiten“ theoretisch-fundierten SDM-Konzeptes ein multidimensionales, veränderungssensibles Messinstrument zur Erfassung verschiedener Qualitäten von Ungewissheit vor: den **QUICC** (Qualities of Uncertainty in Chronic Conditions). Die hier vorgenommene Einteilung der Ungewissheit in Themen kann der Veränderung in Teilbereichen Rechnung tragen und ermöglicht eine Differenzierung zwischen unveränderlichen, zu akzeptierenden Ungewissheiten und solchen, die durch aktive Informationssuche oder Handlungsprozesse reduziert werden können. Eine global erlebte Ungewissheit wird in differenzierte Ungewissheitsqualitäten verwandelt, denen mit verschiedenen Copingstrategien begegnet werden kann (Geiger, 2007).

Ein Patient wird beispielsweise erstmals mit der Diagnose einer Krebserkrankung konfrontiert und steht nach kurzer Zeit vor der Entscheidung, welcher Therapieweg eingeschlagen werden soll. Verspürt er noch vor dem SDM-Gespräch eine nicht einzuordnende Ungewissheit, so kann er danach zwischen der Ungewissheit bezüglich der Erfolge der unterschiedlichen Therapien, die sich vorerst nicht ändern lässt, und der Ungewissheit bezüglich der Bewältigung seiner Alltagspflichten, die durch ein Gespräch mit den Angehörigen und Freunden reduziert werden könnte, unterscheiden. Durch den wechselseitigen Austausch von Informationen sieht sich der Patient auch den Ungewissheiten des Arztes gegenüber. Häufig kann auch der Arzt nicht mit Sicherheit sagen, welche Therapie bei einem Patienten die beste ist. Die neu aufgetretene Frage des Vertrauens gegenüber dem Arzt spiegelt die Ungewissheit bezüglich der Kompetenz des Arztes wider. Der Patient wäre nach dem Gespräch in der Lage, einerseits Ungewissheiten zu reduzieren, andererseits müsste er sich aber auch darin üben, ungewisse Situationen auszuhalten, nach Handlungsmöglichkeiten zu suchen und mit neugebildeten Ungewissheiten umzugehen.

Ein Messinstrument, das diese Anforderungen erfüllt ist, der QUICC. Der Fragebogen beinhaltet die folgenden acht Ungewissheitskategorien, die durch insgesamt 41 Items erfasst werden:

1) Soziale Einbindung

Diese Kategorie beschreibt Ungewissheiten bzgl. des sozialen Umfeldes, welche die Verlässlichkeit/Belastbarkeit von Beziehungen der Erkrankten, die Reaktionsweisen von nahen und fremden Menschen und die Kommunikation über die Erkrankung betreffen.

- Wie viel Belastung erträgt meine Familie? Werden sie zu mir halten?
- Wie werden meine Freunde reagieren?

2) Krankheitszustand

Die folgenden Kategorien betreffen Ungewissheiten, die bei der Einschätzung des aktuellen Krankheitszustandes eine Rolle spielen.

(a) Diagnose – Prognose

Diese Kategorie behandelt Ungewissheiten bezüglich des ständigen Selbstdiagnoseprozesses, dem chronisch Kranke ausgesetzt sind.

- Was bedeuten die Symptome?
- Wie sind meine Werte?
- Darf ich nach Hause?

(b) Informationsentschlüsselung

Es werden Ungewissheiten berücksichtigt, die durch Interpretation von Handlungen oder Aussagen des medizinischen Personals auftreten.

- Hat das Tuscheln der Schwestern etwas zu bedeuten?
- Ist die Überweisung zum Facharzt wirklich Routine?

Außerdem gehören hierzu Ungewissheiten, die mit dem Verständnis medizinischer Aussagen in Zusammenhang stehen.

- Was bedeutet „gute Heilungschance“?

3) Bewältigung von Anforderungen

Diese Kategorie versammelt Ungewissheiten, die die eigene Anpassungsfähigkeit betreffen.

- Kann ich in meinem Beruf weiterarbeiten?
- Kann ich nach der Behandlung in den Beruf zurückkehren?

4) Kausalattribution

Diese Kategorie umfasst Ungewissheiten bzgl. Erklärungen, mit denen ein Betroffener Sinn, Zweck oder Ursache seiner Erkrankung beschreibt.

- Warum bin gerade ich krank geworden?
- Soll die Krankheit mir eine Lehre sein?

5) Umgang mit dem Arzt

Hier werden Ungewissheiten im Umgang mit dem Behandlungspersonal beschrieben.

(a) Rollenpräferenz

Es werden Ungewissheiten erfasst, die bei Bestimmung der eigenen Rolle in der Behandlung auftreten.

- Darf oder muss ich als Patient bei der Behandlung eine passive Rolle einnehmen und dem Arzt Entscheidungen überlassen?
- Kann oder muss ich mich bei der Wahl der Behandlung beteiligen?

(b) Qualität des Arztes

Es stellt sich die Frage nach der menschlichen und fachlichen Kompetenz des Arztes.

- Kann ich meinem Arzt vertrauen?

6) Behandlung

Diese Kategorie beschreibt Ungewissheiten darüber, inwieweit die Erkrankung durch medizinische und private Handlungen beeinflusst werden kann.

- Welche Behandlung ist in meinem Falle die beste?
- Soll ich die Nebenwirkungen weiterhin in Kauf nehmen?

Tabelle 3: QUICC Überblick.

Skala	Betrachtet	Diese Kategorie beinhaltet Ungewissheiten bezüglich...
1	...soziale Integration	... der Verlässlichkeit von sozialen Beziehungen im Krankheitsverlauf
2	...Diagnose und Prognose	... der Einschätzung des aktuellen Krankheitszustandes und der Prognose
3	... Informationsentschlüsselung	...der Interpretation des Verhaltens des medizin. Personals und anderer vom Patienten empfangenen Informationen
4	... Bewältigung von Anforderungen	...der Möglichkeit mit krankheitsbedingten Veränderungen umzugehen
5	... Kausalattribution	... der Erklärungen für Sinn, Zweck und Ursache der Erkrankung
6	... Rollenpräferenz	... der Rolle, die der Patient in der Interaktion mit dem Arzt einnehmen will
7	... Qualität des Arztes	... der professionellen und persönlichen Kompetenz des medizin. Personals
8	...Behandlung	... der Effektivität von medizin. und privaten Handlungen

Die Ergebnisse einer erstmaligen Evaluation von SDM-Effekten mit dem QUICC bestätigen die Sensibilität für behandlungsbedingte Veränderungen im Ausmaß erlebter Ungewissheiten. Tatsächlich zeigt sich der Effekt der SDM-Interventionen an einer signifikanten Erhöhung der Varianz zwischen den Ungewissheitsskalen. Zusätzlich fällt eine hohe Skaleninterkorrelation auf, die nach Ausschluss anderer Hypothesen als Bestätigung der inhaltlichen Validität gedeutet werden kann.

In mehreren Validierungsstudien und nach gängigen Testgütekriterien konnte nachgewiesen werden, dass es sich hier um ein präzises Messinstrument zur Erfassung der SDM-Effekte handelt. Es verfügt über eine hohe Sensibilität und bestätigt außerdem die Plausibilität der von Geiger (2007) entwickelten theoretischen Konzeption von SDM als Verhandlung von Ungewissheiten.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der 41 Items (ca. fünf Items pro Skala) liegt derzeit bei ca. 20 Minuten, was je nach Krankheitszustand eine große Herausforderung für chronisch kranke Patienten darstellt. Zur Berechnung der Differenzen der Varianz ist es notwendig, je eine Messung im Vorfeld und im Anschluss der SDM-Intervention durchzuführen. Zusammen mit der relativ langen Bearbeitungszeit könnte dies von vornherein der Grund für einen chronisch kranken Patienten sein, nicht an einer Studie mit dem QUICC teilzunehmen.

Es wurde daher eine Kurzversion des QUICC verwendet: der UP24 (Uncertainty Profile, vorher QUICC24, Vogel, 2010). Zur Erstellung dieser Kurzversion wurden für jede Skala mit Hilfe von Cronbachs-Alpha drei Items des ursprünglichen Fragebogens ausgewählt (QUICCvirtuell) und in einer Neuanalyse validiert. Die Neuanalyse (QUICC-S) an 98 Patienten der Strahlentherapieambulanz des UK-SH Campus Kiel ergab etwas schlechtere Reliabilitäten als nach Erstellung des QUICCvirtuell (Reliabilitäten des QUICCvirtuell zwischen .74 und .91; Reliabilitäten des QUICC-S zwischen .65 und .81) zu erwarten war, sodass die Items noch einmal umformuliert und erneut an 100 Patienten validiert wurden. Da in der zweiten Validierungsstudie (QUICC-K) ebenfalls keine besseren Reliabilitäten erreicht werden konnten, kehrte man zu den ursprünglichen Items des QUICCvirtuell zurück und übernahm lediglich einige Formulierungen aus dem QUICC-S bzw. QUICC-K. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der UP24 ein auswertungs- und durchführungsobjektives Messinstrument ist, welches mit einer Bearbeitungszeit zwischen fünf und 15 Minuten als praktikabel bewertet werden kann.

Der UP24 ermöglicht die Messung des Maßes an empfundener Ungewissheit sowie den Grad der Differenzierung zwischen einzelnen Ungewissheitsqualitäten. Zur Bestimmung des Differenzierungsgrades wird ein Koeffizient namens ELAB eingeführt (Abbildung 2). Die Differenzierung wird durch die Varianz zwischen den einzelnen acht Skalen abgebildet. Um Fehler durch verschieden stark empfundene, globale Ungewissheit bis hin zu individuellen

Copingstrategien zu umgehen, wird jeder Skalenwert in Beziehung zum Gesamtskalenmittelwert gesetzt. Subtrahiert man eins von diesen angepassten Skalenmittelwerten, so erhält man positive Werte für die Skalen oberhalb des Mittelwerts und negative Werte für die Skalen darunter, ohne die Interskalenvarianz zu beeinflussen.

Abbildung 2: Formel ELAB.

$$ELAB = Var \left[\left(\frac{M_1}{M_{total}} - 1 \right), \left(\frac{M_2}{M_{total}} - 1 \right) \dots \left(\frac{M_8}{M_{total}} - 1 \right) \right]$$

Var: Varianz

M_{1-8} : Mittelwerte der acht Ungewissheitsskalen

M_{total} : individueller Mittelwert der Ungewissheitsskalen

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Messinstrumenten werden demographische Daten erfasst. Zur optimalen Beschreibung der Stichprobe werden das Alter, das Geschlecht und die Diagnose des Patienten vom Arzt aufgezeichnet. Des Weiteren werden die Jahre an praktischer Berufserfahrung, das Alter und das Geschlecht des Arztes dokumentiert.

3 Ziel der Dissertation

Folgendes sind die Inhalte dieser Arbeit:

Hauptziel dieser Arbeit ist die Abbildung der Differenzierung des Ungewissheitsprofils nach erfolgter SDM-Intervention. Dazu werden die vom Patienten wahrgenommenen Ungewissheitsqualitäten vor und nach der Intervention durch den UP24-Fragebogen erfasst. Von Bedeutung hierfür ist außerdem ein von allen Beteiligten gleichermaßen wahrgenommenes Maß an SDM-Kompetenz, welches mit Hilfe des MAPPIN´SDM-Fragebogens analysiert werden soll. Die Arbeit ist Teil der **IT´S SDM-Studie** (Akronym für: Investigating a training Supporting Shared Decision Making; Studienstart 2011, Geiger et al., 2011, Registrierung: Current Controlled Trials ISRCTN78716079), die unter anderem die Evaluation des doktormit-SDM-Ärzte trainings zum Ziel hat. Die Wiederholung der Intervention mit den dazwischenliegenden Trainingsstufen soll eine Steigerung der SDM-Kompetenzen des Arztes erreichen (Liethmann, 2014) und somit den Zusammenhang zur Differenzierung des Ungewissheitsprofils beim Patienten untermauern.

Ein weiteres, übergeordnetes Anliegen dieser Arbeit ist es, die bisher vielversprechenden Ergebnisse der Kurzversion des QUiCC (UP24) zu stützen und einen Beitrag zur Validierung des doktormit-SDM zu leisten.

4 Methoden

Die vorangegangenen Kapitel nähern sich dem Zusammenhang zwischen geteilter Entscheidungsfindung und patientenseitig empfundener Ungewissheit bereits an. Es ist dazu eine randomisiert-kontrollierte Studie geplant (IT'S SDM-Studie), die die Evaluierung eines SDM-Ärztetrainings in den Vordergrund stellt und neben der Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von SDM-Kompetenzen auch die Erfassung der Wirksamkeit von SDM auf das Ungewissheitsprofil des Patienten zum Ziel hat.

Im Folgenden wird unter 4.1 das Studiendesign genauer beschrieben. Die Ziele der Untersuchung werden durch die Formulierung der inhaltlichen und statistischen Hypothesen präzisiert. Am Ende des Kapitels werden Details zur Stichprobe, Studienablauf, Randomisierung, Verblindung und zu statistischen Methoden dargelegt.

4.1 Studiendesign

In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden zwei Gruppen von Ärzten (Interventions- und Kontrollgruppe) miteinander verglichen. Da alle teilnehmenden Ärzte ein Training zur Verbesserung ihrer Kommunikationskompetenzen erwarteten, erhielten die Teilnehmer der Kontrollgruppe nach Abschluss des Trainings der Interventionsgruppe ebenfalls ein Training und wurden so zur Wartegruppe. Jeder der Teilnehmer (Interventions- und Kontrollgruppe) führte vier Gespräche, in denen Entscheidungen mit mehr als einer Option getroffen werden sollten. Da das Verhalten des Arztes während der Intervention im Fokus stand, wurde nur er auf Video aufgezeichnet. Der Patient war lediglich zu hören und gab sein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Es lag ein Ethikvotum der Ethikkommission der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vor, das die Unbedenklichkeit der Studie bestätigte (Ethikkommission der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 12.4.2011, Aktenzeichen D424/11). Im Detail sollte die Studie, wie auch in Diagramm 1 dargestellt, folgendermaßen ablaufen:

Woche 1: Beide Gruppen starteten mit der Baseline-Erhebung, um die SDM-Kompetenzen der Ärzte vor dem Training festzustellen. Die Interventionsgruppe begann danach mit der ersten Trainingseinheit (Manual, Video und individualisiertes Feedback zu Gespräch 1).

In Woche 2 sollte das zweite Gespräch der Teilnehmer in der Interventionsgruppe stattfinden (Zwischenerhebung, Interventionsgruppe). Im Anschluss stand die zweite Trainingseinheit für die Interventionsgruppe. Die Kontrollgruppe wartete. Die dritte Gesprächserhebung für die Interventionsgruppe war für Woche 3 geplant. Die Wartegruppe zeichnete das zweite Gespräch auf und startet danach die Intervention. Woche 4: Die Wartegruppe sollte das dritte Gespräch führen (Zwischenerhebung, Kontrollgruppe) und danach ein individualisiertes

Feedback erhalten. Die Interventionsgruppe sollte fertig sein mit der Gesprächserhebung und nach sechs Wochen die Follow-up-Gespräche aufzeichnen. Das vierte Gespräch der Wartegruppe war für Woche 5 geplant. Außerdem sollte die langfristige Wirksamkeit des Trainings mit der Follow-up-Untersuchung in der Interventionsgruppe überprüft werden. Dazu sollte nach 6 Monaten ein erneutes Entscheidungsgespräch aufgezeichnet werden.

Durch dieses Vorgehen sollten insgesamt 160 Konsultationen (40 Ärzte mit je vier Gesprächen) aufgenommen werden. Diese 160 Gespräche wurden in einem zweiten Schritt zu einer Kohortenstudie zusammengefasst, so dass eine Aussage über den Zusammenhang zwischen SDM-Kompetenz des Arztes und der Differenzierung des Ungewissheitsprofils des Patienten getroffen werden kann. Die Veränderung im Ungewissheitsprofil des Patienten wurde durch das Beantworten des UP24 vor und nach dem Gespräch erfasst. Das Maß an SDM-Kompetenz konnte aus drei Blickwinkeln (Arzt, Patient, Beobachter) durch den MAPPIN'SDM-Fragebogen beurteilt werden. Zur Evaluation des Ärztetrainings und des MAPPIN'SDM-Fragebogens wurden in der Hauptstudie in einem Teil der Stichprobe der SDM-Q-Fragebogen und die Decisional Conflict Scale (DCS) angewendet, was in dieser Arbeit jedoch nicht berücksichtigt wird.

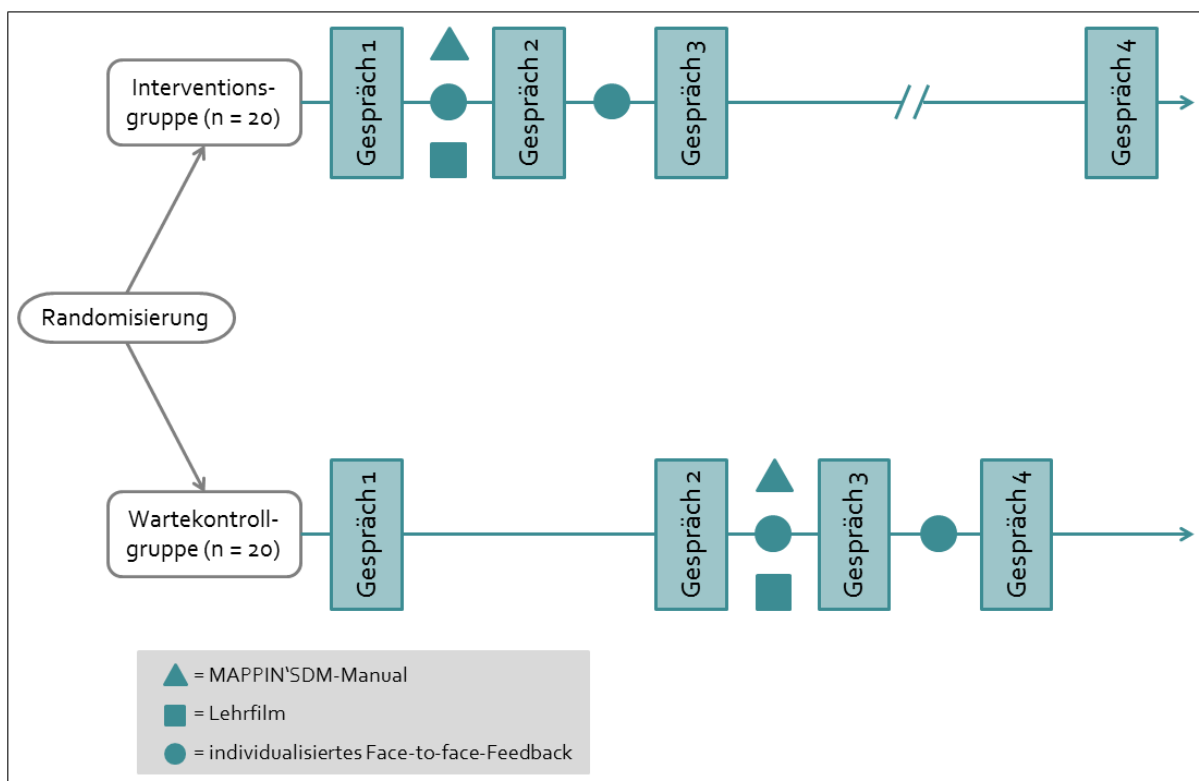


Diagramm 1: Das Untersuchungsdesign der randomisiert-kontrollierten Evaluation des neu entwickelten Ärztetrainings „doktormitSDM“ zur Förderung der geteilten Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Kommunikation, nach Liethmann, 2014.



Diagramm 2: 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), nach Liethmann, 2014.

4.2 Inhaltliche Hypothesen

1) SDM führt zu einer Varianzzunahme zwischen den einzelnen Ungewissheitsbereichen. Patienten in den unterschiedlichsten Situationen (z.B. Neudiagnose, Therapieentscheidung) erleben Ungewissheit anfänglich als einen Zustand, in dem nicht deutlich ist, welcher Ungewissheitsfaktor aktuell für sie von Bedeutung ist. Sie sind nicht in der Lage unterschiedliche Bereiche von Ungewissheit zu unterscheiden. SDM hilft dem Patienten, die einzelnen Bereiche von Ungewissheit zu differenzieren und die für ihn relevanten Ungewissheiten herauszufiltern. Nach erfolgter SDM-Intervention kann eine Zunahme der Varianz zwischen den einzelnen Ungewissheitsbereichen abgebildet werden.

2) SDM führt zu Veränderungen des Ungewissheitsmaßes in den einzelnen Bereichen. Veränderungen von Ungewissheitslevels durch das Arzt-Patient-Gespräch sind natürlich denkbar und intendiert. So dürfte ein zunächst völlig uninformierter Patient z.B. viel Ungewissheit bezüglich der Therapieoptionen (Skala 6) verspüren, die sich durch das Gespräch verringern. Denkbar wäre aber genauso, dass ein vorher mäßig informierter Patient im Gespräch erfährt, dass die von ihm angedachte Therapie sich auf deutlich weniger Evidenz stützt, als er gedacht hatte, und dass auch unter den Alternativen sich keine als eindeutig überlegen darstellt. In dieser Situation könnte die Behandlungsungewissheit durch das Gespräch sogar zunehmen.

Genauso könnte im Bereich der sozialen Einbindung (Skala 1) das Gespräch bei Patient A zu größerer Ungewissheit führen. Viele neue Informationen über seine Erkrankung und deren Verlauf beeinflussen das soziale Umfeld. Patient B jedoch befindet sich in einer Phase seiner Erkrankung, in der das SDM-Gespräch ihm neue Möglichkeiten aufzeigt, mit seiner Situation auch im sozialen Umfeld besser zurechtzukommen. Er verspürt nach dem Gespräch weniger Ungewissheit als vorher.

Für Ungewissheiten zum aktuellen Krankheitszustand und der damit verbundenen Abschätzung der Prognose (Skala 3a) wären folgende zwei Szenarien vorstellbar:

Bei Patient A führt eine gelungene SDM-Interaktion dazu, dass Ungewissheiten in dieser Skala weniger werden, da der Arzt dem Patienten eindeutige Informationen über die Erkrankung liefern kann und es dem Patienten möglich wird, die auftretenden Symptome einzuschätzen. Patient B verspürt nach dem Gespräch mehr Ungewissheit bezüglich des Selbstdiagnoseprozesses, da es auch dem Arzt nicht möglich ist, im Falle seiner Erkrankung eindeutige Aussagen diesbezüglich zu treffen. Der Patient gerät in die Lage, durch die neu gewonnenen Informationen verunsichert zu werden und seine Prognose nicht einschätzen zu können.

In Bezug auf Ungewissheiten, die Handlungen betreffen, die die Krankheit beeinflussen (Skala 7), wären z.B. diese zwei Möglichkeiten denkbar:

Patient A verspürt nach der SDM-Interaktion mehr Ungewissheit als vorher, da der Arzt ihm mehrere Behandlungsoptionen offen legt. Häufig gibt es nicht nur einen richtigen Weg in der Behandlung von Erkrankungen. Patient B hat womöglich die gleiche Erkrankung, jedoch bereits einige Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten gemacht. Bei ihm könnte SDM dazu führen, dass die Ungewissheit in dieser Skala reduziert würde.

Angesichts dieser denkbaren Entwicklungen ist es unmöglich vorherzusehen, welche Verlaufsmuster im Ungewissheitsprofil auf Gruppenebene dominieren werden. Es ist daher geplant, jede einzelne Skala ungerichtet zu überprüfen.

4.3 Statistische Hypothesen

1) Varianzzunahme:

$$ELAB_{prä} < ELAB_{post}$$

$$r(\Delta ELAB, SDM_{mass}) < 0$$

2) Veränderung des Ungewissheitsmaßes:

$$M_{x,prä} \neq M_{x,post}$$

$$r(\Delta M_x, SDM_{mass}) \neq 0$$

$ELAB_{prä}$: Varianz vor dem Gespräch

$ELAB_{ost}$: Varianz nach dem Gespräch

$M_{x,1}$: Skalenmittelwert vor dem Gespräch

$M_{x,2}$: Skalenmittelwert nach dem Gespräch

SDM_{mass} : Maß für SDM-Fähigkeit

4.4 Stichprobenplanung

Wie bereits deutlich wurde, ist die Haupthypothese dieser Arbeit Teil der IT'S SDM-Studie, die sich mit der Evaluation des doktormitSDM-Ärztetrainings befasst. Daher lag der Fokus bei der Stichprobenplanung auf der Evaluation des Ärztetrainings. Das Ziel war eine Power von 85%. Eine Effektgröße von $d = .9$ konnte bereits in einer Vorstudie des Trainings realisiert werden (Kasper, 2011). Außerdem war der α t-Test für zwei unabhängige Stichproben mit $\alpha = .05$ gegeben bei einer minimalen Stichprobengröße von $N = 36$ Ärzten (18 Ärzte pro Gruppe). Es wurde mit einer Drop-out-Quote von 10% gerechnet, so dass insgesamt eine Gruppe von 40 Ärzten eingeplant wurde, um signifikante Ergebnisse zu erzielen. Eine Gruppe von 40 Ärzten würde 4 x 40 Konsultationen ergeben. Das wären 160 Videos in der gesamten Studie. Die für diese Arbeit relevante Stichprobe sollte 68 Patienten umfassen, um signifikante Ergebnisse zu erzielen. Die Korrelation zwischen SDM_{mass} und $\Delta ELAB$ sollte einen Wert von mindestens .31 erreichen (Studienprotokoll zur IT'S SDM-Studie: Geiger et al., 2011, Registrierung: Current Controlled Trials ISRCTN78716079).

Die Voraussetzung zur Teilnahme waren Entscheidungsgespräche unabhängig von der Fachdisziplin. In die IT'S SDM-Studie konnten daher die im Folgenden aufgeführten verschiedenen Kliniken eingeschlossen werden:

- Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE):
 - Gefäßsprechstunde

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

Die Rekrutierung erfolgte über persönliche Kontakte der Studienteilnehmer. Es sollten mindestens vier Ärzte pro Zentrum teilnehmen.

Für die Prüfung der in Abschnitt 4.4 und 4.5 genannten Hypothesen wurde nur ein Teil der Gesamtstichprobe eingeschlossen (s. Abschnitt 4.1 Studiendesign, Diagramm 2: Ablauf Kohortenstudie). Nur Patienten mit chronischen Erkrankungen, bei denen das gesamte Spektrum an Ungewissheiten zu erwarten war, wurden gebeten, vor und nach dem Gespräch den ihr Ungewissheitsprofil betreffenden Fragebogen (UP24) auszufüllen. Patienten, bei denen es um Therapieentscheidungen beispielsweise im Sinne von Spontangeburt oder Kaiserschnitt bei Beckenendlage oder um Entscheidungen in der zahnärztlichen Prothetik ging, bekamen einen anderen Fragebogen (SDM-Q). In folgenden fünf Zentren wurde der UP24-Fragebogen eingesetzt:

- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
 - Gefäßsprechstunde
 - MS-Ambulanz
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel (UKSH):
 - Knochenmarkstransplantation (KMT)
- Evangelische Kliniken Gelsenkirchen:
 - Radioonkologie und Strahlentherapie
- Klinikum Osnabrück:
 - Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie

4.7 Studienablauf

Nach Kontaktaufnahme durch ein Studienmitglied wurde mit den Teilnehmern pro Zentrum eine Kick-off-Veranstaltung geplant. Alle teilnehmenden Ärzte wurden von den geschulten Untersuchern mündlich und schriftlich über die Studie informiert. Sie erhielten die Fragebogenhefte mit genauen Instruktionen, wann welcher Bogen ausgefüllt werden sollte. Die Ärzte erklärten freiwillig ihre Teilnahme in einer Einverständniserklärung und durchliefen die Studie laut Studiendesign (Abschnitt 4.1) eng begleitet durch die geschulten Untersucher (Kasper, Geiger und Liethmann). Jeder Arzt wählte zur Durchführung des Gesprächs einen Patienten aus, der sich an einem Punkt der Diagnostik oder Therapie befand, an dem es galt, eine Entscheidung zu treffen. Es war dabei wichtig, dass die Entscheidung vorher absehbar war und dass es mehr als eine Option gab. Die Entscheidung aufzuschieben, konnte ebenfalls eine Option sein. Ungeeignet waren Patienten, die so stark körperlich, seelisch oder kognitiv beeinträchtigt waren, dass der Arzt ihnen die Entscheidung abnehmen musste. Die Patienten wurden kurz vor der Konsultation über die Studie informiert und um die Einwilligung zur Teilnahme gebeten.

4.8 Randomisierung

Die Aufteilung der Studienteilnehmer in Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte durch blockweise Randomisierung in den einzelnen Zentren. Waren die Namen vor dem ersten Treffen zwischen Teilnehmern und Studiengruppe bekannt, so erfolgte die Zuteilung abwechselnd in der Reihenfolge der Namen. Waren die Namen vorher nicht bekannt, erfolgte die Zuteilung zufällig und die nicht namentlich gekennzeichneten Studienpakete wurden willkürlich verteilt. Es wurde darauf geachtet, dass möglichst pro Zentrum die gleiche Anzahl an Teilnehmern in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt wurden (Bsp. 4 Teilnehmer, 2 Interventionsgruppe, 2 Kontrollgruppe). Es wurden auch Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Diagnosen erfasst, um später Gruppenunterschiede aufdecken zu können.

4.9 Verblindung

Die Verblindung der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen wurde dadurch gewährleistet, dass alle die gleiche Intervention (Training), jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhielten. Es wurde ihnen nicht mitgeteilt, ob sie der Interventions- oder Kontrollgruppe (IG oder KG) angehören. Die teilnehmenden Patienten und Patientinnen wurden ebenfalls nicht darüber

informiert, welcher der beiden Gruppen ihr Arzt oder ihre Ärztin angehörte und auf welcher Trainingsstufe er sich befand.

Die Auswertung der Videos wurde von unabhängigen Personen durchgeführt, nachdem sie durch einen Code verschlüsselt wurden und nicht zu erkennen war, in welchem Abschnitt des Trainings sie entstanden waren.

4.10 Statistische Methoden

Tabelle 4: Operationalisierung im Überblick.

Fragestellung	Wirkungsparameter	Instrument	Operationalisierung
Effektivität der Intervention			
	SDM _{Mass}	MAPPIN'SDM	$SDM_{mass} = \frac{\frac{M(MAP Patient)}{4} + \frac{M(MAP Beobachter, Dyade)}{4} + \left(\frac{weighted T(MAP Arzt, MAP Patient) + 1}{2}\right)}{3}$
Effekt von SDM anhand des UP24			
	ELAB	UP24	$ELAB = Var \left[\left(\frac{M_1}{M_{total}} - 1 \right), \left(\frac{M_2}{M_{total}} - 1 \right), \dots, \left(\frac{M_g}{M_{total}} - 1 \right) \right]$

Es war geplant die Hypothesen mit einem t-Test für zwei unabhängige Stichproben und einem Signifikanzniveau von 5% (zweiseitig) zu überprüfen. Alle Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 22 gemacht.

5 Durchführung

Die ursprüngliche Planung sah vor, dass zwischen den Gesprächsaufzeichnungen während des Trainings eine Woche und in der Warte-Kontrollgruppe zwei Wochen zwischen den beiden Baseline-Erhebungen liegen sollten (Geiger et al., 2011). Während der Datenerhebung stellte sich heraus, dass dieser Zeitplan in den Zentren nicht mit dem Klinikalltag vereinbar war, so dass die Durchführung der Studie letztlich insgesamt drei Jahre dauerte (05/2011-04/2014). Der Follow-up-Zeitraum wurde ebenfalls angepasst. Zwischen dem letzten Gespräch und der Follow-up-Aufzeichnung sollten drei Monate liegen, nicht wie anfangs geplant sechs Monate (Liethmann, 2014).

Für die Hauptstudie, der Evaluation des Ärztetrainings, wurden insgesamt zehn Zentren eingeschlossen. Erst nach Einschluss in die Studie ergaben sich in zwei Zentren Probleme, die zum Ausschluss aus der Studie führten. Trotz intensiver Hilfestellung zur Identifizierung von geeigneten Entscheidungsgesprächen konnte die Studie in der Neurochirurgie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKSH Campus Kiel nicht durchgeführt werden. Andere einzelne Teilnehmer mussten ebenfalls ausgeschlossen bzw. ersetzt werden. Die Hauptgründe für den Ausschluss lagen darin, dass die Ärzte entweder gar keine oder zu selten Entscheidungsgespräche führten oder dass sie ausbildungs- bzw. systembedingt die Arbeitsstelle wechselten.

6 Ergebnisse

Es wird zunächst die Stichprobe beschrieben (6.1). Danach folgt die Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf die in Abschnitt 4.2 und 4.3 aufgestellten Hypothesen (6.2 und 6.3). Im Anschluss wird die weitere Betrachtung der Ergebnisse in Reanalysen (6.4) vorgenommen.

6.1 Stichprobe

Initial wurden zehn Zentren in die Studie eingeschlossen. Es wurden pro Zentrum mindestens vier Teilnehmer eingeplant. Zwei Zentren (Neurochirurgie Herdecke: sieben Teilnehmer; vier IG, drei KG und Gynäkologie Kiel: vier Teilnehmer; zwei IG, zwei KG) mussten aus bereits oben genannten Gründen ausgeschlossen werden. 15 Personen aus den verbliebenen Zentren nahmen nie ein Gespräch auf. Die meisten verließen das Studienzentrum und gaben das Studienpaket an Ihren Nachfolger oder ihre Nachfolgerin weiter (neun Personen). Sechs Studienpakete blieben auf die Weise gänzlich unbenutzt. Eine Person begann zwar das Training, musste jedoch vorzeitig abbrechen.

Insgesamt nahmen 38 Ärzte (19 Ärzte in der Interventionsgruppe; 19 Ärzte in der Kontrollgruppe) an der Hauptstudie teil und durchliefen das Training. Von diesen 38 Ärzten nahmen wiederum 18 Ärzte (12 Männer, 6 Frauen) an der Teilstudie zum Ungewissheitserleben des Patienten teil. Diese Ärzte waren im Mittel 39,67 Jahre alt und besaßen im Mittel 11,35 Jahre Berufserfahrung (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Stichprobe Ärzte.

		N
<i>Ärzte</i>		18
<i>Geschlecht</i>	w	6
	m	12
<i>Alter (Jahre)</i>	M	39,67
	SD	6,94
	Range	31-52
<i>Klinische Tätigkeit (Jahre)</i>	M	11,35
	SD	6,75
	Range	2-23

Die Stichprobe der Patienten konnte im Vorfeld nicht beeinflusst werden. Die teilnehmenden Ärzte sprachen Patienten an, bei denen eine Entscheidung zu treffen war und baten um die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie. Insgesamt nahmen 150 Patienten an der Studie teil, 56 männliche und 94 weibliche. 71 Patienten davon füllten vor und nach dem Gespräch den UP24 Fragebogen aus, der für die vorliegende Arbeit von Relevanz war. sechs Patienten mussten aufgrund zu vieler fehlender Werte ausgeschlossen werden.

Die Patienten waren im Mittel 54,78 Jahre alt. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus Patienten der verschiedenen teilnehmenden Zentren (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Stichprobe Patienten.

		N
<i>Patient</i>		71
<i>Geschlecht</i>	w	32
	m	39
<i>Zentrum</i>	Strahlentherapie	15
	Gefäßsprechstunde	8
	MS-Ambulanz	16
	KMT	16
<i>Diagnosen</i>	Chirurgie	16
	Krebserkrankung	29
	MS	16
	Erkrankung des Gefäßsystems	6
	Erkrankung des Skelettsystems	10
<i>Alter (Jahre)</i>	Erkrankung des Magen-Darm-Traktes	10
	M	54,78
	SD	15,48
	Range	22-80

6.2 Varianzzunahme

Laut der ersten Hypothese sollte die Varianz zwischen den Ungewissheitsbereichen nach dem SDM-Gespräch einen höheren Wert erreichen als vorher. Die Varianz erreicht einen Wert $ELAB_{prä}$ von .46 und $ELAB_{post}$ von .71. Die Differenz ($\Delta ELAB$) beträgt -.25 mit einem p-Wert von .198. Die leichte Varianzzunahme wird somit nicht signifikant (siehe Tabelle 7).

Die zweite Hypothese lautete, dass ein Zusammenhang zwischen der Varianzzunahme in einzelnen Ungewissheitsbereichen und der SDM-Fähigkeit der Ärzte besteht. Die Korrelation zwischen $\Delta ELAB$ und SDM_{mass} ergibt einen Wert von $r = -.12$ ($p = .35$). Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Varianzzunahme im Ungewissheitserleben des Patienten und der geteilten Entscheidungsfindung kann nicht hergestellt werden (siehe Tabelle 8). Die Punktwolke zur Korrelation von SDM_{mass} und $\Delta ELAB$ (siehe Diagramm 3) zeigt deutlich, dass hier kein linearer Zusammenhang besteht.

Tabelle 7: Mittelwerte von $ELAB_{prä}$ und $ELAB_{post}$.

$ELAB_{prä}$ (SD)	$ELAB_{post}$ (SD)	$\Delta ELAB_{prä-post}$ (SD)	t	df	p
.46 (1.37)	.71 (1.77)	-.25 (1.57)	-1.3	64	.2

Tabelle 8: Mittelwerte von $\Delta ELAB_{prä-post}$, SDM_{mass} und deren Korrelationskoeffizient

$\Delta ELAB_{prä-post}$ (SD)	SDM_{mass} (SD)	$r_{\Delta ELAB, SDM_{mass}}$	p
-.25 (1.57)	.69 (.08)	-.12	.35

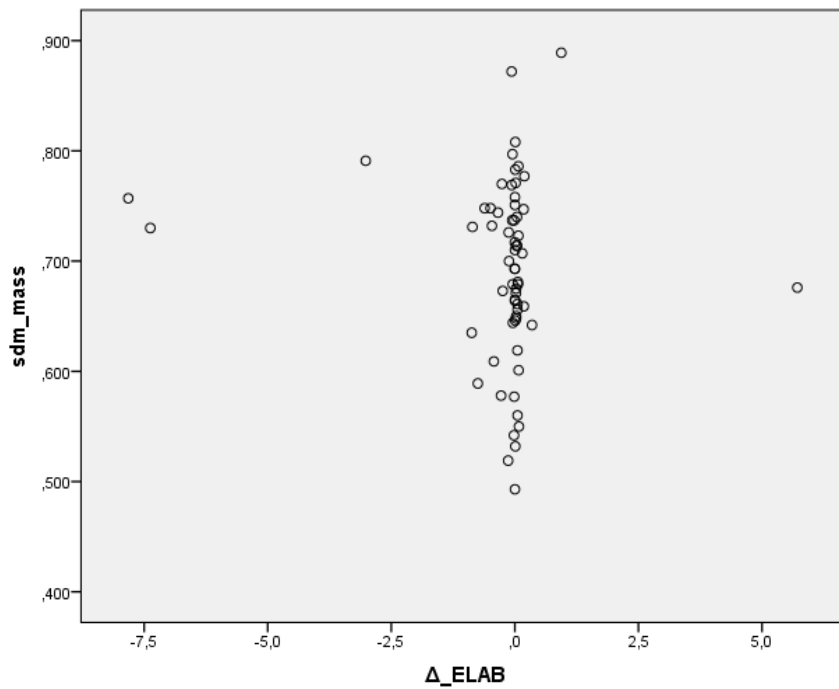


Diagramm 3: Korrelation zwischen SDM_{mass} und ΔELAB .

6.3 Veränderung des Ungewissheitsmaßes

Die dritte und vierte Hypothese beschäftigen sich näher mit den Veränderungen in den einzelnen acht Skalen des Ungewissheitserlebens. Unbestimmt sei jedoch, ob es sich dabei um eine Zunahme der Ungewissheit oder die Abnahme der Ungewissheit handele.

Das Maß an Ungewissheit in der untersuchten Stichprobe lag insgesamt eher im unteren Bereich und veränderte sich auch nach einem SDM-Gespräch nur wenig. In allen Skalen war nach dem Gespräch weniger Ungewissheit messbar als vor dem Gespräch. Die Veränderungen lagen im Bereich von .07 bis .39. Die geringste Veränderung zeigt sich in der Skala „Kausalattribution“ (Skala 5). Die größte Veränderung zeigt sich in der Skala mit Fragen über den Behandlungsverlauf der Erkrankung (Skala 8), gefolgt von der Skala über die Informationsentschlüsselung (Skala 3; siehe Tabelle 9).

Auch hier konnte kein Zusammenhang zwischen einem SDM-Gespräch und der Veränderung des Ungewissheitsmaßes hergestellt werden. Der Korrelationskoeffizient lag zwischen -.07 und .12 mit einem p-Wert von .58 bis .97 (siehe Tabelle 10).

Tabelle 9: Skalenmittelwerte vor und nach dem SDM-Gespräch mit Standardabweichungen und Differenzwerten.

Ungewissheitsqualitäten	$M_{\text{prä}}$ (SD)	M_{post} (SD)	$\Delta M_{\text{prä-post}}$ (SD)	t	df	p-Wert
Soziale Integration	1.76 (1.08)	1.63 (1.2)	.13 (.84)	1.28	64	.21
Diagnose und Prognose	2.52 (1.06)	2.37 (1.21)	.14 (.95)	1.22	64	.23
Informationsentschlüsselung	1.95 (1.22)	1.73 (1.31)	.22 (1.07)	1.68	64	.1
Bewältigung von Anforderungen	2.30 (1.22)	2.21 (1.4)	.09 (1.09)	.72	64	.48
Kausalattribution	1.61 (1.24)	1.54 (1.3)	.07 (.83)	.70	64	.49
Rollenpräferenz	2.33 (1.21)	2.17 (1.33)	.16 (.95)	1.35	64	.18
Qualität des Arztes	2.36 (1.37)	2.15 (1.41)	.21 (1.15)	1.50	64	.14
Behandlung	2.85 (1.18)	2.46 (1.30)	.39 (1.09)	2.88	64	.005

Tabelle 10: Differenzen der Skalenmittelwerte ($\Delta M_{\text{prä-post}}$), Mittelwert SDM_{mass} und deren Korrelationskoeffizienten.

Ungewissheitsqualitäten	$\Delta M_{\text{prä-post}}$ (SD)	M_{sdmmass} (SD)	$r_{\Delta M, SDM_{\text{mass}}}$	p-Wert
Soziale Integration	.13 (.84)	.69 (.08)	.03	.81
Diagnose und Prognose	.14 (.95)	.69 (.08)	.07	.58
Informationsentschlüsselung	.22 (1.07)	.69 (.08)	-.03	.84
Bewältigung von Anforderungen	.09 (1.09)	.69 (.08)	.03	.83
Kausalattribution	.07 (.83)	.69 (.08)	-.01	.93

Ungewissheits- qualitäten	$\Delta M_{\text{prä-post}}$ (SD)	M_{sdmmass} (SD)	$r_{\Delta M, \text{SDMmass}}$	p-Wert
Rollenpräferenz	.16 (.95)	.69 (.08)	-.02	.87
Qualität des Arztes	.22 (1.15)	.69 (.08)	-.02	.85
Behandlung	.39 (1.09)	.69 (.08)	-.005	.97

6.4 Reanalysen

Im vorigen Abschnitt wurde bereits deutlich, dass kaum signifikante Ergebnisse erzielt werden konnten. Die Daten wurden daher noch einmal explorativ unter anderen Gesichtspunkten untersucht. Wie bereits weiter oben beschrieben untersuchten Kasper et al. in einer Studie aus dem Jahr 2011 verschiedene Messinstrumente für SDM und kamen zu dem Ergebnis, dass die verschiedenen Instrumente unterschiedliche Sichtweisen berücksichtigen und nicht miteinander korrelieren. Vor diesem Hintergrund müssen auch die Messinstrumente dieser Arbeit neu betrachtet werden. MAPPIN´SDM berücksichtigt die drei Sichtweisen von Arzt, Patient und Beobachter in Bezug auf das Maß an SDM. Der UP24 misst patientenseitig das Maß an Ungewissheit vor und nach dem Gespräch. Es wurde daher in der Reanalyse der Versuch unternommen einen Zusammenhang zwischen **Veränderungen im Ungewissheitserleben des Patienten (ΔELAB) und dem patientenseitig wahrgenommenen Maß an SDM ($\text{MAPPIN´SDM}_{\text{Patient}}$)** herzustellen. Wie Tabelle 11 zeigt, konnte jedoch auch hier kein signifikantes Ergebnis erreicht werden ($r_{\Delta\text{ELAB}; \text{MAPPIN´SDM}_{\text{Patient}}} = -.12$).

Die Daten für ΔELAB zeigen in Diagramm 3 deutlich, dass einerseits Extremwerte entstehen andererseits jedoch wenig Variabilität im Zahlenbereich zwischen -1 und 1 zu sehen ist. Für die **Neuberechnung der Korrelation ohne Extremwerte** wurden acht Datensätze ausgeschlossen, so dass nur der Bereich zwischen -1 und 1 erneut betrachtet wurde. Auch auf diese Weise kommt es zu keiner deutlicheren Korrelation zwischen ΔELAB und SDM_{mass} (siehe Tabelle 12). Wie zu erwarten, wird ΔELAB noch kleiner und die Korrelation noch geringer.

Im Anschluss daran erfolgte die erneute Betrachtung der Hypothesen unter Ausschluss einiger vermeintlich weniger relevanter Diagnosen. Obwohl die Vorauswahl der Patienten über die Zentren erfolgte und der UP24 nur in Zentren mit schwerer Erkrankten eingesetzt wurde, reichten die Diagnosen vom Larynxkarzinom bis zur Leistenhernie und beinhalteten sowohl akute als auch chronische Erkrankungen. Der UP24-Fragebogen wurde für chronisch erkrankte Patienten entwickelt und erfasst daher hauptsächlich Ungewissheitsbereiche, die

für einen akut kranken Menschen nicht unbedingt im Vordergrund stehen. In einer Reanalyse wurde daher der Versuch unternommen, die vermeintlich **weniger relevanten Diagnosen** (n=20) auszuschließen. Dazu wurden Erkrankungen des Skelettsystems (Fersensporn (n=2), Coxarthrose (n=2), Synoviitis (n=1), Leistenhernie (n=3)), Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Divertikulitis (n=1), Gallensteine (n=3), Bauchschmerzen (n=2), Ösophagusdivertikel (n=1)) und Erkrankungen des Gefäßsystems (Schlaganfall (n=2), Arteriosklerose (n=2), Carotisstenose (n=2)) gezählt. Tabelle 13 zeigt die ausgeschlossenen Diagnosen. Tabelle 14 zeigt die Mittelwerte und die Varianzen des UP24 vor und nach dem SDM-Gespräch. Auch hier zeichnet sich nur eine leichte Veränderung des Ungewissheitsmaßes ab. $ELAB_{prä}$ beträgt .41, $ELAB_{post}$ beträgt .71 mit einer Differenz ($\Delta ELAB$) von -.3. Die Varianzzunahme ist hier etwas höher als ohne Ausschluss der weniger relevanten Diagnosen. Die Korrelation zwischen Varianzzunahme und Maß an SDM beträgt -.08. Es kann auch unter Ausschluss vermeintlich weniger relevanter Diagnosen kein Zusammenhang hergestellt werden (siehe Tabelle 15). Betrachtet man in Tabelle 16 die einzelnen Skalen von Ungewissheit, werden die größten Veränderungen in Skala 8 ($\Delta M=.35$) und Skala 3 ($\Delta M=.2$) (Informationsentschlüsselung und Behandlungsverlauf) deutlich. Die geringsten Veränderungen sind in Skala 4 ($\Delta M=.06$) und Skala 2 ($\Delta M=.06$) zu verzeichnen (Bewältigung von Anforderungen und Diagnose/Prognose). Ebenso wenig kann durch Ausschluss weniger relevanter Diagnosen ein Zusammenhang zwischen dem Maß an Ungewissheit in den einzelnen Skalen und dem SDM-Gespräch hergestellt werden. Die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen -.04 und .1 (siehe Tabelle 17).

Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, konnte 2007 durch Hamann et al. gezeigt werden, dass MS-Patienten mehr Teilhabe in der Entscheidungsfindung wünschen als andere Patienten. Es wurde vermutet, dass ein Zusammenhang besteht zwischen mehr Ungewissheit bezüglich des Erkrankungs- und Therapieverlaufes und dem Wunsch an der Therapieentscheidung teilzuhaben. Die **einzelne Betrachtung der MS-Patienten** (n=16) in dieser Studie konnte dies jedoch nicht bestätigen. Die Gesamtmittelwerte der Ungewissheitsskalen vor ($M_{ms-prä}=1.9$; $M_{rest-prä} = 2.31$; $t= -1.45$; $p= .3$) und nach dem SDM-Gespräch ($M_{ms-post}=1.64$; $M_{rest-post}=2.16$; $t=-1.59$; $p=.76$) unterschieden sich nicht signifikant von denen der anderen Patienten (n=49).

Tabelle 11: Mittelwerte von $\Delta ELAB_{prä-post}$, $MAPPIN'SDM_{Patient}$ und deren Korrelationskoeffizient.

$\Delta ELAB_{prä-post}$ (SD)	$MAPPIN'SDM_{Patient}$ (SD)	$r_{\Delta ELAB; MAPPIN'SDM_{Patient}}$	p
-.25 (1.57)	3.67 (.38)	-.12	.35

Tabelle 12: Mittelwerte von $\Delta ELAB$, SDM_{mass} und deren Korrelationskoeffizient unter Ausschluss von Extremwerten.

$\Delta ELAB_{\text{prä-post}}$ (SD)	SDM_{mass} (SD)	$r_{\Delta ELAB; SDM_{\text{mass}}}$	p
-0.03 (.17)	.69 (.08)	-.06	.66

Tabelle 13: Weniger relevante Diagnosen

	N
<i>Diagnosen</i>	21
<i>Erkrankungen des Skelettsystems</i>	8
<i>Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes</i>	7
<i>Erkrankungen des Gefäßsystems</i>	6

Tabelle 14: Mittelwerte von $ELAB_{\text{prä}}$, $ELAB_{\text{post}}$ und $\Delta ELAB$ unter Ausschluss weniger relevanter Diagnosen.

$ELAB_{\text{prä}}$ (SD)	$ELAB_{\text{post}}$ (SD)	$\Delta ELAB_{\text{prä-post}}$ (SD)	t-Wert	df	p
.41 (1.22)	.71 (1.84)	-.3 (1.24)	-1.58	41	.12

Tabelle 15: Mittelwerte von $\Delta ELAB_{\text{prä-post}}$, SDM_{mass} und deren Korrelationskoeffizient unter Ausschluss weniger relevanter Diagnosen

$\Delta ELAB_{\text{prä-post}}$ (SD)	SDM_{mass} (SD)	$r_{\Delta ELAB, SDM_{\text{mass}}}$	p
-.3 (1.24)	.7 (.09)	-.08	.6

Tabelle 16: Skalenmittelwerte vor und nach dem SDM-Gespräch, Korrelationskoeffizient von ΔM und SDM_{mass} unter Ausschluss weniger relevanter Diagnosen.

Ungewissheitsqualitäten	$M_{prä}$ (SD)	M_{post} (SD)	$\Delta M_{prä-post}$ (SD)	t-Wert	df	p-Wert
Soziale Integration	1.67 (1.04)	1.59 (1.15)	.08 (.81)	.67	41	.51
Diagnose und Prognose	2.44 (1.06)	2.39 (1.24)	.06 (.89)	.41	41	.69
Informationsentschlüsselung	1.87 (1.25)	1.67 (1.28)	.2 (1.09)	1.18	41	.25
Bewältigung von Anforderungen	2.35 (1.2)	2.29 (1.41)	.06 (1.02)	.40	41	.69
Kausalattribution	1.60 (1.24)	1.52 (1.27)	.09 (.81)	.70	41	.49
Rollenpräferenz	2.16 (1.17)	2.06 (1.29)	.10 (.87)	.77	41	.45
Qualität des Arztes	2.10 (1.34)	2.03 (1.41)	.07 (1.12)	.42	41	.68
Behandlung	2.73 (1.18)	2.38 (1.25)	.35 (1.13)	2.01	41	.05

Tabelle 17: Differenzwerte der Skalenmittelwerte ($\Delta M_{prä-post}$), Mittelwert SDM_{mass} und deren Korrelationskoeffizient unter Ausschluss weniger relevanter Erkrankungen.

Ungewissheitsqualitäten	$\Delta M_{prä-post}$ (SD)	$M_{sdmmass}$ (SD)	$r_{\Delta M, SDM_{mass}}$	p-Wert
Soziale Integration	.08 (.81)	.69 (.08)	.1	.53
Diagnose und Prognose	.06 (.89)	.69 (.08)	.005	.98
Informationsentschlüsselung	.2 (1.09)	.69 (.08)	.08	.63
Bewältigung von Anforderungen	.06 (1.02)	.69 (.08)	.07	.63
Kausalattribution	.09 (.81)	.69 (.08)	-.04	.81

Ungewissheits- qualitäten	$\Delta M_{\text{prä-post}}$ (SD)	M_{sdmmass} (SD)	$r_{\Delta M, \text{SDMmass}}$	p-Wert
Rollenpräferenz	.10 (.87)	.69 (.08)	.004	.98
Qualität des Arztes	.07 (1.12)	.69 (.08)	.02	.9
Behandlung	.35 (1.13)	.69 (.08)	.13	.40

7 Diskussion

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer randomisiert-kontrollierten Studie, in der ein neu entwickeltes Ärztetraining (doktormitSDM) evaluiert wurde (Liethmann, 2014). Das Training wurde von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen durchlaufen. Die Evaluation des Trainings erfolgte mittels Fragebogen (MAPPIN´SDM), der die Sichtweisen aller drei Perspektiven (Arzt, Patient, Beobachter) berücksichtigte. Bei allen teilnehmenden Ärzten konnte ein Trainingseffekt nachgewiesen werden. Im Rahmen dieser Arbeit soll ein Zusammenhang zwischen dem Ungewissheitserleben des Patienten und den SDM-Fähigkeiten des Arztes hergestellt werden. Außerdem soll eine Varianzzunahme bzw. eine Veränderung in den einzelnen Bereichen des Ungewissheitserlebens bewiesen werden. Die Patienten wurden unmittelbar vor und nach dem Entscheidungsgespräch gebeten, den Fragebogen zur Erfassung ihres Ungewissheitserlebens (UP24) auszufüllen. Der Fragebogen ist eine Kurzversion des QUICC und konnte im Vorfeld in mehreren Studien als reliables Messinstrument eingestuft werden.

Die jetzt vorliegenden Daten zeigen, dass sich das Ungewissheitserleben in den einzelnen Bereichen nur leicht und nicht signifikant verändert. Es kommt zu keiner relevanten Varianzzunahme nach dem SDM-Gespräch. Deutlich wird, dass das höchste Maß an Ungewissheit im Bereich der Behandlung (Skala 8) vorliegt. Dort tritt auch die größte Differenz von vorher zu nachher auf. Für den Patienten ist entscheidend, was in seinem Falle die richtige Behandlung wäre und was er selbst zur Behandlung beitragen könnte. Auch nach dem Gespräch ist in diesem Bereich das höchste Maß an Ungewissheit vorhanden, wenn auch geringer als vor dem Gespräch. Trotz nicht signifikanter Ergebnisse in der Gesamtauswertung ist anzunehmen, dass es dem SDM-Gespräch geschuldet ist, wenn es hier zu einer Abnahme an Ungewissheit kommt.

Ebenso wichtig für den Patienten ist der Bereich der Diagnose und Prognose. Wie wird sich die Erkrankung entwickeln? Was haben die Symptome zu bedeuten? Hier zeigt sich das zweithöchste Maß an Ungewissheit, sowohl vor als auch nach der Intervention.

Das geringste Maß an Ungewissheit liegt im Bereich der Kausalattribution vor. Für den Patienten scheint es nicht sehr entscheidend, welcher Sinn hinter der Erkrankung steckt und in welchem Ausmaß das bisherige Leben für den Ausbruch der Krankheit eine Rolle spielt. Daran scheint auch die SDM-Intervention nichts zu ändern. In diesem Bereich wird die geringste Veränderung vor und nach dem Gespräch verzeichnet.

Ein weiterer Bereich, in dem ein geringes Maß an Ungewissheit messbar wurde, ist der Bereich der sozialen Einbindung. Die Patienten scheinen gefestigt in ihren sozialen Beziehungen oder diese werden durch die Erkrankung nicht sehr beeinflusst. Außerdem ist es möglich, dass Patienten, die die Diagnose ihrer Erkrankung schon eine Weile kennen,

sich bereits eingehend mit der Erkrankung und ihrem sozialen Umfeld beschäftigt haben. Es spielt daher keine große Rolle mehr im Ungewissheitserleben des Patienten.

Weitere Überlegungen gründeten auf einer Studie aus dem Jahr 2012 in der Kasper et al. die verschiedenen Messmethoden von SDM untersuchten. Es wurde deutlich, dass ein und dasselbe Konstrukt aus unterschiedlichen Sichtweisen beurteilt wurde und diese kaum miteinander korrelieren. In Bezug auf die Ergebnisse dieser Arbeit lässt sich daraus ein möglicher Schwachpunkt ableiten. Der UP24 misst die patientenseitige Ungewissheit und korreliert hier nicht mit dem Maß an SDM, dass mit Hilfe des MAPPIN´SDM-Fragebogens aus drei verschiedenen Sichtweisen (Arzt, Patient und Beobachter) bewertet wird. Wie die Reanalyse der Daten zeigt, kann jedoch auch zwischen patientenseitig gemessenem Maß an SDM (MAPPIN´SDM_{Patient}) und der Veränderung im Ungewissheitsprofil des Patienten kein Zusammenhang dargestellt werden. Ein übergeordnetes Ziel dieser Arbeit sollte auch die weitere Evaluation des UP24-Fragebogens sein, der als Kurzversion des QUICC entwickelt wurde und als sensitiv und spezifisch eingestuft wurde. Anhand der nun vorliegenden Daten kann dazu jedoch keine eindeutige Aussage getroffen werden.

Andere Überlegungen führten dazu, die Operationalisierung mittels ELAB in Frage zu stellen. Aufgrund einiger extrem hoher Werte ist kein sinnvoller Blick mehr auf die Hypothesen möglich. Wie Diagramm 3 zeigt, erscheinen die Varianzen dadurch sehr gering. Die Neuberechnung unter Ausschluss einiger Datensätze mit Extremwerten führte jedoch auch nicht zu größeren Varianzveränderungen. Ein weiterer Punkt ist, dass das SDM-Level durch das Training zwar signifikant ansteigt, sich jedoch auch insgesamt auf einem niedrigen Niveau und mit wenig Varianz bewegt. Es ist daher weniger wahrscheinlich, dass Korrelationen mit anderen Maßen entstehen.

Die Patientenstichprobe dieser Studie konnte im Vorfeld nicht beeinflusst werden, so dass auch Patienten eingeschlossen wurden, die an einer nicht-chronischen Erkrankung litten (z.B. Gallensteine, Leistenhernie, Bauchschmerzen). Es wurde vermutet, dass Patienten mit einer akuten Erkrankung insgesamt weniger Ungewissheit verspüren und sich nicht mit den Fragen des UP24 auseinandersetzen. Diese Annahme könnte auch das insgesamt niedrige Maß an Ungewissheit erklären. Die Reanalyse der Daten mit Ausschluss dieser akut Erkrankten lieferte jedoch keine signifikanteren Ergebnisse. Es zeigt sich auch weiterhin ein insgesamt niedriges Maß an Ungewissheit und es kann kein Zusammenhang hergestellt werden. Man könnte also noch weiter gehen und behaupten, dass die Akuität der Erkrankung keine Auswirkungen auf das Ungewissheitserleben des Patienten hat. Ein Schwachpunkt dieser Reanalyse ist, dass auch chronische Erkrankungen (Coxarthrose, Arteriosklerose) ausgeschlossen wurden. Es wurde jedoch angenommen, dass ein Patient mit einer Coxarthrose sich nicht gleichermaßen intensiv mit seiner Erkrankung und seinen Ungewissheiten auseinandersetzt wie ein Patient mit einer Krebserkrankung.

In diesem Zusammenhang ist auch die Studie vom Hamann et al. aus dem Jahr 2007 interessant. Es wurde untersucht, wie groß das Interesse der Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen ist, am Entscheidungsprozess teilzunehmen. Die Ergebnisse zeigen, dass es kaum Unterschiede zwischen akut und chronisch erkrankten Patienten gibt. Einzig die MS-Patienten haben ein signifikant größeres Interesse daran, aktiv den Entscheidungsprozess zu beeinflussen. Es wird vermutet, dass es auch einer größeren Ungewissheit bezüglich des Krankheitsverlaufes sowie der Therapiemöglichkeiten geschuldet ist, dass gerade diese Patienten mehr Teilhabe am Entscheidungsprozess wünschen. Die Betrachtung des Ungewissheitsmaßes der MS-Patienten in dieser Studie kann dies jedoch nicht bestätigen. Die MS-Patienten zeigen kein höheres Maß an Ungewissheit als der Rest der Patienten.

Eine mögliche Ursache für die schlechten Ergebnisse der Haupthypothesen dieser Arbeit könnte der Zeitfaktor gewesen sein. In einer Vorstudie (Geiger, 2007) wurden Patienten mit Depressionen, die an einer Psychoedukationsgruppe teilnahmen, gebeten, zu unterschiedlichen Zeitpunkten den QUICC-Fragebogen auszufüllen. Die Psychoedukationsgruppe wurde als SDM-ähnliche Intervention gewertet, da dort Inhalte und Informationen über die eigene Erkrankung vermittelt und verhandelt wurden. In dieser Studie konnte eine deutliche Varianzzunahme dargestellt werden. Im Vergleich zu der vorliegenden Studie wurde eine kleinere Patientengruppe mit Depressionen über einen längeren Zeitraum beobachtet. In der vorliegenden Studie wurden die Patienten gebeten, vor und unmittelbar nach einem Gespräch die Fragen zum Ungewissheitserleben zu beantworten. Die Zeitspanne zwischen Vorher- und Nachher-Befragung ist in diesem Falle sehr kurz. Die Gesprächsinhalte und neuen Informationen konnten möglicherweise nicht gut verinnerlicht werden und somit auch zu keiner signifikanten Veränderung des Ungewissheitserleben führen. Es ist außerdem fraglich, wie weit der Zeitpunkt der Diagnosestellung zurückliegt, also wieviel Möglichkeit die Patienten bisher hatten, sich mit Ihrer Erkrankung und diesbezüglichen Ungewissheiten auseinanderzusetzen. Es ist daher anzunehmen, dass sich die Wahrnehmung der verschiedenen Ungewissheitsqualitäten erst über einen längeren Zeitraum hinweg entwickelt und dass viele unterschiedliche Faktoren den Prozess beeinflussen. Oder aber die Diagnose liegt bereits längere Zeit zurück, so dass auch schon zum ersten Zeitpunkt wenig Ungewissheit vorhanden war. Dann ist es umso einleuchtender, dass ein SDM-Gespräch zu keiner signifikanten Veränderung im Ungewissheitserleben des Patienten führt. Auch die Inhalte des Gespräches sind dafür natürlich entscheidend. Es wäre außerdem vorstellbar, dass die Patienten ein möglichst konstantes Bild von sich vermitteln wollen. Der Patient empfindet es womöglich als unglaublich, vor dem Gespräch ein geringes und nur kurze Zeit später nach dem Gespräch ein hohes Maß an Ungewissheit wahrzunehmen oder umgekehrt.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit das Ungewissheitserleben nicht auch durch andere Kommunikationsformen beeinflusst werden kann. Wäre es nicht denkbar, dass es zu einer Varianzzunahme bzw. Veränderung im Ungewissheitsprofil kommt, wenn zuvor ein paternalistisches Gespräch stattgefunden hat? Es sollten weitere Studien zum Ungewissheitserleben des Patienten implementiert werden. Der UP24 sollte weiter evaluiert und sowohl für Studien mit chronisch als auch akut kranken Patienten weiter entwickelt werden. Außerdem sind Studien in Arbeit, die die vielversprechenden Ergebnisse der Hauptstudie untermauern und das doktormitSDM-Ärztetraining für alle medizinischen Berufsgruppen öffnen sollen.

8 Literatur

- Bunge, M.** (2010). What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Education and Counseling*, 78, 316-328.
- Brashers, D. E.**, Neidig, J.L., Haas, S. M., Dobbs, L. K., Cardillo L. W., Russel, J. A. (2000). Communication in the Management of Uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS. *Communication monographs*, 67, 63-84.
- Brashers, D. E.** (2001). Communication and uncertainty management. *Journal of Communication*, 51 (3), 477-497.
- 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 and Medicine*, 44 (5), 681-692.
- Charles, C.**, Gafni, A., Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49, 651-661.
- Coulter, A.** & Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and health care providers. *European Journal of Public Health*, 15, 355-60.
- Elwyn, G.**, Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P. & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making - a systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling*, 43, 5-22.
- 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.
- Geiger, F.** (2007). Shared decision making als Verhandlung von Ungewissheiten. http://elib.ub.uni-osnabrueck.de/publications/diss/E-Diss685_thesis.pdf
- 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, doi: 10.1186/1745-6215-12-232.

- 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 view. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 284-289.
- Giersdorf, N., Loh, A., Härter, M.** (2003). Quantitative Messverfahren des shared decision-making. In F. Scheibler & H. Pfaff (Hrsg.), *Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess* (S. 201-206). Weinheim: Juventa Verlag.
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Capsari, C., Härter, M.,** (2007). Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations*. 10(4):358-63.
- Isfort, J., Floer, B., Koneczny, N., Vollmar, H. C. & Butzlaff, M.** (2002). "Shared decision making" Arzt oder Patient – wer entscheidet? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 2021-2024.
- Kasper, J., Kuch, C., Heesen, C.** (2003). Shared decision-making als Interaktionsstil. F. Scheibler & H. Pfaff (Hrsg.), *Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess* (S.34-46). Weinheim: Juventa Verlag.
- 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.,** (2011). MAPPIN´SDM. Multifocal approach to the sharing in Shared decision making. Manual und Trainings-DVD. Hamburg: Institut für Kommunikation in der Medizin.
- Kasper, J., Heesen, C., Köpke, S., Fulcher, G., Geiger, F.** (2011). Patients` and observers` perception of involvement differ. Validation study on inter-relating measures for shared decision making. *PLoS ONE* 6(10):e26255.doi:10.1371/journal.pone.0026255

- 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., Hoffmann, F., Heesen C., Köpke S., Geiger F.** (2012). MAPPIN´SDM. The Multifocal Approach to Sharing in Shared decision making. PLoS ONE 7(4):e34849.doi:10.1372/journal.pone.0034849
- 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.
- Legaré, F., Moumdjid-Ferdjaoui, N., Drolet, R., Dawn, S., Härter, M., Bastian, H., Beaulieu, M.-D., Bordua, F., Charles, C., Coulter, A., Desroches, S., Friedrich, G., Gafni, A., Graham, I. D., Labrecque, M., LeBlanc, A., Légaré, J., Politi, M., Sargeant, J., Thomson, R.,** (2013). Core competencies for shared decision making training programs: Insights from an international, interdisciplinary working group. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/chp.21197.
- Liethmann, K.** (2014). Shared decision making. Evaluation eines Ärztetrainings. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der philosophischen Fakultät der CAU zu Kiel.
- Makoul, G., Clayman, M.L.** (2005). An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Education and Counseling, 60, 301-312.
- Ménard, C., Merckaert, I., Razavi, D., Libert, Y.** (2013). Decision-making in oncology: a selected literature review and some recommendations for the future. Current Opinion in Oncology, 24, 381-390.
- McNutt, R.A.** (2004). Shared Medical Decision Making. Problems, Process, Progress. Journal of the American Medical Association 292 (20), 2516-2518
- Mishel, M.H.** (1981). The Measurement of uncertainty in illness. Nursing Research. 30(5). 258-263.
- Mishel, M.H., Braden, C.J.** (1988). Finding Meaning: Antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research. 37(2):98-103, 127.

- O'Connor, A. M.** (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*, 15 (1), 25-30.
- 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.
- Scheibler, F.**, Jansen, C. & Pfaff, H. (2003). Shared decision making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48(1), 11-23.
- Simon, D.**, Loh, A., Härter, M. (2007). Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *ZaeFQ*, 101, 259-267.
- Vogel, B.** (2010). Der QUICC-S. Entwicklung und Validierung einer Kurzversion des Fragebogens QUICC zu krankheitsbezogenen Ungewissheiten am Beispiel Krebs. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Institut für Psychologie.

Internetquellen:

www.uksh.de/Das_UKSH.html; aufgerufen am 26.6.15

www.uksh.de/patienten.html; aufgerufen am 26.6.15

Gesetzestext auf der Internetseite des Bundesgesetzblattes
[http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F\[%40attr_id%3D%27bgbl109s2286.pdf%27\]__1435321714756](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F[%40attr_id%3D%27bgbl109s2286.pdf%27]__1435321714756); aufgerufen am 26.6.15

9 Anhang

9.1 Zusammenfassung

Hintergrund: SDM ist das Kommunikationsmodell, welches dem Patienten ermöglicht, sich aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen. Entscheidend ist dabei der Informationsaustausch über patientenseitige Präferenzen und die Weitergabe von evidenzbasierten Informationen, die Krankheit und Therapie betreffen. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auch von „Verhandlung von Ungewissheit“ gesprochen. Patienten tragen verschiedene Arten von Ungewissheit in sich, die im SDM-Gespräch zu verhandeln sind. SDM ist derzeit in aller Munde, wird aber bisher im klinischen Alltag nur selten praktiziert.

Forschungsstand: Patienten mit chronischen Erkrankungen verspüren acht verschiedene Arten von Ungewissheiten. Während des Krankheitsverlaufes werden diese Ungewissheiten erkannt und differenziert. Bisher konnte in einer Studie der Zusammenhang zwischen SDM und der Veränderung des Ungewissheitsprofils des Patienten dargestellt werden. Es gilt daher, die vielversprechenden Voruntersuchungen zu untermauern sowie einen Beitrag zur Evaluation eines neuen deutschsprachigen SDM-Ärztetrainings zu leisten.

Ziel der Studie: Das Ziel war es, im Rahmen der IT`S SDM-Studie einen Zusammenhang zwischen SDM und der Veränderung des Ungewissheitsprofils des Patienten herzustellen.

Methoden: Die Vorher-Nachher-Untersuchung erfolgte im Rahmen der Hauptstudie zur Evaluation eines deutschsprachigen Ärztetrainings (doktormitSDM-Ärztetraining). Dabei handelt es sich um eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie mit einer Interventions- und einer Wartekontrollgruppe. Jeder teilnehmende Arzt erhielt das SDM-Training bestehend aus Trainingsmanual, Lehrfilm und Face-to-face-Feedback. An der Teilstudie nahmen 18 Ärzte und 71 Patienten teil. Als Endpunkt zur Untersuchung des Ungewissheitsprofils diente ELAB basierend auf dem UP24-Patientenfragebogen. Als Endpunkt zur Messung von SDM diente SDM_{mass} basierend auf dem MAPPIN`SDM-Fragebogen. Angenommen wurde, dass es nach dem SDM-Gespräch zu einer Varianzzunahme im Ungewissheitsprofil des Patienten kommt. Außerdem sollte die Veränderung des Ungewissheitsmaßes in den einzelnen acht Skalen ungerichtet nachgewiesen werden. Dies wurde mit einem t-Test für zwei unabhängige Stichproben mit Signifikanzniveau von 5 % (zweiseitig) getestet.

Ergebnisse: Die Varianzzunahme ($\Delta ELAB_{prä-post} = -.25$; $t = -1.3$; $p = .198$) wurde nicht signifikant. Ebenso korrelieren SDM_{mass} und $\Delta ELAB$ nicht miteinander ($r_{\Delta ELAB, SDM_{mass}} = -.12$;

$p = .35$). Die Veränderungen in den einzelnen Ungewissheitsskalen nach erfolgter SDM-Intervention konnten ebenfalls nicht als signifikant gewertet werden.

Diskussion: Die Varianzzunahme im Ungewissheitsprofil des Patienten nach erfolgreicher SDM-Intervention konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Ebenso müssen die Veränderungen in den einzelnen Skalen von Ungewissheit als nicht-signifikant gewertet werden. Auch in verschiedenen Reanalysen (Korrelation zwischen $MAPPIN'SDM_{Patient}$ und $\Delta ELAB$, Betrachtung ohne Extremwerte, Ausschluss weniger relevanter Diagnosen) konnten keine besseren Ergebnisse erzielt werden. Ein Grund dafür kann die kurze Zeitspanne zwischen SDM-Intervention und Ausfüllen des UP24-Fragebogens gewesen sein. In der Vorstudie wurde die Patientenstichprobe über längere Zeit begleitet. Eine weitere Möglichkeit wäre die Operationalisierung mittels ELAB.

9.2 Danksagung

Mein größter Dank geht an das IT'S SDM-Studententeam: Meinen Doktorvater Prof. Dr. Friedemann Geiger, Prof. Dr. Jürgen Kasper und Dr. Katrin Liethmann. Während einiger Durststrecken haben sie nie den Glauben in mich verloren und es immer wieder geschafft, mich zu motivieren. Vielen Dank für die unglaubliche Unterstützung in den letzten Jahren und bei der Fertigstellung dieser Arbeit.

Ich bedanke mich von Herzen bei Nicole Bohmann, die mich vor allem in der Endphase meiner Arbeit fachlich sowie seelisch unterstützt hat.

Vielen Dank an meinen Mann, meine Familie und an tolle Freunde. Ihr Glaube in meine Fähigkeiten bedeutet mir sehr viel. Danke für Zuspruch, Antrieb, Ablenkung, ganz viel Hilfe und Unterstützung.

Mein letzter Dank gebührt allen teilnehmenden Ärzten und Patienten, die sich die Zeit für diese Studie genommen haben. Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie schwierig dies im Klinikalltag sein kann.

9.3 Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass meine Dissertation, abgesehen von Ratschlägen meines Doktorvaters und meiner sonstigen akademischen Lehrer, nach Form und Inhalt meine eigene Arbeit ist, dass ich außer den in der Arbeit aufgeführten keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe, und dass meine Arbeit bisher weder ganz noch in Teilen keiner anderen akademischen Stelle als Dissertation vorgelegen hat.

9.4 Akademischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Jutta Paschedag
Geburtsdatum und -ort	28.02.1983 in Hamburg
Staatsangehörigkeit	deutsch

Studium

2006 - 2009	Vorklinisches Studium der Humanmedizin. Universität Leipzig
9/2008	Erste ärztliche Prüfung. Universität Leipzig
2009 - 2012	Klinisches Studium der Humanmedizin. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
10/2012	Zweite ärztliche Prüfung. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
2012	Approbation

Promotion und Publikation

Seit 8/2010	Promotion unter der Betreuung von Prof. Dr. Friedemann Geiger, Klinik für allgemeine Pädiatrie des UKSH, Campus Kiel mit dem Titel „Wirkung von SDM auf das Ungewissheitsprofil des Patienten – eine Vorher-Nachher-Untersuchung“
10/2011	Investigating a training supporting shared decision making (IT´S SDM 2011): study protocol for a randomized controlled trial; Trials 2011; 12:23

9.5 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

X 2

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. (gemeint sind: <i>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 (also darüber, wie der Patient vorgehen will, wenn er die Entscheidung trifft).	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 (gegebenenfalls diejenige, die Entscheidung aufzuschieben).	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 (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

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

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft vollständig zu
13 Der Patient/ die Patientin hat das Gefühl, eine informierte Entscheidung getroffen zu haben.	*	*	*	*	*
14 Die Entscheidung zeigt, was diesem Patienten/ dieser Patientin wichtig ist.	*	*	*	*	*
15 Ich gehe davon aus, dass der Patient/ die Patientin bei dieser Entscheidung bleibt.	*	*	*	*	*
16 Der Patient/ die Patientin ist mit dieser Entscheidung zufrieden.	*	*	*	*	*

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

9.6 Fragebogenheft Patient (mit UP24)



**Evaluation eines Ärztetrainings
zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung**

– Patient –

**Forschungsstudie:****Evaluation eines Ärztetrainings****zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung****UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein**

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

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	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 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	①	②	③	④	17
... welchen Sinn ich in meiner Erkrankung sehen könnte.	①	①	②	③	④	18
... ob ich wirklich alles richtig verstanden habe hinsichtlich meiner Erkrankung und deren Folgen.	①	①	②	③	④	19
... inwieweit meine mir liebsten Menschen hinter mir stehen.	①	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	①	②	③	④	21
... wie genau ich über meine Erkrankung informiert sein sollte.	①	①	②	③	④	22
... ob ich auch mit meiner Erkrankung das erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe	①	①	②	③	④	23
... ob ich es bemerke, wenn meine Erkrankung schlimmer wird.	①	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 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	X 2	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. <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



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"/>



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.	①	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 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	①	②	③	④	17
... welchen Sinn ich in meiner Erkrankung sehen könnte.	①	①	②	③	④	18
... ob ich wirklich alles richtig verstanden habe hinsichtlich meiner Erkrankung und deren Folgen.	①	①	②	③	④	19
... inwieweit meine mir liebsten Menschen hinter mir stehen.	①	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	①	②	③	④	21
... wie genau ich über meine Erkrankung informiert sein sollte.	①	①	②	③	④	22
... ob ich auch mit meiner Erkrankung das erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe	①	①	②	③	④	23
... ob ich es bemerke, wenn meine Erkrankung schlimmer wird.	①	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!

9.7 Fragebogenheft Patient (mit SDM-Q)



**Evaluation eines Ärztetrainings
zur Förderung geteilter Entscheidungsfindung**

– Patient –



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein



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	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"/>

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!