



Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag

Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen
mit jungen Ärzten

DANK Die Bertelsmann Stiftung möchte den 14 jungen Ärzten für ihre Teilnahme an den Fokusgruppen und das uns entgegengebrachte Vertrauen ausdrücklich danken. Der Informationsgehalt dieses Berichts beruht auf der Offenheit aller Gesprächspartner, die ihre Erfahrungen geteilt und vertiefte Einsichten in ihren beruflichen Alltag ermöglicht haben. Zudem danken wir den beiden Studienautoren für die professionelle Gesprächsmoderation, die maßgeblich dazu beigetragen hat, dass die befragten Ärzte uns Einblick in ihren Klinikalltag gewährt haben, aber auch ihre Wünsche und Nöte offengelegt haben. Und letztlich gilt unser Dank den Experten für ihre Kommentierung und Einordnung der Kernergebnisse.

Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag

Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen
mit jungen Ärzten

Autoren

Dr. Anja Bittner
Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler

Projektteam Bertelsmann Stiftung

Marion Grote-Westrick
Stefan Palmowski

Experten

Dr. Martin Danner
Prof. Dr. Friedemann Geiger
Prof. Dr. Bernd Griewing
Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Prof. Dr. Jana Jünger
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Prof. Dr. Christiane Woopen

Inhalt

Vorwort	6
1 Hintergrund	8
2 Gemeinsame Entscheidungsfindung	9
3 Methodik und Stichprobe	11
3.1 Fokusgruppen	11
3.2 Die Stichprobe	12
3.3 Inhalte und Gesprächsleitfaden	13
3.4 Expertenkommentierung	13
4 Ergebnisse	14
4.1 Strukturelle Einflussfaktoren	15
4.2 Einflussfaktoren auf ärztlicher Seite	19
4.3 Patientenseitige Einflussfaktoren	24
4.4 Informations- und bildungsbezogene Einflussfaktoren	26
4.5 Fallbezogene Einflussfaktoren	29
5 Kernaussagen	32
6 Bewertung durch Experten	36
6.1 Kommentare zu den Kernaussagen	36
6.2 Lösungsvorschläge	40
Literatur	44
Autoren	47
Experten	48
Impressum	51

Vorwort

Wenn Ärzte ihre Patienten umfassend informieren und bei Entscheidungen einbeziehen, hat dies gleich mehrere positive Effekte. So führt die gemeinsame Entscheidungsfindung bei Patienten zu einer aktiveren Beteiligung am weiteren Behandlungsprozess, zu einer besseren Einschätzung von Risiken und zu einer insgesamt höheren Zufriedenheit.

Seit 2013 ist die gemeinsame Entscheidungsfindung sogar im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert: „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.“ Weiter heißt es dort: „Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung.

Wir wollten wissen, ob das Recht von Patienten auf Mitwirkung im Klinikalltag tatsächlich umgesetzt wird. Dazu haben wir jüngere, im Krankenhaus tätige Ärzte befragt: Sie sind meist hoch motiviert, mit Patienten zusammenzuarbeiten, stoßen im Versorgungsalltag jedoch schnell an Grenzen. Einige Aussagen haben uns sehr aufgerüttelt. Die folgende Auswahl an Zitaten verdeutlicht die Defizite im Klinikalltag:

» Häufig werden die Behandlungsentscheidungen schon getroffen, bevor ich überhaupt mit dem Patienten geredet habe.«

» In der Klinik verdreht der Chef schon nach zehn Minuten die Augen und der Patient sitzt da und hat nichts verstanden. Da geht man im Alltag zur Fließbandarbeit über und entscheidet im Zweifel schnell selbst.«

» Der ambulante Sektor ist der Ort für sprechende Medizin. In der Klinik wird einfach gemacht.«

Die befragten Ärzte formulierten ihre Erfahrungen, Wünsche und Nöte sehr offen. Ihre Schilderungen sind persönlich und nicht repräsentativ, doch beleuchten sie problematische Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen, die in vielen Kliniken in Deutschland anzutreffen sind. Dies hat das im Rahmen der Studie herangezogene interdisziplinäre Expertenteam bestätigt.

Die jungen Ärzte und Experten stimmen überein: Im Klinikalltag wird die gemeinsame Entscheidungsfindung überwiegend noch nicht gelebt. Dass lukrative Operationen manchen Patienten angeraten und sogar durchgeführt werden, obwohl sie medizinisch unnötig sind, ist ein Skandal. Ein Arzt bekennt:

» Eigentlich müssten sich Ärzte an dieser Stelle für bessere Bedingungen stark machen. Wir bräuchten eine kleine Revolution. Stattdessen lässt man sich vom System treiben.«

Wir sehen akuten Handlungsbedarf. Das Wohl der Patienten muss in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung gestellt werden. Daran sollte sich die tägliche Arbeit von Ärzten zuallererst ausrichten.

Zur Stärkung der gemeinsamen Entscheidungsfindung empfehlen wir ein Bündel an Maßnahmen. Wir brauchen ein Vergütungssystem, das nicht die Erbringung von Leistungen stimuliert, sondern dem Patientennutzen mehr Gewicht gibt. Zudem müssen Ärzte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Patientenorientierung und Kommunikationskompetenz besser geschult werden. Die Kliniken sind gefordert, die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit zu optimieren. Dann ist das Fundament für bessere Gespräche und mehr gemeinsame Entscheidungen gelegt. Schließlich gibt es noch einen sehr wirksamen Hebel: Wenn Patienten aktiv nach Alternativen fragen und Beteiligung einfordern, finden sie bei den meisten Ärzten Gehör und können ihre Belange stärker einbringen.



Brigitte Mohn

Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung



Uwe Schwenk

Uwe Schwenk
Programmdirektor
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Bertelsmann Stiftung

1 Hintergrund

Viele Studien belegen, dass sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making) im Behandlungsprozess positiv auswirkt auf den Gesundheitsstatus, die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Patienten. In den vergangenen Jahren wurde Einiges unternommen, um die dafür erforderlichen kommunikativen Kompetenzen im Medizinstudium zu berücksichtigen. Trotz der zunehmenden Beachtung kommunikativer Inhalte in der ärztlichen Ausbildung ist wenig darüber bekannt, inwieweit vor allem junge Ärzte diese Kompetenzen im klinischen Alltag auch einsetzen können und die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Praxis tatsächlich angewendet wird.

Die vorliegende qualitative Untersuchung will Problemfelder bei der Implementierung patientenzentrierter Kommunikations- und Entscheidungsmodelle im Krankenhaus identifizieren und gleichzeitig fördernde Faktoren für die Umsetzung im Alltag erfassen. Um ausführliche Informationen zu diesen Fragestellungen zu erhalten, wurden in Dresden und Frankfurt am Main zwei Fokusgruppen mit klinisch tätigen Ärzten durchgeführt, die sich größtenteils noch in der Facharztausbildung befanden. Ziel war es, mithilfe der relativ großen Informationstiefe qualitativer Verfahren ein möglichst breites Bild der Erfahrungen und Bedürfnisse, Einstellungen und Widerstände in diesem Kontext zu erschließen.

Nach einer kurzen Einführung in die Thematik und die Darstellung des methodischen Vorgehens werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen in Kapitel 4 ausführlich beschrieben. Ziel der qualitativen Untersuchungen war es, Informationen zu gewinnen, die als wissenschaftliche Basis dienen können, um explorative Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze abzuleiten. Folglich beanspruchen die Aussagen, Ableitungen und Befunde dieses Berichts keine statistische Repräsentativität. Um Argumentationslinien, Meinungsbilder und Einstellungen möglichst umfassend beschreiben zu können, wurden auch die Positionen und Ansichten einzelner Teilnehmer berücksichtigt.

2 Gemeinsame Entscheidungsfindung

Der Begriff der *gemeinsamen* oder auch *partizipativen Entscheidungsfindung* (engl.: Shared Decision Making) bezeichnet ein Modell, in dem Arzt und Patient gleichberechtigt interagieren. Die Begriffe werden nicht immer einheitlich verwendet, doch die **Kernelemente** dieses Konzepts sind die einvernehmliche **Übereinkunft** bei medizinischen Entscheidungen, der **Austausch von Informationen** und die Übernahme von **Verantwortung**.

Gemeinsame Entscheidungsfindung bezeichnet einen „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“. (Härter 2004)

In dem Prozess nehmen beide Seiten eine aktive Rolle ein und tauschen Informationen aus: Die ärztliche Seite teilt ihr medizinisches Wissen über die verschiedenen Handlungsoptionen und deren Auswirkungen, während die Patienten ihre persönlichen Bedürfnisse und Präferenzen hinsichtlich dieser Optionen mitteilen. Ziel des Interaktionsprozesses ist es, zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung bezüglich der Handlungsoptionen zu gelangen (Bieber et al. 2016). Somit steht dieser Ansatz der medizinischen Entscheidungsfindung zwischen dem paternalistischen Ansatz, der die Entscheidungsverantwortung vollständig auf den Arzt überträgt, und dem Informationsmodell, bei dem die Ärzte nur noch eine beratende und informierende Rolle einnehmen und die Patientenautonomie im Vordergrund steht.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung fordern heute viele wissenschaftliche und politische Akteure des Gesundheitswesens als Herangehensweise an patientenrelevante medizinische Entscheidungsprozesse. Ein wichtiger Baustein ist dabei die Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten, die gesundheitspolitisch nicht nur erwünscht, sondern seit 2013 auch ausdrücklich im Patientenrechtegesetz festgeschrieben ist (§630c-e BGB, Bundesgesetzblatt 2013). Ein weiteres überzeugendes Argument für diesen Ansatz liefert die ethisch begründete Pflicht, Patienten in gesundheitsrelevante Entscheidungen einzubeziehen (Elwyn et al. 2013; Drake und Deegan 2009).

Betrachtet man medizinische bzw. gesundheitsbezogene Outcomes wie etwa den allgemeinen Gesundheitsstatus, den Blutdruck oder andere physiologische Werte, lässt sich bislang noch keine eindeutige Evidenz zugunsten der gemeinsamen Entscheidungsfindung ausmachen. So wurden in systematischen Reviews unterschiedliche Ergebnisse dazu gefunden, ob und wie das Interaktionskonzept wirkt: Shay und Lafata (2015) ermittelten in ihrem Review für lediglich 42 der 97 betrachteten Patienten-Outcomes einen signifikant positiven Zusammenhang mit gemeinsamer Entscheidungsfindung. Dabei war der positive Zusammenhang zwischen gemeinsamer Entscheidungsfindung und betrachteten Outcomes mit 25 Prozent am wenigsten wahrscheinlich für die gesundheitsbezogenen Outcomes. In einem weiteren Review (Joosten et al. 2008) wurde ein positiver Effekt auf das Patienten-Outcome in sechs von elf methodisch hochwertigen Studien beschrieben.

Mit Blick auf psychosoziale und kognitive Outcomes lassen sich hingegen sehr deutliche Effekte nachweisen: So führt die gemeinsame Entscheidungsfindung bei den Patienten unter anderem zu einer Zunahme des Wissens, einer realistischeren Erwartung bezüglich der Behandlungsverläufe, einer aktiveren Beteiligung am Behandlungsprozess, einer Verringerung von Entscheidungskonflikten, einer Verbesserung der Risikowahrnehmung (Stacey et al. 2017, Loh et al. 2007) und einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit (Stacey et al. 2017, Shay und Lafata 2015). Viele Autorinnen fordern daher inzwischen, die gemeinsame Entscheidungsfindung nicht anhand der gewohnten gesundheitsfokussierten Patienten-Outcomes zu bewerten; vielmehr sei dieses Interaktionsmodell darauf ausgerichtet, zu einer informierten Entscheidung mit den Patienten zu gelangen – und nur daran könne man es messen (Rummer und Scheibler 2016; Elwyn et al. 2013). Dies entspricht auch dem Patientenwunsch: Repräsentative Bevölkerungsbefragungen zeigen seit mehr als zehn Jahren, dass Patienten sich mehrheitlich an Behandlungsentscheidungen beteiligen möchten (Braun und Marstedt 2014).

Wunsch und Versorgungswirklichkeit scheinen jedoch noch weit voneinander entfernt: So gaben in einer deutschen Befragung mehr als die Hälfte der Patienten an, noch nie in eine Entscheidungssituation beim Arzt involviert gewesen zu sein (ebd.). Und auch international wurde in einem systematischen Review gezeigt, dass Patienten nur oberflächlich in Entscheidungen einbezogen werden (Couët et al. 2015).

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Differenz zwischen Theorie und Praxis widmete sich die fachliche Diskussion der vergangenen Jahre oft der Identifikation und Beschreibung hemmender und fördernder Faktoren der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Diese Einflussfaktoren haben die wichtigste Grundlage geliefert für die Themenwahl der vorliegenden Untersuchung und für die Gestaltung des Gesprächsleitfadens (vgl. 3.3). Cathy Charles und Kollegen erfassten 2004 eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren in drei Kategorien, die sich auf der System-, auf der Patienten- und auf ärztlicher Ebene einordnen lassen. Potenziell förderliche Faktoren sahen die befragten Ärzte vor allem auf der Patientenseite (Charles et al. 2004).

Weitere wesentliche Einflussfaktoren auf die gemeinsame Entscheidungsfindung wurden kürzlich in einem systematischen Review in Bezug auf die System- und Organisationsebene untersucht (Scholl et al. 2018). Hier wurden mit Hilfe der überwiegend US-amerikanischen Publikationen auf Organisationsebene u.a. Einflüsse der Organisationskultur und -führung, der Teamarbeit und Arbeitsprozesse und auf Systemebene beispielsweise Leitlinien und Anreizsysteme identifiziert (ebd.).

In einem systematischen Review, das 41 Publikationen einschließt, nutzten Légaré et al. (2008) die Einteilung förderlicher und hemmender Faktoren auf Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensebene von Ärzten. Sie identifizierten insgesamt 34 Faktoren, die je nach Ausprägung hemmend oder förderlich auf die gemeinsame Entscheidungsfindung wirken können. Die am häufigsten ermittelten hemmenden Faktoren waren Zeitdruck, die wahrgenommene mangelnde Anwendbarkeit aufgrund von Patienteneigenschaften sowie die Überzeugung, dass gemeinsame Entscheidungen in bestimmten klinischen Situationen nicht möglich seien. Die häufigsten förderlichen Faktoren waren Motivation und die ärztliche Erwartungshaltung, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu einem verbesserten Patienten-Outcome und einem besseren Behandlungsprozess beitragen könne (ebd.). Beobachtungen von Hahlweg et al. (2017a) bestätigten Zeitdruck als einen wichtigen hemmenden Faktor für die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im deutschen Klinikalltag. Darüber hinaus identifizierten sie häufige Wechsel des zuständigen Arztes sowie unstrukturiertes Arbeiten als wesentliche Barrieren. Der wichtigste förderliche Faktor lag hingegen auf Patientenseite – proaktive Patienten wurden von fast allen Ärzten in Behandlungsentscheidungen involviert (ebd.).

3 Methodik und Stichprobe

3.1 Fokusgruppen

Die oben beschriebene empirische Befundlage stützt sich zumeist auf internationale Studien. Nicht immer ist klar, inwieweit sich diese Ergebnisse im Einzelnen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen lassen und welche Faktoren in der hiesigen Krankenhauslandschaft eine besondere Rolle spielen. Zudem ist offen, in welchem Umfang und in welchen Situationen vor allem jüngere Ärzte in Deutschland Shared Decision Making bereits praktizieren. Um dem explorativen Charakter dieser Fragestellungen gerecht zu werden und vertiefende Informationen zur Anwendung der gemeinsamen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag zu gewinnen, beauftragte die Bertelsmann Stiftung die Patientengruppen GmbH mit dem Einsatz von Fokusgruppen (Stewart und Shamdasani 1990), einer Methode der qualitativen Sozialforschung (Bortz und Döring 2005). Diese Methode ist besonders gut geeignet, um Erfahrungen, Einstellungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden zu erschließen.

Die gegenseitige Stimulation von Antworten in der Gruppe weckt Erinnerungen und produziert unterschiedliche Sichtweisen auf ein Thema. Zudem erweitert sich im kommunikativen Austausch der Reflexionsrahmen der Teilnehmer, sodass sich im Ergebnis ein breites Meinungsspektrum herausarbeiten lässt. Mithilfe von Fokusgruppen lassen sich keine für die Bevölkerung bzw. die Gruppe der Ärzte repräsentativen Aussagen ableiten; auch kann nicht mit Sicherheit ermittelt werden, inwiefern es sich bei den geschilderten Erfahrungen um Einzelfälle oder regelhafte Phänomene handelt. Der offene Charakter der Fokusgruppe ermöglicht jedoch die Ableitung explorativer Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze – und liefert auch Antworten auf Fragen, die gar nicht gestellt wurden.

Die Fokusgruppen wurden in Dresden und Frankfurt am Main in einem Testlabor dort ansässiger Marktforschungsinstitute durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 14 in Krankenhäusern tätige Ärzte an den Diskussionen, die mittels eines Leitfadens im Sinne eines teilstandardisierten Interviews strukturiert wurden. Die Teilnehmenden wurden gebeten, fördernde Faktoren für die gemeinsame Entscheidungsfindung zu beschreiben, aber auch Erfahrungen aus ihrem Berufsalltag zu schildern und erlebte Hürden und Widerstände zu benennen. Aufgabe des zweiköpfigen Moderationsteams war es, das Gespräch mittels Moderations- und Gesprächsführungstechnik auf die vorgegebenen Themenbereiche zu fokussieren und auf die (individuellen) Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmenden zu richten. Die angewendete Methodik folgte den für Fokusgruppen typischen Regeln nach Flick (2006) und Bohnsack (2005): Die Ärzte wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den Themenbereichen darzulegen und miteinander zu diskutieren.

Die jeweils zweistündigen Fokusgruppen wurden mit Einverständnis aller Teilnehmenden per Videotechnik aufgezeichnet und anschließend nach dem vereinfachten Transkriptionssystem (Dresing und Pehl 2013) transkribiert. Um den Ansprüchen an Datenschutz und Datensparsamkeit gerecht zu werden, wurden die Videoaufnahmen im Anschluss gelöscht. Die Transkripte sind gemäß der themenspezifischen Analyse nach Krueger und Casey (2009) ausschließlich deskriptiv ausgewertet worden, wobei die Positionen, Argumente und Meinungen systematisch herausgearbeitet, verdichtet und zueinander in Beziehung gesetzt wurden. Die vom Co-Moderator durchgeführte Auswertung wurde im Interesse einer möglichst multiperspektivischen Analyse in einem Review-Verfahren von einer weiteren Person überprüft.

In der Analyse wurden insgesamt 161 Aussagen, Argumente und Positionen identifiziert, die den fünf Haupteinflussfaktoren für gemeinsame Entscheidungsfindung inhaltlich zugeordnet, in ein hierarchisches Ordnungssystem gebracht und kodiert wurden. Dabei kam eine Kombination aus induktiver und deduktiver Kodierung zum Einsatz.

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen wurden sechs Kernaussagen abgeleitet. Diese wurden von sieben Experten aus unterschiedlichen Bereichen im Kontext der gemeinsamen Entscheidungsfindung kommentiert. Im Anschluss daran erfolgte die inhaltliche Auswertung und Zusammenfassung der Expertenkommentare.

3.2 Die Stichprobe

Die Stichprobe wurde im Sinne eines selektiven Samplings kriteriengesteuert zusammengestellt. Es wurden ausschließlich jüngere, in Krankenhäusern tätige Ärzte mit Berufserfahrung von maximal zehn Jahren angesprochen, die der Kommunikation einen großen Stellenwert einräumen und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung wohlwollend gegenüberstehen. Ziel dieser Auswahlkriterien war es, auf Basis einer gemeinsamen positiven Haltung einen offenen Diskurs über die Umsetzbarkeit von partizipativer Entscheidungsfindung im Klinikalltag zu ermöglichen. Alle 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren im stationären Sektor tätig, neun von ihnen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung, vier in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und ein Teilnehmer in einer Klinik mit Schwerpunktversorgung.

Die Gruppen setzten sich aus elf Frauen und drei Männern im Alter zwischen 25 und 35 Jahren zusammen, mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren. Die Berufserfahrung lag zwischen einem halben Jahr und sieben Jahren, im Durchschnitt bei 2,8 Jahren. Mit Ausnahme einer Oberärztin arbeiteten alle Teilnehmenden als Ärztin oder Arzt in Weiterbildung. Insgesamt waren sechs Fachrichtungen vertreten (Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, Allgemein Chirurgie, Neurochirurgie, Allgemeinmedizin), wobei der größte Teil in einer Fachabteilung für Innere Medizin arbeitete. Alle Teilnehmer hatten in einer Selbsteinschätzung angegeben, der gemeinsamen Entscheidungsfindung positiv oder sehr positiv gegenüberzustehen.

3.3 Inhalte und Gesprächsleitfaden

Die Inhalte der Gruppendiskussionen orientierten sich an einem einheitlichen Gesprächsleitfaden mit vorgegebenen Themen. Innerhalb dieser Themenblöcke konnten die Moderatoren den Diskussionsverlauf flexibel gestalten. Die Festlegung der Themen erfolgte im Vorfeld auf Basis der einschlägigen Literatur (z. B. Légaré et al. 2008; Charles et al. 2004). Zur Vorbereitung auf die Fokusgruppendiskussion erhielten alle Teilnehmenden eine schriftliche Kurzinformation zum Thema, um bereits vorher ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und dann in den Gruppen die Zeit optimal nutzen zu können.

Der Gesprächsleitfaden enthielt vier Themenblöcke mit insgesamt 21 Einzelfragen, die sich mit gemeinsamer Entscheidungsfindung im Klinikalltag sowie den fördernden und hemmenden Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen beschäftigten. Zu Beginn jeder Fokusgruppe erhielten die Teilnehmer zunächst einen Einblick in den organisatorischen Ablauf der Diskussion und den Hintergrund der Untersuchung. Anschließend folgte eine Vorstellungsrunde, in der alle ihren aktuellen Arbeitsbereich beschrieben. Den Einstieg in die Diskussion bildete dann ein allgemeiner und bewusst offen angelegter Themenblock zu den Erfahrungen, die die Ärzte mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Klinikalltag gesammelt haben. Anschließend wurden mögliche Einflussfaktoren auf Systemebene, auf ärztlicher Seite und aus der Patientenperspektive diskutiert.

3.4 Expertenkommentierung

Sieben Experten wurden von der Bertelsmann Stiftung gebeten, die zusammengefassten Gesprächsinhalte der beiden Fokusgruppen und die daraus abgeleiteten Kernaussagen hinsichtlich Relevanz, Gültigkeit und möglichen Handlungsfeldern zu kommentieren.

Der Kreis der Experten setzte sich wie folgt zusammen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Dr. Martin Danner (Bundesgeschäftsführer BAG Selbsthilfe, Düsseldorf)
- Prof. Dr. Friedemann Geiger (Leiter des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „Making SDM a reality – Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus“, UKSH, Campus Kiel)
- Prof. Dr. Bernd Griewing (Vorstand Medizin RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt a. d. Saale)
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Direktor Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie, UKE Hamburg)
- Prof. Dr. Jana Jünger (Direktorin Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz)
- Prof. Dr. Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen)
- Prof. Dr. Christiane Woopen (Geschäftsführende Direktorin, CERES, Universität zu Köln)

Die Einschätzungen und Kommentare der Experten wurden im Anschluss analysiert, geordnet und zusammengefasst.

4 Ergebnisse

Die Schilderungen der Teilnehmer geben Hinweise darauf, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen und Fachbereichen bereits angewendet wird. Im Großen und Ganzen scheint die **Versorgungsrealität jedoch noch weit von diesem Ziel entfernt zu sein**. So vermuteten viele der Befragten, dass dieser Ansatz aus verschiedenen Gründen weitaus seltener im Klinikalltag eingesetzt würde als im ambulanten Sektor. Auch zu künftigen Möglichkeiten dieser Form der Entscheidungsfindung im Krankenhaus zeichneten sie ein tendenziell desillusioniertes und pessimistisches Bild. In beiden Gruppen (Dresden und Frankfurt am Main) wurden **deutlich mehr hemmende als fördernde Faktoren beschrieben**.

Die Umsetzbarkeit des Ansatzes im Klinikalltag wird den teilnehmenden Ärzten zufolge von einer Reihe ganz unterschiedlicher Einflussfaktoren bestimmt. In beiden Diskussionen ließen sich aus den Beiträgen fünf Gruppen bzw. Cluster herausarbeiten (vgl. Abbildung 1). Ein Themencluster ließ sich dem Einflussbereich der Ärzteschaft zuordnen, ein zweiter

ABBILDUNG 1: Gruppen der geschilderten Einflussfaktoren



Bereich betraf die Patienten. Daneben wurden strukturelle Rahmenbedingungen, wie zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen, als entscheidend für die praktische Anwendbarkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung angeführt. Neben individuellen, situations- und fallbezogenen Einflussfaktoren wurden schließlich auch informations- und bildungsbezogene Faktoren beschrieben.

4.1 Strukturelle Einflussfaktoren

Die Arzt-Patienten-Interaktion macht einen großen Teil der gemeinsamen Entscheidungsfindung aus. Sie erfolgt jedoch immer unter bestimmten Rahmenbedingungen, die die Einbindung der Patienten begünstigen oder hemmen können. Bevor in den folgenden Abschnitten Faktoren vorgestellt werden, die die Ärzteschaft bzw. die Patientenseite betreffen, soll hier zunächst das System mit seinen Strukturen und Rahmenbedingungen in den Fokus rücken. Einflussfaktoren auf struktureller Ebene nahmen in der Diskussion besonders viel Raum ein und wurden häufig als nicht beeinflussbare Größe erlebt. Hierzu zählt der Faktor Zeit ebenso wie die Ökonomisierung des stationären Sektors. Aber auch die Arbeitsorganisation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit nicht ärztlichen Berufsgruppen wurden in diesem Zusammenhang thematisiert (vgl. Abbildung 2).

4.1.1 Zeit

Zeitmangel nannten die meisten Teilnehmer unter Verweis auf die Komplexität der zu vermittelnden Inhalte als eine zentrale Hürde für die gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess. Den Ausführungen zufolge fehlt oftmals die Zeit für die erforderliche Aufklärung und Einbindung. In diesem Zusammenhang schilderten die Teilnehmenden der Fokusgruppen eine ohnehin schon sehr angespannte Arbeitssituation, die kaum Freiräume für Kommunikation lasse. „Um mir mehr Zeit für die Patienten nehmen zu können, nehme ich regelmäßig unbezahlte Überstunden in Kauf. Wir schaffen es einfach nicht mehr und wir machen unsere Leute kaputt. Die werden hier verheizt, wir brauchen einfach mehr Personal.“



Einzelne führten sogar aus, dass im Klinikalltag nur noch wenige Situationen entstünden, die eine Beteiligung der Patienten ermöglichten: *„Die Aufklärungsgespräche werden bei uns meistens von den Studenten erledigt. Ich gehe dann dahin, überprüfe das und frage nur noch mal kurz nach, ob es noch Fragen gibt. Dann sehe ich den Patienten einmal am Tag zur Visite für drei bis fünf Minuten.“* Kritisch erwähnt wurde hier auch das hohe Aufkommen nicht ärztlicher, begleitender Tätigkeiten. *„Von einer Stunde Arbeit bin ich vielleicht zwei Minuten am Patienten, kann aber gut 58 Minuten damit verbringen, zu gucken, ob alles richtig kodiert und dokumentiert wurde.“*

Einzelne Stimmen erwiderten, dass gute Aufklärung letztlich den Zeitaufwand reduzieren könne, da häufige Nachfragen seltener würden und die Patienten besser kooperierten. *„Manchmal spart man Zeit, wenn man sich einmal die Zeit nimmt und die Dinge bespricht. Dann sind Patienten und Angehörige später weniger fordernd.“* Die meisten Teilnehmer waren hier jedoch skeptisch und auch bezüglich der künftigen Entwicklung eher desillusioniert und pessimistisch: *„Wir werden immer weniger in unserem Team bei wachsenden Aufgaben. Hinzu kommen immer mehr begleitende Tätigkeiten wie Dokumentation.“* *„Es ist unrealistisch, dass sich an der aktuellen Situation etwas ändert. Ärzte, die das nicht akzeptieren wollen, müssen dem Krankenhaus den Rücken kehren und sich niederlassen.“*

4.1.2 Wirtschaftliche Aspekte

Im Kontext des Zeitmangels und vieler weiterer Themen nannten alle Teilnehmenden immer wieder einen Faktor, der die ökonomischen Rahmenbedingungen und betriebswirtschaftlichen Prioritätensetzungen innerhalb der stationären Versorgung betrifft: die oft als Ökonomisierung des Gesundheitswesens bezeichnete Entwicklung (z. B. Bode 2010; Simon 2001). Diese wurde von allen als ein zentraler Gegenspieler der gemeinsamen Entscheidungsfindung ins Feld geführt. Den Schilderungen zufolge wird das Spektrum der Entscheidungsmöglichkeiten im klinischen Alltag durch betriebswirtschaftliche Interessen überlagert und eingeschränkt. Dass die Klinik mit verschiedenen Behandlungen – unabhängig von deren tatsächlichen Notwendigkeit – unterschiedlich hohe Gewinne erzielen könne, stünde einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Patienten im Weg. Den monetären Interessen der Klinik folgend, würden beispielsweise Operationen nicht selten einer konservativen Behandlung vorgezogen. *„Da gibt es morgens dann manchmal die Ansage: Oh, der OP-Plan ist leer, jetzt müsst ihr aber wirklich mal alle in Richtung OP arbeiten und dann muss das halt gemacht werden. Also das wird so vorgegeben, die Patienten werden aus der Notaufnahme aufgenommen. Man hätte sie eigentlich auch wieder entlassen können, aber wenn der OP-Plan leer ist, wenn die Betten frei sind, dann muss aufgenommen werden.“*

Einige Teilnehmende hatten die Erfahrung gemacht, dass Patienten über Behandlungsoptionen, die von der Klinik nicht durchgeführt werden, nicht oder nur unzureichend informiert werden: *„Leistungen, die in unserem Haus nicht angeboten werden, werden erst gar nicht als Option benannt.“* Andere beschrieben, dass Patienten aus ökonomischen Erwägungen teilweise trotz medizinischer Indikation nicht in eine andere Klinik verlegt würden: *„Manchmal ist klar: Das ist nicht mehr unser Patient, der gehört an ein Zentrum oder in die Uniklinik. Aber da heißt es dann: Nee, das kriegen wir hier noch hin. Dann gucken wir einfach in den Bauch und spülen noch mal. Und dann, manchmal ist es halt auch zu spät. Das sind sicherlich Extremfälle, die ein-, zweimal im Jahr vorkommen. Aber das ist ein-, zweimal im Jahr zu viel.“*

Nur wenige der Ärzte berichteten, auch gegen die wirtschaftlichen Interessen der Klinik über alle Behandlungsoptionen aufzuklären: *„Bei der Entscheidungsfindung spielt es ja auch eine Rolle, was wir bei uns überhaupt anbieten und machen können. Da spiele ich mit offenen Karten.“* Sie distanzieren sich ebenfalls von der oben beschriebenen Verlegungspraxis: *„Also bei uns gibt es so etwas nicht. Wenn wir eine Krankheit vermuten, die wir nicht behandeln können, dann wird nicht erst abgewartet. Dann verlegen wir direkt. Da wird auch nicht diskutiert.“*

Neben der klinikseitigen Präferenz für die jeweils lukrativste Behandlungsoption wurde auch die mangelnde Zeit für Kommunikation und Aufklärung mit wirtschaftlichen Beweggründen in Verbindung gebracht. Dabei wurde kritisch bewertet, dass es im System der Fallpauschalen keinerlei Anreize für zeitaufwendige Kommunikation gebe: *„Meine Klinik bekommt für den Patienten gleich viel Geld, egal ob ich mich eine dreiviertel Stunde mit ihm hinsetze oder in fünf Minuten sage, was gemacht wird.“* Ganz im Gegenteil würden die knappen Zeitvorgaben für ärztliche Tätigkeiten seitens der Klinikleitung dazu führen, dass kaum Zeit für gemeinsame Entscheidungsfindung bleibe.

Es wurde vorgeschlagen, **Kommunikation im Krankenhaus messbar zu machen** und entsprechend zu vergüten. Dabei wurde für eine Gleichstellung der Gesprächszeit mit anderen ärztlichen Tätigkeiten plädiert: *„Wenn man für die Vergütung einfach nur die Arbeitszeit und das, was man investiert, nehmen würde, dann wäre es für die Häuser vielleicht auch viel lukrativer, wenn wir einfach mal mit dem Patienten sprechen würden.“* Im Innenverhältnis zu ihrem Arbeitgeber wünschten sich die Ärzte wiederum eine Vergütung der für die Kommunikation entstehenden zeitlichen Aufwände: *„Wenn man wenigstens die geleisteten Überstunden für die Patientengespräche vergütet bekäme, würden sich vielleicht auch mehr Ärzte die Zeit nehmen. Und die Patienten würden von einer besseren Kommunikation profitieren.“*

In der Gesamtschau wurden die Auswirkungen wirtschaftlicher Anreize von den Ärzten scharf kritisiert. Die Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen in der Klinik sei oft stärker von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen als vom Patienteninteresse getrieben. *„Eigentlich müssten sich Ärzte an dieser Stelle für bessere Bedingungen stark machen. Wir bräuchten eine kleine Revolution. Stattdessen lässt man sich vom System treiben.“* Fast alle Beteiligten äußerten an dieser Stelle den Wunsch, frei von finanziellem Druck bei der Behandlung zu sein. *„Wir haben bezüglich der Anzahl der Eingriffe klare Vorgaben seitens der Klinikleitung. Da fragt man sich, wo man die Leute noch alle herholen soll ...“*

4.1.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Arbeitsorganisation

Als weiteren strukturellen Einflussfaktor thematisierten viele Teilnehmer eine effektive und kommunikationsfreundliche Gestaltung der Arbeitsorganisation und auch die Zusammenarbeit mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen. Als hemmend wurden unter anderem **schlecht funktionierende Kommunikationsabläufe innerhalb der Klinik** beschrieben: *„Häufig mangelt es auch an einer effizienten Organisation der Kommunikationsabläufe. Die Patienten werden nicht zur richtigen Zeit zur Aufklärung geschickt, Formulare und Aufklärungsbögen werden nicht ausgehändigt, der gesetzliche Betreuer wurde vor der Aufklärung nach Hause geschickt usw. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Abteilungen und Berufsgruppen funktioniert nicht gut.“* Stattdessen müssten in einer Abteilung alle an der jeweiligen Behandlung beteiligten Personen informiert werden, welche Entscheidungen getroffen wurden und was der Patient weiß oder nicht weiß. Für weitreichende Entscheidungen forderten einige auch die Einbeziehung weiterer Personen: *„Bei großen Entscheidungen sollten mehrere Personen einbezogen werden. Auch die Anwesenheit des Oberarztes ist hier sehr sinnvoll.“*

Beim Thema Kommunikationsstrukturen spielte die interdisziplinäre **Zusammenarbeit mit den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen** ebenfalls eine wichtige Rolle. Delegation und Arbeitsteilung könnten die gemeinsame Entscheidungsfindung im Klinikalltag maßgeblich unterstützen. Als relevante Berufsgruppe wurde zunächst sehr oft die Pflege genannt – allerdings mit einer Einschränkung: *„Die Pflege ist viel näher am Patienten und an den Angehörigen und kann viele Aufgaben im Gespräch mit den Patienten übernehmen. Wenn es allerdings um Entscheidungen geht, die der Arzt verantworten muss, führt am Arzt-Patienten-Gespräch kein Weg vorbei.“* Einige wiesen zudem darauf hin, dass man nicht jedem Teammitglied gleichermaßen die Patientengespräche überlassen könne: *„Manche Pflegekräfte sind im Umgang mit Patienten und Angehörigen sehr empathisch. Andere wiederum kann man nicht für das Gespräch einsetzen, weil sie selber wichtige Dinge nicht verstanden haben und Fehlinformationen rausgeben. Da rennt man dann mit fliegendem Kittel, um sie von den Angehörigen fernzuhalten.“*

Neben der Pflege ging es als weitere relevante Gesundheitsberufe um Psychologen, Seelsorger oder auch die soziale Arbeit. Hierbei schilderten einige Teilnehmende sehr positive Erfahrungen mit interdisziplinären Teams, die vor allem die psychosozialen Belange berücksichtigten: *„Aufklärungsgespräche werden häufig von psychosozialen und sehr zeitaufwendigen Themen überlagert. Die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären, psychosozialen Team kann hier Entlastung schaffen und bei nachfolgenden Gesprächen helfen.“* Eine große Gruppe berichtete, dass eine solche Teamarbeit in einigen Fachbereichen bereits erfolgreich realisiert werde, etwa in der Onkologie, der Pädiatrie oder auch in der Intensivmedizin. Zur Entlastung, etwa bei den Dokumentationspflichten, seien zudem auch andere Gesundheitsfachberufe – beispielsweise Physician Assistants – zu begrüßen, sofern diese dann zusätzlich und nicht anstelle von Ärzten beschäftigt würden.

Neben der Organisation der internen Kommunikationsstrukturen sprachen einige Ärzte auch das sektorenübergreifende **Zusammenspiel mit den Einweisern** an. Den Ausführungen zufolge kommen Patienten häufig bereits mit einem klaren Behandlungsauftrag aus dem ambulanten Sektor ins Krankenhaus. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung sei in solchen Fällen nur schwer umzusetzen: *„In vielen Bereichen der stationären Versorgung stellt sich die Frage nach den Behandlungsoptionen nicht, weil die Patienten schon mit einem klaren Zielauftrag in die Klinik kommen. Die Entscheidung ist schon gefallen und die Ärzte im Krankenhaus müssen sie nur noch verkaufen.“* Mehrere Teilnehmer sprachen sich daher dafür aus, allgemeine Informationen zu einer Erkrankung bereits über den Hausarzt bereitzustellen, die Information und Aufklärung zu einzelnen Behandlungsmethoden aber den Krankenhäusern zu überlassen, die den jeweiligen Eingriff durchführen.

Abschließend sei noch die räumliche Situation erwähnt, die ebenfalls als Einflussfaktor für eine gelingende Kommunikation benannt wurde. Entsprechend nutzbare Räume sahen einige als wichtige Voraussetzung: *„Es spielt auch eine Rolle, ob ich den Patienten in der Notaufnahme zwischen Tür und Angel aufklären muss oder ob ich mich irgendwo in Ruhe hinsetzen kann, wo ich dem Patienten die Bilder zeigen kann.“* Einzelne Teilnehmer berichteten, dass ein ruhiger Raum für ungestörte Arzt-Patienten-Gespräche fehle: *„Also wenn man bei uns ein ernstes Gespräch führen will, gibt es keinen Raum, wo nicht ständig jemand rumläuft.“*

4.2 Einflussfaktoren auf ärztlicher Seite

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist der Arzt gefordert, mit seiner Bereitschaft und Fähigkeit auf die Patienten einzugehen, Handlungsoptionen aufzuzeigen und den Entscheidungsprozess partizipativ zu gestalten. Die Teilnehmer nannten in ihren Beiträgen eine Reihe von Aspekten des Handlungs- und Einflussbereiches der Ärzteschaft. Dabei lassen sich zunächst unterschiedliche Grundhaltungen beschreiben, die das Arzt-Patienten-Verhältnis prägen. Hinzu kommen die Qualifikation wie auch die praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Gesprächsführung. Aber auch das kollegiale Zusammenspiel unter dem Einfluss von Hierarchien und einem Paradigmenwechsel zwischen den Generationen spielte in den Diskussionen eine wichtige Rolle (vgl. Abbildung 3).

4.2.1 Grundhaltung

Eine befürwortende Einstellung gegenüber der Patientenpartizipation ist fraglos eine wichtige Voraussetzung, damit eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess gelingt. In der Gruppendiskussion brachten die Teilnehmenden immer wieder auch ihre Grundhaltung zu dieser Frage zum Ausdruck. In der Gesamtschau überwogen Wohlwollen und das Ziel, Patienten so gut wie möglich einzubinden: „In der jungen Ärztegeneration haben fast alle Ärzte den Anspruch, das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung auch umzusetzen.“ „Gemeinsame Entscheidungsfindung ist wichtig, denn Medizin greift in den normalen Lebensablauf der Patienten ein.“ Gleichwohl zeigte sich ein differenziertes Meinungsbild zur Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Patientenpartizipation.

Ein Teil der Ärzte sah in der gemeinsamen Entscheidungsfindung ein Ziel, das für jede Behandlungssituation angemessen und immer anzustreben sei: „Der Patient sollte in jedem Fall mitreden können. Gemeinsame Entscheidungsfindung ist eine Investition in eine gute Beziehung zum Patienten, die einem die Arbeit erleichtern kann. Wenn die Patienten informiert einwilligen, zeigen sie während der Behandlung eine höhere Kontinuität und Compliance.“ Diese Gruppe berichtete auch, selbst große Befriedigung aus einer guten Arzt-Patienten-Beziehung zu



ziehen: „Also mir gibt das einfach ganz viel, wenn ich eine gute Beziehung zu den Patienten und Angehörigen habe, weil ich alle Entscheidungen besprechen kann. Und da ist es auch ganz egal, wie schwerwiegend die Erkrankung ist.“

Gleichzeitig beschrieben diese Teilnehmenden eine spürbare Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch und der Wirklichkeit, die sie als emotional belastend empfanden. „Manchmal ist es mir unangenehm, dass ich das nicht leisten kann. Man muss sich dann selbst fragen, ob man dabei noch ein gutes Gewissen haben kann.“ Sie erzählten zudem, dass viele ältere Kollegen oft schon abgestumpft seien und derlei Überlegungen meist nicht mehr anstellen würden. In diesem Zusammenhang machten sie sich auch Gedanken über ihre eigene zukünftige Haltung. „Obwohl ich versuche, das zu vermeiden, lasse ich die Patienten immer wieder mit einem Fragezeichen im Kopf zurück. Das finde ich traurig und weiß noch nicht genau, ob ich auch abstumpfe oder eine Möglichkeit finden werde, es anders zu machen.“

Anders als die uneingeschränkten Befürworter, nahm eine größere Gruppe eine etwas zurückhaltendere Haltung ein – ohne dabei das grundlegende Ziel der Einbindung und Beteiligung von Patienten in Frage zu stellen: Die gemeinsame Entscheidungsfindung sei demnach nicht in jeder Situation angebracht. Dies sei von vielen Faktoren abhängig, beispielsweise von der Erkrankung und der Art der angestrebten Behandlung, aber auch von den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten: „Also ich glaube, wichtig ist, dass man differenziert betrachtet, ob es um chirurgische Eingriffe, eine Tablettenverordnung oder um ein Krankheitsbild geht. Also die Individualität ist da einfach maßgeblich, um Entscheidungen treffen zu können. Auch der individuelle Patient in seiner Aufnahmefähigkeit, in seiner Bereitschaft mitzuzentscheiden. Ich halte nichts davon, dass die Patienten sich immer aus einem Blumenstrauß herauspicken, was ihnen gerade gefällt.“

Eine dritte, sehr kleine Gruppe zeigte eine eher skeptische Haltung und hielt die gemeinsame Entscheidungsfindung für wenig zielführend. Als zentrale Hürde benannte sie die Fähigkeiten der Patienten, in einer belastenden Situation weitreichende Entscheidungen zu treffen: „Patienten können nicht sachlich entscheiden, weil sie emotional involviert sind. Sie fühlen sich bedroht, haben das Gefühl, die Dinge nicht zu verstehen, und sollen sich plötzlich zu einem fachlichen Problem äußern. Das funktioniert nicht.“ Diese Teilnehmer führten weiter aus, dass es im Kern gar nicht um partizipative Entscheidungsfindung auf Augenhöhe gehe, sondern um Angstreduktion. „Da kannst du auch einen Raum voller Blumen und Plüschtiere machen und kannst sagen, dass alles gut wird. Das nimmt dem auch die Angst. Ich bin mir sicher, das würde den gleichen Effekt haben.“ Ziel sei es, emotionale Stabilität bei den Patienten zu erreichen: „Es geht eher darum, den Patienten emotional zu stärken, sodass er sich überhaupt Gedanken machen kann über die Tragweiten von Entscheidungen.“ Zudem betonte diese Gruppe, dass im ambulanten Sektor mehr Platz für gemeinsame Entscheidungsfindung sei: „Der ambulante Sektor ist der Ort für sprechende Medizin. In der Klinik wird einfach gemacht. Wer also keine Lust hat, alles mit dem Patienten zu besprechen, arbeitet im Krankenhaus.“

4.2.2 Qualifikation

Seit Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2012 ist die Gesprächsführung offiziell Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Prüfung. So haben die medizinischen Fakultäten in den vergangenen Jahren diverse Kommunikationstrainings in die Curricula aufgenommen. Teilweise werden dabei auch sogenannte Simulationspatienten eingesetzt, um Kommunikationssituationen unter möglichst realistischen Bedingungen zu erproben. In den Fokusgruppen diskutierten die Ärzte kontrovers über den Nutzen solcher Kurse.

Zwölf der 14 Teilnehmer hatten während ihres Studiums mindestens eine Lehrveranstaltung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung besucht – und kamen zu einer insgesamt eher kritischen Bewertung. Viele zweifelten an der Übertragbarkeit der Kursinhalte auf die klinische Wirklichkeit: *„In der Realität ist es ganz anders als im Kurs mit Schauspielpatienten. Es ist was anderes, wenn man einem Menschen wirklich sagen muss, dass er Krebs hat.“* Diese Gruppe beanstandete auch die Rahmenbedingungen bei den Übungen im Vergleich zum Alltag in der Klinik: *„In den Kommunikationskursen hatten wir ausreichend Zeit, konnten auf die Patienten eingehen. In der Klinik verdreht der Chef schon nach zehn Minuten die Augen und der Patient sitzt da und hat nichts verstanden. Da geht man im Alltag zur Fließbandarbeit über und entscheidet im Zweifel schnell selbst.“*

Nur eine kleinere Zahl der Teilnehmenden fühlte sich von den Kommunikationskursen im Medizinstudium gut auf den Klinikalltag vorbereitet: *„Ich habe sehr gute Erfahrungen mit dem Schauspielunterricht gemacht. Das Setting war sehr authentisch und die Schauspielpatientin hat auch wirklich geweint. Mich hat das auf solche Situationen sehr gut vorbereitet.“* Hier fragten die Kritiker dieser Kurse jedoch, ob kommunikative Kompetenzen überhaupt erlernbar oder nicht doch eher auf Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen seien: *„Ich weiß nicht, ob diese Kurse etwas verändern oder auslösen. Es bleibt wahrscheinlich zum Großteil doch auch Charaktersache, ob jemand Lust hat, sich darauf einzulassen, und ob er Kommunikation wichtig findet.“*

4.2.3 Fähigkeiten und Fertigkeiten

In den Gruppendiskussionen beschrieben die Teilnehmenden immer wieder auch kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung unterstützen können. Dabei zeigte sich, dass die Ärzte über ein sehr breites Spektrum unterschiedlicher Strategien verfügten, dabei jedoch keiner gemeinsamen, übergeordneten Methodik folgten. Stattdessen hatten alle ihre eigenen Lösungsansätze entwickelt, um Herausforderungen im Arzt-Patienten-Gespräch zu meistern. In der Inhaltsanalyse konnten die folgenden Aspekte herausgearbeitet werden:

Sich auf die Patienten einlassen: Als wichtige Grundvoraussetzung für eine gelingende Entscheidungsfindung nannten die Gruppen die Fähigkeit, sich in die Patienten hineinzuversetzen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. *„Ich versuche mich in den Patienten und sein Vorwissen hineinzuversetzen. Empathie, Kommunikation auf Augenhöhe und verständliche Ausdrucksweise sind wichtige Voraussetzungen für Shared Decision Making.“*

Kommunikation schrittweise aufbauen: Aus Sicht der Teilnehmenden ist es für eine gute Entscheidungsfindung wichtig, die Patienten ernst zu nehmen: *„Letzten Endes musst du dich an den Patienten anpassen, und nicht den Patienten an dich. Und ich finde es wichtig, erst mal den Patienten mit seinen Fragen und Befürchtungen ernst zu nehmen. Und manchmal sind das Sachen, die für dich als Arzt ganz banal klingen, die für den Patienten aber essenziell sind. Und wenn du in der Lage bist, die kleinen Sachen vernünftig zu erklären und die Angst zu nehmen, dann wird sich der Patient einlassen.“* Darüber hinaus sei es hilfreich, zunächst ein Vertrauensverhältnis mit den Patienten aufzubauen: *„Man muss das als Prozess sehen. Ich kann den Patienten nicht gleich mit Informationen konfrontieren. Es hilft, den Patienten erst mal persönlich abzuholen, um das Vertrauensverhältnis zu stärken. So ein Opener ist wichtig für das Gespräch.“*

Kommunikation individuell gestalten: Verschiedentlich wurde in den Diskussionen betont, dass es wichtig sei, das individuelle Sprachniveau, das Vorwissen und die Lernvoraussetzungen der Patienten zu berücksichtigen. *„Man muss sein Gegenüber individuell einschätzen*

(können) und sich auf das Niveau und die Bedürfnisse einstellen – das ist auch eine Sache der Erfahrung. Für eine gute Aufklärung braucht es in manchen Fällen auch mehrere Gespräche.“ Bereits im ersten Kontakt sei es wichtig, sein Gegenüber zu beobachten: „Eigentlich kann man sich im Rahmen der Anamnese ein sehr gutes Bild vom Patienten machen.“

Neutrale Haltung einnehmen: Eine größere Gruppe reflektierte die eigene Neutralität im Entscheidungsprozess. Dabei räumten mehrere Teilnehmende ein, dass sie oft eine stark lenkende Rolle in der vermeintlich gemeinsamen Entscheidungsfindung übernehmen: „Häufig ist es so, dass man mit einem Plan in das Zimmer reingeht. Man hat sich ja vorher die Laborwerte und alle Befunde angeschaut, sich ein Bild gemacht und man geht mit einem Plan in das Zimmer rein: Was möchte ich jetzt besprechen, was möchte ich erreichen?“ „Es passiert relativ häufig, dass man schon vor dem Gespräch eine Entscheidung getroffen hat und man nur den Anschein der Einbeziehung erweckt.“ Nur Einzelne brachten eine tatsächlich neutrale Haltung zum Ausdruck: „Mir persönlich ist nicht wichtig, wo der Patient hinmöchte. Mir ist aber wichtig, dass wir denselben Plan verfolgen und deshalb trage ich es gerne mit, wenn ein Patient die Therapie abbrechen will oder die Maximaltherapie wünscht.“

Interesse wecken: Häufig wurden im Diskussionsverlauf Patienten beschrieben, denen die gemeinsame Entscheidungsfindung zunächst fremd war und die dann häufig mit Abwehr reagierten. Einzelne Teilnehmende beschrieben, dass sie diese Unsicherheiten gezielt aufgreifen. Indem sie den Nutzen und vor allem die potenziellen Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung konkret aufzeigen und erklären, würde das Interesse an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oft erst geweckt.

Verständlich sprechen: Eine verständliche Sprache nannte ein Großteil der Gruppe als essenzielle Voraussetzung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Allerdings wurde mehrfach eingeräumt, dass es nicht immer gelinge, Fachbegriffe zu vermeiden: „Ab und zu muss ich auch erst mal für mich überlegen, wie ich das jetzt einfach formulieren kann ohne diese ganzen Schachtelwörter oder Fremdwörter. Das ist manchmal gar nicht so einfach.“ Diese Teilnehmenden sahen in der Verständlichkeit ein erstrebenswertes Ziel für sich selbst: „Meine Vorbilder können unglaublich gut mit Patienten sprechen und Sachverhalte auf eine einfache Ebene herunterbrechen und auf das Wesentliche begrenzen.“

Vom Patienten erklären lassen: Als hilfreicher Ansatz für verständliche Kommunikation wurde die sogenannte Teach-Back-Methode erwähnt: „Um bei wichtigen Entscheidungen zu überprüfen, ob die Patienten alles verstanden haben, bitte ich sie, noch mal kurz zusammenzufassen, was ich ihnen erklärt habe.“ Im weiteren Gesprächsverlauf könne die Kommunikation dann entsprechend angepasst werden: „Ich habe in jedem Gespräch die Möglichkeit, noch mal etwas umzuändern oder neu zu erklären.“

Entscheidungen ankündigen und einfordern: Einen wichtigen Stellenwert in der Diskussion hatte auch die Gestaltung des Entscheidungsprozesses an sich. So berichteten einzelne Teilnehmer, dass sie bereits frühzeitig Entscheidungsbedarf ankündigten, um in kritischen Situationen trotz Zeitdruck eine gemeinsame Entscheidung zu ermöglichen: „Auch wenn ein Patient noch einigermaßen stabil ist, fordern wir von den Angehörigen ein, sich rechtzeitig Gedanken zu machen. Denn wenn es nicht gut geht, rufen wir nachts um drei an und brauchen eine Entscheidung. Wir sind immer gut damit gefahren, weil die Angehörigen für so eine Entscheidung erfahrungsgemäß Zeit brauchen.“ Den Zeitbedarf erwähnten andere ebenfalls und plädierten dafür, bei Entscheidungen einen klaren zeitlichen Rahmen zu setzen: „Manchmal muss man Patienten oder Angehörige auch dazu drängen, Entscheidungen zu treffen.“

Entscheidungen (falls möglich) in Teilschritte gliedern: Für den Fall, dass es den Patienten oder deren Angehörigen schwerfällt, eine Entscheidung zu treffen, beschrieben einzelne Teilnehmende die Strategie, den Entscheidungsbedarf in Teilschritte zu gliedern: *„Manchmal sage ich zu meinem Patienten: Ok, wir versuchen zumindest einen Anlauf, wir machen einen Therapieansatz und versuchen mal herauszufinden, wo es herkommt. Und dann können Sie immer noch sagen, Sie wollen es nicht mehr. Aber Sie haben es wenigstens versucht und haben für Ihre Familie gekämpft. Und das ist dann ein Ansatz, mit dem man super gut zurechtkommen kann.“*

Entscheidungen hinterfragen: Mehrere Stimmen plädierten schließlich dafür, auch an die Re-Evaluation von Entscheidungen zu denken. *„Nicht alle Entscheidungen sind unumkehrbar und manchmal muss man eine gemeinsam getroffene Entscheidung auch revidieren. Wenn wir das Gefühl haben, dass wir an dem Punkt sind, dass wir mit diesem Plan nicht richtig fahren, dann müssen wir uns da noch mal zusammensetzen: Ok, die Entscheidung, die wir damals getroffen haben, war blöd, hilft nichts. Müssen wir neu entscheiden.“*

4.2.4 Ärztliche Kollegen und Hierarchien

Gemeinsame Entscheidungsfindung erfolgt im Klinikalltag nicht nur zwischen zwei Personen, sondern immer auch im Umfeld der ärztlichen Kollegen oder Vorgesetzten. Die Einstellung und das Handeln des kollegialen Umfelds wurde daher von den Ärzten als weiterer wichtiger Faktor beschrieben, der die Umsetzbarkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung beeinflussen könne. Dabei spielten in der Diskussion Hierarchien und hierarchische Entscheidungsprozesse eine Rolle, aber auch die Einstellung der Kollegen sowie ein (gefühlter) Generationenwechsel innerhalb der Ärzteschaft.

Insbesondere die im Krankenhaus bestehenden formellen und informellen Hierarchien beschrieben fast alle in der Diskussion als hemmend für die gemeinsame Entscheidungsfindung. Viele waren der Ansicht, die Hierarchie verhindere eine Verbesserung der Kommunikation mit den Patienten: *„Also da ich im Moment nicht das Gefühl habe, dass man in einer kritikfähigen Umgebung arbeitet, würde ich mich in meinem Team nicht für Shared Decision Making starkmachen. Das würde ich eher lassen, sonst zieht man den Hass der erfahreneren Kollegen auf sich, wenn man denen in ihre Arbeit reinredet.“*

Den Teilnehmenden zufolge werden Behandlungsentscheidungen oft bereits im Vorfeld des Arzt-Patienten-Gesprächs von den Vorgesetzten getroffen oder im Nachhinein revidiert, sodass eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten kaum möglich sei: *„Häufig werden die Behandlungsentscheidungen schon getroffen, bevor ich überhaupt mit dem Patienten geredet habe.“* Auf diese Weise werde ein gemeinsam mit den Patienten entwickeltes Behandlungskonzept zur Farce: *„Wenn ich mir ein Konzept überlege und das dann einfach hierarchisch untergebügelt wird, kann ich noch so schön mit dem Patienten reden, wenn dann doch anders entschieden wird.“*

Besonders schwierig sei es, wenn eine Entscheidung mit dem Patienten bereits vereinbart wurde: *„Manchmal trifft man gemeinsam mit einem Patienten eine Entscheidung und dann grätscht der Chef dazwischen und macht es einfach anders.“* Einige Ärzte fügten hinzu, dass die hierarchisch getroffenen Entscheidungen nicht immer die für Patienten besseren Optionen seien: *„Bei uns entscheidet grundsätzlich der Chefarzt, danach kommt der Chirurg. Eine möglichst zuträglichste Narkose ist aus Sicht des Patienten zwar erstrebenswert, die Sicht der Operateure ist aber eine andere: Wenn der Patient schläft und keine Spinale hat, ist das ideal. Dann kann man sich während der OP besser über Fußball unterhalten.“*

Die meisten Diskussionsteilnehmenden nahmen einen **Generationenwechsel innerhalb der Ärzteschaft** wahr. So seien ältere Kollegen häufig nicht darauf eingestellt, mit mündigen Patienten umzugehen, während jüngere Ärzte sich besser auf diese neue Patientenklientel einlassen könnten: „*Kollegen vom alten Schlag sind mit einem anderen System aufgewachsen und ecken mit mündigen Patienten an.*“ „*Es gibt Kollegen, die sich viel Zeit für ihre Patienten nehmen, und andere, die schon länger dabei sind und die Patienten schlichtweg für dumm halten und über deren Kopf hinweg entscheiden.*“ Dabei sei auch eine Art Wechselwirkung zu beobachten, die sich in Richtung eines paternalistischen Behandlungsansatzes verstärke: „*Je älter Ärzte und Patienten sind, desto eher kommt noch das alte Prinzip zur Anwendung, bei dem der Arzt alles entscheidet.*“

Die eher konservative Einstellung der Älteren in der Kollegenschaft wirkt sich laut den Diskussionsbeiträgen hemmend auf die gemeinsame Entscheidungsfindung aus: „*Die Kollegen, die das schon seit 20 Jahren machen, sind meist abgestumpft und gehen nur noch nach Effizienz. Und diese Effizienz wird dann von den jungen Ärzten auch erwartet. Und dann wird man zusätzlich mit Sachen überhäuft, die es einem einfach unmöglich machen, sich mit dem Patienten die Zeit zu nehmen.*“ Selbstkritisch schilderten Einzelne in diesem Zusammenhang, dass die Einstellung der Kollegen auch das eigene Verhalten negativ beeinflusse: „*Der Chef entscheidet manchmal einfach. Und leider färbt dieses Verhalten auch ein bisschen auf uns ab.*“

4.3 Patientenseitige Einflussfaktoren

Mehrfach betont wurde in den Fokusgruppen, dass zur gemeinsamen Entscheidungsfindung immer zwei Seiten gehören: Auch die Patienten selbst beeinflussen das Ganze maßgeblich. Ihre Bereitschaft und Motivation, selbst Verantwortung zu übernehmen und sich in die Entscheidungsfindung aktiv einzubringen, sei jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Gerade ältere Menschen seien mit anderen Rollenbildern von Arzt und Patient aufgewachsen und hätten Schwierigkeiten bzw. Hemmungen, sich auf den gemeinsamen Prozess einzulassen. Neben der Motivation wurden mehrfach die kognitiven Fähigkeiten der Patienten erwähnt: Aufklärung sei häufig auch ein Kampf gegen Komplexität, Vergesslichkeit und Kommunikationsbarrieren (vgl. Abbildung 4).

ABBILDUNG 4: Patientenseitige Einflussfaktoren im Überblick



4.3.1 Bereitschaft und Motivation

Immer wieder berichteten die Ärzte von Barrieren bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, die in einer mangelnden Bereitschaft und Motivation aufseiten der Patienten begründet seien. Diese lehnten eine gemeinsame Entscheidung häufig ab. Ähnlich wie bei der ärztlichen Kollegenschaft (vgl. 4.2.4) gebe es auch hier einen **Generationenunterschied**: Ältere Patienten tendierten den Aussagen nach zu einem paternalistischen Entscheidungsprozess, während Jüngere eher die gemeinsame Entscheidungsfindung präferierten: „Gerade ältere Patienten wünschen sich häufig, dass der Arzt für sie entscheidet.“ „Die jüngere Generation ist besser informiert, stellt mehr Fragen und fordert eine gemeinsame Entscheidungsfindung häufiger ein. Hier gibt es ein Umdenken.“

Ein Teilnehmer berichtete, in seiner Klinik werde grundsätzlich darauf hingewiesen, dass die Aufklärung im Sinne der **Selbstbestimmung** auch abgelehnt werden könne: „Unsere erste Frage: Wollen Sie aufgeklärt werden? Weil jeder Patient ja grundsätzlich das Recht hat zu sagen: Ich will gar nichts wissen, ich unterschreibe das.“ Weitere Teilnehmende unterstützten im Gesprächsverlauf dieses Vorgehen: „Ich muss auch respektieren, wenn Patienten nicht einbezogen werden wollen.“ Andererseits war sich eine größere Gruppe einig, dass man das Interesse an einer gemeinsamen Entscheidung bei Patienten auf dem Wege verständlicher Kommunikation durchaus wecken könne.

Viele in den Diskussionsrunden waren der Meinung, dass Patienten insbesondere bei schwerwiegenden Entscheidungen häufig **überfordert** seien und sich dann eine ärztliche Entscheidung wünschten: „Für die bricht die Welt zusammen. Und da ist es dann auch wieder so: Soll man da noch operieren? Was für eine Operation macht man da? Da kann man viel erklären, aber trotzdem sind die Leute damit einfach überfordert.“ Andere Patienten wiederum seien unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung nicht bereit, sich mit ihrer eigenen Gesundheit zu befassen: „Manche Patienten spalten Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, regelrecht ab. Das könnte mit Faktoren wie Bildung oder auch der individuellen Persönlichkeit zusammenhängen.“

Darüber hinaus berichteten einige, dass auch die Einbeziehung der Angehörigen vor allem bei schwerwiegenden Erkrankungen oft nicht erwünscht sei: „Also ich habe es auf der Intensivstation häufig erlebt, dass die Angehörigen sagen: Sie werden schon wissen, was gut ist.“ Insbesondere wenn es um die Fortsetzung oder den Abbruch von Therapien gehe, sei es für Angehörige oft sehr schwierig, Entscheidungen mitzutragen: „Und wenn man für jemand anderen entscheiden muss, ermittelt man nicht den mutmaßlichen Willen, sondern entscheidet für seine Mutti. Ich kann doch meine Mutti hier nicht sterben lassen.“

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung ein gewisses Maß an **Eigenverantwortung** bei den Patienten voraussetze: „Manche Patienten haben eine hohe Anspruchshaltung und erwarten, dass alles für sie geregelt wird. Zum Shared Decision Making gehört aber auch, dass die Patienten mitarbeiten und Eigenverantwortung übernehmen.“ Einzelne Teilnehmer gingen noch darüber hinaus und erwarteten von den Patienten, maßgeblich die Initiative zu ergreifen: „Man lernt diese schönen Techniken, aber die Patienten fordern das nicht ein, weil die sechzig Jahre lang was anderes gelernt haben.“

Neben erlernter Passivität, dem bewussten Verzicht auf Aufklärung oder Überforderung schilderten die Ärzte schließlich Erfahrungen, bei denen das **Angebot einer gemeinsamen Entscheidungsfindung als ärztliche Inkompetenz wahrgenommen** wurde: „Für eine Achtzigjährige bin ich quasi ihre Urenkelin. Was will die mir erzählen, das Mädchen da? Und insofern ist

es wirklich manchmal schwierig, dann zu sagen: Ich bin kompetent, ich hab' das alles studiert und frage dich trotzdem, was ok für dich ist.“ Die betreffenden Ärztinnen fühlten sich in solchen Situationen eigenen Angaben zufolge abgewiesen. „Vielleicht könnte man halt in so einer Situation, wenn dann das kommt: ‚Ja, Sie sind doch der Arzt‘, das ansprechen und sagen: Ja, ich bin der Arzt, aber es geht um Ihre Gesundheit und deswegen ist es mir wichtig, das gemeinsam zu entscheiden. Ich glaube, die Zeit nimmt man sich dann nicht, weil man sich erst mal zurückgewiesen fühlt.“

4.3.2 Lernfähigkeit und Auffassungsgabe

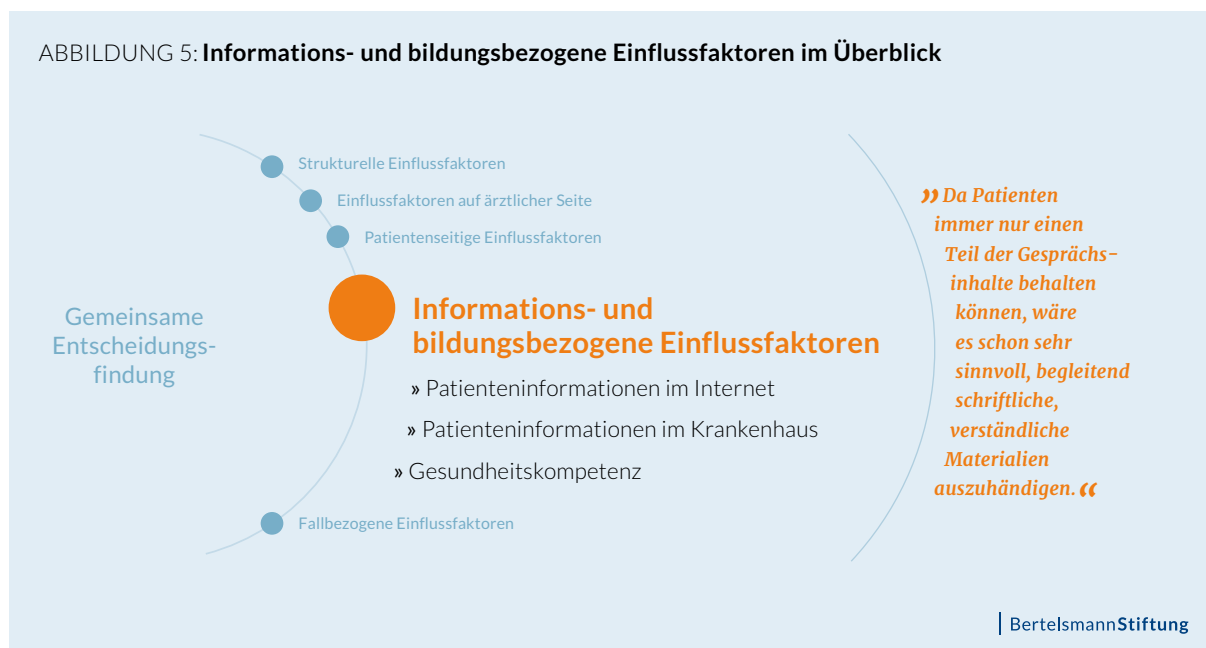
Ein wesentlicher Faktor, der den gemeinsamen Entscheidungsprozess in der Klinik häufig erschwere, ist nach Ansicht vieler Teilnehmer die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten. Im Verlauf der Diskussionen ergab sich ein heterogenes Bild der patientenseitigen Lernvoraussetzungen, wobei eingeschränkte kognitive Ressourcen häufiger thematisiert wurden. In vielen Fällen reichte die Merkfähigkeit nicht aus, um die vermittelten Informationen zu verarbeiten: *„Patienten vergessen einen Großteil der Aufklärung wieder. Oft müssen Dinge mehrfach erklärt werden.“* Zudem fälle es vielen schwer, die komplexen medizinischen Zusammenhänge zu verstehen. *„Patienten können bei einer Operation nicht überblicken, worauf sie sich einlassen.“* Häufig sei der Arzt dann doch gezwungen, eine Entscheidung allein zu treffen: *„Manche Patienten sind gar nicht in der Lage, die notwendigen Informationen kognitiv zu erfassen. Dann kommt man nicht weiter, und irgendwann fragen dann die Oberärzte, warum der Patient noch nicht entlassen ist. Und dann entscheidet man einfach aktiv für den Patienten, damit es vorwärts geht.“*

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung wird allen Teilnehmenden zufolge auch durch sprachliche Herausforderungen erschwert: *„Bei manchen Patienten gibt es große Verständigungsprobleme, weil sie der deutschen Sprache nicht mächtig sind.“* Zudem berichteten insbesondere die Ärztinnen von interkulturellen Herausforderungen, die sich als Barriere erwiesen hätten: *„Also wir haben sehr viele ältere, männliche, muslimische Patienten und wenn ich dann ankomme, nehmen die mich zum Teil nicht ernst. Und da kann man noch so viele Optionen anbieten, wenn halt das kleine Mädchen da war, dann wird das gar nicht wahrgenommen, ne. Da heißt es dann ‚die Schwester hat mich aufgeklärt‘ oder mit mir hat noch keiner über die Operation geredet.“*

4.4 Informations- und bildungsbezogene Einflussfaktoren

Die Informations- und Wissensvermittlung liefert die Grundlage der gemeinsamen Entscheidungsfindung und wurde folglich auch in den Fokusgruppen oft thematisiert. Der ganze Prozess ist immer eingebettet in eine Informations-, Bildungs- und Medienlandschaft, die den Verlauf maßgeblich beeinflussen kann. Dazu zählt zunächst das Internet mit seiner Flut an gesundheitsrelevanten und teils auch fragwürdigen Informationsangeboten, aber ebenso die allgemeine Gesundheitsbildung und -kompetenz. Schließlich diskutierten die Ärzte ebenfalls über didaktisch aufbereitete Informationsmaterialien für den unterstützenden Einsatz im Arzt-Patienten-Gespräch (vgl. Abbildung 5).

ABBILDUNG 5: Informations- und bildungsbezogene Einflussfaktoren im Überblick



4.4.1 Patienteninformationen im Internet

Dass sich sehr viele Patienten ergänzend zum Arzt–Patienten–Gespräch im Internet auf eigene Faust informieren, konnte ein Großteil der Ärzte aus eigener Erfahrung bestätigen. Einige beurteilten diese Entwicklung jedoch eher skeptisch. Wiederholt würden Patienten auch mit Fehlinformationen konfrontiert, die die Zusammenarbeit eher behinderten, als sie zu verbessern: „Wenn sich Patienten vorab inadäquates Wissen aneignen, erschwert dies die gemeinsame Entscheidungsfindung.“ Doch konnten einzelne Teilnehmende der medial getriebenen Entwicklung auch etwas abgewinnen: „Manchmal bringen die ja vielleicht auch ganz gute Ideen ein. Aber es ist eben ein sehr großer Arbeits- und Zeitaufwand.“

Im Grundsatz wurde der eigenständigen Informationssuche der Patienten durchaus ein Nutzenpotenzial zugeschrieben. Voraussetzung sei jedoch, dass qualitätsgesicherte Informationen niederschwellig verfügbar sind. Vor diesem Hintergrund wünschten sich einige Teilnehmende verständlichere Informationen: „Man müsste dafür sorgen, dass gut verständliche Informationen zur Verfügung stehen. Dann kann man daran anknüpfen.“ Zudem schlugen sie eine qualitätsbezogene Empfehlung von Internetseiten vor: „Konkrete Empfehlungen ausgewählter Internetquellen könnten helfen, Patienten mit qualitätsgesicherten Informationen zu versorgen.“

4.4.2 Patienteninformationen im Krankenhaus

Viele der teilnehmenden Ärzte wünschten sich eine frühzeitige Information der Patienten im Krankenhaus: „Patienten sollten so früh wie möglich informiert werden. Bei einem planbaren Eingriff sollten sie schon bei der Voruntersuchung in der Ambulanz ein Informationspaket zum geplanten Eingriff erhalten. Der Hausarzt könnte vorab schon Informationen zur Indikation beisteuern.“ Uneinigkeit bestand jedoch, als es um konkrete Informationsmedien und verlässliche Quellen ging.

Zunächst konzentrierte sich die Diskussion auf die sogenannten **Aufklärungsbögen**, die Patienten vor einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme standardmäßig erhalten. Diese Bögen werden den Diskussionen zufolge sehr häufig für das Aufklärungsgespräch herangezogen, doch viele der Teilnehmenden räumten ein, dass sie für die patientengerechte Aufklärung nur sehr bedingt geeignet seien: *„Die Aufklärungsbögen fokussieren auf die rechtssichere Aufklärung über mögliche Risiken. Das macht vielen Patienten noch mehr Angst.“* Zudem kritisierten einige die Verständlichkeit der Bögen: *„Die derzeit verwendeten Aufklärungsbögen sind für viele Patienten unverständlich, müssten einfacher sein, eine größere Schrift haben.“*

Andere Stimmen bewerteten die Bögen hingegen positiv, berichteten jedoch, dass Patienten sie häufig gar nicht lesen würden: *„Bei uns bekommen die Patienten die Aufklärungsbögen meistens mit nach Hause. Und die sind gut erklärt, da steht alles genau drin. Und dann kommen die zu mir in die Sprechstunde und wenn ich sie frage, ob sie den Bogen gelesen haben, antwortet mir die Hälfte der Patienten: ‚Nö, das würde ich ja eh nicht verstehen‘.“* Einige Ärzte merkten zudem an, dass die Aufklärungsgespräche selbst nicht unbedingt auf das Verständnis der Patienten, sondern wiederum auf die rechtliche Absicherung ausgerichtet seien: *„Rein rechtlich ist es ja so: Wenn der Patient den Aufklärungsbogen gelesen hat und angibt, keine weiteren Fragen zu haben, reicht das aus. Ob der Patient dann wirklich informiert ist, ist eine andere Frage.“*

Anders als die standardisierten Aufklärungsbögen wurden **ergänzende Informationsangebote** von allen Teilnehmenden positiv bewertet: *„Da Patienten immer nur einen Teil der Gesprächsinhalte behalten können, wäre es schon sehr sinnvoll, begleitend schriftliche, verständliche Materialien auszuhändigen.“* Mehrheitlich kritisiert wurde jedoch ein Mangel an geeigneten und didaktisch ansprechend aufbereiteten Materialien und Medien: *„Ich hätte gerne mehr unterstützende Informationsmaterialien für die Aufklärungsarbeit und verstehe gar nicht, warum es das nicht gibt.“* So müssten die Ärzte oft selbst Informationen erstellen: *„Zum Teil werden Informationen auch von den Krankenhausärzten selbst entworfen und dann über einen langen Zeitraum hinweg für die Patienten kopiert, weil man nichts anderes hat.“* Solche Materialien seien jedoch nicht immer zufriedenstellend: *„Ganz oft kritzelt man im Aufklärungsgespräch Skizzen auf ein Stück Papier. Jedoch ist nicht jeder Arzt künstlerisch begabt und es wäre schön, hier unterstützende grafische Materialien zu haben.“* Mehrere Teilnehmer sahen in einer solchen Visualisierung von medizinischen Sachverhalten einen großen Mehrwert für Patienten: *„Mit Abbildungen und Diagrammen kann man komplexe Zusammenhänge einfach veranschaulichen und sie dem Patienten erklären.“*

Einzelne waren der Meinung, dass bereits ausreichend Informationsmaterial zur Verfügung stehe und es in den Kliniken eher an der Entscheidung für eine bestimmte Informationsquelle scheitere: *„Es gibt eigentlich genug Informationen auf dem Markt. Infrage kommen vor allem Informationen der Berufsverbände und Fachgesellschaften. Man müsste sich nur auf etwas einigen und den Patienten dann standardisiert aushändigen.“* Andere betonten jedoch, dass schriftliche Informationen oft unverständlich seien und zudem neue Fragestellungen produzierten: *„Häufig werfen schriftliche Materialien neue Fragen auf. Ein persönliches Gespräch ist daher unersetzlich.“*

Neben den klassischen Formaten wie Informationsblättern oder Broschüren wurden im Verlauf der Fokusgruppen immer wieder auch **innovative Informationskonzepte** diskutiert. So berichtete eine Teilnehmerin, dass in ihrer Abteilung eine „Kramkiste“ die Arzt-Patienten-Gespräche unterstütze: *„Wir haben eine Kramkiste mit Prothesen, Gerätschaften und anderen Mustern. Die Patienten können die Dinge in die Hand nehmen und damit arbeiten, um es kennenzulernen.“* Auf mehrheitlich positive Resonanz stießen in der Diskussion auch

videogestützte Informationsangebote: *„Im Ausland habe ich sehr gute Erfahrungen mit der videogestützten Aufklärung gemacht. Vor dem ärztlichen Aufklärungsgespräch haben die Patienten ein Tablet mit einem leicht verständlichen Aufklärungsfilm erhalten, der gewissermaßen die Basis für das Arztgespräch geschaffen hat.“* Aus einer anderen Klinik wurde über den hilfreichen Einsatz von Tablet-PCs berichtet: *„Bei uns kommen Tablet-PCs zum Einsatz, mit denen wir zur Erläuterung auch Befunde und Röntgenbilder am Patientenbett zeigen können.“*

4.4.3 Gesundheitskompetenz

Neben der Verfügbarkeit schriftlicher oder multimedialer Patienteninformationen problematisierten die Ärzte einen geringen Wissensstand der Bevölkerung bei gesundheitsbezogenen Themen. Dabei wurde ein Bündel aus **Informationsverarbeitungs-, Interaktions- und Systemnutzungskompetenzen** beschrieben, das in der einschlägigen Literatur häufig auch als Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) zusammengefasst wird (Kickbusch et al. 2013; Schaeffer und Pelikan 2017; Schmidt-Kaehler et al. 2017; Sørensen et al. 2012). Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz der Patienten beschrieben viele Teilnehmende als erschwerenden Faktor für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Es mangle häufig bereits an der Fähigkeit, gute Informationen von schlechten Informationen zu unterscheiden: *„Viele Patienten wissen nicht, was gute Informationen ausmacht und wo man sie finden kann. Sie müssten wissen, wo sie vertrauenswürdige Informationen erhalten.“*

An dieser Stelle machten die Teilnehmer deutlich, dass ärztliche Aufklärung spätestens bei der Vermittlung von Grundlagenwissen und allgemeinen Kompetenzen an ihre Grenzen komme: *„Wenn man jetzt als Arzt immer diese Dinge jedem Patienten jedes Mal noch erklären muss, dann führt das weg von dem, was ich als Arzt zu meinen Aufgaben zähle.“* Vor diesem Hintergrund sprachen einige Ärzte das **Bildungssystem** an und forderten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung möglichst frühzeitig zu fördern: *„Man müsste schon in der Schule damit anfangen, grundlegendes medizinisches Wissen zu vermitteln. Auch Kompetenzen zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sollten hier vermittelt werden.“*

4.5 Fallbezogene Einflussfaktoren

Ob und wie eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess zustande kommt, hängt nach den Äußerungen in den Fokusgruppen immer auch von der individuellen Situation ab. Letztlich sei jeder Patientenkontakt anders und der gemeinsame Entscheidungsprozess müsse immer an den jeweiligen Fall adaptiert werden. Es ist den Teilnehmern zufolge ein großer Unterschied, ob das Gespräch mit den Patienten auf einer Peripheriestation, in der Notaufnahme, auf einer Intensiv- oder Palliativstation stattfindet. Neben dem fachbezogenen Setting spiele auch die Reichweite der Entscheidungen eine wichtige Rolle: So wurde die Notwendigkeit einer partizipativen Entscheidungsfindung etwa in der Palliativversorgung nicht infrage gestellt, doch bei aus ärztlicher Sicht weniger bedeutsamen Entscheidungen wie etwa der Medikamentenumstellung wurde die Einbindung kontrovers diskutiert (vgl. Abbildung 6).

ABBILDUNG 6: Fallbezogene Einflussfaktoren im Überblick



4.5.1 Fachabteilung

Wie Entscheidungen getroffen werden, unterscheidet sich den Teilnehmern zufolge deutlich je nach medizinischem Fachgebiet. Die verschiedenen Fachgebiete beschäftigen sich nicht nur mit unterschiedlichen Inhalten, sondern haben zum Teil auch ganz spezifische Rahmenbedingungen. Entsprechend unterscheiden sich die typischen Kommunikationsanlässe und Entscheidungssituationen. Gute bis sehr gute Bedingungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung beschrieben etwa die Teilnehmer aus den Fachbereichen **Pädiatrie, Onkologie und Palliativmedizin**: „In der Pädiatrie haben wir sehr gute Bedingungen für gemeinsame Entscheidungsfindung, ein gutes Team und auch ausreichend Zeit.“ „In der Onkologie spielt Shared Decision Making eine große Rolle. Die Patienten werden über einen langen Zeitraum begleitet, es wird viel diskutiert und der Patientenwunsch ist entscheidend. Gerade wenn es auch darum geht, eine Behandlung abzulehnen.“ Hinsichtlich der Versorgung am Lebensende – nicht nur auf der Palliativstation – wiesen einige Ärzte auch darauf hin, wie wichtig es sei, die Angehörigen einzubinden: „Speziell auf der Intensivstation sterben mehr Menschen als auf anderen Stationen. Wenn es dann zur letzten Entscheidung kommt, der Patient ver stirbt, hat man häufig doch das Gefühl, dass vor allem die Angehörigen, die zurückbleiben, der Meinung sind: Ja, hätte man nicht doch vorher darüber reden können, es vielleicht anders machen können?“

Ganz andere Rahmenbedingungen schilderten die Ärzte aus der **Notaufnahme**. Hier müssten Entscheidungen in der Regel sehr schnell getroffen werden: „In der Notaufnahme muss es meistens schnell gehen und da bleibt keine Zeit für längere Gespräche, sonst kann es auch mal gefährlich werden.“ Daneben berichteten einzelne Teilnehmende aus dem Fachbereich **Psychiatrie** von einer eher geringen Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsentscheidungen. Dies sei vor allem auf die Besonderheiten der psychiatrischen Patientenklientel zurückzuführen: „In der Psychiatrie wird einfach gemacht und nicht diskutiert, weil die Patienten die Konsequenzen nicht erfassen können.“

Die Teilnehmer aus dem Fachbereich Anästhesie empfanden in ihrem Fach einen hohen Bedarf, die Patienten einzubeziehen: *„In der Anästhesie geht es häufig um Regionalanästhesien als Alternative zur Vollnarkose, von denen die Patienten oft gar nichts wissen. Deshalb muss man gemeinsam abwägen und die Patienten müssen sich der höheren Risiken einer Vollnarkose bewusst sein.“* Die Beteiligten aus dem Fachbereich Innere Medizin zeigten sich hier etwas zurückhaltender. Der von den Patienten empfundene Entscheidungsdruck sei in ihrem Fachbereich häufig gering, was nicht selten zu einem Ausbleiben der Entscheidung führe: *„Das ist in der Inneren manchmal schwierig, gerade wenn die Patienten so im gemütlichen Umfeld sind: Hm, bin jetzt schon eine Woche da, hier kümmert sich ja jeder um mich. Und, na ja, dann ist ja auch nicht schlimm, wenn ich morgen noch da bin, und ich mich noch nicht so ganz durchgerungen habe zu einer Therapie.“*

4.5.2 Tragweite der zu treffenden Entscheidungen

Neben dem Indikations- bzw. Fachbereich wurde in beiden Gruppendiskussionen auch die Tragweite der medizinischen Entscheidung als fallbezogener Einflussfaktor wiederholt angeführt – und gleichzeitig kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand darüber, dass insbesondere bei der Entscheidung, ob eine Krankheit behandelt oder nicht behandelt werden sollte, es absolut notwendig sei, die Patienten einzubeziehen. Als Beispiel wurden immer wieder onkologische Patienten mit schlechter Prognose angeführt, die das Für und Wider einer Therapie für sich abwägen müssen. Die meisten Stimmen präferierten eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei allen Handlungsoptionen mit großer Tragweite: *„Wenn es um größere Sachen geht – machen wir jetzt die Herzkatheter-Untersuchung oder irgendwas anderes –, da versuche ich mir schon die Zeit zu nehmen.“*

Einzelne Teilnehmende sahen bei kleineren Behandlungsentscheidungen hingegen keinen Einbeziehungsbedarf: *„Bei kleineren Entscheidungen des Alltags, etwa bei der Umstellung der Blutdruckmedikation im Krankenhaus, habe ich keine Zeit und keine Lust auf gemeinsame Entscheidungsfindung. Solche Fragen bespricht der Hausarzt. Bei uns bekommen die Patienten davon gar nichts mit.“* Dies sei angesichts der Häufigkeit solcher Entscheidungen im Klinikalltag auch anders nicht zu leisten.

Eine kleinere Gruppe berichtete, dass sich Patienten bei weniger schwerwiegenden Entscheidungen auch weniger involviert zeigten, obwohl damit ebenfalls oft Entscheidungen verbunden seien, die den Alltag verändern: *„Onkologie ist natürlich der Blockbuster. Das ist immer total emotional, es geht ums Leben. Da sind Patienten auch involvierter. Wenn man jetzt darüber redet, welche Blutdrucktablette man nehmen soll, klingt das dagegen natürlich banal. Aber letztendlich sind das ja genau die wichtigen Diskussionen: Soll es noch ein Blutdrucksenker sein, ja oder nein?“*

5 Kernaussagen

Die folgenden Kernaussagen fassen die relevanten Aussagen der Teilnehmer in stark verdichteter Form zusammen. Sie basieren auf einer inhaltsanalytischen Auswertung durch das Autorenteam, die zu Qualitätssicherungszwecken einem mehrstufigen Reviewverfahren unterzogen wurde.

Kernaussage 1: Wirtschaftlicher Druck hemmt die gemeinsame Entscheidungsfindung im Klinikalltag.

Wirtschaftlicher Druck nahm als hemmender Faktor für die gemeinsame Entscheidungsfindung einen sehr hohen Stellenwert in den Fokusgruppen ein. So beeinflussen betriebswirtschaftliche Interessen den Aussagen der Teilnehmer zufolge die **Auswahl von Behandlungsoptionen** maßgeblich. Gemeinsame Entscheidungsfindung werde dabei ad absurdum geführt, weil Aufklärung bewusst unvollständig oder interessengeleitet erfolge – mit dem Ziel, die Patienten zu einer für die Klinik lukrativen Therapie zu bewegen. Zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf die Folgen von Rationierung und Ökonomisierung im Krankenhaus kommen auch andere Studien (Reifferscheid et al. 2015, Naegler und Wehkamp 2017); 2016 beschäftigte sich zudem der Deutsche Ethikrat mit dieser Thematik.

Weiterhin führten die Ärzte aus, dass die **Bedeutung von Kommunikation** aufgrund unzureichender Anreizsysteme gering sei: Da die Vergütung unabhängig von der für Patientengespräche aufgewendeten Zeit erfolge, seien die entsprechenden Ressourcen so knapp kalkuliert, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung als integraler Bestandteil des Klinikalltags kaum umsetzbar sei. Auch dieses Ergebnis lässt sich durch bereits vorhandene Studien stützen (z.B. Davis et al. 2011, Légaré et al. 2008, Charles et al. 2004). Darüber hinaus liefert es einen wichtigen Beitrag zu der Frage, inwieweit gemeinsame Entscheidungsfindung mit einem erhöhten Zeitaufwand einhergeht. Während Stacey und Kollegen in einem systematischen Review eine Erhöhung des Zeitaufwandes von durchschnittlich nur 2,6 Minuten bei Gesamtgesprächszeiten von im Mittel 24 Minuten für die gemeinsame Entscheidungsfindung fanden (Stacey et al. 2017), sprechen einzelne Teilnehmer von so kurzen Arzt-Patient-Kontakten, dass die Einbindung in Behandlungsentscheidungen höchstwahrscheinlich zu einem weit höheren Mehraufwand im deutschen Klinikalltag führen würde.

Kernaussagen

- 1 Wirtschaftlicher Druck hemmt die gemeinsame Entscheidungsfindung im Klinikalltag.
- 2 Führungskultur und interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen die Möglichkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung.
- 3 Eine positive ärztliche Haltung gegenüber gemeinsamer Entscheidungsfindung ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Shared Decision Making.
- 4 Gesundheitswissen und Motivation von Patienten beeinflussen die Umsetzbarkeit von gemeinsamer Entscheidungsfindung.
- 5 Ärzte wünschen sich mehr Unterstützung bei der Informationsvermittlung.
- 6 Die derzeitige Aus- und Fortbildung im Bereich Arzt-Patienten-Kommunikation berücksichtigt den Behandlungsalltag unzureichend.

Kernaussage 2: Führungskultur und interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen die Möglichkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Die Güte der Zusammenarbeit im ärztlichen und nicht ärztlichen Team sowie die damit verbundenen Verhaltensnormen haben den Teilnehmern zufolge einen weitreichenden Einfluss auf die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im Klinikalltag. Demnach beeinträchtigen stark **ausgeprägte formelle und informelle Hierarchien** die Einbeziehung von Patienten – besonders im Zusammenhang mit autoritativen Führungsstilen. Häufig stünden dienstältere ärztliche Kollegen der Patientenpartizipation kritisch gegenüber und revidierten die vorab mit Patienten entwickelten Behandlungskonzepte ohne Absprache. Zudem berichteten Teilnehmer aus stark hierarchisch geprägten Teams eine **kritikvermeidende Gesprächskultur gegenüber Vorgesetzten oder erfahreneren Kollegen**, die sich ebenfalls hemmend auf die Verbreitung von gemeinsamer Entscheidungsfindung auswirke.

Förderlich hingegen für gemeinsame Entscheidungsfindung ist den befragten Ärzten zufolge eine **funktionsfähige interprofessionelle Zusammenarbeit**. So gelinge die Patientenpartizipation dann am besten, wenn sie von allen Kollegen als Teamaufgabe verstanden werde. Dies beinhalte die Einbeziehung anderer Gesundheitsfachberufe in den Entscheidungsprozess ebenso wie auf die Patientenkommunikation abgestimmte Arbeitsabläufe. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit als wichtiger fördernder Faktor für gemeinsame Entscheidungsfindung deckt sich mit dem Befund von Joseph-Williams et al. (2017), demzufolge Ärzte die gemeinsame Entscheidungsfindung dann höher priorisieren und leichter umsetzen können, wenn sie sie als Teamaufgabe begreifen. Gleichzeitig scheint jedoch auch in interdisziplinären Teams die Patientenperspektive nicht ausreichend im Entscheidungsprozess berücksichtigt zu werden (Hahlweg et al. 2017b, Hahlweg et al. 2015). Die Mehrzahl der Teilnehmer berichtete in den Fokusgruppen, dass in ihren Abteilungen gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in den team- und abteilungsübergreifenden Kommunikations- und Behandlungsprozess eingebettet sei.

Kernaussage 3: Eine positive ärztliche Haltung gegenüber gemeinsamer Entscheidungsfindung ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Shared Decision Making.

Die persönliche Haltung gegenüber gemeinsamer Entscheidungsfindung scheint wesentlichen Einfluss auf deren Umsetzung im Klinikalltag zu haben. Die befragten Teilnehmer berichteten mehrheitlich von schlechten Rahmenbedingungen für die Patientenpartizipation. Um trotzdem – ihrer positiven Haltung folgend – Entscheidungen mit den Patienten gemeinsam treffen zu können, nahmen viele von ihnen regelmäßig unbezahlte Überstunden in Kauf. Andere Kollegen seien hingegen im Verlauf ihres Berufslebens abgestumpft, was sich wiederum negativ auf das gesamte Team auswirke. Dass die ärztliche Haltung von den Befragten als ein wesentlicher Einflussfaktor für gemeinsame Entscheidungsfindung bewertet wurde, verwundert nicht. Die Literatur benennt ärztliche Motivation und die Erwartung einer positiven Wirkung von Shared Decision Making als häufigsten förderlichen Faktor für Patientenpartizipation (Légaré et al. 2008).

Kernaussage 4: Gesundheitswissen und Motivation von Patienten beeinflussen die Umsetzbarkeit von gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im Klinikalltag hängt den Befragten zufolge von vielen individuellen Faktoren ab. Die Gruppe der Patienten sei sehr heterogen – sowohl hinsichtlich des Gesundheitswissens als auch in Bezug auf die Motivation, aktiv an der Behandlung mitzuwirken. Ganz prinzipiell lasse sich die Tendenz erkennen, dass ältere Patienten eine Beteiligung eher ablehnen, während die Jüngeren sich selbst informieren und eine Einbeziehung in Behandlungsentscheidungen aktiv einfordern. Diese subjektive Erfahrung der Teilnehmer deckt sich mit Studienergebnissen zu Patientenpräferenzen hinsichtlich Shared Decision Making (Braun und Marstedt 2014). Wie notwendig jedoch die persönliche Motivation auf Patientenseite derzeit ist, um mitentscheiden zu können bzw. zu dürfen, lässt sich daran erkennen, dass nach Angaben der befragten Ärzte Diskussionen über Behandlungsoptionen häufig erst auf Initiative der Patienten zustande kommen.

Kernaussage 5: Ärzte wünschen sich mehr Unterstützung bei der Informationsvermittlung.

Die bisher verwendeten Aufklärungsbögen und Informationsmaterialien sind nach Angaben vieler Teilnehmer nur bedingt für den Einsatz in Patientengesprächen geeignet (vgl. auch Lüthen et al. 2018), sodass häufig selbst erarbeitete Informationsmaterialien verwendet werden. Hier bestehe ein Bedarf nach didaktisch gut aufbereiteten Materialien. Zudem müsse es bessere Orientierungshilfen im Internet geben, um Patienten die Auswahl vertrauenswürdiger Informationen bei der Eigenrecherche zu erleichtern. In diesem Zusammenhang machten die befragten jungen Ärzte deutlich, dass die ärztliche Aufklärung bei der Vermittlung von Grundwissen und grundlegenden Kompetenzen an ihre Grenzen gerate, und nahmen auch die Medien und das Bildungssystem in die Verantwortung.

Ausnahmslos positiv bewerteten die Ärzte den Einsatz von Videos für die Informationsvermittlung und erwarteten davon eine Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Solche Techniken kämen jedoch bisher nur in wenigen Kliniken und sporadisch zum Einsatz.

Kernaussage 6: Die derzeitige Aus- und Fortbildung im Bereich Arzt-Patienten-Kommunikation berücksichtigt den Behandlungsalltag unzureichend.

Der Qualifizierungsbedarf für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation scheint derzeit nicht ausreichend gedeckt. Die meisten Ärzte berichteten, im Studium lediglich in der Theorie etwas von gemeinsamer Entscheidungsfindung gehört zu haben. Nur wenige hätten an praktischen Übungen teilnehmen können, um einschlägige Techniken mit Simulationspatienten zu trainieren. Kritisiert wurde zudem, dass die in den Schulungen unterstellten Arbeitsbedingungen – insbesondere der für eine Aufklärung zur Verfügung stehende Zeitrahmen – mit der klinischen Realität nicht übereinstimmen. In der Folge gelingt es den jungen Ärzten nach eigenen Angaben nicht, die erlernten Interaktionsmodelle auf die Praxis zu übertragen, sodass die angewendeten Techniken vor allem auf Erfahrungslernen basieren. Hier lassen aktuelle Studien auf wirkungsvollere Trainingsmodule für Shared Decision Making hoffen (Geiger et al. 2017). Zudem soll den beschriebenen Mängeln mit Maßnahmen im Kontext des bereits 2017 gemeinsam von der Bundesregierung und der Gesundheits- sowie Kultusministerkonferenz beschlossenen „Masterplan Medizinistudium 2020“ entgegengewirkt werden, der eine Verbesserung der medizinischen Ausbildung zum Ziel hat (Bundesgesundheitsministerium 2017).

Die Diskussionsbeiträge legen weiterhin nahe, neben der ärztlichen Aus- und Weiterbildung auch die Qualifizierung anderer Gesundheitsberufe zu stärken, um die positiven Einflüsse der interdisziplinären Zusammenarbeit zu verbessern. Die bisherige Forschung zeigt, dass Qualifizierungsprogramme derzeit vorwiegend ärztliches Personal adressieren (Légaré und Witteman 2013).

6 Bewertung durch Experten

Die Bertelsmann Stiftung hat sieben Experten gebeten, die zusammengefassten Gesprächsinhalte der beiden Fokusgruppen und die daraus abgeleiteten Kernaussagen zu kommentieren. Sie sollten einschätzen, inwiefern jede Kernaussage zutrifft und wie relevant sie im Vergleich zu den anderen Kernaussagen ist. Zudem wurden die Fachleute gebeten, kurze Handlungsempfehlungen aus den Kernaussagen abzuleiten.

Im Abschnitt 6.1 werden die Einschätzungen der Experten hinsichtlich der Validität und Relevanz der Kernaussagen kurz zusammengefasst und auszugsweise zitiert. Die Empfehlungen beziehen sich überwiegend auf vier konkrete Handlungsfelder: finanzielle Anreize, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement und Informationsmaterialien. Im Abschnitt 6.2 werden die Lösungsansätze daher nach diesen vier Handlungsfeldern geclustert und ebenfalls mit prägnanten Zitaten vorgestellt.

6.1 Kommentare zu den Kernaussagen

Kernaussage 1: Wirtschaftlicher Druck hemmt die gemeinsame Entscheidungsfindung im Klinikalltag.

Die Experten sind sich weitestgehend einig, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung und der damit zum Teil verbundene Zeitdruck für Ärzte ein sehr relevanter Einflussfaktor ist, der die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung in der Praxis hemmt. Prof. Härter sieht durch die in den Fokusgruppen teils erwähnte bewusst unvollständige Aufklärung von Patienten das Patientenrechtegesetz von 2013 konterkariert und plädiert dafür, den „Wahrheitsgehalt dieser Aussage sehr ernst zu nehmen“. Prof. Woopen stellt heraus, dass eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation nicht primär auf finanziellen Anreizen als vielmehr auf einer ethisch begründeten Achtung der Selbstbestimmung der Patienten beruhen sollte. Prof. Wasem gibt zu bedenken, dass die Krankenhauskultur – beeinflusst von ökonomischen Rahmenbedingungen – grundsätzlich nicht auf Shared Decision Making angelegt sei.

» Je stärker ein Krankenhaus oder eine einzelne Abteilung in einem Krankenhaus darauf angewiesen ist, maximalen Profit pro Patient zu machen, desto größer ist die Verlockung, Patienten durch verschiedene Maßnahmen dazu zu bewegen, sich für jene Therapie zu entscheiden, die die höchste Gewinnmarge bietet.« PROF. DR. FRIEDEMANN GEIGER

» Die Ökonomisierung ist mit Sicherheit ein fördernder Faktor für mangelnde Realisierung von SDM im Krankenhaus. Ohnehin sind Kultur etc. im Krankenhaus nicht auf SDM ausgelegt.“
PROF. DR. JÜRGEN WASEM

» Klinikseitige Prioritäten für die lukrativsten Behandlungen (entsprechen) nicht immer dem jeweiligen Behandlungsbedarf des Patienten. Für die Ärzteschaft ergibt sich bezüglich der berufsethischen Pflichten, die den wirtschaftlichen Rentabilitätszielen gegenüberstehen, ein Interessenkonflikt.“ PROF. DR. BERND GRIEWING

» Die Bedeutung von Kommunikation sollte letztlich nicht von Anreizsystemen abhängig sein, sondern von der ethisch begründeten Achtung der Selbstbestimmung des Patienten, rechtlichen Vorgaben sowie psychosozialen und medizinischen Erkenntnissen über den Behandlungsverlauf und die für den Patienten wichtigen Ergebnisse.“ PROF. DR. CHRISTIANE WOOPEN

Kernaussage 2: Führungskultur und interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen die Möglichkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Dieser Kernaussage stimmen alle Experten zu und messen ihr insgesamt eine hohe Bedeutung als Einflussfaktor für die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei. Prof. Woopen weist darauf hin, dass es sich dabei – je nach Situation in der jeweiligen Klinik – um einen fördernden oder einen hemmenden Faktor handeln könne. Die historisch gewachsenen Strukturen im Krankenhaus im Zusammenspiel mit anderen beeinträchtigenden Einflussfaktoren wirken sich nach Meinung von Prof. Griewing allerdings eher negativ auf die Umsetzung von SDM aus. Gleichwohl sieht Prof. Wasem durch den Generationenwechsel und den damit sich anbahnenden Kulturwandel auch eine Chance für die Umsetzung von mehr patientenzentrierter Kommunikation. Darüber hinaus sieht Prof. Jünger die Notwendigkeit für mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit. Gleichzeitig gibt sie zu bedenken, dass die Verantwortung für den Prozess der Entscheidungsfindung beim Arzt liege, andere Professionen diesen Prozess aber unterstützen können.

» Die Relevanz dieser Kernaussage halte ich für sehr hoch. Führungspersönlichkeiten haben enorme Auswirkungen auf die Einstellungen und Verhaltensmuster junger Ärzte und können sie sowohl nachhaltig motivieren und stärken als auch frustrieren und entmutigen.“
PROF. DR. CHRISTIANE WOOPEN

» Trotz der zunehmenden Bedeutung einer Feedbackkultur und des gestiegenen Bewusstseins für aktives Fehlermanagement ist eine kritikvermeidende Gesprächskultur nach wie vor weit verbreitet.“ PROF. DR. JANA JÜNGER

» Sehr relevant, auch unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit. Hierarchische Strukturen und mangelnde Kommunikation über Ebenen hinweg führen zu Schnittstellen, die oft fehlerauslösend sind.“ DR. MARTIN DANNER

Kernaussage 3: Eine positive ärztliche Haltung gegenüber gemeinsamer Entscheidungsfindung ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Shared Decision Making.

Die Experten beurteilen diese Kernaussage überwiegend als zutreffend und relevant. Sie sehen in der Grundhaltung des einzelnen Arztes wie auch der Ärzte in Leitungspositionen sogar eines der wesentlichen Hemmnisse für die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung. Prof. Woopen weist darauf hin, dass sich eine Haltung durch das Sammeln von Wissen und Erfahrungen im Verlauf vieler Jahre herausbilde und daher nicht einfach durch Vorlesungen oder mithilfe eines Lehrbuchs erlernt werden könne wie etwa unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für eine bestimmte Erkrankung. Das Problem müsse vielmehr im Kontext der anderen Einflussfaktoren betrachtet werden. Dr. Danner merkt an, dass es bei gelungener Kommunikation hauptsächlich auf die „Passung“ ankomme. So gebe es gleichermaßen Ärzte wie Patienten, die kommunikationsfreudig oder kommunikationsavers seien.

» Stimme absolut zu, die ärztliche Haltung und Einstellung zu Patienten und zu einem patientenzentrierten Vorgehen inkl. SDM ist ein zentraler Faktor für das Gelingen von PEF/SDM.«
PROF. DR. DR. MARTIN HÄRTER

» Es liegt wesentlich ein Hierarchie- und Generationenproblem vor. Bei Vorgesetzten und bei älteren Ärzten ist SDM nicht als relevant angekommen. Dort besteht auch nicht die Erwartung, dass SDM positive Effekte haben wird.« PROF. DR. JÜRGEN WASEM

» Eine positive ärztliche Haltung ist unbedingt notwendig. Es trifft weiterhin zu, dass in der Realität einige (ältere) Kollegen, wie beschrieben, bereits „abgestumpft“ sind. Somit besteht das Risiko, dass sich eine Arbeitsmoral „Dienst nach Vorschrift“ etabliert. Dies ist als kritisch zu bewerten, da gerade der eigene Anspruch, ergänzt durch Empathie im kollegialen sowie im Umgang mit Patienten und Angehörigen, einen entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche Behandlung darstellen kann.« PROF. DR. BERND GRIEWING

Kernaussage 4: Gesundheitswissen und Motivation von Patienten beeinflussen die Umsetzbarkeit von gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Dieser Kernaussage stimmen alle Experten zu, bewerten sie im Hinblick auf ihre Relevanz bei der Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im Krankenhaus aber als nachrangig. Die Verantwortung für eine aktive Beteiligung von Patienten sehen einige Experten, so Prof. Härter, Prof. Jünger und Prof. Woopen, eher beim Arzt als beim Patienten. Eine Steigerung von Gesundheitskompetenz bei Patienten dürfe nicht dazu führen, dass die ärztliche Verantwortung in Richtung Patient geschoben werde, so Prof. Woopen. Prof. Härter weist darauf hin, dass die Übergänge zwischen dem SDM-Modell und einer paternalistischen Vorgehensweise fließend seien und sich der Wunsch von Patienten nach Einbeziehung im Verlauf einer Behandlung auch ändern könne.

» Die Beteiligungspräferenzen von Patientinnen und Patienten können sich im Verlauf einer Konsultation wandeln. So kann es sein, dass ein/e Patient/in, welche/r sich zu Beginn der Konsultation nicht aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligen wollte, nach verständlicher und neutraler Darstellung der Behandlungsoptionen inklusive deren Vor- und Nachteilen durchaus eine Beteiligung an der Entscheidungsfindung wünscht.“ PROF. DR. DR. MARTIN HÄRTER

» Vor dem Hintergrund eines Generationenwechsels sowohl auf Arzt- als auch Patientenseite sind Kompetenzen in gemeinsamer Entscheidungsfindung auf Seiten der ÄrztInnen in der Zukunft wesentlich für die Gestaltung gelungener Arzt-Patient-Beziehungen.“ PROF. DR. JANA JÜNGER

» Das entbindet beide Beteiligte dennoch nicht von der Herausforderung, für ein Verständnis beim Gesprächspartner auch dann zu sorgen, wenn dieser länger braucht, um das Verständnis zu entwickeln.“ PROF. DR. FRIEDEMANN GEIGER

» Zu beachten ist, dass der/die intensiver vorinformierte Patient/in nicht automatisch auch der/die besser informierte Patient/in ist. Shared Decision Making wird künftig viel stärker auf Bewertung von Information und weniger auf Vermittlung von Information fokussieren müssen.“ DR. MARTIN DANNER

Kernaussage 5: Ärzte wünschen sich mehr Unterstützung bei der Informationsvermittlung.

Die Experten stimmen überein, dass diese Kernaussage die derzeitige Realität in Kliniken abbildet. Dr. Danner weist darauf hin, dass schon ausreichend qualitätsgesicherte Aufklärungsbögen existieren und den Rahmen für ein individuelles Aufklärungsgespräch bieten. Formate wie Aufklärungsvideos allein seien weniger geeignet, da es Patienten nicht möglich sei, direkt nachzufragen und ihr individueller Bedarf somit nicht berücksichtigt würde. Im Gegensatz dazu merkt Prof. Geiger an, dass Aufklärungsbögen häufig nicht auf die Zielpopulation abgestimmt seien und daher nicht einmal gelesen, sondern nur unterschrieben werden. Er äußert die Zuversicht, dass Ärzten mit patientengerechtem Informationsmaterial wie etwa Entscheidungshilfen die gemeinsame Entscheidungsfindung erleichtert werden könne. Prof. Jünger weist auf die schon jetzt vorhandene Vielfalt an Informationen und die damit verbundene Herausforderung für Ärzte hin, für den jeweiligen Patienten das geeignete Material auszuwählen. Insgesamt beurteilen die Experten diese Aussage eher als nachrangig, da bessere Unterstützungsmaterialien nur dann wirken können, wenn die anderen Rahmenbedingungen für die Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung stimmen.

» Ärzten (und anderen Professionen) kann vermittelt werden, dass gute Patienteninformation SDM sinnvoll unterstützen kann und eine Grundlage für Arzt-Patienten-Gespräche sein kann.“ PROF. DR. FRIEDEMANN GEIGER

» Wenn überhaupt, dann ist daher interaktiven Formaten der Vorzug zu geben, aber eben auch nur zur Vorbereitung des Gesprächs, nicht zu dessen Ersetzung.“ DR. MARTIN DANNER

» Bessere Materialien würden nichts nutzen, wenn die kulturellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus so bleiben wie sie sind und sich an den ökonomischen Anreizstrukturen nichts ändert.“ PROF. DR. JÜRGEN WASEM

Kernaussage 6: Die derzeitige Aus- und Fortbildung im Bereich Arzt-Patienten-Kommunikation berücksichtigt den Behandlungsalltag unzureichend.

Dieser Aussage stimmen die Experten zu und bewerten sie als relevant. Prof. Geiger weist darauf hin, dass hinsichtlich der Kommunikationsausbildung im Medizinstudium momentan viel im Umbruch sei. Laut Prof. Härter gibt es bislang an nur wenigen Fakultäten eine längere Erfahrung mit entsprechenden Ausbildungsformaten. Zudem werde gerade die gemeinsame Entscheidungsfindung eher theoretisch als praktisch gelehrt. Dr. Danner und Prof. Woopen weisen darüber hinaus darauf hin, dass sich die Ausbildung der Studierenden nicht an die unzureichende „harte“ Realität anpassen solle. Vielmehr müsse die Ausbildung die Studierenden dazu anleiten, die (problematische) Realität im positiven Sinne zu verändern, indem sie zum Beispiel junge Ärzte befähige, von Vorgesetzten mehr Zeit für Kommunikation einzufordern.

» *Kommunikation sollte als eigene Leistung einen höheren Stellenwert bekommen. Die Medizin ist großteils auch eine sprechende Wissenschaft.*“ PROF. DR. BERND GRIEWING

» *Im Studium wird an den meisten Fakultäten in der Tat nur in der Theorie etwas von gemeinsamer Entscheidungsfindung unterrichtet.*“ PROF. DR. DR. MARTIN HÄRTER

» *Bei der Umsetzung der gelernten Gesprächsführungstechniken stehen AbsolventInnen vor der Hürde, das theoretisch Gelernte in einen durch häufige Unterbrechungen fraktionierten klinischen Alltag zu integrieren.*“ PROF. DR. JANA JÜNGER

» *Nicht aber sollte sich die Ausbildung an die unzureichende Realität im Klinikalltag anpassen, sondern umgekehrt sollte die Ausbildung dazu anleiten, die Realität zu verändern. Die realen Bedingungen können reflektiert werden und mögliche Strategien im Umgang mit problematischen Verhältnissen besprochen und eingeübt werden.*“ PROF. DR. CHRISTIANE WOOPEN

6.2 Lösungsansätze

Handlungsfeld 1: Finanzielle Anreize

Die Experten sind mehrheitlich der Meinung, dass eine Änderung im Vergütungssystem mit entsprechend höherem finanziellen Anreiz sich positiv auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und die gemeinsame Entscheidungsfindung auswirken würde. Übereinstimmend weisen sie darauf hin, dass die Schaffung finanzieller Anreize jedoch kein singulärer Lösungsansatz sein sollte. So kommentiert Prof. Wasem: „Aus meiner Sicht kann die Verbesserung der ökonomischen Anreize einen Beitrag leisten, muss aber in ein multidimensionales Lösungspaket eingebettet werden.“ Er wirft zudem die Frage auf, ob Gesprächszeit als gesonderte Erlösquelle wirklich realisierbar sei, und weist auf den Aufwand hin, mit dem die zur Abrechnung notwendigen Kontrollmechanismen verbunden wären. Prof. Griewing sieht in der Schaffung monetärer Anreize keinen geeigneten Lösungsansatz.

» Eine Neuordnung der Vergütung und entsprechende Anreizsysteme würden den Stellenwert von Arzt-Patient-Gesprächen positiv beeinflussen. Aus politischer und ökonomischer Perspektive wären Anreizsysteme wünschenswert, die das Arzt-Patient-Gespräch besser honorieren, vor allem auch im Hinblick auf Gespräche zur gemeinsamen Entscheidungsfindung.“ PROF. DR. JANA JÜNGER

» Gerade das Defizit an sprechender Medizin kann nur über konkrete Leistungsvergütungen in Kombination mit Qualitätsmanagement-Systemen auf der Basis von Patientenbefragungen abgebaut werden.“ DR. MARTIN DANNER

» Die im Dokument gezogene Schlussfolgerung, dass Zeit für ein Gespräch eine eigenständige Erlösquelle für das Krankenhaus werden müsse, liegt nahe. Inwieweit dies realisierbar ist, muss sorgfältig geprüft werden. Insbesondere dürfte der Kontrollaufwand hoch sein.“ PROF. DR. JÜRGEN WASEM

» Monetäre Anreizsysteme zur Steigerung zeitlicher Ressourcen für etwaige intensive Patientengespräche und Aufklärungen sind kein adäquater Lösungsansatz.“ PROF. DR. BERND GRIEWING

Handlungsfeld 2: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Eine weitere, oft ins Feld geführte Handlungsstrategie betrifft die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Alle Experten sind sich einig, dass hier ein großes Potenzial für adäquate Lösungsansätze liegt. Dabei reichen die empfohlenen Maßnahmen und Formate von persönlichen Coachings und Supervision über workplace-based trainings bis hin zu Onlinekursen. Prof. Jünger betont in diesem Zusammenhang, dass das Erlernen und der Einsatz von Gesprächsführungstechniken die Arzt-Patient-Kommunikation weitaus effizienter machen können.

Prof. Geiger stellt die Bedeutung der medizinischen Ausbildung heraus, die aktuell zahlenmäßig einen weit größeren Beitrag zu Schulungen in gemeinsamer Entscheidungsfindung liefere als Angebote in der Weiter- und Fortbildung. Dementsprechend fordert Prof. Härter die Einbindung von Kommunikationscurricula in die Facharztweiterbildung. Besonders wichtig sowohl in der Ausbildung als auch in der kontinuierlichen Weiterbildung im Berufsleben sei zudem die Entwicklung einer positiven Grundhaltung bezüglich gemeinsamer Entscheidungsfindung. Die Bedeutung der Haltung sowie einer entsprechenden Gesprächskultur im Krankenhaus wird von allen Experten betont. Prof. Woopen zufolge zeichnen hierfür insbesondere Führungspersönlichkeiten verantwortlich, da sie durch ihre Führungskultur die Einstellung und das Verhalten junger Kollegen maßgeblich beeinflussen. Darüber hinaus mahnen die Experten eine Stärkung der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit an.

» Für die Entwicklung einer positiven Haltung zu einem patientenzentrierten Vorgehen bedarf es einer intensiven Schulung in der medizinischen Ausbildung und einer kontinuierlichen Weiterbildung im fachärztlichen Bereich. Vermutlich bedarf es weiterer Aufwände in Form von Coaching oder Inter-/Supervision, da viele der gelernten Haltungen und Fertigkeiten aufgrund zahlreicher struktureller ungünstiger Faktoren wieder im Berufsleben verloren gehen.“ PROF. DR. DR. MARTIN HÄRTER

» Aus meiner Sicht sind Aus- und Fortbildung zentral. Dies betrifft sowohl den Aspekt des praktischen Übens als auch die viel grundsätzlichere Frage des Schaffens von Bewusstsein. Es muss gelingen, im Studium die Saat dafür zu legen, dass jüngere Ärzte SDM leben wollen. Dies ist zwar nicht hinreichend, aber ein zwingend notwendiger Punkt.“ PROF. DR. JÜRGEN WASEM

» Auf die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit sollte in allen Gesundheitsfachberufen ein Schwerpunkt in der Aus- und Weiterbildung gelegt werden. Haltungen und Verhaltensnormen in den Teams können beeinflusst werden, so dass zwischen den Berufsgruppen ein offener Austausch über die Belange von PatientInnen stattfindet. Häufig erhalten Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie Pflegekräfte oder PhysiotherapeutInnen im Patientenkontakt Informationen, die wichtige Hinweise auf die Präferenzen der PatientInnen liefern und können ÄrztInnen mit diesen Informationen bei der Gestaltung des Entscheidungsprozesses unterstützen.“
PROF. DR. JANA JÜNGER

» Führungspersönlichkeiten haben enorme Auswirkungen auf die Einstellungen und Verhaltensmuster junger Ärzte und können sie sowohl nachhaltig motivieren und stärken als auch frustrieren und entmutigen. Führungspersönlichkeiten sollten sich ihres Einflusses und damit ihrer Verantwortung für die Ausbildung und Weiterentwicklung von Grundhaltungen der Nachwuchskräfte bewusst sein.“ PROF. DR. CHRISTIANE WOOPEN

Handlungsfeld 3: Prozessoptimierung und Qualitätsmanagement

Die Verbesserung von Prozessen wird von vielen Experten als Hebel für die Verbreitung von gemeinsamer Entscheidungsfindung im Krankenhaus gesehen. Dabei werden zum einen jene Prozesse angesprochen, die sich auf die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit beziehen. Prof. Geiger spricht sich dafür aus, Arbeitsprozesse interdisziplinär zu gestalten und speziell auf gemeinsame Entscheidungsfindung auszurichten. Zum anderen betonen er und Prof. Jünger die Möglichkeit, Prozesse im Stationsalltag sowie im Arzt-Patienten-Gespräch zu optimieren, um die eingesparte Zeit für die gemeinsame Entscheidungsfindung nutzen zu können. Für ein verbessertes Qualitätsmanagement empfehlen Prof. Woopen und Dr. Danner die Entwicklung bzw. den Einsatz von Messinstrumenten, die die Kommunikationsqualität transparent machen. Zugleich müsse, so Dr. Danner, gelungene Kommunikation als zentraler Qualitätsstandard im Krankenhaus etabliert werden.

» Zudem kann etwa durch Struktur- und Prozessvorgaben ein patientenzentriertes Verständnis eines Behandlungsteams gefördert werden, das sich sowohl auf unterschiedliche Gesundheitsberufe als auch auf die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens erstreckt.“
PROF. DR. CHRISTIANE WOOPEN

» Ebenso bedeutsam ist aber auch die Gesprächskultur im Haus. Wird gelungene Kommunikation zum zentralen Qualitätsstandard erhoben, dann wird die Konzentration aller viel stärker auf das Shared Decision Making orientiert, als wenn Gesprächsführung eher als Zeitverschwendung gedeutet wird.“ DR. MARTIN DANNER

» Man ersetzt/ergänzt die Vermittlung medizinischer Informationen durch didaktisch aufbereitetes Informationsmaterial, strukturiert das Gespräch klarer anhand erprobter Strategien aus dem SDM-Ansatz und fokussiert in der dadurch eingesparten Zeit gezielt auf die angemessene Erklärung aller verfügbaren und begründbaren Therapiemöglichkeiten sowie die individuelle Lebenssituation, Präferenzen und Annehmbarkeit der Behandlung durch den Patienten – in der gleichen Zeit.“
PROF. DR. FRIEDEMANN GEIGER

Handlungsfeld 4: Informationsmaterialien

Geeignete Informationsmaterialien werden von nahezu allen Experten als hilfreiches Werkzeug für die gemeinsame Entscheidungsfindung gesehen. Prof. Härter sieht Bedarf für ein übersichtliches und gut zugängliches Portal für Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus plädiert er dafür, die Informationssuche bereits im Medizinstudium zu thematisieren. Die Informationsmaterialien müssten, so Prof. Griewing und Prof. Woopen, zudem individuell auf die Patienten zugeschnitten sein. Prof. Geiger plädiert für die effizientere und weiterreichende Entwicklung von Entscheidungshilfen, um den Bedarf an Informationsmaterialien zu decken und zugleich jungen Ärzten gegenüber erfahreneren Teammitgliedern Argumentationshilfen für gemeinsame Entscheidungsfindung zu liefern.

» *Es bedarf schnell (das wird seit Jahren gefordert, u.a. von mir und zahlreichen anderen Experten im Felde) eines übersichtlichen und einfachen sowie gut zugänglichen Portals für Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus muss auch an den medizinischen Fakultäten mehr gelehrt werden, wo und wie angehende Ärzte entsprechende Materialien finden und für die Beratung mit Patienten nutzen können.*“ PROF. DR. DR. MARTIN HÄRTER

» *Um einen patientenkonformen Informations- und Wissenstransfer für eine effektive gemeinsame Entscheidungsfindung zu erreichen, ist es förderlich, neben einer kompetenten verbalen Kommunikation auch didaktisch aufbereitete Informationsmaterialien zu nutzen. Innovative Informationskonzepte, als visuelle und haptische Ergänzung im Arzt-Patienten-Gespräch, sind zu begrüßen.*“ PROF. DR. BERND GRIEWING

» *Bei der aktuellen Produktionsgeschwindigkeit von Entscheidungshilfen in Deutschland entstehen jedoch vermutlich mehr neue medizinische Fragestellungen als Entscheidungshilfen. Zusätzlich veralten Entscheidungshilfen. Hier braucht es also konzertierte Anstrengungen und eine deutlich gesteigerte Effizienz in der Entwicklung, um eine größere Abdeckung zu erreichen und den berichteten Mangel zu beseitigen.*“ PROF. DR. FRIEDEMANN GEIGER

Literatur

- Bieber, C., K. Gschwendtner, N. Müller und W. Eich (2016). „Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 66. 195–207.
- Bode, I. (2010). „Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor“. *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*. Hrsg. M. Endreß und T. Matys. Wiesbaden. 63–92.
- Bohnsack, R. (2005). „Die Methode der Gruppendiskussion“. *Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre*. Hrsg. S.-U. Schmitz und K. Schubert. Opladen. 69–87.
- Bortz, J., und N. Döring (2005). „Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler“. Heidelberg.
- Braun, B., und G. Marstedt (2014). „Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit“. *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun und R. Meierjürgen. Gütersloh. 107–131.
- Bundesgesetzblatt (2013). „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“. www.bgbl.de/
- Bundesgesundheitsministerium (2017). „Masterplan Medizinstudium 2020“. Abgerufen am 13.7.2018 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf
- Charles, C., A. Gafni und T. Whelan (2004). „Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach“. *Health expectations* 7. 338–348.
- Couët, N., S. Desroches, H. Robitaille, H. Vaillancourt, A. Leblanc, S. Turcotte, G. Elwyn und F. Légaré (2015). „Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument“. *Health expectations* 18. 542–561.
- Davis, K., L. Haisfield, C. Dorfman, A. Krist und K. L. Taylor (2011). „Physicians’ Attitudes About Shared Decision Making for Prostate Cancer Screening“. *Family Medicine* 43 (4). 260–266.
- Deutscher Ethikrat (2016). „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme“. Berlin.
- Drake, R. E., und P. E. Deegan (2009). „Shared Decision Making is an Ethical Imperative“. *Psychiatric Services* 60 (8). 1007.
- Dresing, T., und T. Pehl (2013). „Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende“. 5. Auflage. Marburg. www.audiotranskription.de/praxisbuch
- Elwyn, G., J. Tilburt und V. M. Montori (2013). „The ethical imperative for shared decision making“. *European Journal for Person Centered Healthcare* 1 (1). 129–131.
- Flick, U. (2006). „Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen“. Reinbek.

-
- Geiger, F., K. Liethmann, D. Reitz, R. Gallae und J. Kasper (2017). „Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making – Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial”. *Patient Education and Counseling* 100 (12). 2331–2338.
- Härter, M. (2004). „Shared decision making – from the point of view of patients, physicians and health politics is set in place”. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 98. 89–92.
- Hahlweg, P., J. Hoffmann, M. Härter, D. L. Frosch, G. Elwyn und I. Scholl (2015). „In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings”. *PLoS One* 10 (10). e0139921
- Hahlweg, P., M. Härter, Y. Nestoriuc und I. Scholl (2017a). „How are decisions made in cancer care? A qualitative study using participant observation of current practice”. *BMJ Open* 7 (9). e016360.
- Hahlweg, P., S. Didi, L. Kriston, M. Härter, Y. Nestoriuc und I. Scholl (2017b). „Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study”. *BMC Cancer* 17 (1). 772.
- Joosten, E. A., L. DeFuentes-Merillas, G. H. de Weert, T. Sensky, C. P. van der Staak und C. A. de Jong (2008). „Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status”. *Psychotherapy and psychosomatics* 77 (4). 219–226.
- Joseph-Williams, N., A. Lloyd, A. Edwards, L. Stobbart, D. Tomson, S. Macphail, C. Dodd, K. Brain, G. Elwyn und R. Thomson (2017). „Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme”. *BMJ.* 357.
- Kickbusch, I., J. M. Pelikan, F. Apfel und A. D. Tsouros (2013). „Health Literacy. The solid facts”. Copenhagen. World Health Organization.
- Krueger, R. A., und M. A. Casey (2009). „Focus groups – A practical guide for applied research”. 4. Auflage. Thousand Oaks.
- Légaré, F. und H.O. Witteman (2013). „Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice“. *Health Affairs.* 32 (2): 276–284
- Légaré, F., S. Ratté, K. Gravel und I. D. Graham (2008). „Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals’ perceptions”. *Patient Education and Counseling.* 73 (3): 526–535.
- Loh, A., D. Simon, L. Kriston und M. Härter (2007). „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews“. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (21). A1483–A1488.
- Lühnen, J., I. Mühlhauser und A. Steckelberg (2018). „Qualität von Aufklärungsbögen – Systematisches Review und kritische Analyse“. *Dtsch Arztebl Int* 115 (22). 377–383.

-
- Naegler, H., und K.-H. Wehkamp (2017). „Zwischen Patientenwohl und Gewinnerzielungsabsicht – Ergebnisse einer empirischen Studie“. *Monitor Versorgungsforschung* 06/17. 54–61.
- Reifferscheidt, A., N. Pomorin und J. Wasem (2015). „Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 0012-0472.
- Rummer, A., und F. Scheibler (2016). „Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt“. *Deutsches Ärzteblatt* 113 (8). A322–A324.
- Schaeffer, D., und J. M. Pelikan (Hrsg.) (2017). „Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven“. Bern.
- Schmidt-Kaehler, S., D. Vogt und D. Schaeffer (2017). „Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz“. Bielefeld. Universität Bielefeld.
- Scholl, I., A. LaRussa, P. Hahlweg, S. Kobrin und G. Elwyn (2018). „Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them – a scoping review“. *Implement Sci.* 13 (1). 40.
- Shay, L. A., und J. E. Lafata (2015). „Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes“. *Medical Decision Making* 35 (1). 114–131.
- Simon, M. (2001). „Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluß ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen“. WZB discussion paper P 01-205. Berlin.
- Sørensen, K., S. van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska und H. Brand (2012). „Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models“. *BMC Public Health* 12. 80.
- Stacey, D., F. Légaré, K. Lewis, M. J. Barry, C. L. Bennett, K. B. Eden, M. Holmes-Rovner, H. Llewellyn-Thomas, A. Lyddiatt, R. Thomson und L. Trevena (2017). „Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)“. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art.No.: CD001431.
- Stewart, D. W., und P. N. Shamdasani (1990). „Focus Groups: Theory and Practice“. Newbury Park, London, New Delhi.

Autoren



Dr. Anja Bittner

Dr. Bittner ist Ärztin und geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Next GmbH, die sich in eigenen Projekten und Auftragsarbeiten mit der Zukunft des Arztberufes vor dem Hintergrund vielfältiger Veränderungsprozesse in der Medizin auseinandersetzt. In ihrer Promotion untersuchte sie anhand von simulierten Online-Sprechstunden die Auswirkungen schriftlicher Kommunikationstrainings für Medizinstudierende auf Arzt-Patienten-Gespräche. Dr. Bittner war 2011 Gründerin und bis 2015 Geschäftsführerin der gemeinnützigen Internetplattform www.washabich.de, auf der Medizinstudierende und Ärzte medizinische Befunde in eine leicht verständliche Sprache übersetzen.



Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler

Dr. Schmidt-Kaehler ist geschäftsführender Gesellschafter der Patientenprojekte GmbH, einer auf den Bereich der Patientenkommunikation spezialisierten Organisations- und Unternehmensberatung, die sich in den unterschiedlichsten Kontexten mit Patientenkommunikation und der wirksamen Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen befasst. Von 2011 bis 2015 war Dr. Schmidt-Kaehler als Bundesgeschäftsführer für die strategische und operative Steuerung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) verantwortlich, die im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags jährlich rund 80.000 Patienten und Angehörige zu rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Fragestellungen beraten hat. Zuvor arbeitete Dr. Schmidt-Kaehler als Senior Project Manager bei der Bertelsmann Stiftung und war an der Entwicklung der Weissen Liste, einem Internetangebot für Patienten zum Vergleich der Behandlungsqualität von Ärzten und Krankenhäusern, maßgeblich beteiligt.

Experten



Dr. Martin Danner

Dr. Danner ist Jurist und Bundesgeschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe). Nach seinem Studium in Heidelberg hat er einige Jahre als Rechtsanwalt mit der Spezialisierung im Gesundheitsrecht gearbeitet, bevor er die Leitung des Referats Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung der BAG Selbsthilfe übernommen hat. Dr. Danner ist Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss und in zahlreichen gesundheitspolitischen Gremien wie dem Kuratorium des IQWiG und dem Wissenschaftlichen Beirat des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aktiv.



Prof. Dr. Friedemann Geiger

Prof. Geiger war als Klinischer Psychologe über zehn Jahre im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel tätig, zuletzt als Leiter der Pädiatrischen Psychoonkologie. Außerdem hat er seit 2013 den Lehrstuhl für Psychologische Diagnostik an der Medical School Hamburg inne. Schwerpunkte seiner Forschung liegen im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation, insbesondere dem „Shared Decision Making“ (SDM). Dafür entwickelte und evaluierte er Messverfahren und Trainingskonzepte. Seit 2017 ist er Leiter des Innovationsfonds-Projekts „Making SDM a Reality“, in dem eine systematische und mehrere Interventionsmodule umfassende Implementierungsstrategie für SDM am UKSH in Kiel in allen seinen Kliniken und Abteilungen umgesetzt wird.



Prof. Dr. Bernd Griewing

Prof. Griewing studierte Humanmedizin und mehrere Semester Jura. 1996 habilitierte er sich im Fach Neurologie und 2000 wurde er zum außerplanmäßigen Professor an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald ernannt. Er leitet seit 2000 die Neurologische Klinik am Campus Bad Neustadt als Ärztlicher Direktor und Chefarzt. Er wurde 2006 in den Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Gießen/Marburg gewählt. Er ist Vorstand des Zentrums für Telemedizin in Bad Kissingen und Mitglied der DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Seit 2016 ist Prof. Griewing medizinischer Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG.

**Prof. Dr. Jana Jünger**

Prof. Jünger ist Fachärztin für Innere Medizin und seit 2016 Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz. Zuvor war sie Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg und Oberärztin in der Abteilung Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg. Prof. Jünger leitet Projekte zur Implementierung kommunikativer und interprofessioneller Kompetenzen in die Medizinische Ausbildung und in die Staatsexamina. Sie entwickelte und implementierte gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen ein Master of Medical Education (MME)-Programm in Deutschland. Seit 2004 ist sie an der Leitung des MME-Studiengangs beteiligt und unterrichtet in den Modulen Prüfungen, Leadership, Ausbildungsfor- schung und Evaluation.

**Prof. Dr. Dr. Martin Härter**

Prof. Härter studierte Psychologie und Medizin an den Universitäten Würzburg, Padua und Freiburg. Seit 2008 ist er Professor für Medizinische Psychologie und Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Schwerpunkte seiner Arbeit sind unter anderem die Bereiche Kommunikation, Patientenbeteiligung und Partizipative Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Prof. Härter ist Mitglied des „Nationalen Krebsplans“ des Bundesministeriums für Gesundheit, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats und wissenschaftlicher Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie Mitglied im Expertenkreis zur Entwicklung des Disease Management Programms Depression beim Gemeinsamen Bundesausschuss und Sprecher des Hamburger Netzwerks für Versorgungsfor- schung.



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Prof. Wasem hat VWL, Politikwissenschaft und Sozialpolitik an der Pennsylvania State University, der University of Sussex und der Universität Köln studiert, in Köln promoviert und in Bielefeld habilitiert. Nach beruflichen Stationen im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, der Fachhochschule Köln und dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung folgten Professuren an der LMU München und der Universität Greifswald. Seit 2003 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Prof. Wasem ist u.a. Vorsitzender der Schiedsstelle für Arzneimittelpreise und des Erweiterten Bewertungsausschusses. Er war Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.



Prof. Dr. Christiane Woopen

Prof. Woopen ist Professorin für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln. Dort ist sie Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres). An der Medizinischen Fakultät leitet sie die Forschungsstelle Ethik und sie ist Prodekanin für akademische Entwicklung und Gender. Von April 2012 bis April 2016 war sie Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und von 2014 bis 2016 Präsidentin des 11th Global Summit of National Ethics/Bioethics Committees und bis 2017 Mitglied im International Bioethics Committee der UNESCO. Seit April 2017 ist sie Vorsitzende des die Europäische Kommission beratenden Europäischen Ethikrates (European Group on Ethics in Science and New Technologies) und seit 2018 Co-Sprecherin der Datenethikkommission der Bundesregierung.

Impressum

© November 2018
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© Viacheslav Iakobchuk –
stock.adobe.com
© Amac Garbe
© Bert Bostelmann/IMPP
© Bundesarbeitsgemein-
schaft Selbsthilfe von Men-
schen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung
und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)
© Eva Hecht
© www.michaelfuchs-
fotografie.de
© TXS.PICTURES,
Thomas X. Stoll
© Takepart Media +
Science GmbH
© Prof. Dr. Jürgen Wasem
© Reiner Zensen

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Stefan Palmowski
Project Manager

Marion Grote-Westrick
Senior Project Manager
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81271
Telefax +49 5241 81-681314
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de