GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #10

Shared Decision Making – Partizipative Entscheidungsfindung

1. Auflage, 20.11.2023
© GQMG/AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement

Weber H, Enseleit I, Josuks H, Rode S, Heun S, Holtel M, Neufang A, Pilz S, Stapenhorst K

1. Hintergrund und Evidenz

Zu den grundlegenden Bedürfnissen in der medizinischen Versorgung zählt für die meisten Patienten eine verständliche Information und die Beteiligung an ihrem Behandlungsprozess. Es ist die Aufgabe des medizinischen Fachpersonals, dem Patienten diese Beteiligung zu ermöglichen. In einer paternalistischen Medizin gibt es nicht die Chance, eine Entscheidung zu treffen, sondern die Ärzte legen fest, welche Behandlung durchzuführen ist. Patientenorientiert ist eine Behandlung dagegen, wenn Patienten und Angehörige auf einem gemeinsamen Weg mit dem Behandlungsteam die Entscheidung für einen Behandlungsplan treffen.

Information und Aufklärung von Patienten war durch höchstrichterliche Urteile seit langem Pflicht, jeder medizinische Eingriff stand unter dem Vorbehalt einer Einwilligung durch die Patientin oder ihren Vertreter. Das Patientenrechtegesetz 2013 hat auch eine gesetzliche Verpflichtung geschaffen, den Patienten an Entscheidungen zu beteiligen. Dazu stehen ihm umfängliche Informationen über die Möglichkeiten einer Intervention, deren Vor- und Nachteile sowie die Konsequenzen beim Verzicht auf eine Behandlung zu. Darauf basiert ein informiertes Einverständnis, ein *Informed Consent*. Er ist das Ergebnis einer Partizipativen Entscheidungsfindung, englisch *Shared Decision Making*, zwischen Patient und Ärztin (Rummer & Scheibler 2016; L EL).

Was ist unter Shared Decision Making zu verstehen?

Die Entstehung von Shared Decision Making geht auf

eine Sensibilisierung für die Grenzen des medizinischen Handelns und des biomedizinischen Krankheitsbewusstseins zurück. Bis zu den 80er Jahren war der Patient vielfach das Objekt medizinischer Tätigkeit. Danach rückte die Bedeutung seiner Subjektitvität zunehmend ins Blickfeld. Das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung erschien nicht mehr zeitgemäß (Bertelsmann Stiftung 2018; L III).

Die Anfänge eines operationalisierten Konzeptes der Patientenbeteiligung liegen in den 90er Jahren. Es betont erstmals, wie wichtig es ist, den Patienten strukturiert aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (Elwyn et al. 2005; L III). Der patientenzentrierte Ansatz fragt nicht mehr: „What is the matter with you?" Stattdessen bezieht er den Patienten aktiv in die Entscheidungsfindung ein und stellt die Frage: „What matters the most to you?"

Erste Studien zur Partizipativen Entscheidungsfindung bzw. zum Shared Decision Making fanden in den 90er Jahren statt. Sie belegen, dass sich Bemühungen um eine gemeinsame Entscheidungsfindung positiv auf Wissen, Beteiligung, aktive Präferenzerklärung sowie die Wahrnehmung der Behandlungsergebnisse auswirken und zu mehr Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung führen (Klemperer 2011; L EL).

Langewitz systematisierte den Prozess der Entscheidungsfindung mit den folgenden Überlegungen:

- Erlaubt die Situation, dass der Patient eine Entscheidung fällt? (Entscheidungsmöglichkeit)
- Ist der Patient gewillt, sich aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen? (Entscheidungswillen)
- Und wird der Patient durch das Behandlungsteam so informiert und unterstützt, dass er eine Entscheidung treffen kann? (Entscheidungsbasis)

Diese Fragen müssen im Entscheidungsprozess geprüft werden (vgl. Langewitz 2013; L EL).

Entscheidungsmöglichkeit

In Situationen mit hohem Handlungsdruck, in denen ein großes gesundheitliches Risiko besteht, hat die Notfallversorgung des Patienten Vorrang. Bei akuten Entscheidungen geht es um eine Risikoabwägung zwischen Autonomie des Patienten und Zeitverlust. In solchen Situationen lässt sich keine oder nur eine eingeschränkte partizipative Entscheidung herbeiführen.

Kognitiv eingeschränkten Patienten, beispielsweise bei

Worum es geht

Der Ansatz von Shared Decision Making in der Versorgung von Patienten ist patientenzentriert. Die Betroffenen werden aktiv in die Entscheidung über eine Behandlung einbezogen. Insbesondere mit Berufung auf das Patientenrechtegesetz 2013 wurden die Aktivitäten zur Implementierung einer patientenzentrierten Versorgung in Deutschland intensiviert. Verschiedene Projekte zur Integration des Shared Decision Making-Ansatzes wurden initiiert und gefördert.

Shared Decision Making bindet Wünsche und Bedürfnisse des Patienten in Behandlungsentscheidungen ein. Im Falle mehrerer Therapieoptionen erklärt der Behandler die Vor- und Nachteile der verschiedenen Varianten, um anschließend gemeinsam mit ihm eine tragfähige und verlässliche Entscheidung zu treffen. Um Shared Decision Making umzusetzen, bedarf es eines kulturellen Wandels im klinischen Alltag.

Die Arbeitshilfe fasst das Vorgehen beim Einsatz von Shared Decision Making übersichtlich und in Beispielen zusammen.

What it's about

The Shared Decision Making approach to patient care is patient-centered. Those affected are actively involved in the decision about treatment. In particular, the 2013 Patients' Rights Act intensified activities to implement patient-centered care in Germany. Various projects to integrate the shared decision making approach have been initiated and funded.

Shared Decision Making incorporates the wishes and needs of the patient. In the case of several therapy options, the practitioner explains all the advantages and disadvantages of the different variants, and then makes a viable and reliable decision together with the patient. Implementing shared decision making requires a cultural change in everyday clinical practice.

The working aid summarizes the procedure for the use of Shared Decision Making clearly and in examples.

fortschreitender Demenz, ist die Entscheidungsmöglichkeit in Teilen genommen. Lediglich wenn sich Angehörige oder Betreuer einbeziehen lassen und diese um den geäußerten oder potentiellen Willen des Patienten wissen, ist ein *Shared Decision Making* möglich.

Entscheidungswillen

Es gibt immer mehrere Entscheidungsoptionen. In manchen Fällen lässt sich überlegen, ob die Diagnostik weiter vorangetrieben werden sollte und ob sie verwertbare Ergebnisse und Konsequenzen verspricht. In anderen Fällen stehen verschiedene, vielleicht sogar gleichwertige Behandlungsmethoden zur Verfügung, zwischen denen es abzuwägen gilt. Immer aber gibt es die Möglichkeit, zwischen einer empfohlenen Maßnahme und dem Verzicht darauf zu entscheiden.

Aber nicht jede Patientin möchte ausführlich in diese Entscheidungen einbezogen werden. Auch im Verlauf einer Krankengeschichte kann sich ihre Präferenz verschieben. Das Behandlungsteam muss prüfen, ob die Patientin sich derzeit an einer anstehenden Entscheidung beteiligen oder sie in fremde Hände legen möchte (Langewitz 2013; L EL).

Die Präferenzen der Patienten haben sich im Laufe der letzten drei Jahrzehnte verändert. Heute will sich ein größerer Teil der Patienten am Entscheidungsprozess beteiligen als in früheren Zeiten. Das liegt unter anderem an der Verfügbarkeit von Informationen über die Medien und das Internet, an der Gesundheitskompetenz von Patientinnen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status sowie dem Wunsch nach mehr Eigenverantwortung (RKI 2019; L III).

Demgegenüber erstaunt, dass seit den ersten Untersuchungen der Bertelsmann Stiftung in den 1990er Jahren unverändert ca. 25 % der Befragten die Entscheidung dem Arzt überlassen. Etwa 20 % der Patienten ziehen es heute vor, allein zu entscheiden. Mit geringen Schwankungen über verschiedene Untersuchungsjahre wünschen aber heute etwa 55 % der Patientinnen eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Bertelsmann Stiftung 2018; L III).

Entscheidungsbasis

Wünschen Patientinnen einen gemeinsamen Prozess zur Entscheidungsfindung, ist die Frage, mit welchem Selbstverständnis die Behandlungsteams im medizinischen Alltag Entscheidungsprozesse in die Wege leiten und Patientinnen einladen, sich daran zu beteiligen.

Folgende Faktoren in der Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen sich wechselseitig in Bezug auf *Shared Decision Making*:

- von ärztlicher Seite: Grundhaltung, Qualifikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Anpassungsdruck durch Kollegen und Hierarchie,
- von Seiten der Patientin: Bereitschaft und Motivation, Lernfähigkeit und Auffassungsgabe. Die jüngere Generation ist besser informiert, stellt mehr Fragen und fordert eine gemeinsame Entscheidungsfindung häufiger ein. (Bertelsmann Stiftung 2018; L III).

Die entscheidende Frage für den Klinikalltag ist, ob Patienten selbstverständlich eingeladen werden, sich aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Idealtypische Anwendung

Die Methode der Partizipativen Entscheidungsfindung bzw. des Shared Decision Making wurde inzwischen als „Goldstandard“ definiert (Geiger et al. 2021; L II) und beinhaltet, was bereits in der Arbeitshilfe 1: „Grundregeln der Kommunikation“ ausgeführt wurde (Rode et al. 2021; L EL). Unter idealen Bedingungen wird im Interaktionsprozess eine „gemeinsame Wirklichkeit“ unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung der Patientin hergestellt – in diesem Fall mit dem Ziel einer geteilten Entscheidungsfindung.

Das bedeutet nicht nur, dass die Ärztin über die Behandlungsmöglichkeiten informiert und eine gemeinsame Entscheidungsfindung ankündigt, sondern es gilt ebenso, dass die Patientin die Möglichkeit erhält, diejenigen Wertvorstellungen und Präferenzen darzustellen, die ihrer Lebenswirklichkeit entsprechen, im Sinne von „Keine Entscheidung über mich ohne mich“ (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2020; L EL). Im Ergebnis sollten Patientin und Ärztin auf dieser Basis den gemeinsamen Entscheidungsprozess einleiten.

Hemmnisse bei der Anwendung

Obwohl die Partizipative Entscheidungsfindung zu höherer Compliance, besseren Behandlungseffekten und höherer Patientenzufriedenheit beiträgt (Bieber et al. 2007; L EL/Geiger et al. 2017; L II), wird auch von Störungen berichtet, die die gemeinsame Entscheidungsfindung blockieren oder verhindern können.

Auf der Seite der Patientinnen sind es Befürchtungen, der Arzt könnte Fragen als Kritik werten. Dominante und autoritäre Verhaltensweisen von Ärzten lassen die

Patienten resignieren (Frosch et al. 2012; L IV). Aus einem Review-Artikel geht hervor, dass zu den „patientenorientierten“ Einflussfaktoren sozialer Einfluss, Werte und Überzeugungen, Verständnis, Autonomie und Soziodemografie zählen, zu den "klinisch-orientierten" Themen, Kommunikation und Engagement (Cassidy et al. 2018; L I).

Das Medizinische Fachpersonal hemmt die Anwendung von Shared Decision Making unter anderem durch mangelnde Flexibilität in der Umsetzung von klinischen Leitlinien (Hernandez-Leal et al. 2021; L I). Eine Studie zeigt, dass von Seiten der Ärzte bestimmte Schritte der Entscheidungsfindung ausgeblendet werden wie beispielsweise die Frage nach den Präferenzen und Wertvorstellungen der Patientinnen (Melzer et al. 2019; L IV). Eine weitere Untersuchung belegt, dass Befürchtungen von Umsatzverlusten zu den Haupthindernissen gehörten, die der Implementierung von Shared Decision Making im Wege stehen (Scholl et al. 2020; L IV). Obwohl es als Goldstandard anerkannt wurde, klafft zwischen den Idealvorstellungen und der tatsächlichen Anwendung eine große Lücke (Bieber et al. 2016; L EL/Geiger et al. 2021; L EL).

Wir werden uns im Folgenden auf die Ergebnisse des Kieler Share-to-care-Projektes zur Anwendung von Entscheidungshilfen und zur Umsetzung des Shared Decision Making-Prozesses beziehen. Innerhalb dieses Projektes wurden die Schwierigkeiten und möglichen Hemmnisse bei Patienten und Mitarbeitern beseitigt. Die Ergebnisse aus dieser Studie zur Implementierung von Shared Decision Making in einer Neurologischen Klinik waren positiv in Bezug auf die Effektivität und Praktikabilität in der Umsetzung (Geiger et al. 2021; L II).

2. Ziele

Mit Shared Decision Making wird die Entscheidungsqualität durch Stärkung der Autonomie der Patientin verbessert. Dies erfolgt – sofern das in Anbetracht der Situation möglich ist – durch die Einbeziehung ihrer Wertvorstellungen, Präferenzen und ihrem Bedarf an individueller Unterstützung bei Fragen, Sorgen und Bedenken im Vorfeld geplanter Interventionen.

Die Patientin muss dazu in geeigneter Weise über die Behandlung, ihre Alternativen, deren Risiken und Chancen informiert werden. Darüber hinaus muss sie wissen, dass sie eine Entscheidung treffen kann und welche Zeit dafür zur Verfügung steht. Der Patientin wird neben diesen Informationen auch eine Unterstützung bei der Klärung ihrer Wertvorstellungen und Präferenzen angeboten (Bieber et al. 2007; L EL).

3. Voraussetzungen

Die Leitung der Gesundheitseinrichtung und das Führungspersonal entwickeln Leitlinien und Standards zur Einbeziehung der Patientinnen in Entscheidungsprozesse. Führungskräfte achten auf die Umsetzung der Standards, unterstützt durch Supervision (Hernandez-Leal et al. 2021; L I).

Um Patientinnen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, müssen sie auf die Entscheidungsmöglichkeiten hingewiesen bzw. auf diese explizit angesprochen werden. Ärzten und Pflegenden müssen die Schritte zur Partizipativen Entscheidungsfindung sowie die Kriterien zur Ermittlung von Wertvorstellungen und Präferenzen der Patientin bekannt sein.

Zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses müssen sogenannte Decision Aids zur Verfügung stehen. Diese erläutern schriftlich und evidenzbasiert die Behandlungsalternativen für bestimmte Erkrankungen. Sie helfen dem medizinischen Fachpersonal, in einer für Patienten verständlichen Sprache die Behandlungsalternativen strukturiert vorzustellen (Geiger et al. 2020; L EL). Im Kieler Projekt sind bereits 83 dieser Entscheidungshilfen entstanden, deren Anwendung in Kombination mit einer professionellen Gesprächsführung zu guten Ergebnissen geführt hat (Geiger et al. 2021; L EL).

Solche Entscheidungshilfen und deren Anwendung müssen dem medizinischen Fachpersonal bekannt sein (Geiger et al. 2021; L II). Eine neue Reihe von Decision Aids für Vorgespräche im Entscheidungsprozess mit einwilligungsfähigen Patienten findet sich jetzt auch bei einschlägigen Fachverlagen.

4. Haltung und Verhaltensstrategien

Das medizinische Fachpersonal ist Patienten bei der Entscheidungsfindung behilflich und unterstützt den Prozess durch fachgerechte Kommunikation. Dabei achten alle im therapeutischen Team darauf, dass sie ihrer Rolle und Verantwortung innerhalb des Entscheidungsprozesses gerecht werden. Sie beantworten Fragen, berücksichtigen Anliegen, Sorgen und Befürchtungen des Patienten oder leiten diese an die behandelnden Ärztinnen weiter.

Zu den spezifischen kommunikativen Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Shared Decision Making gehört die prinzipielle Bereitschaft der Ärztin und des medizinischen Fachpersonals, den Entscheidungsprozess gemeinsam mit dem Patienten einzuleiten und zu gestalten.

Zuwendung, Empathie und Wertschätzung des Fachpersonals unterstützen aktiv den Entscheidungsprozess (Rode et al. 2021; L EL). Eine vertrauensvolle Atmosphäre ist eine Grundvoraussetzung für authentische Mitteilungen der Patientin und den erfolgreichen Verlauf des Entscheidungsprozesses.

5. Methode, Anwendungsszenarien, Vorbereitung, Durchführung

Die im Folgenden beschriebenen Schritte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung gehen zurück auf eine Veröffentlichung von Elwyn aus dem Jahr 2005, der 12 grundlegende Items beschrieb (Elwyn et al. 2005; L III).

Hauptkomponenten

Diese 12 Items wurden in einer späteren Veröffentlichung zu drei Hauptkomponenten zusammengefasst:

- das Wahlgespräch,
- das Gespräch über die Behandlungsalternativen, deren Vor- und Nachteile und
- das Entscheidungsgespräch (Elwyn et al. 2012; L EL).

Wahlgespräch

Hierbei stellt die Ärztin sicher, dass ihr Patient über den Entscheidungsprozess und die verfügbaren Optionen informiert ist.

Möglichkeiten

Die Ärztin informiert detailliert über Vor- und Nachteile der Intervention und auch über die Konsequenzen, wenn auf die Behandlung verzichtet wird. Die medizinischen Optionen sind der äußere Rahmen. Die Patientenwünsche bewegen sich innerhalb dieses Rahmens.

Entscheidungsgespräch

Die Ärztin bezieht sich hierbei auf die Vorarbeit und die Präferenzen des Patienten und unterstützt ihn bei der Entscheidung, was für ihn am besten ist.

Das Share-to-care-Projekt hat für diese drei Hauptkomponenten sechs Handlungsschritte empfohlen. Diese bieten gegenüber den zuvor eingeführten 12 Items eine bessere Orientierung:

Wahlgespräch

1. Erläutere das Ziel des Gesprächs – um welche Entscheidung handelt es sich?
2. Stelle den Bedarf an Beteiligung fest – kläre die Rollen.

Möglichkeiten

3. Stelle die Vor- und Nachteile jeder Option vor, auch die, nichts zu unternehmen – welche Erfahrungen liegen vor?
4. Erfrage die Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten – was ist dem Patienten wichtig?

Entscheidungsgespräch

5. Leite die Entscheidung ein oder besprich den Aufschub.
6. Setze die Entscheidung in die Tat um – ist der Patient bereit, eine Entscheidung zu treffen?

(Geiger et al. 2019; L III, Übersetzung des englischen Originaltextes)

Nachbereitung

Um diesen Prozess dauerhaft im Haus zu sichern, sollte er in der Einführungsphase verpflichtend dokumentiert werden. Diese Dokumentation könnte eine kurze Bestätigung für jeden Einzelschritt beinhalten, zum Beispiel in Form einer Checkliste. Dadurch wird eine Mitarbeiterin immer wieder an den korrekten und vollständigen Ablauf erinnert.

Die Dokumentation lässt sich auswerten, notwendige Nachschulungen können abgeleitet werden. Eine Supervision der Einführung kann darauf aufbauen.

Im Folgenden soll an zwei erfundenen Beispielen ein möglicher Gesprächsverlauf gezeigt werden.

Fallbeispiel 1: Patient mit Fraktur des Oberschenkelhalses

Vorbereitung

Arzt, Patient und Pflegeteam müssen auf die anstehende Entscheidung vorbereitet sein. Decision Aids stehen bereit.

Der Patient soll hier Peter Loher heißen, er ist 75 Jahre

alt, normalgewichtig, in gutem Allgemeinzustand und wird nach einem Sturz auf der Straße als Notfall mit dem Krankenwagen eingeliefert. In der Notaufnahme wird er untersucht und erhält ein Schmerzmittel. Die Röntgenuntersuchungen zeigen eine Oberschenkelhalsfraktur.

Ursache des Sturzes ist nach ersten Gesprächen mit dem aufnehmenden Arzt eine Synkope. Der Patient berichtet, er sei schon mehrfach gestürzt, bisher aber nur innerhalb der Wohnung gefallen, ohne Folgeschäden.

Herr Loher wird auf die chirurgische Bettenstation verlegt. Er ist unruhig und sehr besorgt, weil seine Frau nicht weiß, dass er in der Klinik ist – er hatte sein Smartphone zu Hause vergessen. Er kennt die Diagnose noch nicht, geht davon aus, dass seine Hüfte in Ordnung ist und seine Frau ihn abholen kann. Er hat keine Schmerzen mehr. Der Stationsarzt kommt zu ihm und will über die nächsten Behandlungsschritte sprechen.

Wahlgespräch

Schritt 1: Ziel des Gesprächs

Arzt (Begrüßung und Vorstellung mit Name und Funktion): Herr Loher, wie geht es Ihnen im Augenblick?

Patient: Es geht mir gut, ich habe keine Schmerzen mehr und möchte möglichst schnell wieder nach Hause – meine Frau weiß gar nicht, wo ich bin …!

A: Herr Loher, bevor wir Sie wieder entlassen, sollten wir uns über die Ergebnisse der Untersuchungen unterhalten. Sie haben einen Bruch am Oberschenkel, den man versorgen sollte. Ich würde Sie gern über die Behandlungsmöglichkeiten informieren. Dann können Sie Ihre Frau benachrichtigen – vielleicht kann sie zu einem zweiten Gespräch dazu kommen?!

Schritt 2: Bedarf an Beteiligung eruieren

A: Möchten Sie die Einzelheiten genau erfahren, sodass wir gemeinsam – auch zusammen mit Ihrer Frau - eine bestmögliche Behandlung für Sie finden können?!

P: Ja, einverstanden. Was sind denn die Behandlungsmöglichkeiten?

A: Man kann die Fraktur operativ oder konservativ versorgen.

P: Mir wäre wichtig, dass zuerst die Ursache der Stürze abgeklärt wird – ich bin schon so oft gestürzt!

A: Sicher, dem werden wir zusammen mit dem Kardiologen auch nachgehen!
Ich würden Ihnen gern zuerst die Alternativen der Behandlung erklären und mit Ihnen entscheiden wie wir insgesamt weiter verfahren – einverstanden?!

P: Ja gut, aber meine Frau sollte bei der Entscheidung schon dabei sein!

A: Dass Ihre Frau dabei ist, lässt sich sicher einrichten! Ich erkläre Ihnen jetzt die Möglichkeiten der Behandlung der Fraktur. Sie können mich jederzeit unterbrechen, wenn Sie etwas nicht verstehen.

Möglichkeiten

Schritt 3: Vor- und Nachteile jeder Option vorstellen

A: Grundsätzlich kann man die Fraktur entweder operativ oder konservativ versorgen.
Der Vorteil einer operativen Versorgung - wenn alles gut verläuft - ist, dass Sie schnell wieder auf den Beinen sind und schon bald nach Hause können.
Nachteil ist, dass es verschiedene Risiken rund um die Operation gibt.
Der Vorteil einer konservativen Behandlung ist, dass sie weniger risikoreich ist.
Nachteil ist, der Heilungsverlauf dauert länger und Sie müssen über etliche Wochen Bewegungseinschränkungen in Kauf nehmen!

P: Auf keinen Fall eine Narkose …!

A: Keine Narkose?! Das können Sie im Fall, dass Sie sich für die Operation entscheiden, mit dem Narkosearzt besprechen. Da gibt es sicher alternative Möglichkeiten.

P: Ja gut, ich entscheide jetzt sowieso nichts ohne meine Frau!

Schritt 4: Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten erfragen

A: Selbstverständlich zusammen mit Ihrer Frau! Was ist denn für Sie am wichtigsten?

P: Dass endlich die Ursache für die Stürze abgeklärt wird!

A: Diese Abklärung kann parallel zur Versorgung der Fraktur verlaufen, Herr Loher, ich werde nach unserem Gespräch den Kardiologen benachrichtigen!

P: Ja danke, das ist mir wirklich wichtig!

Entscheidungsgespräch

Schritt 5: Entscheidung einleiten oder Aufschub besprechen

A: Herr Loher, wir sollten so schnell wie möglich wissen, wie es weitergeht. Ich schlage vor, Sie rufen Ihre Frau an und besprechen alles mit ihr. Wenn Sie möchten, komme ich auch dazu, um Ihnen beiden nochmal alles zu erklären.

P: Ja, gut – kann ich von hier aus telefonieren?

A: Ich sage im Pflegeteam Bescheid, dann bekommen Sie ein Telefon.

Schritt 6: Entscheidung in die Tat umsetzen

Der Arzt kommt am Abend zum Patienten um nachzufragen, wie es weitergeht.

A: Herr Loher, wie haben Sie sich entschieden?!

P: Ich bräuchte nochmal Informationen zum Ablauf der Narkose – Sie hatten gesagt, dass es da auch verschiedene Möglichkeiten gibt?!

A: Selbstverständlich - dann informiere ich die Anästhesie; der Narkosearzt wird alles genau mit Ihnen besprechen.
Also, kann ich davon ausgehen, dass Sie eine Operation bevorzugen?!

P: Ja, meine Frau meinte, es sei besser – ich kämpfe noch mit meinen Ängsten wegen der Narkose …!

A: Mit Ihren Ängsten wegen der Narkose – haben Sie da schon mal schlechte Erfahrungen gemacht?

P: Ja, eine Kurznarkose habe ich nicht gut vertragen, da ist mir ziemlich schlecht gewesen, danach. Aber viel wichtiger ist, dass meine Mutter nach einer Narkose nicht mehr aufgewacht ist. Allerdings, das ist schon viele Jahre her!

A: Nicht mehr aufgewacht?! Das sind natürlich schlimme Erfahrungen, die Sie da gemacht haben – tut mir leid …!
Aber wie gesagt, besprechen Sie das alles mit dem Narkosearzt.

P: Gut kann ich machen!

Nachbereitung

Das Gespräch sollte nach hausinternen Vorgaben dokumentiert und evaluiert werden.

Fallbeispiel 2: Patientin mit Brustkrebs

Vorbereitung

Ärztin, Patientin und Pflegeteam müssen auf die anstehende Entscheidung vorbereitet sein. Decision Aids stehen bereit.

Die Patientin, die hier Melanie Berger heißen soll, ist 51 Jahre alt, Lehrerin an einem Gymnasium, kommt mit der Diagnose Brustkrebs in die gynäkologische Klinik zur stationären Aufnahme. Die Diagnostik mit Ultraschall, Mammografie und Probeexzision ist abgeschlossen. Der Tumor hat ca. 1,5 cm Durchmesser. Die Ärztin in der Praxis hat sie darüber aufgeklärt, dass zur Standardbehandlung die Operation, eine Chemotherapie und eine Nachbestrahlung gehören.

Frau Berger ist verzweifelt – ihre private Situation hat sie in den letzten drei Jahren so sehr beschäftigt, dass sie die Vorsorgeuntersuchungen unterlassen hat. Sie hat mit einer solchen Diagnose nicht gerechnet und macht sich Vorwürfe.

Sie hat sich vor kurzem von ihrem Mann getrennt, ist in eine andere Stadt gezogen und hat eine neue Stelle angetreten, die sie mit großem Glück nach einem Auswahlverfahren bekommen hat. Sie befürchtet, dass ihr der Arbeitgeber während der Probezeit kündigt. Von ihren drei Kindern leben zwei im Ausland und eines in einer weit entfernten Großstadt.

Zu ihren quälenden Fragen kommt die Angst vor einer Chemotherapie hinzu. Sie hat bei einer Freundin mitbekommen, wie sehr ihr die Medikamente zusetzten. Vor dem Gespräch hat sie der Ärztin diese Situation bereits geschildert.

Ziel des weiteren Gespräches ist es, der Patientin die Standards der Behandlung vorzustellen und sie möglichst aktiv in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Die Ärztin betritt das Patientenzimmer und stellt sich mit Name und Funktion vor. Der Patientin geht es sichtbar schlecht.

Wahlgespräch

Schritt 1: Ziel des Gesprächs

Ärztin: *Frau Berger, wie geht es Ihnen im Moment?*

Patientin: Der Befund hat mich fix und fertig gemacht – ich konnte die ganze Nacht nicht schlafen!

Ä: Ich kann verstehen, dass das Ergebnis sehr belastend für Sie ist …!
Fühlen Sie sich denn jetzt schon in der Lage, über die Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen?

P: Ja, aber ich fürchte, dass ich nicht alles aufnehmen kann – der Schock ist immer noch zu groß …

Ä: Sie sind noch sehr erschüttert über die Nachricht! Wenn Sie einverstanden sind, gebe ich Ihnen erst einmal einen kurzen Überblick über das, was wir Ihnen vorschlagen, und wir verabreden danach ein weiteres Gespräch, in dem wir alles ausführlich besprechen. Haben Sie jemanden, der bei diesem Gespräch dabei sein sollte?

P: Ja, meine jüngste Tochter aus München. Sie wird morgen kommen.

Ä: Sehr gut. Dann erkläre ich Ihnen jetzt die einzelnen Schritte und morgen führen wir ein Gespräch gemeinsam mit Ihrer Tochter.
Also: Wir würden mit der Operation beginnen. Ziel ist es, den Tumor und die sogenannten Wächterknoten zu entfernen. Wächterknoten sind Lymphdrüsen im Achselbereich, die wir mit entfernen und auf mögliche Krebszellen untersuchen. Werden keine gefunden, gehen wir davon aus, dass der Tumor noch nicht gestreut hat.
Dann würde die Chemotherapie folgen – wie wir da vorgehen, hängt vom Ergebnis der Operation ab.
Und zum Schluss käme die Bestrahlung. Da wollen wir ganz sicher sein, dass in der Umgebung des Tumors keine weiteren Zellen wachsen können.
Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, die Behandlung nicht durchzuführen bzw. sich gegen den einen oder anderen Behandlungsschritt zu entscheiden. Haben Sie dazu im Moment Fragen, Frau Berger?

P: Nein. Im Moment nicht, das muss ich erst mal verarbeiten …!

Ä: Gut, dann verbleiben wir so, dass Sie sich melden, falls Sie noch Fragen haben. Wenn Ihre Tochter angekommen ist, werden wir ein gemeinsames Gespräch führen.

Schritt 2: Bedarf an Beteiligung feststellen

Ä: Möchten Sie denn, dass wir nach dem Gespräch, in dem ich Ihnen beiden alles nochmals genau erkläre, gemeinsam mit Ihrer Tochter eine Entscheidung zur Behandlung treffen?

P: Ja, ich denke, dass wir das so machen können. Ich muss aber ganz zum Schluss wohl meine eigene Entscheidung treffen. Diese Chemotherapie, muss ich die denn unbedingt auch noch machen?

Ä: Frau Berger, die Frage der Chemotherapie schauen wir nach der Operation noch genauer an, wenn der Befund von der Pathologie vorliegt, ja?

Möglichkeiten

Schritt 3: Vor- und Nachteile jeder Option vorstellen

Die Ärztin begrüßt Frau Berger und ihre Tochter und stellt sich mit Name und Funktion vor.

Ä: Ich werde Ihnen jetzt die einzelnen Behandlungsschritte und deren Vor- und Nachteile erklären. Sie können mich jederzeit unterbrechen, wenn Ihnen etwas unklar ist.
Vorteil der Operation ist, dass wir den Tumor entfernen können.
Nachteil sind die Risiken, die mit jeder Operation verbunden sind, einschließlich des Narkoserisikos.
Vorteil der Chemotherapie ist, dass die Tumorzellen gehindert werden, sich zu vermehren.
Nachteil ist, dass auch andere Zellen geschädigt werden können, aber das hängt vom Medikament ab, welches wir genau auf Ihren Fall abstimmen können.
Vorteil der Bestrahlung ist, dass das Gewebe um den Tumor herum so gezielt nachbestrahlt wird, dass dort kein Tumorgewebe mehr wachsen sollte.
Nachteil ist, dass Bestrahlungen mit Hautschäden verbunden sein können. Da haben wir gute Erfahrungen mit Salben zur Hautpflege gemacht, um das abzumildern.

T: Wie lange wird denn die Behandlung insgesamt dauern? Und wie lange muss meine Mutter im Krankenhaus bleiben? Sie hat doch gerade erst eine neue Stelle angetreten.

Ä: Wenn alles gut geht, können Sie schon nach wenigen Tagen nach Hause, Frau Berger. Die Chemotherapie kann ambulant durchgeführt werden.

P: Und wie ist das mit den Medikamenten?

Ä: Sie sprechen die Nebenwirkungen der Chemotherapie an. Die können mit einer Begleitmedikation heute schon sehr gut abgefedert werden, vielleicht werden Sie wenig bis gar keine Nebenwirkungen spüren.

Die Patientin wirkt deprimiert, die Tochter hilflos.

Schritt 4: Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten erfragen

Ä: Was geht Ihnen im Moment durch den Kopf, Frau Berger?

P: Ich glaube, ich brauche noch Bedenkzeit. Und ich muss mit meinem Schulleiter sprechen, aber dazu muss ich mich erst einmal selbst zu einem Entschluss durchringen.

Ä: Selbstverständlich. Das ist alles noch sehr neu und belastend. Nehmen Sie sich Zeit. Wir sollten allerdings innerhalb der nächsten 48 Stunden wissen, wie Sie sich entschieden haben.
Können wir im Moment noch etwas für Sie tun?

P: Ja, vielleicht muss ich noch wissen, wie Sie meine Chancen, in nächster Zeit wieder arbeitsfähig zu sein, einschätzen. Irgendetwas muss ich meinem Chef ja dazu sagen.

Ä: Ihre Chancen stehen gut, Frau Berger. Der Tumor ist relativ klein und umschrieben. Wenn wir keinen größeren Befall der Lymphknoten feststellen, können Sie

Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung. Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung. Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmh in der Schweiz und ASQS in Österreich. www.gqmg.de

schnell wieder auf den Beinen sein. Selbstverständlich müssen wir noch über die weitere Therapie reden und über die Langzeitbehandlung. Soweit zum Physischen – das Psychische, da sollten Sie sich vielleicht Unterstützung suchen. Das ist aller Erfahrung nach nicht zu unterschätzen!

Entscheidungsgespräch

Schritt 5: Entscheidung einleiten oder Aufschub besprechen

Einen Tag später.

Ä: Frau Berger, wie geht es Ihnen heute? Sind Sie mit Ihrer Entscheidung vorangekommen?

P: Ja, doch. Die Operation werde ich machen. Und ich kann nur hoffen, dass alles gut geht. Ich habe ein wenig Angst, dass es doch nicht so gut aussieht, wie Sie es beschrieben haben.

Ä: Also gut. Zum ersten Schritt haben Sie sich entschlossen und die weiteren Schritte – da bleiben wir im Gespräch.

P: Ja, gut …

Schritt 6: Entscheidung in die Tat umsetzen

A: Dann werde ich die Anästhesie benachrichtigen und der Narkosearzt wird mit Ihnen alles weitere besprechen. Wenn von dort grünes Licht kommt, können Sie damit rechnen, dass Sie spätestens übermorgen operiert werden – einverstanden?

P: Einverstanden.

Die Patientin seufzt.

Ä: Frau Berger, liegt Ihnen noch etwas auf der Seele, was Sie gern loswerden würden?

P: Ja, da ist einiges, aber dabei können Sie mir nicht helfen.

Ä: Wir haben hier in der Klinik einen Psychoonkologischen Dienst. Wenn Sie wünschen, kann ich weitergeben, dass Sie mit den Kolleginnen sprechen möchten.

P: Ja? Das wäre vielleicht wirklich hilfreich – ja gern!

Die Patientin wird operiert, der Wächterlymphknoten ist unauffällig. Nach intensiven Gesprächen mit der Ärztin verzichtet die Patientin auf eine Chemotherapie- und stimmt einer Bestrahlung zu.

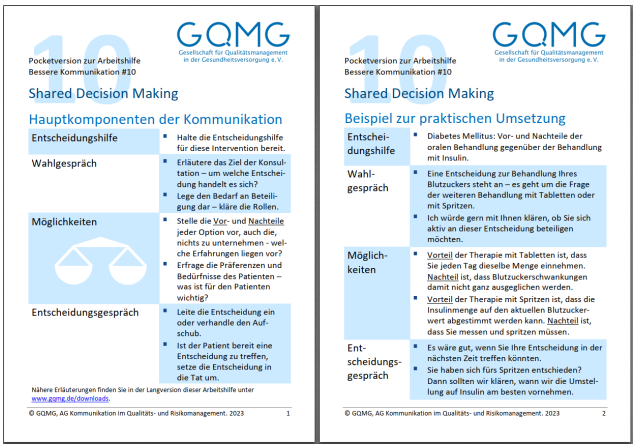
Nachbereitung

Das Gespräch sollte nach hausinternen Vorgaben dokumentiert und evaluiert werden.

6. Pocketversion

Diese Arbeitshilfe finden Sie zum Download unter www.gqmg.de/downloads.

Als Erinnerungsstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe in Form einer beidseits bedruckten Postkarte.


Pocketversion zur Arbeitshilfe
Bessere Kommunikation #10

Shared Decision Making

Hauptkomponenten der Kommunikation

Entscheidungshilfe	▪ Halte die Entscheidungshilfe für diese Intervention bereit.
Wahlgespräch	▪ Erläutere das Ziel der Konsultation – um welche Entscheidung handelt es sich? ▪ Lege den Bedarf an Beteiligung dar – klärе die Rollen.
Möglichkeiten	▪ Stelle die Vor- und Nachteile jeder Option vor, auch die, nichts zu unternehmen - welche Erfahrungen liegen vor? ▪ Erfrage die Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten – was ist für den Patienten wichtig?
Entscheidungsgespräch	▪ Leite die Entscheidung ein oder verhandle den Aufschub. ▪ Ist der Patient bereit eine Entscheidung zu treffen, setze die Entscheidung in die Tat um.

Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter www.gqmg.de/downloads.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 2023 1

Pocketversion zur Arbeitshilfe
Bessere Kommunikation #10

Shared Decision Making

Beispiel zur praktischen Umsetzung

Entscheidungshilfe	▪ Diabetes Mellitus: Vor- und Nachteile der oralen Behandlung gegenüber der Behandlung mit Insulin.
Wahlgespräch	▪ Eine Entscheidung zur Behandlung Ihres Blutzuckers steht an – es geht um die Frage der weiteren Behandlung mit Tabletten oder mit Spritzen. ▪ Ich würde gern mit Ihnen klären, ob Sie sich aktiv an dieser Entscheidung beteiligen möchten.
Möglichkeiten	▪ Vorteil der Therapie mit Tabletten ist, dass Sie jeden Tag dieselbe Menge einnehmen. Nachteil ist, dass Blutzuckerschwankungen damit nicht ganz ausgeglichen werden. ▪ Vorteil der Therapie mit Spritzen ist, dass die Insulinmenge auf den aktuellen Blutzuckerwert abgestimmt werden kann. Nachteil ist, dass Sie messen und spritzen müssen.
Entscheidungsgespräch	▪ Es wäre gut, wenn Sie Ihre Entscheidung in der nächsten Zeit treffen könnten. ▪ Sie haben sich fürs Spritzen entschieden? Dann sollten wir klären, wann wir die Umstellung auf Insulin am besten vornehmen.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 2023 2

Sie erhalten sie über die Geschäftsstelle der GQMG:
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)
Industriestraße 154
D-50996 Köln
Telefon +49 178 8391458
info@gqmg.de

Eine veränderbare Datei dieser Pocketversion zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG, www.gqmg.de, oder über die unten genannte Kontaktadresse.

Videotutorials zu einzelnen Arbeitshilfen und weitere Beiträge zum Qualitäts- und Risikomanagement in der Gesundheitsversorgung finden Sie bei GQMG on air, dem Youtubekanal der GQMG: www.gqmg.de/youtube.

7. Literatur

- Ahmad M, Abu Tabar N, Othman EH & Abdelrahim Z (2020): Shared Decision-Making Measures: A Systematic Review. Qual Manag Health Care 29: 54–66 (Level I).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2018): Partizipative Entscheidungsfindung. Anspruch und Wirklichkeit. Auszug aus „Gesundheitsmonitor 2014“ (Level III).
- Bieber C, Loh A, Ringel N, Eich W & Härter M (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung. Heidelberg, Freiburg i. Br. (Level EL).
- Bieber C, Gschwendtner K, Müllner N & Eich W: Partizipative Entscheidungsfindung (2016). Psychother Psych Med 66: 195–207 (Level EL).
- Braun B & Marstedt G (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J, Braun B & Meierjürgen R (Hrsg): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: 107–131 (Level EL).
- Bukstein DA, Guerra DG Jr., Huwe T & Davis RA (2020): A review of shared decision-making: A call to arms for health care professionals. Ann Allergy Asthma Immunol. 125: 273–279 (Level I).
- Cassidy BP, Getchel LP, Harwood L, Hemmet J & Moist L (2018): Barriers to Education and Shared Decision Making in the Chronic Kidney Disease Population: A Narrative Review. Can J Kidney Health Dis 2018: 5 (Level I).
- Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M & Gómez-Salgado J (2020): Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care. Medicine 99: e21389 (Level I).
- Ekman I, Wolf A, Eric Olsson L, Taft Ch, Dudas K, Schaufelberger M & Swedberg K (2012): Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Eur Heart J, 33: 1112–1119 (Level III).
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P & Grol R (2000): Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract 50: 892–897 (Level IV).
- Elwyn G, Edwars A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY & Grol P (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-makig tasks. Health Expect 8: 34–42 (Level III).
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A & Barry M (2012): Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 27: 1361–1367 (Level EL).
- Frosch D, May SG, Rendle KAS, Tiebohl C & Elwyn G (2012): Authoritarian physicians and fears of being labled ‚difficult’ among obstacles to Shared Deciscian Making. Health Aff 31: 1030–1038 (Level IV).
- Geiger F, Liethmann K, Reitz D, Galalae R & Kaspar J (2017): Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making - Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. Patient Educ Couns 100: 2331–2338 (Level II).
- Geiger F, Kuch C, Scheibler F & Clayman M (2019): Harmonizing

Theory, Teaching and Measurement. The Share-to-care-Model of Shared Decision Making: International Shared Decision Making Conference, Quebec, Canada 2019 (Level III).

- Geiger F, Hacke C, Potthoff J, Scheibler F, Ruefferd JU, Kuch C & Wehkamp K: (2021): The effect of a scalable online training module for shared decision making based on flawed video examples – a randomized controlled trial. Patient Educ Couns 104: 1568–1574 (Level II).
- Geiger F, Novelli A, Berg D, Hacke C, Sundmacher L, Kopeleva O, Scheibler F, Rueffer JU, Kuch C & Wehkamp K (2021): Kli¬nik¬weite Implementierung von Shared Decision Making. Erste Ergebnisse des Kieler Innovations-Fondsprojekts zum SHARE TO CARE-Programm. Dtsch Arztebl Int 118: 225–226 (Level EL).
- Geiger F, Ludwig S, Rüffer JU & Scheibler F (2022): Entscheidungshilfen-Report. www.share-to.care.de (Level EL)
- Geiger F (2022): Making SDM a reality. Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Evaluationsbericht Innovationsfond G-BA (Level EL).
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) (2013). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 vom 25.2.2013: 277–282.
- Health Care: A systematic review (2020). Curr Oncol Rep 22: 101 (Level I).
- Hernandez-Leal M, Perez-Lacasta MJ, Feijoo-Cid M, Ramos-Garcia V & Carles-Lavila M (2021): Healthcare professionals' behaviour regarding the implementation of shared decision-making in screening programmes: A system-atic review. Patient Educ Couns 104: 1933–1944 (Level I).
- Klemperer D (2011): Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? Public Health Forum 2011, 19 Heft 70 (Level EL).
- Langewitz, W. (2013) Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Darin das Kapitel 2.6: Entscheidungsfindung. Hrsg. SAMW Bern (Level EL).
- Langewitz W, Nübling M & Weber H (2006): Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. Swiss Med WKLY 136: 59–64 (Level III).
- Liverpool S, Pereira B, Hayes D, Wolpert M & Edbrooke-Childs J (2020): A scoping review and assessment of essential elements of shared decision-making of parent-involved interventions in child and adolescent mental health. Eur Child Adolesc Psychiatry 30: 1319–1338 (Level I).
- Loh A, Simon D, Kriston L & Härter M (2007): Shared Decision Making in Medicine. Dtsch Arztebl 104: A-1483 (Level I).
- Melzer AC, Golden SE, Ono SS, Datta S, Crothers K & Slatore CG: (2019) What Exactly Is Shared Decision-Making? A Qualitative Study of Shared Decision-Making in Lung Cancer Screening. J Gen Intern Med 35: 546–553 (Level IV).
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2020): Schaeffler D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg.). Berlin (Level EL).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2009): NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines.
- RKI (Hrsg.) (2019): Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS) (Level III).
- Rode S, Weber H, Enseleit I, Heun S, Holtel M, Josuks H, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K & Tatzel C (2021): Grundregeln der Kommunikation. 2., überarbeitete Auflage (Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 1). Köln (Level EL).
- Rummer A & Scheibler F: Patientenrechte (2016): Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Dtsch Arztebl 113: A-322 (Level EL).
- Scholl I, Kobrin S & Elwyn G (2020): "All about the money?" A qualitative interview study examining organizational and system-level characteristics that promote or hinder shared decision-making in cancer care in the United States. Implementation Science 15: 81 (Level IV).

Mit der Literatur wird das Evidenzlevel der jeweiligen Quelle genannt. Die Einteilung stammt vom australischen *National Health and Medical Research Council* (NHMRC 2009). Zusätzlich hat die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement das Level *EL* für Expertenwissen eingeführt. Das Level III wird nicht in drei Stufen differenziert.

Level	Bezeichnung	Erläuterung
I	Systematischer Review-Artikel	Übersicht über randomisierte Kontrollstudien
II	Randomisierte Kontrollstudie	Unabhängige Doppelblindstudie
III-1	Pseudorandomisierte Kontrollstudie	Kontrollstudie im Vergleich mit validiertem Referenzstandard
III-2	Vergleichsstudie	Kohortenstudie im Vergleich mit Referenzstandard
III-3	Verlaufsstudie	Retrospektive Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe und Referenzstandard
IV	Fallstudie	Ergebnisse einer Fallstudie oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Heidemarie Weber
Am Pfannenstiel 22
79379 Müllheim/Baden

Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.