

Ungewissheit: Die Kernbotschaft zwischen Arzt und Patient

Beforschen von Entscheidungsprozessen

von Jürgen Kasper

Wenn Arzt und Patient gemeinsam entscheiden

Mit dem Erfolgsgang der Evidenzbasierten Medizin als Orientierung im medizinischen Handeln und Entscheiden wächst auch das Bewusstsein dafür, dass es wenige oder keine Entscheidungssituationen gibt, in denen die Wissenschaft einem Patienten die Entscheidung für seinen konkreten Fall abnehmen kann (Elwyn 2003). In vielen Indikationsbereichen aber ist die Evidenz für die eine oder die andere Option so uneindeutig, dass die Beteiligung des Patienten am ganzen Prozess der Entscheidung unumgänglich scheint (z. B. im Bereich der Indikationsstellung zur Therapie des akuten Schubes einer Multiplen Sklerose; vgl. Flippini, 2003).

„Partizipative Entscheidungsfindung“ oder im Englischen „Shared Decision Making“ stellt den Versuch dar, einen Interaktionsstil zwischen Arzt und Patient zu konzeptionalisieren, der im Unterschied zu anderen Modellen auf einem gemeinsamen Prozess der gegenseitigen Information und Entscheidung basiert (Kasper, 1992; Charles, 1997; Scheibler, 2003). Abzugrenzen ist ein solches Vorgehen von dem klassischen „paternalistischen“ Stil einerseits, in dem der Arzt mit väterlicher Fürsorge für den Patienten entscheidet, oder der „Informed choice“ andererseits, wo der Patient mit hoher Autonomie auf Basis der beim Arzt generierten Informationen allein entscheidet (box1 und box2).

Während derlei Bestrebungen vielerorts Anklang finden und der Bedarf an Weiterentwicklung in der Arzt-Patienten-Kommunikation ja auch im Kontext von Tendenzen zum „Patient Empowerment“ oder zur verstärkten Patientenverantwortung unmittelbar erforderlich scheint (www.shared-decision-making.org), ist die Frage der Operationalisierung sowohl dieser speziellen Interaktion als auch seiner Effekte ungelöst (Elwyn, 2001). Die Frage lautet also: Woran erkenne ich, dass „shared decision making“ stattfindet? Und wodurch sollte sich der Klärungszustand eines entsprechend versorgten Patienten von einem anderen, der z. B. paternalistisch durch die Entscheidung geführt wurde, unterscheiden? Diese Fragen sollten beantwortet werden, wenn man auf wissenschaftlichem Wege die Überlegenheit einer Shared Decision-Kommunikation zu zeigen versucht.

Dieser Beitrag erzählt von einem Versuch, aus der Luhmannschen Kommunikationstheorie ein Konzept zur Bestimmung des „sharings“ und seiner Auswirkungen auf den entscheidungs-bezogenen Klärungszustand abzuleiten, das vermittelbar und handhabbar ist.

Schwierigkeiten mit gebräuchlichen Verfahren?

Die derzeit gebräuchlichen Verfahren zur Bestimmung der Auswirkungen basieren grob gesagt auf drei verschiedenen Dimensionen.

In einigen Studien wird versucht, irgendeine Art von Zufriedenheit der am Entscheidungsprozess Beteiligten zu quantifizieren (Man-Son-Hing, 1999; Holmes-Rovner, 1996). Es kommen hierfür z.B. die Zufriedenheit mit dem Arzt, mit dem Prozess der Entscheidung, mit der Entscheidung selbst oder mit den Entscheidungsfolgen in Frage. Zufriedenheit ist jedoch nicht unbedingt ein Zeichen für einen wünschenswerten und ethisch korrekten Prozess auf lange Sicht; inzwischen ist dies auch wissenschaftlicher Konsens, obwohl es zwar einfach ist, Patienten zufrieden zu machen.

Andere Studien operieren mit der „objektiven“ oder wahrgenommenen Involviertheit als Indikator für Partizipation (Lerman, 1990). Da Partizipation ein Definitionskriterium für SDM ist, sollte es sich hierbei um ein sehr spezifisches Maß handeln. Allerdings stellt sich bei genauerer Betrachtung die Frage, welche Art von Involviertheit im Sinne von SDM ist. Hierbei fällt auf, dass das zumeist fokussierte Ausmaß an Involviertheit weniger bedeutsam ist als die Art und Weise der Beteiligung (Scheibler 2003; Kasper, 2003). Entsprechende differenziertere Definitionen wurden jedoch bisher nicht operationalisiert.

Schließlich findet man in der Literatur auch die Verwendung des Entscheidungskonfliktes als Kriterium (O'Connor, 1995). Indem dieser zumeist mit Ungewissheit (uncertainty) synonym gebraucht wird, nimmt man an, dass sich ein guter Entscheidungsprozess als Reduktion des Ungewissheitsgefühls äußert. Die Theorie der kognitiven Dissonanz allerdings (Festinger, 1990) lässt diese Entwicklung nach einer jeden Entscheidung erwarten, insbesondere aber nach irrationalen Prozessen. Diese vielfach belegte kognitive Reaktion folgt der Logik, dass man das aversive Gefühl einer kognitiven Dissonanz möglichst vermeidet, und zwar auf die bequemste Weise, d.h. nachdem eine Entscheidung erst einmal getroffen ist, z. B. durch gezieltes Sammeln oder Erinnern entscheidungskonsistenter Informationen. Die Dimension des Entscheidungskonflikts scheint also alles andere als ein geeignetes Gütekriterium zu sein, da sie weder Qualität noch einen spezifischen SDM-Effekt anzeigen kann.

Oft kann die vollständige und balancierte Information über die Evidenz zu den verschiedenen Entscheidungsoptionen im Falle ihres Gelingens gar nicht zu einer einfachen Ungewissheitsreduktion führen. Dies gilt natürlich gerade in Situationen einer uneindeutigen wissenschaftlichen Evidenz. Das bedeutet, dass der Blick auf das Entscheidungsergebnis nicht weiterführt. Wer sollte, zumal unter der Maßgabe einer Patientenautonomie, eine getroffene Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme zu welchem Zeitpunkt bewerten? Patientenautonomie bedeutet ja gerade, dass die einer Entscheidung zugrunde zu legenden Kriterien vom Patienten bestimmt oder mitverhandelt werden. Insofern ist die Güte einer Entscheidung nicht aus der Wahl einer der Optionen heraus feststellbar.

Dieser ganz kurze Überblick soll verdeutlichen, worin die Probleme bei der Bestimmung dessen liegen, was an der SDM-Methode die angenommene Effizienz ausmacht.

Was sagt die Kommunikationstheorie?

Mit Luhmann können wir den sogenannten „two way exchange“ von Informationen als den Versuch einer gegenseitigen Validierung des Themas verstehen, um das sich das soziale System konstituiert (Luhmann, 1984). Das Gelingen dieses Prozesses könnte sich an einer eher hohen Übereinstimmung der gegenseitigen Konstruktionen über den „Sinn“ ablesen lassen. Denn aus diesen Konstruktionen über den Sinn speisen sich bekanntlich die Wirklichkeitskonstruktionsprozesse der mit ihren Kommunikationen beteiligten Personen. Was also allgemein gilt, sollte auch in Bezug auf eine Kommunikation im Hinblick auf eine anstehende Entscheidung zutreffen: Teilung (sharing) von Information äußert sich im Konsens über den Gegenstand.

Wie oben erwähnt, sind sowohl Arzt als auch Patient im Entscheidungsprozess mit dem Generieren bzw. Zusammentragen der gegenseitig mangelnden Informationen befasst, z. B. über medizinische Sachverhalte, Behandlungsmöglichkeiten, persönliche Werthaltungen und Präferenzen. Genau genommen kommunizieren sie über den Teil dieser Informationen, der nicht oder noch nicht verfügbar ist. Gerade mit Blick auf die klassische Anwendungssituation von SDM – also bei weittragenden Entscheidungen und uneindeutiger wissenschaftlicher Evidenz – lässt sich mit dieser Herleitung postulieren, dass das abstrakte Thema einer solchen Entscheidungskommunikation die Ungewissheit selbst ist.

Setzt man aber die Ungewissheit als implizites (abstraktes) Thema voraus, ist das Luhmann'sche Verständnis der divergierenden Repräsentationen des Kommunikationsgegenstandes sehr hilfreich bei der Vorstellung, dass diese Ungewissheit beiderseits sehr unterschiedliche Bedeutungen hat. Die Entscheidungskommunikation steht demnach in dem Dienste, diese unterschiedlichen Bedeutungen von Ungewissheit mitzuteilen, auszutauschen und zu verhandeln (Küppers, 1999).

Die Ungewissheit in der Literatur

Während im Bereich der Outcome-Messung von SDM-Interventionen Ungewissheit immer eindimensional betrachtet wird, das heißt, dass sich Effekte nur als mehr oder weniger abtragen lassen (O'Connor 1995, Mishel, 1999), gibt es inzwischen auch Versuche, das Bestehen eines Anteils an unabänderlicher Ungewissheit einzukalkulieren. Anstelle von Ungewissheitsreduktion wird stattdessen Ungewissheitsmanagement (Brashers, 2001) oder die Umbewertung von Ungewissheit als Belastung zur Herausforderung diskutiert.

Ohne einen unmittelbaren Bezug zur SDM-Outcome-Messung entwirft Babrow (1998, 2001) in einer Reihe eher kommunikationstheoretischer Beiträge Vorschläge zur Operationalisierung unterschiedlicher Bedeutungen von Ungewissheiten, die Patienten mit

chronischen Erkrankungen beschäftigen. Einer seiner Artikel ist mit dem bezeichnenden Titel: „The many meanings of uncertainty in illness“ versehen. Diese Differenzierungen sind jedoch zunächst theoretisch und damit noch nicht als diejenigen anzusehen, mit denen tatsächlich Patienten ihre „Uncertainty-Welt“ konstruieren.

Bezeichnenderweise lassen sich die meisten Quellen zur Ungewissheit in der ökonomischen Literatur antreffen. Bezeichnend deshalb, weil dies meist im Zusammenhang mit (Kauf-) Entscheidungen und Risiko-Kalkulation geschieht. Wenngleich die meisten Arbeiten einen sehr rationalen Zugang zur Ungewissheit haben, und diese einfach synonym mit dem zu quantifizierenden Restrisiko bearbeiten, gibt es doch auch hier Versuche, die Ungewissheit qualitativ zu profilieren. Dow (1993) unterscheidet z. B. zwischen drei Arten von Ungewissheit, einer Verständnis-bezogenen Ungewissheit, einer Art stochastischer Ungewissheit sowie einer Ungewissheit bezüglich des Gewichts der verfügbaren Informationen. Dow drückt Entscheidungsprozesse als mathematische Gleichung aus, in der die Anteile der Ungewissheiten als Faktoren und Gewichte eingehen.

QUiCK - Qualitäten von Ungewissheiten in Chronischen Krankheiten

Weder der Gedanke der Ungewissheit als Kern von Kommunikation und Entscheidungskommunikation noch das Verständnis der Ungewissheit als mehrdimensionales Konstrukt sind also neu in der Literatur.

Aufbauend auf diesen Überlegungen lauten unsere Fragen,

- welche Ungewissheiten denn von den Betroffenen Patienten entscheidungs-bezogen differenziert (und damit gemessen) werden können.
- wie sich das Profil dieser Ungewissheiten im Sinne einer Klärung verändern muss.
- auf welche Weise Ungewissheiten verhandelt werden müssen, um diesen Effekt der Klärung zu bewirken.

Haben wir uns dem Komplex bisher theoretisch genähert, so ist an dieser Stelle ein empirischer Zugang hilfreich. Ein mehrstufiges Prozedere zur Konstruktion eines Instruments zur Messung von Ungewissheiten soll die Voraussetzungen schaffen, die Fragen nach den charakteristischen Veränderungen der Ungewissheit und schließlich nach den dazu erforderlichen kommunikativen Interventionen zu beantworten.

Meine bisherige Arbeit dazu lässt sich grob in zwei Schritte unterteilen:

Qualitativ: Generierung von Inhalten, Items und Hypothesen über Kategorien

Als Quelle relevanter Aspekte und Verbalisierungen zum Thema „Erfahrungen mit entscheidungs-bezogenen Ungewissheiten in der Krankheit“ diente eine Stichprobe von durch Multiple Sklerose Betroffenen. Eine sich gleichförmig wiederholende Prozedur von Tiefeninter-

views, Transkription und Inhaltsanalyse wurde bis zum Eintreten einer informativen Sättigung wiederholt. Dieses Kriterium war aufgrund der Intensität der Auseinandersetzung mit den Betroffenen und dem Interviewmaterial schon nach $N = 6$ Interviews erreicht, d.h. dass keine wesentliche Bereicherung des Itempools durch die Fortsetzung der Interviews zu erwarten war.

Möglichst dicht am Sprachgebrauch der Patienten und orientiert an den wiederkehrenden übergeordneten Themen wurden zunächst 93 Items formuliert. Dieser Pool wurde unter Zuhilfenahme derselben Interviewpartner sowie einiger formalstruktureller Kriterien auf 51 Items reduziert (QUICK (MS) Version/ 51) (box 3).

Quantitativ: Erster Fragebogentest

Die 51-Item Version wurde sodann 57 BesucherInnen der MS-Sprechstunde des UKE vor und nach der Konsultation mit dem Neurologen vorgelegt. Dies geschah einerseits, um den Itempool geleitet an den Item-Kennwerten weiter zu selektieren. Zum anderen sollte mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ein Set von augenscheinlich relevanten Kategorien geprüft und das Instrument dadurch einer ersten Konstrukt-Validierung unterzogen werden.

Von der Wiederholungsmessung nach der Sprechstunde, deren Inhalt wir von den Teilnehmern dokumentieren ließen, versprachen wir uns erste Hinweise auf die Veränderungssensibilität des Instruments sowie Hypothesen für Veränderungsmuster auf dem Ungewissheitsprofil.

Wir schließen diesen Studienabschnitt mit der Entwicklung einer kürzeren QUICK(MS)Version ab, die Ausgangspunkt für eine neue Validierung innerhalb einer randomisierten kontrollierten Studie mit 150 MS-Patienten sein wird.

Ergebnisse zur Güte von QUICK

Die Reliabilitäts- und Konstruktvaliditätsanalyse erfolgte simultan auf zwei unterschiedlichen Wegen. Ausgehend von den theoretischen Annahmen über die inhaltliche Zusammengehörigkeit der Items wurden Skalen gebildet, für die je-weils Reliabilitäten auf Item- und auf Skalen-Ebene berechnet wurden (interne Konsistenzen, ausgedrückt als Chronbachs alpha). Wenig reliable Items wurden bei dieser Prozedur aussortiert. Es verblieben 40 von 51 Items im Pool, die sich zu 6 Skalen ordnen ließen, welche Reliabilitätswerte von durchschnittlich .66 aufwiesen (box 4) Dieser Wert ist als Ausdruck einer mittleren und daher für den ersten quantitativen Validierungsschritt bemerkenswerten Messgenauigkeit anzusehen. Die auf Basis der zweiten Messung nach der Sprechstunde beim Neurologen kalkulierten Reliabilitäten für dieselben Skalen lagen geringfügig niedriger bei durchschnittlich .64. Das bedeutet zum einen eine Bestätigung der Messgenauigkeit in Form einer Retestreliabilität, zum anderen einen Hinweis auf die Stabilität der ermittelten Skalenstruktur im Sinne einer Konstruktvalidität.

Der zweite beschrittene Weg der Testgüteanalyse führte über eine faktorenanalytische Feststellung der dem Instrument inne liegenden Struktur zu sechs Faktoren, von denen fünf den theoretisch ermittelten entsprechen. Dies ist bemerkenswert, da sich die Gruppierung der Items zu einer prädefinierten Anzahl von Faktoren auf Basis der rein empirischen Information der Interkorrelationen der zu diesen Items ermittelten Daten vollzieht. Das Prozedere ist ebenfalls mehrstufig und schließt dabei die Eliminierung solcher Items ein, die sich aufgrund ihrer Faktorenladung nicht eindeutig einem Faktor zuschreiben lassen. Auf diese Weise verblieben 23 Items im Pool, eine Anzahl, die relativ willkürlich ist und nur davon abhängt, wann die Prozedur abgebrochen wird.

Entscheidend ist die auf beiden Wegen fast völlig übereinstimmend generierte Struktur des Ungewissheitskonstrukts, welches durch QUICK in seiner bisherigen Form erfasst wird.

Die Überprüfung von Interventionseffekten, also Veränderungen der erlebten Ungewissheit in einzelnen Bereichen unter Voraussetzung der oben dargelegten Skalenstruktur als Reaktion auf die Sprechstunde, wurde auf zweierlei Weise vorgenommen. Zum einen wurde für alle Ungewissheitsskalen die prä-post-Differenz geprüft. Die einfaktorielle Varianzanalyse ergab nur und genau für diejenigen Skalen eine statistisch signifikante Reduktion der Ungewissheit, die auch inhaltlich mit dem Ereignis zwischen den Messungen unmittelbar assoziiert sind. Da es sich bei der Sprechstunde in erster Linie um ein Arztgespräch handelte, verwundert also nicht, dass dieses Ereignis sich besonders im Ungewissheitserleben bezüglich der interpersonalen Beziehung zum Arzt und derjenigen bezüglich seiner Kompetenz niederschlägt.

Die gemäß einer entsprechenden Hypothese vorgenommene Gruppierung der Teilnehmer in solche, die eine Entscheidung während der Sprechstunde erinnerten, und solche, die keine Entscheidung erlebt hatten, erbrachte keinen signifikanten Unterschied der Ungewissheitsmuster-Veränderungen. Es muss hierzu allerdings angemerkt werden, dass die „Sprechstunde“ nicht als kontrollierte Intervention anzusehen ist.

Diskussion

QUICK ist noch nicht fertig. Bis zu einer endgültig validen, reliablen und praktikablen Version des Fragebogens bedarf es noch mehrerer Überarbeitungsphasen. Diese Validierungsschritte vollziehen sich nun gleichzeitig im qualitativen und quantitativen Forschungsbereich. Ein Teil der offenen Fragen hoffen wir mit der oben erwähnten randomisiert kontrollierten Studie zu Interferon-Therapieentscheidungen bei MS-Patienten (ISDIMS) mit der aktuellen Version QUICK(MS)/29 beantworten zu können. Dort ist die „Intervention“, eine Evidenz-basierte Information als Vorbereitung auf ein bereits terminiertes Entscheidungsgespräch über eine medikamentöse Therapie, klar definiert und durch das Kontrollgruppendesign in seinen Effekten leichter attribuierbar. Die weitere qualitative Arbeit mit QUICK erfordert zum einen die Überprüfung der Vollständigkeit der (6) Faktoren und die exhaustive Abdeckung der relevanten Aspekte innerhalb eines jeden Faktors.

Allerdings hat inzwischen auch die Planung von Studien mit dem Fokus auf eine etwaige Generalisierbarkeit der gewonnenen Kategorien auf andere chronische Krankheitsbilder begonnen, z. B. bei HIV und Krebs.

Ein anderer Flügel unserer Uncertainty-Forschung richtet sich auf das professionelle Ungewissheits-Erleben und Management. Insofern Ungewissheit als der geteilte Sinn der beiden Seiten des sozialen Systems Arzt-Patient verstanden wird, ist auch die Beteiligung beider Mitglieder an dieser Konstruktion für den Klärungsprozess bedeutsam. Der Neuheitswert einer entsprechenden Forschung liegt nicht in der Ideenwelt, welche seit langem Gegenstand von Publikationen ist, sondern darin, entsprechende Ideen durch die Erfindung eines geeigneten Instrumentariums in der scientific community hoffähig zu machen.

Die logische Sequenz der Erkenntnisschritte lässt sich wie folgt darstellen. Mit Vorsicht können wir die beiden ersten der vier Schritte schon als von unseren Daten gestützt ansehen:

- Wenn wir das Konstrukt Ungewissheit als veränderungssensibles multifaktorielles Konzept modellieren können,
- sind wir in der Lage, den Prozess von Information und Entscheidung zu modellieren, indem wir Klärung als Veränderungen in den Ungewissheitsteilbereichen operationalisieren.
- Damit wäre der Weg frei zur Untersuchung qualitativ unterschiedlicher Effekte verschiedener kommunikativer Vorgehensweisen. Wir haben z. B. verstanden, dass SDM-Prozesse von Patienten eher als differenzierte Veränderungen bezüglich der erlebten Ungewissheiten wahrgenommen werden, während paternalistische Prozesse sich eher in Ungewissheitsreduktion auf dem gesamten Spektrum niederschlagen.
- Schließlich werden uns entsprechende Erkenntnisse befähigen, Hinweise zur Entwicklung von SDM-Interventionen zu geben. Die Nachfrage nach entsprechenden Interventionen ist so groß, dass inzwischen sogar mit eklektisch komponierten, unspezifischen und nicht validierten Maßnahmen Vorlieb genommen wird.

Ich sehe in dem vorgestellten Versuch einen Brückenschlag zwischen systemtheoretischem Denken und naturwissenschaftlich basierter Outcome-Messung. Dabei ist klar, dass aus Sicht der Systemiker die messtheoretischen Ausführungen ähnlich schwer verdaulich sind wie auf der anderen Seite der Mediziner und Naturwissenschaftler die Rückgriffe auf systemische Theoriebausteine. In diesem Spannungsfeld arbeite ich.

Literatur

- Babrow A, Kasch C, Ford L. The many meanings of uncertainty in illness: Toward a systematic account. *Health Communication* 1998;10(1):1-23.
- Brashers DE, Neidig JL, Russell JA, Cardillo LW, Haas SM, Dobbs LK, Garland M, McCartney B, Nemeth S. The medical, personal, and social causes of uncertainty in HIV illness. *Issues Ment Health Nurs*. 2003; 24(5):497-522.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-Making in the medical encounter: What does it mean (or It takes at least two to tango. *Social Science and Medicine* 1997;44(5):681-92.
- O'Connor A. Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making* 1995;15:25-30.
- Dow SC. Uncertainty about uncertainty. Keynes, Knowledge and Uncertainty Conference, Leeds, 12-13. *Stirling discussion papers* 1993; 5, 1-18
- Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P. Measuring the involvement of patients in shared decision making: A systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling* 2001;43(1):5-22.
- Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2):93-9. Review
- Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, 1997.
- Filippini G, Brusaferrri F, Sibley W. Corticosteroids or ACTH for acute exacerbations in multiple sclerosis. In: *The Cochrane Library*, Issue3, 2003. Oxford: Update Software. 2003(3).
- Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N, Rovner D, Breer L, Rothert M. Patient satisfaction with health care decisions: The satisfaction with decision scale. *Medical Decision Making* 1996;16:58-64.
- Kasper J, Kuch C, Heesen C. Shared decision- making als Interaktionsstil: eine konstruktivistische Perspektive. In: Pfaff H SF, editor. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Shared Decision Making*: Juventa, 2003.
- Kasper JF, Mulley AG, Wennberg JE. Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18(6):183-90.
- G. Küppers. Der Umgang mit Unsicherheit: Zur Selbstorganisation sozialer Systeme. In: K. Mainzer (Hrsg.), *Komplexe Systeme und Nichtlineare Dynamik in Natur und Gesellschaft. Komplexitätsforschung in Deutschland auf dem Weg ins nächste Jahrhundert*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York. 1999; 348-372
- Lerman C, Brody D, Caputo GC, CG L. Patients perceived involvement about illness and medical care. *Gen Intern Med* 1990;5:29-33.
- Luhmann N. *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1984.
- Man-Son-Hing M, Laupacis A, O'Connor A, Biggs J, Drake E, Yetisir E, Hart R. A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 282 (8), 737-43.

Mishel H. Uncertainty in Chronic Illness. *Annual Review of Nursing Research* 1999;17:269-94.
Scheibler F, Janßen C, Pfaff H. Shared decision making: Ein Überblick über die internationale Forschungs-literatur. *Sozial- und Präventivmedizin* 2003;48(1):11-24.

box 1

Indikationen für Shared Decision Making (Charles, 1997)

- Entscheidungen im Zusammenhang mit potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen wie beispielsweise Krebs und andere chronische Erkrankungen
- Entscheidungen, die Schlüsselmomente im Krankheitsverlauf darstellen wie beispielsweise die Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen möglichen Resultaten
- Bestehen einer substantiellen Ungewissheit bezüglich der medizinischen Entscheidungslage, da eine eindeutige Evidenz für das medizinische Handeln fehlt
- Hohe Bedeutung individueller Präferenzen bezüglich unterschiedlicher Maßnahmen für die Lebensqualität, beispielsweise bei Entscheidungen über die weibliche Brust bei Mamma-Carcinom.

box 2

Vier Modelle der Arzt-Patienten-Interaktion

	<i>_ zunehmende Patientenautonomie _</i>			
	<i>Paternalistic - model</i>	<i>professional as agent - model</i>	<i>shared decision making model (SDM)</i>	<i>informed decision making - model</i>
Werte des Patienten	objektiv und normiert	subjektiv	subjektiv	subjektiv
Aufgaben des Arztes	Förderung des Patientenwohles unabhängig von aktuellen Präferenzen des Patienten	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie stellvertretend für den Patienten	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie in Zusammenarbeit mit dem Patienten	Versorgung mit relevanter Information und Implementierung der vom Patienten gewünschten Intervention
Konzept der Patientenautonomie	Zustimmung zu normativen Entscheidungskriterien	Versorgung des Arztes mit Infos über eigene Werte und Präferenzen. Zustimmung zu der vom Arzt gewählten Therapie	Mitbestimmung über Entscheidungskriterien und damit den Prozess der Entscheidung	Auswahl der und Kontrolle über die medizinische Behandlung
Konzept der Arztrolle	Wächter, Hüter, Schutzengel („ <i>guardian</i> “)	Agent, Stellvertreter des Patienten („ <i>agent</i> “)	Partner („ <i>partner</i> “)	Kompetenter technischer Experte („ <i>information provider</i> “, „ <i>body mechanic</i> “)

box 3

Itembeispiele

Item	Skala
Aus meinem bisherigen Krankheitsverlauf kann ich Vorhersagen zum weiteren Fortgang meiner Erkrankung treffen.	Zukunft
Ich weiß nicht , ob ich so wie bisher weiterleben kann.	Zukunft
Ich bin sicher , dass ich selbst den Krankheitsverlauf durch verschiedene Maßnahmen beeinflussen kann.	Kontrolle
Ich habe eine klare Vorstellung von den Krankheitsprozessen, die in meinem Körper wirken.	Kontrolle
Ich bin mir sicher : Ich kann meine Meinung dem Arzt/ der Ärztin gegenüber äußern.	Beziehung zum Arzt
Ich bin mir sicher , dass der Arzt/ die Ärztin mich ernst nimmt.	Beziehung zum Arzt
Es fällt mir leicht zu entscheiden , wie viel Eigenverantwortung ich übernehmen soll.	Eigenverantwortung
Ich weiß , wie viel Übernahme von Eigenverantwortung gut für mich ist.	Eigenverantwortung
Ich bin mir nicht sicher , ob die augenblickliche Form der Behandlung für mich sinnvoll ist.	Behandlung
Ich verstehe , warum die Behandlung so und nicht anders aussieht.	Behandlung
Ich bin mir sicher , die Experten stimmen in der Beurteilung meines Falles überein.	Kompetenz der Behandler
Ich frage mich , ob der Arzt/ die Ärztin über den neuesten Forschungsstand zu Therapiemöglichkeiten ausreichend informiert ist.	Kompetenz der Behandler

box 4

Skalenkennwerte für QUICK / MS

Skala: Ungewissheit in Bezug auf.....	Anzahl der Items (41)	Reliabilität prä (Chronbachs Alpha)	Reliabilität post (Chronbachs Alpha)
die Zukunft	8	.67	.66
die Kontrolle über die Krankheit	7	.61	.63
die Beziehung zum Arzt	8	.75	.71
das Maß eigener Verantwortungsüber- nahme	6	.61	.71
die Behandlung	5	.70	.63
die Kompetenzen der Behandelnden	7	.60	.49