



Gesundheitswesen aktuell 2012

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Jörg Dirmaier, Martin Härter

„Partizipative Entscheidungsfindung: Patientenbeteiligung bei Behandlungsentscheidungen
in der medizinischen Versorgung“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012 (Seite 212-235)

Jörg Dirmaier, Martin Härter

Partizipative Entscheidungsfindung

Patientenbeteiligung bei Behandlungsentscheidungen in der medizinischen Versorgung*

Die Beteiligung von Patienten bei Behandlungsentscheidungen wird von Patienten, Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern befürwortet. Für die Umsetzung in der ärztlichen Praxis sind Barrieren sowohl bei Ärzten als auch Patienten zu überwinden. Der Beitrag zeigt auf, welche Anforderungen partizipative Entscheidungsfindung mit sich bringt. Patientenverständliche Entscheidungshilfen, Patientenschulungen und Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte sind wichtige Bausteine um eine gemeinsame Entscheidungsfindung im medizinischen Alltag zu etablieren. Die positiven Effekte für die Patienten, die sich unter anderem in höherem Wissen, realistischeren Erwartungen und einer besseren Adhärenz ausdrücken, rechtfertigen die Anstrengungen.

Einleitung

Eine aktivere Beteiligung von Patienten und eine stärkere Patientenorientierung werden als wichtige Faktoren im Rahmen von Prozessveränderungen der Gesundheitsversorgung angesehen (Holman 2005). Diese Entwicklung resultiert insbesondere aus einem veränderten Rollenverständnis von Patienten. Ausgehend von einer früher stärker paternalistisch geprägten Gesundheitsversorgung, in welcher Patienten eine eher passive Rolle einnahmen (Emanuel und Emanuel 1992), werden Patienten heute als Schlüsselfiguren im Rahmen der Behandlung angesehen, die im Sinne eines mündigen Konsumenten qualitativ hochwertige Versorgung beanspruchen (Kizer 2001). Dementsprechend erwartet mittlerweile ein Großteil der Patienten, über seine Erkrankung und mögliche Therapieoptionen umfassend aufgeklärt (Levinson et al. 2005) sowie bei Entscheidungs- und Behandlungsprozessen aktiver beteiligt zu werden (Coulter und Magee 2003).

* Der vorliegende Text entspricht in Teilen dem Beitrag Dirmaier, J., und M. Härter (2012): Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung. In: Partizipation und Gesundheit. Entscheidungsteilnahme als Gegenstand der Gesundheitsforschung. Verlag Hans Huber: S. 318-330.

Auch von gesundheitspolitischer Seite wird im Zuge aktueller Gesundheitsreformen eine stärkere Beteiligung von Patienten zunehmend thematisiert, da erwartet wird, dass aktiver beteiligte Patienten ein verbessertes Selbstmanagement ihrer Erkrankungen aufweisen (Forster und Kranich 2007) und somit letztlich das Gesundheitssystem auch finanziell weniger beanspruchen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003). Nicht zuletzt zeigen Forschungsergebnisse, dass eine stärkere Beteiligung von Patienten unter anderem in einer höheren Behandlungszufriedenheit, einer verbesserten Adhärenz, mehr Wissen über die Erkrankung, weniger Entscheidungskonflikten (Bieber et al. 2007), einem verbesserten Gesundheitsverhalten beziehungsweise Selbstmanagement (Hibbard et al. 2007), einem verbesserten Gesundheitsstatus sowie einer verringerten Inanspruchnahme (Coulter und Ellins 2007) resultieren kann.

Die Umsetzung einer stärkeren Beteiligung von Patienten findet in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen statt: Auf der Makroebene werden beispielsweise Rechte geschaffen, durch welche die Partizipation von Patienten verbessert werden soll (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG; Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“, geplantes Patientenrechtegesetz für 2012/2013). Auf der Meso-Ebene der Institutionen im Gesundheitswesen wurden durch die Förderung der Patientenberatung, von Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen bereits etablierte Einrichtungen weiter ausgebaut beziehungsweise neu gegründet. Die Mikro-Ebene umfasst die individuelle medizinische Entscheidung im direkten Gespräch zwischen Arzt und Patient. In diesem Bereich ist der Ansatz des Shared Decision Making (Partizipative Entscheidungsfindung – PEF) entstanden.

Der Beitrag gibt einen Überblick zum Thema Partizipative Entscheidungsfindung. Der Prozess, Anwendungsbereiche und Möglichkeiten des Transfers in die Praxis werden geschildert. Neben der Darstellung der Effekte verschiedener PEF-Interventionen liegt ein weiterer Fokus auf der Umsetzung in Deutschland und den dabei bestehenden Barrieren.

Modelle medizinischer Entscheidungsfindung

Das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung wird häufig in Abgrenzung zu anderen Modellen der medizinischen Entscheidungsfindung beschrieben (Abbildung 1). Dabei nimmt es eine Mittelstellung zwischen dem paternalistischen und dem Informationsmodell ein. Im paternalistischen Modell befindet sich der Patient in einer weitgehend passiven Rolle und ist von der Expertise des Arztes abhängig (Coulter 1999). Auf der Grundlage seines Expertenwissens trifft der Arzt eine Entscheidung, ohne sich explizit mit dem Patienten über dessen Präferenzen zu verständigen und diese zu berücksichtigen.

Abbildung 1: Modelle medizinischer Entscheidungsfindung

		Paternalistisches Modell	Partizipative Entscheidungsfindung	Informationsmodell
Informationsaustausch	Richtung des Informationsflusses	vom Arzt zum Patienten	vom Arzt zum Patienten und vom Patienten zum Arzt	vom Arzt zum Patienten
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	entsprechend der gesetzlichen Anforderungen	alles für die Entscheidung Relevante	alles für die Entscheidung Relevante
Wer wägt die unterschiedlichen Behandlungen gegeneinander ab?		Arzt alleine	Arzt und Patient	Patient alleine
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Arzt	Arzt und Patient	Patient

Quelle: Charles et al. 1999

Beim Informationsmodell besteht die Hauptverantwortlichkeit des Arztes darin, dem Patienten auf möglichst neutrale Weise alle wichtigen Informationen zur Behandlung mitzuteilen. Basierend auf der Annahme, dass der Patient sich über seine eigenen Präferenzen im Klaren ist und am besten weiß, was gut für ihn ist, trifft er die Entscheidung ohne seinen Arzt (Charles et al. 1999). Dem Patienten werden auf diese Weise die Entscheidungsfreiheit und gleichzeitig auch die Verantwortung überlassen. Beim Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung sollen Informationsaustausch und Entscheidungsprozess zwischen Arzt und Patient auf gleichberechtigter Ebene stattfinden und dabei auch individuelle Aspekte (Werte, Bedürfnisse, Emotionen) des Patienten umfassen (Bieber et al. 2007).

Die Partizipative Entscheidungsfindung ist zudem von dem Konzept des Informel Consent beziehungsweise Simple Consent abzugrenzen, in welchem zwar ähnliche Voraussetzungen (mehrere gleichwertige Behandlungsoptionen) vorliegen und ein ähnliches Ziel (Stärkung der Kontrolle über die eigene gesundheitliche Versorgung) verfolgt wird, jedoch weniger aus ethischer, sondern vielmehr aus rechtlicher Perspektive, beispielsweise Einwilligung zur Teilnahme an Studien oder Einwilligung für eine bestimmte Behandlung (Whitney, 2003).

Partizipative Entscheidungsfindung: Definition und Konzepte

Eine mögliche Definition beschreibt Partizipative Entscheidungsfindung als Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (Härter 2004). Dabei fließt die Information in beide Richtungen. Der Arzt stellt medizinische Informationen bereit, der Patient berichtet von seinen Präferenzen und persönlichen Lebensumständen, die für die Entscheidung von Relevanz sein können. Arzt und Patient treffen die Entscheidung gemeinsam und teilen sich die Verantwortung.

Es existiert jedoch noch kein einheitliches Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (Légaré et al. 2010). In einer aktuellen Analyse werden beispielsweise 15 unterschiedliche PEF-Modelle mit einem mehr oder weniger großen Überlappungsbereich identifiziert, die häufig nicht überprüft beziehungsweise nicht systematisch entwickelt wurden (Stacey et al. 2011). Dies kann zu Problemen wie unklaren Ergebnisindikatoren, uneinheitlichen Messverfahren und folglich mangelnder Vergleichbarkeit von Studien führen. Zudem bleibt es schwierig, die vermittelnden Faktoren zwischen Partizipativer Entscheidungsfindung und gesundheitsbezogenen Ergebnisindikatoren zu identifizieren (Makoul und Clayman 2006).

Aktuelle Modelle der Partizipativen Entscheidungsfindung diskutieren beispielsweise, einen stärkeren Fokus auf Beziehungsaspekte zwischen Behandler und Patient zu legen (Cribb und Entwistle 2011). Der familiäre Einfluss und der Einfluss eines interprofessionellen Teams auf die Partizipative Entscheidungsfindung wird von Stacey et al. (2011) hervorgehoben. Entwistle und Watt (2006) betonen zudem die patientenseitigen Einstellungen und Gefühle hinsichtlich der eingenommenen Rolle und der geleisteten Beiträge im Rahmen der individuellen Entscheidungsfindung. Elwyn und Miron-Shatz (2010) unterscheiden zeitlich aufeinander abfolgende Phasen (Deliberation versus Determination) des Prozesses der Partizipativen Entscheidungsfindung.

Praktische Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung

Im Folgenden sollen zunächst die einzelnen Schritte eines Prozesses der Partizipativen Entscheidungsfindung erläutert werden, um dann darzustellen, unter welchen Umständen eine Partizipative Entscheidungsfindung indiziert ist. Abschließend werden verschiedene Transferstrategien in die Praxis beschrieben.

Ablauf der Partizipativen Entscheidungsfindung

Für eine gelungene Partizipation an einer medizinischen Entscheidung liegen verschiedene Handlungsschritte vor (Härter 2004), die die für eine

Beteiligung wichtigen Gesprächselemente als Orientierungshilfe beinhalten (Abbildung 2). Der gemeinsame Entscheidungsprozess beginnt damit, dass zunächst von ärztlicher Seite die Notwendigkeit einer Behandlungsentscheidung und das Angebot einer gleichberechtigten Zusammenarbeit beider Partner bei der Entscheidungsfindung formuliert werden. Daraufhin erfolgt die Beschreibung der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Anschließend wird der Patient gefragt, ob er die Informationen verstanden und welche Erwartungen und Befürchtungen er hinsichtlich der Entscheidung hat. Im nächsten Schritt werden die unterschiedlichen Präferenzen von Patient und Arzt ermittelt, es erfolgt ein Abwägen der Behandlungsalternativen, und es wird ein Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung beschlossen (Loh und Härter 2005).

Abbildung 2: Prozessschritte im Rahmen der Partizipativen Entscheidungsfindung

1. mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
2. Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. über Wahlmöglichkeiten informieren (Equipoise)
4. über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
6. Präferenzen ermitteln
7. aushandeln
8. gemeinsame Entscheidung herbeiführen
9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Quelle: Härter 2004

Einsatzbereiche der Partizipativen Entscheidungsfindung

Das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung eignet sich vor allem, wenn mehr als eine gleichwertige, im besten Fall evidenzbasierte Therapieoptionen zur Wahl stehen, bei denen die Präferenzen des

Patienten berücksichtigt werden sollten, wie etwa bei der Behandlung einer Hypertonie. In vielen Fällen kann hier zwischen Basismaßnahmen wie einer Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung, Bewegung und medikamentöser Behandlung entschieden werden. Außerdem ist die Partizipative Entscheidungsfindung geeignet, wenn die Wichtigkeit der Entscheidung und der Konsequenzen für den Patienten hoch ist, das bedeutet, wenn es sich um eine lebensbegleitende und -verändernde Erkrankung handelt (Müller-Engelmann et al. 2010).

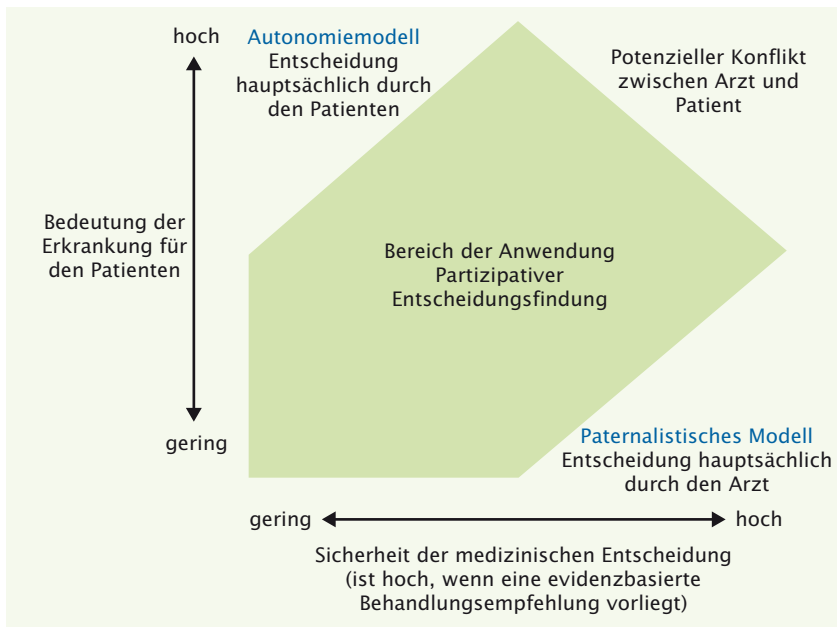
Studien haben gezeigt, dass vor allem jüngere Patienten mit höherer Bildung und höherem Einkommen stärker an einer Entscheidungsbeteiligung interessiert sind (Say, Murtagh und Thomson 2006). Bis zu einem Alter von 45 Jahren steigt die Beteiligungspräferenz (Levinson et al. 2005), ältere Patienten bevorzugen eine eher passive Beteiligung im Rahmen der Behandlung (Bastiaens et al. 2007). Unterschiede in der Beteiligungspräferenz zwischen Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen konnten bisher nicht bestätigt werden (Hamann et al. 2007).

Zur Charakterisierung des Anwendungsbereiches der Partizipativen Entscheidungsfindung werden von Whitney (2003) die zwei Variablen „Entscheidungssicherheit“ und „Bedeutung der medizinischen Entscheidung für den Patienten“ herangezogen (Abbildung 3). Eine medizinische Entscheidung wird in diesem Zusammenhang dann als sicher bezeichnet, wenn Belege dafür vorliegen, dass es bei einer Erkrankung eine deutlich zu bevorzugende Behandlungsmethode gibt. Entscheidungen von geringer Sicherheit sind zu treffen, wenn mehrere ähnlich wirksame Behandlungen möglich sind. Bei zunehmender Entscheidungssicherheit kann die Entscheidung eher vom Arzt beeinflusst oder getroffen werden, wohingegen Entscheidungen auf unsicherer Datenbasis eine stärkere Beteiligung des Patienten notwendig machen.

Die zweite Variable in diesem Modell ist die subjektive Bedeutung für den Patienten. Sie ist dann als hoch einzuschätzen, wenn die Erkrankung und ihre Behandlung substanzielle Auswirkungen auf das Leben des

Patienten haben. Partizipative Entscheidungsfindung ist umso mehr zu fordern, je größer die subjektive Bedeutung der Erkrankung und der medizinischen Entscheidung ist.

Abbildung 3: Anwendungsbereiche der Partizipativen Entscheidungsfindung in Abhängigkeit von den Faktoren Bedeutung und Entscheidungssicherheit (Whitney 2003)



Quelle: Härter 2004

Transfer der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Praxis

Die konzeptionelle Entwicklung der Partizipativen Entscheidungsfindung erfolgte bisher mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So wurden Kompetenzen für die Entscheidungsfindung auf Arztseite definiert (Towle und Godolphin 1999), andere Ansätze legen den Fokus auf die

Unterstützung von Patienten durch Informationen oder Entscheidungshilfen (Decision Support Interventions; Stacey et al. 2011). Verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung werden im Folgenden dargestellt.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Förderung ärztlicher Gesprächs- und Handlungskompetenz

Hier werden Ärzten spezifische Gesprächskompetenzen vermittelt, wie etwa die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten hinsichtlich einer Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess spezifisch zu erfragen. Ein weiterer Aspekt ist die Kommunikation von Vor- und Nachteilen sowie möglicher Risiken oder Ungewissheiten, die bei bestimmten Behandlungsoptionen bestehen. Fortbildungsprogramme wurden beispielsweise in Großbritannien (Elwyn et al. 2004) und auch in Deutschland entwickelt und überprüft (Bieber et al. 2006, Bieber et al. 2008, Loh et al. 2004, Loh et al. 2007). Für den deutschsprachigen Bereich wurde dann aufbauend auf diesen Erfahrungen ein Trainingsmanual zur Partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt (Bieber et al. 2007), welches

- in theoretische Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung einführt,
- patientenzentrierte Kommunikationsstrategien vermittelt und
- die Umsetzung einer Partizipativen Entscheidungsfindung in beispielhaften Indikationen erläutert.

Auch in der Ausbildung von Ärzten erfährt das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung mehr und mehr Beachtung. So wird beispielsweise in zahlreichen deutschen Medizinischen Fakultäten das beschriebene Trainingsmanual (Bieber et al. 2007) im Rahmen der Lehre verwendet (Härter et al. 2011). Zudem wird beispielsweise im Hamburger Reformcurriculum der Lehre am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aktuell ein Modul „Kommunikation und klinische Untersuchungsmethoden“ entwickelt, in dem das Thema der Partizipativen Entscheidungsfindung einen der Schwerpunkte zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen darstellt.

Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen (Decision Aids) können dem Patienten text-, video- oder webbasiert entweder direkt in oder auch außerhalb der Konsultation dargeboten werden. Es werden drei Kategorien unterschieden:

1. Entscheidungshilfen, die von Behandlern in Konsultationen verwendet werden,
2. Entscheidungshilfen, die auch außerhalb von Behandlerkonsultationen verwendet werden können, und
3. Entscheidungshilfen, die interaktive Technologien (beispielsweise webbasiert) verwenden (Elwyn et al. 2010).

Sie beinhalten standardisierte Informationen, eine verständliche Darstellung von Behandlungsmöglichkeiten und den jeweiligen Vor- und Nachteilen sowie Wahrscheinlichkeiten für einen Behandlungserfolg (Stacey et al. 2011). Zudem werden Werte und Präferenzen aufseiten der Patienten im Rahmen der Entscheidungsfindung berücksichtigt und integriert.

Bei Entscheidungshilfen spielt insbesondere die angemessene Vermittlung medizinischer Fachinformationen eine große Rolle. Das Verständnis gängiger statistischer Kennwerte, wie Sensitivität, Spezifität, positiver prädiktiver Wert medizinischer Testverfahren oder des Unterschieds zwischen absoluten und relativen Risiken, fällt nicht nur Patienten, sondern auch Fachpersonal schwer (Gigerenzer und Wegwarth 2008). Als verständliche Darstellungsformen haben sich absolute Häufigkeiten beziehungsweise grafische Darstellungen absoluter Häufigkeiten mittels Entscheidungstabellen herausgestellt (Gigerenzer und Edwards 2003). Studien zeigen jedoch auch, dass die Vermittlung von quantitativen Daten nicht immer zu einer Verbesserung der Entscheidungsfindung führt, sondern auch zu verstärkt irrationalen Entscheidungen führen kann, weswegen die Vermittlung von quantitativen Informationen weniger als Standardvorgehensweise, sondern eher als individuell mögliche Option diskutiert wird (Schwartz 2011).

In den letzten Jahren wurden Entscheidungshilfen – insbesondere web-basierte – umgesetzt, zudem werden mittlerweile auch stark komprimierte Entscheidungshilfen erarbeitet. Diese bieten Zusammenfassungen der wichtigsten Wirkungen und Nebeneffekte von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beispielsweise auf einer Textseite (Decision Boxes, Giguere et al. 2011) oder bewerten die jeweils wichtigsten Fragen zu verschiedenen Behandlungsoptionen mit Pro und Kontra (Option Grids; www.optiongrid.co.uk).

Neben einer Systematisierung des Entwicklungsprozesses von web-basierten Entscheidungshilfen (Elwyn et al. 2011) wurden Kriterien zur Bewertung der Qualität von Entscheidungshilfen entwickelt. Anhand dieser Kriterien wird zum Beispiel geprüft, ob eine Entscheidungshilfe systematisch entwickelt wurde, ob die Informationen neutral dargestellt sind und ob die Entscheidungshilfe den Nutzer zum Abwägen der Optionen anleitet, ihn durch den Entscheidungsprozess führt und ob die resultierenden Effekte in Studien überprüft worden sind (Elwyn et al. 2006).

Neben auftretenden Barrieren insbesondere bei der Implementierung und Nutzung wird bei Entscheidungshilfen auch die fehlende beziehungsweise uneinheitliche Theoriebasierung als problematisch angesehen (Durand et al. 2008).

Patientenschulungen zur Vorbereitung auf eine stärkere Beteiligung am Entscheidungsprozess

Patientenschulungen haben eine Stärkung von Patientenkompetenzen und die Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten für das Gespräch mit dem Arzt zum Ziel (Towle und Godolphin 1999). Im Gegensatz zu Entscheidungshilfen beinhalten Patientenschulungen keine krankheitsspezifischen Informationen und fokussieren nicht auf eine medizinische Entscheidung. Sie können aus schriftlichen Unterlagen, einem Training oder Video bestehen. Während es sich bei schriftlichen Unterlagen zumeist um Checklisten oder Vorbereitungsblätter für das Arztgespräch handelt, kann mithilfe von Filmen vermittelt werden, wie sich Patienten

in das Gespräch mit dem Arzt einbringen können (Brown et al. 1999). Im deutschsprachigen Bereich wurde etwa ein Schulungskonzept für Patienten mit multipler Sklerose entwickelt und evaluiert (Köpke et al. 2011).

Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung

Die Partizipative Entscheidungsfindung kann verschiedene positive Effekte haben, negative Auswirkungen scheinen nicht aufzutreten. Im Folgenden sollen spezifische Effekte im Hinblick auf die unterschiedlichen PEF-Interventionen dargestellt werden.

Effekte von Entscheidungshilfen

Im Rahmen eines Cochrane-Reviews zeigte sich anhand insgesamt 86 ausgewählten Studien, dass der Einsatz von Entscheidungshilfen zu mehr Wissen, realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf, höherer Zufriedenheit und verbesserter Therapietreue führt (Stacey et al. 2011). Zudem reduziert sich die Zahl von Entscheidungskonflikten, und der Patient erlebt eine stärkere Beteiligung an Behandlungsentscheidungen. Entscheidungshilfen können auch zu einer Reduktion von gesundheitsbezogenen Ängsten führen, allerdings ist die Datenlage hierzu noch uneinheitlich (Anderson et al. 2011). Eine Steigerung von Ängsten wird jedoch nicht berichtet (Stacey et al. 2011). Bezüglich einer veränderten Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen ist die Datenlage bisher ebenfalls uneinheitlich (Evans et al. 2005).

Effekte von Patientenschulungen

Die Frage der Wirksamkeit von patientenseitigen Interventionen, die auf eine stärkere Beteiligung in ärztlichen Konsultationen abzielen, wurde in einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit untersucht (Kinnersley et al. 2008). Es konnten geringfügige Effekte auf das Frageverhalten der Patienten in ärztlichen Konsultationen nachgewiesen werden. Keine Effekte zeigten sich hinsichtlich der Zufriedenheit, der erlebten Angst vor beziehungsweise nach einer Konsultation und im Hinblick auf das Wissen. In weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten nach einer Schulung mehr Fragen in der Konsultation stellen, eine höhere

Kontrolle über die eigene Gesundheit wahrnehmen, sich autonomer im Rahmen der Entscheidungsfindung fühlen und einen stärkeren Wunsch nach Beteiligung (Köpke et al. 2009, Loh et al. 2007) äußern. Ebenfalls zeigte sich, dass Patienten sich nach Schulungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung besser an Informationen aus dem Arztgespräch erinnern und die Behandlung sowie Behandlungsempfehlungen besser verstehen (Hamann, Hein und Kissling 2005).

Effekte von Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte

Ein erst kürzlich veröffentlichter Cochrane-Review (Légaré et al. 2010) untersuchte, welche Interventionen die Partizipative Entscheidungsfindung aufseiten der Ärzte verbessern können. Nur zwei von fünf letztendlich selektierten Studien wiesen signifikante Effekte auf. Diese zeigten, dass in der ärztlichen Konsultation verwendete Entscheidungshilfen sowie eine Kombination aus Schulungsmaterialien, Schulungstreffen und Feedback für Ärzte dazu führen, dass die Ärzte eine Partizipative Entscheidungsfindung verstärkt umsetzen.

Zu Effekten von Fortbildungsmaßnahmen auf klinische Endpunkte ist die Datenlage bisher uneindeutig (Deinzer et al. 2006, Krones und Richter 2008). Ein aktueller Cochrane-Review im Bereich psychischer Erkrankungen kommt auf der Basis von letztendlich nur zwei einbezogenen Studien zu dem Ergebnis, dass sich hier, unter Umständen aufgrund der sehr begrenzten Anzahl selektierter Studien, keine Effekte von Partizipativer Entscheidungsfindung auf gesundheitsbezogene Outcomes nachweisen lassen (Duncan, Best und Hagen 2010). Im Gegensatz dazu zeigt eine andere systematische Übersichtsarbeit, dass die Hälfte der eingeschlossenen Studien Effekte von Partizipativer Entscheidungsfindung auf Behandlungsadhärenz und Gesundheitsstatus zeigen (Joosten et al. 2008). Insbesondere längere PEF-Interventionen (über mehrere Konsultationen hinweg) speziell bei Entscheidungsprozessen im Rahmen von chronischen Erkrankungen weisen Effekte auf die genannten Outcome-Dimensionen auf. Neuere Primärstudien kommen dabei zu ähnlichen Ergebnissen (Wilson et al. 2010).

Barrieren bei der Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung

Trotz der nachgewiesenen positiven Effekte einer Beteiligung der Patienten an der Behandlung, einer hohen Anzahl von durch Patienten zu treffende medizinische Entscheidungen (Hamann et al. 2007) und eines hohen Bedürfnisses nach Beteiligung gibt es nach wie vor Schwierigkeiten bei der Implementierung der Partizipativen Entscheidungsfindung (Tariman et al. 2009).

Am häufigsten wird von ärztlicher Seite Zeitmangel als zentrales Problem genannt. Zudem geben Ärzte an, dass Partizipative Entscheidungsfindung aufgrund bestimmter Patienteneigenschaften (beispielsweise Präferenzen oder Kompetenzen) und bestimmter klinischer Situationen (beispielsweise Notfallsituationen, das Fehlen gleichwertiger Therapieoptionen) nicht umsetzbar ist (Légaré et al. 2008). Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Ärzte die Beteiligungspräferenzen ihrer Patienten häufig vorwegnehmen, ohne sie explizit darauf anzusprechen (Stalmeier et al. 2007).

Patientenseitig wird als mögliche Barriere insbesondere eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz („health literacy“) diskutiert (Dirmaier und Härter 2011). Gesundheitskompetenz ist definiert als das Ausmaß der Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen und Angebote, die für angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen und Handlungen erforderlich sind, zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen (Ratzan 2010). Bei Anforderungen, die sich aus einer Erkrankung ergeben, wird auch von einer Patientenkompetenz als spezifische Form der Gesundheitskompetenz gesprochen (Abel und Sommerhalder 2007). Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz liegt in der Gesamtbevölkerung bei etwa 25 Prozent vor (Paasche-Orlow et al. 2005). Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz kann sich negativ auf den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung auswirken (Edwards, Davies und Edwards 2009), weswegen neue Ansätze versuchen, die individuelle Gesundheitskompetenz stärker zu berücksichtigen (McCaffery, Smith und Wolf 2010).

Forschung zur Partizipativen Entscheidungsfindung in Deutschland

Vor dem Hintergrund der Unterstützung der Patientenbeteiligung durch die deutsche Gesundheitspolitik fördern die Bundesregierung und andere öffentliche Träger Forschungsprogramme, in denen unter anderem die Partizipative Entscheidungsfindung einen Schwerpunkt bildet. So wurde vom Bundesministerium für Gesundheit von 2001 bis 2007 der Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ (www.patient-als-partner.de) eingerichtet. Insgesamt zehn Modellprojekte untersuchten darin die Effekte von Partizipativer Entscheidungsfindung, Transferprojekte übernahmen die Aufgabe des Praxistransfers, indem sie Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung spezifischer ärztlicher Handlungskompetenz bereitstellten und außerdem modellhaft implementierten (Bieber et al. 2007). Zusätzlich widmete sich ein indikationsübergreifendes Methodenprojekt der Erarbeitung wissenschaftlicher Standards der Methodik, Anwendung und Evaluation von Partizipativer Entscheidungsfindung (Simon, Loh und Härter 2007), dabei wurden relevante Messverfahren zur Erfassung des Prozesses und der Ergebnisse einer PEF psychometrisch überprüft und validiert (Scholl, Kriston und Härter 2011). Es zeigt sich, dass sich Messverfahren zur Partizipativen Entscheidungsfindung in drei Bereiche einteilen lassen (Scholl et al. 2011):

- Aspekte, die einer Entscheidung vorangehen (etwa Präferenzen, Einstellungen),
- Aspekte, die den Entscheidungsprozess betreffen (Prozessschritte einer Partizipativen Entscheidungsfindung, erlebte Beteiligung, Unterstützung), und
- Aspekte, die das Ergebnis der Entscheidung betreffen (beispielsweise erlebter Entscheidungskonflikt, Zufriedenheit mit der Entscheidung).

Schwerpunkte aktueller Forschung zum Thema Partizipative Entscheidungsfindung resultieren insbesondere aus einem Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Seit dem Jahr 2008 (bis 2014) gibt es Forschungsprojekte zur versorgungsnahen Forschung und zu dem Schwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (www.forschung-patientenorientierung.de). Unter Patientenorientierung

wird in diesem Zusammenhang sowohl die Ausrichtung der Versorgung auf individuelle Patientenbedürfnisse als auch der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zur Unterstützung von Empowerment, Selbstmanagement und Selbstverantwortung der Betroffenen verstanden. Dies schließt die Orientierung der Versorgung in Richtung einer Partizipativen Entscheidungsfindung mit ein.

Trotz dieser Forschungsprogramme sind jedoch noch verstärkt Anstrengungen insbesondere im Bereich der Implementierung von Entscheidungshilfen sowie von Trainingsprogrammen notwendig.

Ausblick

Die Umsetzung einer stärkeren Beteiligung im Rahmen medizinischer Behandlungen wird von Patienten, von wissenschaftlicher und auch gesundheitspolitischer Seite befürwortet. Insbesondere durch vermehrte wissenschaftliche Aktivitäten der letzten Jahre ist das Potenzial von Partizipativer Entscheidungsfindung zur Optimierung der medizinischen Versorgung deutlich geworden. In Studien zeigen sich positive Effekte für die Patienten: mehr Wissen, realistischere Erwartungen über den Erkrankungsverlauf, höhere Zufriedenheit, Reduktion von Entscheidungskonflikten und Verbesserung der Behandlungadhärenz sowie teilweise des Gesundheitsstatus. Trotzdem ist die Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung in der Versorgung bisher unzureichend. Eine erfolgreiche Umsetzung hängt sowohl von organisatorischen Aspekten als auch davon ab, inwieweit Barrieren von Ärzten wie Patienten überwunden werden können. Aufseiten der Ärzte könnte die Implementierung vor allem durch eine stärkere Berücksichtigung von Partizipativer Entscheidungsfindung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal forciert werden. Trotz vielversprechender Projekte verschiedener Krankenkassen und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist zudem die Entwicklung und Evaluation von Entscheidungshilfen im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland noch weiter zu fördern (Dirmaier und Härter 2011).

Ebenso sollte der Fokus verstärkt auf Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegen, da bei diesen Patienten der Prozess einer Partizipativen Entscheidungsfindung beeinträchtigt wird. Es sind also neue Ansätze erforderlich, um diesen Prozess auch bei Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu unterstützen. Eine Implementierung von Partizipativer Entscheidungsfindung könnte zudem durch eine stärkere gesundheitspolitische Verankerung im Rahmen eines neuen Patientengesetzes erfolgen. Ebenfalls wichtig wäre eine Integration in Qualitätsmanagementsysteme als potenziell relevanter Qualitätsindikator, wie dies beispielsweise für den Bereich Patientenorientierung schon im Rahmen der KTQ-Zertifizierungen (KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, www.ktq.de) erfolgt ist.

Auch die Entwicklung einheitlicher, qualitativ hochwertiger Messverfahren sollte einen Schwerpunkt zukünftiger Forschungsaktivitäten darstellen (Scholl et al. 2011). Zum Teil werden diese innovativen Ansätze bereits im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ zur Entwicklung verschiedener Strategien der partizipativen Versorgungsgestaltung umgesetzt.

Literatur

- Abel, T., und K. Sommerhalder (2007): Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Anderson, C., J. Carter, K. Nattress, P. Beale, S. Philp, J. Harrison und J. Juraskova (2011): The booklet helped me not to panic: a pilot of a decision aid for asymptomatic women with ovarian cancer and with rising CA-125 levels. In: International Journal of Gynecologic Cancer. 21 (4). S. 737-743.
- Bastiaens, H., P. Van Royen, D. R. Pavlic, V. Raposo und R. Baker (2007): Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. In: Patient Education and Counseling. 68 (1). S. 33-42.

- Bieber, C., K. G. Muller, K. Blumenstiel, A. Schneider, A. Richter, S. Wilke, M. Hartmann und W. Eich (2006): Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. In: Patient Education and Counseling. 63 (3). S. 357-366.
- Bieber, C., A. Loh, N. Ringel, W. Eich und M. Härter (Hrsg.) (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-making).
- Bieber, C., K. G. Muller, K. Blumenstiel, A. Hochlehnert, S. Wilke, M. Hartmann und W. Eich (2008): A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. In: Journal of Psychosomatic Research. 64 (1). S. 13-20.
- Brown, R., P. N. Butow, M. J. Boyer und M. H. Tattersall (1999): Promoting patient participation in the cancer consultation: evaluation of a prompt sheet and coaching in question-asking. In: British Journal of Cancer. 80 (1-2). S. 242-248.
- Coulter, A. (1999): Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. In: British Medical Journal. 319 (7212). S. 719-720.
- Coulter, A., und H. Magee (Hrsg.) (2003): The European Patient of the Future. Maidenhead: Open University Press.
- Coulter, A., und J. Ellins (2007): Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. In: British Medical Journal. 335. S. 24-27.
- Cribb, A., V. A. Entwistle (2011): Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions. In: Health Expectations 14 (2). S. 210-219.
- Deinzer, A., H. Babel, R. Veelken, R. Kohnen und R. E. Schmieder (2006): „Shared Decision-Making“ mit Bluthochdruckpatienten – Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 131 (46). S. 2592-2596.

- Dirmaier, J., und M. Härter (2011): Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. S. 411-419.
- Duncan, E., C. Best und S. Hagen (2010): Shared decision making interventions for people with mental health conditions. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 1. CD007297.
- Durand, M.-A., M. Stiel, J. Boivin und G. Elwyn (2008): Where is the theory? Evaluating the theoretical frameworks described in decision support technologies. In: Patient Education and Counseling. 71 (1). S. 125-135.
- Edwards, M., M. Davies und A. Edwards (2009): What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. In: Patient Education and Counseling. 75 (1). S. 37-52.
- Elwyn, G., A. Edwards, K. Hood, M. Robling, C. Atwell, I. Russell, M. Wensing und R. Grol (2004): Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. In: Family Practice. 21 (4). S. 337-346.
- Elwyn, G., A. O'Connor, D. Stacey, R. Volk, A. Edwards, A. Coulter und IPDAS Collaboration (2006): Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. In: British Medical Journal (Clinical Research Ed.). 333 (7565). S. 417-419.
- Elwyn, G., D. Frosch, A. E. Volandes, A. Edwards und V. M. Montori (2010): Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. In: Medical Decision Making. 30 (6). S. 701-711.
- Elwyn, G., und T. Miron-Shatz (2010): Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. In: Health Expectations. 13 (2). S. 139-147.
- Elwyn, G., I. Kreuwel, M. A. Durand, S. Sivell, N. Joseph-Williams, R. Evans und A. Edwards (2011): How to develop web-based decision support interventions for patients: a process map. In: Patient Education and Counseling. 82 (2). S. 260-265.

- Emanuel, E. J., und L. L. Emanuel (1992): Four models of the physician-patient relationship. In: JAMA. 267 (16). S. 2221-2226.
- Entwistle, V. A., und I. S. Watt (2006): Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. In: Patient Educ Couns. 63 (3). S. 268-278.
- Evans, R., A. Edwards, J. Brett, M. Bradburn, E. Watson, J. Austoker und G. Elwyn (2005): Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. In: Patient Education and Counseling. 58 (1). S. 13-26.
- Gigerenzer, G., und A. Edwards (2003): Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. In: British Medical Journal. 327. S. 741-744.
- Gigerenzer, G., und O. Wegwarth (2008): Risikoabschätzung in der Medizin am Beispiel der Krebsfrüherkennung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 102 (9). S. 513-519. Discussion 606-618.
- Giguere, A., F. Légaré, R. Grad, P. Pluye, F. Rousseau, R. B. Haynes, M. Cauchon und M. Labrecque (2011): Developing and user-testing Decision boxes to facilitate shared decision making in primary care – a study protocol. In: BMC Medical Informatics and Decision Making. 11. S. 17.
- Hamann, J., J. Hein und W. Kissling (2005): Patientenempowerment – eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: M. Härter, A. Loh und C. Spies (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag. S. 45-51.
- Hamann, J., B. Neuner, J. Kasper, A. Vordermaier, A. Loh, A. Deinzer, C. Heesen, W. Kissling, R. Busch, R. Schmieder, C. Spies, C. Caspari und M. Härter (2007): Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. In: Health Expectations. 10 (4). S. 358-363.
- Härter, M. (2004): Editorial – Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 98. S. 89-92.

- Härter, M., H. Müller, J. Dirmaier, N. Donner-Banzhoff, C. Bieber und W. Eich (2011): Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 105 (4). S. 263-270.
- Hibbard, J. H., E. R. Mahoney, R. Stock und M. Tusler (2007): Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? In: Health Serv Res. 42 (4). S. 1443-1463.
- 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. In: Psychotherapy and Psychosomatics. 77 (4). S. 219-226.
- Kinnersley, P., A. Edwards, K. Hood, R. Ryan, H. Prout, N. Cadbury, F. MacBeth, P. Butow und C. Butler (2008): Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review. In: British Medical Journal. 337. a485.
- Kizer, K. W. (2001): Establishing health care performance standards in an era of consumerism. In: JAMA. 286 (10). S. 1213-1217.
- Köpke, S., J. Kasper, I. Muhlhauser, M. Nubling und C. Heesen (2009): Patient education program to enhance decision autonomy in multiple sclerosis relapse management: a randomized-controlled trial. In: Multiple Sclerosis. 15 (1). S. 96-104.
- Köpke, S., T. Richter, J. Kasper, I. Muhlhauser, P. Flachenecker und C. Heesen (2011): Implementation of a patient education program on multiple sclerosis relapse management. Patient Education and Counseling.
- Krones, T., und G. Richter (2008): Ärztliche Verantwortung: Das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51 (8). S. 818-826.
- Légaré, F., S. Ratte, 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. In: Patient Education and Counseling. 73 (3). S. 526-535.

- Légaré, F., S. Ratté, D. Stacey, J. Kryworuchko, K. Gravel, I. D. Graham und S. Turcotte (2010): Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5. Art. No.: CD006732. DOI: 006710.001002/14651858.CD14006732.pub14651852.
- Levinson, W., A. Kao, A. Kuby und R. A. Thisted (2005): Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. In: *Journal of General Internal Medicine*. 20 (6). S. 531-535.
- Loh, A., K. Meier, D. Simon, S. Hanselmann, H. Jahn, M. Niebling und W. Härter (2004): Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 47 (10). S. 977-984.
- Loh, A., und M. Härter (2005): Modellentwicklungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In: M. Härter, A. Loh und C. Spies (Hrsg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 13-24.
- Loh, A., D. Simon, C. E. Wills, L. Kriston, W. Niebling und M. Härter (2007): The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. In: *Patient Education and Counseling*. 67 (3). S. 324-332.
- Makoul, G., und M. L. Clayman (2006): An integrative model of shared decision making in medical encounters. In: *Patient Education and Counselling* 60 (3). S. 301-312.
- McCaffery, K. J., S. K. Smith und M. Wolf (2010): The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. In: *Medical Decision Making*. 30 (1). S. 35-44.
- Müller-Engelmann, M., H. Keller, N. Donner-Banzhoff und T. Krones (2010): Shared decision making in medicine: the influence of situational treatment factors. In: *Patient Education and Counseling*. 82 (2). S. 240-246.

- Paasche-Orlow, M. K., R. M. Parker, J. A. Gazmararian, L. T. Nielsen-Bohlman und R. R. Rudd (2005): The prevalence of limited health literacy. In: *Journal of General Internal Medicine*. 20 (2). S. 175-184.
- Ratzan, S. C. (2010): The national health literacy action plan: the time has come for action. In: *Journal of Health Communication*. 15 (6). S. 575-577.
- Say, R., M. Murtagh und R. Thomson (2006): Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. In: *Patient Education and Counseling*. 60 (2). S. 102-114.
- Scholl, I., M. Koelewijn-van Loon, K. Sepucha, G. Elwyn, F. Légaré, M. Härter und J. Dirmaier (2011): Measurement of shared decision making – A review of instruments. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 105 (4). S. 313-324.
- Scholl, I., L. Kriston und M. Härter (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). In: *Klinische Diagnostik und Evaluation*. 4 (1). S. 46-49.
- Schwartz, P. H. (2011): Questioning the quantitative imperative: decision aids, prevention, and the ethics of disclosure. In: *Hastings Center Report*. 41 (2). S. 30-39.
- Simon, D., A. Loh und M. Härter (2007): Measuring (shared) decision-making – A review of psychometric instruments. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 101 (4). S. 259-267.
- Stacey, D., C. L. Bennett, et al. (2011): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10. S. 211.
- Stalmeier, P. F., J. J. van Tol-Geerdink, E. N. van Lin, E. Schimmel, H. Huizenga, W. A. van Daal und J. W. Leer (2007): Doctors' and patients' preferences for participation and treatment in curative prostate cancer radiotherapy. In: *Journal of Clinical Oncology*. 25 (21). S. 3096-3100.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003): Finanzierung und Nutzerorientierung. Gutachten 2003. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Tariman, J. D., D. L. Berry, B. Cochrane, A. Doorenbos und K. Schepp (2009): Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review. In: *Annals of Oncology*. 21 (6). S. 1145-1151.
- Towle, A., und W. Godolphin (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. In: *British Medical Journal*. 319 (7212). S. 766-771.
- Whitney, S. N. (2003): A new model of medical decisions: Exploring the limits of shared decision making. In: *Medical Decision Making*. 23 (4). S. 275-280.
- Wilson, S. R., P. Strub, A. S. Buist, S. B. Knowles, P. W. Lavori, J. Lapidus und W. M. Vollmer (2010): Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. In: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 181 (6). S. 566-577.