

Überversorgung und Unterversorgung

DAVID KLEMPERER

Prof. Dr. med. David Klemperer ist Hochschullehrer an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg und Mitglied in zahlreichen Gremien im deutschen Gesundheitswesen

Überversorgung und Unterversorgung fügen Patienten beträchtliche Schäden zu und bedeuten eine Verschleuderung von Ressourcen. Als Problem werden sie zunehmend anerkannt und nicht mehr ignoriert oder geleugnet. Die Entwicklung einer Strategie zur Minderung von Überversorgung und Unterversorgung und einer Gesundheitsversorgung, in der die Patienten darauf vertrauen können, Leistungen zu erhalten, die ihrem objektiven und subjektiven Bedarf entsprechen, steht aus und ist ein ethischer und politischer Imperativ. Dieser Beitrag fokussiert auf Überversorgung und Unterversorgung infolge unzureichende Berücksichtigung der Patientenpräferenz sowie auf Maßnahmen und Strategien, die Patientenorientierung in der Versorgung zu stärken.

1. Aufgaben der Medizin

Der Arzt diene der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung und der ärztliche Beruf sei kein Gewerbe, heißt es sowohl in der Bundesärzteordnung [1], der gesetzlichen Grundlage des Arztberufes, als auch in der ärztlichen Berufsordnung [2], in der die Ärzte die Berufspflichten niederlegen, auf deren Einhaltung die Gesellschaft vertrauen können sollte. Aufsichtsführend über die Berufsausübung der Ärzte und somit verantwortlich und Ansprechpartner bei Problemen ist kraft der Heilberufegesetze der Länder die jeweilige Landesärztekammer als Körperschaft öffentlichen Rechts oder die Bundesärztekammer als deren freiwilliger Zusammenschluss auf Bundesebene.

Als „Mission Statement“ der Ärzteschaft“ und somit als Beurteilungsmaßstab ist der 3. Satz des Gelöbnisses zu verstehen: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner

Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“.

Das Patientenwohl als Aufgabe der Medizin hat auch der Deutsche Ethikrat im Blick. Er versteht darunter die nach medizinischen Maßstäben beurteilte körperliche und seelische Situation, die über die Kriterien Behandlungsqualität, Selbstbestimmung des Patienten und Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper Ressourcen beurteilbar ist [3].

Der Sachverständigenrat Gesundheit geht mit dem Begriff Patientenwohl sparsam um und arbeitet stattdessen mit dem Konzept der Bedarfsgerechtigkeit, das im Sozialgesetzbuch V (§ 70) zum Leitmotiv der Versorgung der Versicherten erklärt wird. Bedarfsgerechtigkeit bedeutet hier eine Versorgung entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse mit den Merkmalen ausreichend und zweckmäßig, fachlich mit gebotener Qualität sowie wirtschaftlich erbracht. Der Sachverständigenrat bezeichnet Bedarfsgerechtigkeit als ein normatives Konzept, demzufolge

jeder Versicherte bzw. Bürger quantitativ und qualitativ die Gesundheitsversorgung erhält, die seinem Bedarf entspricht [4, Ziffer 1 ff.]. Dieser Bedarf sei zwar nicht präzise messbar und hänge z.B. auch vom Versorgungsniveau eines Gesundheitssystems ab, könne jedoch näherungsweise nach möglichst objektiven Kriterien bestimmt werden und somit auch als Grundlage für die Benennung von Überversorgung und Unterversorgung dienen. Ausgelöst wird ein Bedarf durch einen Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen einen gesundheitlichen Netto-Nutzen Nutzen erwarten lässt, also einen gesundheitlichen Nutzen, der die Risiken dieser Maßnahme übersteigt. Der objektive Bedarf für eine medizinische Leistung bezieht sich auf ihre Eignung, Behandlungsziele zu realisieren [5, Band I Ziffer 12 ff.]. Der weiter unten dargelegten Qualitätsdefinition des amerikanischen Institute of Medicine zufolge muss diese Leistung ein weiteres Kriterium erfüllen, nämlich der Wunsch des Patienten, dieses Ziel zu erreichen. Der Sachverständigenrat erweitert das Bedarfskonzept um die Begriffe subjektiver und latenter Bedarf. Subjektiver Bedarf bezieht sich darauf, dass Patienten den Nutzen einer Behandlung je nach individuellen Voraussetzungen unterschiedlich bewerten. Von Bedarfsgerechtigkeit kann daher nur gesprochen werden, wenn der objektive auf einen subjektiven Bedarf trifft. Die dazugehörige Kommunikationsform ist das Shared Decision Making bzw. die partizipative Entscheidungsfindung. Ein latenter Bedarf besteht, wenn ein objektiver und subjektiver Bedarf besteht, aber Zugangshindernisse bei der Anspruchnahme der vorliegen, wie z.B. bei der Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten in psychischen Krisen.

Das Institute of Medicine gründet seine Qualitätsstrategie für Medicare auf folgende Definition: „Qualität der Gesundheitsversorgung bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.“ [6] Die Hervorhebung der Ergebnisse, die vom Patienten gewünscht sind, bezeichnen die Autoren als ein entscheidend wichtiges Element, in dem sich diese Definition auch

von anderen unterscheidet. Dahinter stecke die Annahme, dass Patienten informiert werden und die Entscheidung mit den Ärzten im Sinne des Shared Decision Making getroffen wird.

Überversorgung und Unterversorgung sind ein weltweites, in allen Formen von Gesundheitssystemen auftretendes Phänomen. Die komplexe Strukturen und Interessenlagen lassen eindimensionale Erklärungen genauso wenig zu wie eindimensionale Lösungen. Im Folgenden wird dargestellt, dass eine auf Evidenz und Patientenpräferenzen gründende Versorgung.

2. Subjektiver Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung

Notwendige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung ist das Vorhandensein einer effektiven Behandlung. Bei einigen Behandlungen ist die Effektivität so deutlich, dass bei Abwägung von Nutzen und Schäden bzw. Risiken, der Nutzen so eindeutig überwiegt, dass die Therapie jedem betroffenen Patienten zukommen sollte. Der objektive geht also regelhaft mit einem subjektiven Bedarf einher. Als Beispiel seien die Insulintherapie für Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes oder die Schmerztherapie bei Patienten mit Krebs-

Überversorgung und Unterversorgung sind ein weltweites, in allen Formen von Gesundheitssystemen auftretendes Phänomen.

erkrankungen genannt. Für diese Behandlungen hat Wennberg den Begriff „effective care“ geprägt [7]. Davon abzugrenzen sind Behandlungen, bei denen sich der subjektive Bedarf unterscheiden kann. Als Beispiel sei der Stent (Gefäßprothese) bei der stabilen koronaren Herzkrankheit genannt. Der Stent kann die Beschwerden infolge Verengung eines oder mehrerer Herzkranzgefäße mindern, verbessert jedoch nicht die Prognose. Ein subjektiver Bedarf besteht, wenn sich ein Patient durch die Beschwerden so beeinträchtigt fühlt, dass beim Abwägen von Nutzen und Risiken der Behandlung der Nutzen überwiegt. Wennberg spricht hier von „preference sensitive care“ [7]. Der subjektive Bedarf ist von persönlichen,

biographischen, psychischen und sozialen Voraussetzungen des jeweiligen Patienten abhängig. Zur Klärung des subjektiven Bedarfs ist eine Kommunikation im Sinne des Shared Decision Making unabdingbar, denn der Arzt kann den subjektiven Bedarf bzw. die Präferenz des Patienten nicht erahnen.

3. Shared Decision Making als Modell für die Praxis

Die Idee, Patienten mit dem Ziel der Stärkung ihrer Autonomie zu informieren, datieren Faden und Beauchamps in ihrer klassischen Arbeit über den Informed Consent auf das Jahr 1957 [8, Kindle Edition Position 895]. Der Begriff Shared Decision Making (SDM) erscheint 1983 in einem Bericht der President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research [9]. Operationalisiert wurde SDM erstmals im Rahmen einer Serie von Studien Ende der 1980er- und Anfang der 1990er-Jahre am Beispiel der gutartigen Prostatavergrößerung durch die Arbeitsgruppe um Wennberg [7].

SDM wurde mittlerweile zu einem ausgereiften Kommunikationsmodell für die medizinische Praxis entwickelt [10]. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient besteht aus den drei Elementen „team talk“, „option talk“ und „decision talk“. Im ersten Schritt teilt der Arzt dem Patienten explizit mit, dass eine Behandlungsentscheidung ansteht, zu der sowohl der Arzt als auch der Patient Informationen beitragen sollte. Im zweiten Schritt legt der Arzt dem Patienten den Nutzen und die Schäden bzw. Risiken der Behandlung dar, sich stützend auf die aktuelle Studienlage, also auf die Evidenz. Nutzen und Schäden beziehen sich auf die Behandlungsergebnisse, die für den Patienten wichtig sind, also auf die patientenrelevanten Endpunkte. In der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung wird der Nutzen als patientenrelevanter therapeutische Effekt definiert „insbesondere hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens, der Verringerung von Nebenwirkungen oder einer Verbesserung der Lebensqualität“ [11].

Im dritten Schritt geht es darum, dem Patienten zu ermöglichen, seine Präferenz auf Grundlage der Evidenz zu den erreichbaren Behandlungszielen zu über-

legen, zu erörtern und zu klären. Der Entscheidung sollte die informierte und geklärte Präferenz zugrunde liegen.

Das SDM-Modell erscheint attraktiv, überzeugend und ethisch unabdingbar. Die Anforderungen des Patientenrechtegesetzes wie auch der ärztlichen Berufsordnung an die Arzt-Patient-Kommunikation sind nur mit SDM zu erfüllen. Trotzdem hat die Ärzteschaft SDM noch nicht in den medizinischen Alltag übernommen [12]. Dies ist als ein Haupttreiber für Überversorgung und Unterversorgung in Deutschland anzusehen. Im Folgenden Abschnitt soll verdeutlicht werden, welche gravierenden Konsequenzen fehlendes SDM haben kann.

4. Beispiele für Überversorgung und Unterversorgung

Eine unterlassene Präferenzklärung kann zur Folge haben, dass der Patient sich für eine Option entscheidet, die er nicht bevorzugt hätte, wenn er zutreffend informiert gewesen wäre. Für dieses Phänomen haben Mulley et al. den Begriff Präferenz-Fehldiagnose (preference misdiagnosis) geprägt [13]. Behandlungen, die bei Anwendung von SDM nicht durchgeführt würden, sind der Überversorgung zuzurechnen, die als Option bestehende aber nicht beanspruchte alternative Behandlung der Unterversorgung.

Überversorgung mit Stents bei der stabilen koronaren Herzkrankheit

Die koronare Herzkrankheit ist durch Veränderungen der Innenwand von Herzkrankgefäßen gekennzeichnet. Bei der akuten koronaren Herzkrankheit tritt ein Gefäßverschluss und in der Folge eine Mangelversorgung auf, die zum Absterben von Herzmuskelzellen führen kann. Die rechtzeitige Wiederöffnung des Gefäßes und das Einsetzen einer Gefäßprothese (Stent) können den Untergang von Herzmuskelzellen verhindern. Diese Behandlung wird als perkutane Intervention (PCI) bezeichnet. PCI beim akuten Herzinfarkt ist Teil einer bedarfsgerechten, effektiven Versorgung. Anders stellt sich die Situation bei der stabilen koronaren Herzkrankheit dar, bei der mindestens ein Herzkranzgefäß verengt ist. Dies kann bei körperlicher Belastung zu einer Minderdurchblutung des Herzmuskels und dadurch zu Schmerzen bzw. Engefühl im Brustkorb führen, die bei Beendigung der Belastung wieder verschwinden und bei erneuter Belastung wieder auftreten. Eine Kombination mehrerer Arznei-

mittel, die sog. optimale medikamentöse Therapie, ist hier die bedarfsgerechte Versorgung, die zu einer Verbesserung der Prognose für das Überleben und für künftige Herzinfarke führt. PCI mindert in dieser Situation Beschwerden bei 80 von 100 Patienten dauerhaft, trägt aber nicht zur Verbesserung der Prognose bei [14]. Die Entscheidung über das Einsetzen eines Stents ist somit präferenzsensitiv und setzt voraus, dass der Patient ausdrücklich über das Behandlungsziel informiert ist. Da hier die Einschränkung der Lebensqualität durch Beschwerden gekennzeichnet ist, die bei körperlicher Belastung auftreten, sollte der Patient für sich klären, welche Bedeutung diese Einschränkung für ihn hat, welche Besserung ein Stent erwarten lässt und wie er den Nutzen auf der einen Seite sowie die Unannehmlichkeiten und Risiken des Eingriffs auf der anderen Seite bewertet. SDM ist hier zur Klärung des subjektiven Bedarfs unabdingbar.

Im medizinischen Alltag scheint SDM jedoch kaum eine Rolle zu spielen, wie eine Reihe von Studien zeigt. Überversorgung mit Stents ist demzufolge das Ergebnis von schlecht informierenden Ärzten und schlecht informierten Patienten mit unrealistischen Erwartungen bezüglich des Nutzens eines Stents.

Die Analyse von 40 durch Kardiologen in den USA geführte Aufklärungsgesprächen ergab, dass nur 2 Patienten zutreffend über den Nutzen informiert wurden, 22 Patienten gegenüberstellten Kardiologen den Nutzen übertrieben dar. 20 Patienten waren beschwerdefrei, so dass keine Indikation für eine PCI bestand – trotzdem wiesen die Kardiologen 11 von ihnen einer Herzkatheteruntersuchung zu. Lücken in der Arzneimitteltherapie bestanden bei der Mehrzahl der Patienten, dies sprachen die Kardiologen nur in wenigen Fällen an. Die meisten Patienten erhielten nicht die Möglichkeit, sich an der Entscheidung zu beteiligen [15].

Einen defizitären Informationsstand belegt in einer weiteren Studie die Befragung von knapp 1000 amerikanischen Patienten wenige Stunden nach Erhalt eines Stents. 90% nahmen fälschlich an, dass der Stent künftige Herzinfarke verhindern und ihre Lebenserwartung verbessern könne und nur 1% gaben zutreffend an, dass der Nutzen allein in der Verbesserung der Beschwerden und nicht in der Prognose bestehe. Über Nutzenaspekte – ob zutreffen oder nicht – wurden die meisten Patienten informiert über

Risiken nur etwa jeder sechste. Ein Teil der Befragten gab an, vor dem Eingriff beschwerdefrei gewesen zu sein, was von vornherein Überversorgung bedeutet [16].

Vergleichbare Wissensdefizite erbrachte eine weitere amerikanische Studie, in der Patienten, die bereits ihre Einwilligung zu einer Herzkatheteruntersuchung und einer möglichen PCI gegeben hatten. Die meisten Patienten glaubten, mit einer PCI einen tödlichen Herzinfarkt verhindern zu können. Fast alle Patienten fühlten sich gut informiert. 77% der 153 Patienten gaben Angina-pectoris-Beschwerden an, jedoch meinten die Ärzte, dass 98% dieser Patienten Beschwerden hätte. Von den 27 Kardiologen waren 8 im falschen Glauben, mit der PCI Herzinfarkte verhindern zu können, 9 meinten fälschlich, mit der PCI das Sterberisiko mindern zu können. 8 Kardiologen gaben gar an, eine PCI auch dann durchzuführen, wenn sie keinen Nutzen für den Patienten erkennen könnten [17].

Sicherlich stellen die drei zitierten Studien nur einen jeweiligen Schnappschuss für die jeweilige Fragestellung und das jeweilige US-amerikanische Setting dar. Die Frage der Verallgemeinerbarkeit ist somit offen, insbesondere bei fehlenden vergleichbaren Studien aus Deutschland. Andererseits gibt es keine Hinweise dafür, dass die Information der Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit in Deutschland grundlegend besser wäre. Die im internationalen Vergleich hohen PCI-Raten bei gleichzeitig wenig entwickelter SDM-Kommunikationskultur legen jedenfalls den Schluss nahe, dass in Deutschland ein nennenswertes Maß an Überversorgung mit PCI besteht.

Chemotherapie bei fortgeschrittenem Krebs

Relevante Therapieziele bei fortgeschrittenen soliden Tumorerkrankungen, wie z.B. Lungenkrebs und Darmkrebs, beziehen sich auf die Lebenszeit und auf die Lebensqualität. Eine holländische Studie mit 77 Patienten mit fortgeschrittenem Brustkrebs oder Darmkrebs vor der Entscheidung über eine Zweitlinienchemotherapie zeigte, dass die meisten Patienten über diese Aspekte informiert werden möchten [18]. In einer amerikanischen Studie zeigte sich die Mehrzahl der Patienten mit fortgeschrittenem, nicht heilbarem Darmkrebs oder Lungenkrebs falsch über die Therapieziele informiert: 69% der Lungenkrebspatienten und 81% der Darmkrebspatienten hielten Heilung für möglich [19].

In einer amerikanischen Studie, an der 81 chemotherapieerfahrene Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs teilnahmen, ging es um den Mindestlebenszeitgewinn für die Einwilligung in eine Chemotherapie. Die Teilnehmer sollten davon ausgehen, dass sie ohne Therapie noch 4 Monate leben würden und sich dann vorstellen, ab welchem Lebenszeitgewinn zwischen einer Woche und 24 Monaten sie in eine Chemotherapie einwilligen würden. Bei einer erheblichen Streuung der Ergebnisse würden einige wenige Patienten schon für eine Woche zusätzlicher Lebenszeit eine Chemotherapie auf sich nehmen, einige wenige noch nicht für 24 Monate. Für die Mehrheit sind 3 Monate Lebenszeitgewinn noch nicht ausreichend und eine palliative Therapie (best supportive care) die bevorzugte Alternative. In dieser Studie wussten die Patienten gut mit der Frage des nahenden Todes umzugehen, die Lebensqualität war den meisten wichtiger als eine Lebenszeitverlängerung um 3 Monate. Unübersehbar war, dass die Präferenzen in die bisherigen Therapieentscheidungen zumeist nicht eingegangen waren, sie also möglicherweise eine Therapie erhalten haben, in die sie nicht eingewilligt hätten, wenn ihre Präferenz berücksichtigt worden wäre [20]. Die große Streubreite der Antworten verweist auf die Unabdingbarkeit von SDM für die Wahrung des subjektiven Bedarfs und zur Vermeidung von Überversorgung.

Eine holländische Studie, in der die Arzt-Patient-Kommunikation bei 14 Krebspa-

ihrer Beteiligung an der Entscheidung. Dies weist darauf hin, dass die Patienten nicht vermissen, was sie nicht kennen, nämlich die nicht-direktive präzise Darlegung der Optionen auf Grundlage der Evidenz zu patientenrelevanten Behandlungsergebnissen.

Auch wenn diese Studien keine sicheren Verallgemeinerungen zulassen, gibt es andersherum keine Hinweise dafür, dass in Deutschland SDM bei Entscheidungen über Krebstherapie eine nennenswerte Rolle spielen würde. So kann auch hier davon ausgegangen werden, dass die Voraussetzungen in Deutschland für eine dem objektiven und subjektiven Bedarf entsprechende Versorgung nicht gewährleistet ist.

5. SDM und Patientenorientierung in Deutschland – Stand der Dinge

Die Notwendigkeit von SDM für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sollte nach den bisherigen Ausführungen außer Zweifel stehen. Tatsächlich sind seit Ende der 1990er-Jahre zahlreiche und zunehmende Aktivitäten zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung und zur Implementation des SDM-Konzepts in Deutschland zu verzeichnen. Trotzdem ist SDM bislang im medizinischen Alltag nicht angekommen. Arzt-Patient-Kommunikation auf Augenhöhe mit Klärung der Patientenpräferenzen dürfte eher die Ausnahme als die Regel zu sein.

Im Folgenden sollen einige wichtige Entwicklungen in der Forschung und in der Implementierung von SDM in Anlehnung an eine kürzlich erschienen Übersicht [12] skizziert werden.

Die Forschung in Deutschland erhielt erste Impulse durch die Förderung von 10 Projekten im Rahmen Förderschwerpunktes „Patient als Partner“, den das Bundesministerium für Gesundheit über die Jahre 2001 bis 2005 finanzierte. Ein breiter aufgestellter Förderschwerpunkt unterstützte 70 Projekte über die Jahre 2008 bis 2014. Forschung zu SDM wurde bzw. wird weiterhin unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe, durch den Nationale Krebsplan und durch die Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Faktenchecks Gesundheit. Der finanziell gut ausgestattete Innovationsfonds bietet aktuell Fördermöglichkeiten, wie auch ein Förderschwerpunkt der Krebshilfe zur Patientenorientierung.

Der Nationale Krebsplan zielt darauf, die onkologische Versorgung durch Ein-

bindung der verantwortlichen Akteure und Institutionen zu verbessern und hat dafür ein eigenes Handlungsfeld Stärkung der Patientenorientierung ausgewiesen. Verbesserung der Qualität von Patienteninformationen, die Verbesserung der Kommunikationskompetenz, die Stärkung der Patientenkompetenz und die Praktizierung von Shared Decision Making.

Das Sozialgesetzbuch V regelt wesentliche Teile der medizinischen Versorgung für die gesetzlich Krankenversicherten. Seit Beginn der 2000er-Jahre hat der Gesetzgeber Strukturen und Institutionen zur Förderung der Patientenorientierung und einer bedarfsgerechten Versorgung geschaffen. Dazu zählen der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Ein eigener Abschnitt des SGB V regelt die Beteiligung der Patientinnen und Patienten.

Auch die Ärzteschaft leistet relevante Beiträge. Das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragene Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin unterstützt u.a. die Entwicklung hochwertiger Leitlinien und daraus abgeleiteter Patientenleitlinien. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nimmt sich in ihrer Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ der Überversorgung und Unterversorgung an und verfolgt dabei ausdrücklich das Ziel, unter Einbeziehung der Patienten eine auch dem subjektiven Bedarf entsprechende Versorgung zu erreichen.

Das Patientenrechtegesetz von 2013 regelt u.a., dass der Arzt den Patienten umfassend über Nutzen und Risiken einer Maßnahme informieren muss, wenn eine Behandlungsentscheidung ansteht. Besteht mehr als eine Behandlungsmöglichkeit, muss der Arzt darüber informieren, wie sich die Maßnahmen hinsichtlich Nutzen und Risiken unterscheiden. Dieses Vorgehen entspricht dem Shared Decision Making.

In der Medizinerausbildung sind durch die Verabschiedung des Masterplans Medizinstudium 2020 [22] die Weichen für eine kompetenzbasierte Ausbildung gestellt. Die ärztliche Gesprächsführung wird zu einem zentralen Element ärzt-

Die Defizite in der Umsetzung von SDM sollten von der Öffentlichkeit und der Politik nicht hingenommen werden.

tienten mit einer kurzen verbleibenden Lebenserwartung detailliert untersucht wurde, zeigte, dass Elemente von SDM weitgehend abwesend waren [21]. Die Ärzte informierten in keinem Fall über alle Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere sprachen sie den Verzicht auf eine Chemotherapie nicht als Option an. Wenn über Optionen gesprochen wurde, dann über die Entscheidung zwischen zwei Verfahren der Chemotherapie. Trotzdem waren die Patienten weit überwiegend zufrieden mit dem Prozess und der Entscheidung und

licher Tätigkeit erhoben. Der Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen soll erstmalig verbindlich in die Ausbildung aufgenommen werden. Die Umsetzung durch eine Approbationsordnungsnovelle vorausgesetzt, dürften die davon betroffenen künftigen Medizinergenerationen sehr viel besser auf SDM vorbereitet sein.

Trotz der dargestellten Entwicklungen ist SDM nicht im medizinischen Alltag angekommen. In einer Wiederholungsbefragung über die Jahre 2001 bis 2012 äußerte stets die Mehrheit den Wunsch nach gemeinsamer Entscheidungsfindung. Den meisten Befragten ist aber noch nie SDM vom Arzt angeboten worden, dies gilt auch für Untergruppe der chronisch Kranken, für die regelhaft Therapieentscheidungen anstehen [23].

6. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

SDM ist ein ethischer Imperativ, eine rechtliche Anforderung und eine ärzt-

liche Berufspflicht. Die Defizite in der Umsetzung sollten von der Öffentlichkeit und von der Politik nicht hingenommen werden.

Die Implementation dieser Kommunikationsform in das Gesundheitssystem erfordert eine Strategie, die als eine komplexe Intervention aufzufassen ist, die systematisch und auf wissenschaftlicher Grundlage zu entwickeln und umzusetzen ist unter fortlaufender Evaluation.

Eine notwendige Voraussetzung dafür ist ein Commitment der wesentlichen Akteure unter Führung der Politik. Dieses Commitment ist derzeit offensichtlich nicht in ausreichender Maße und in ausreichender Klarheit gegeben. Auf ärztlicher Seite sind die Ärztekammern gesetzlich verpflichtet, die Sicherheit und Qualität der ärztlichen Berufsausübung zu gewährleisten. Die Ärztekammern haben bislang wenig Eigeninitiative zur Umsetzung von SDM gezeigt. Die Politik sollte dieses offensichtliche Vollzugsdefizit nicht länger hinnehmen und die Ärz-

tekammern dazu motivieren, sich ihrer Verantwortung gemäß zu beteiligen.

Eine komplexe Intervention besteht aus einer Anzahl unterschiedlicher, aufeinander abgestimmter Elemente. Im Kern geht es um Lernprozesse auf der Ebene von Ärzten, den Angehörigen der weiteren Gesundheitsberufe, von Patienten und von Organisationen. Erfahrungen aus dem Ausland, wie z.B. dem englischen MAGIC-Programm [24] zeigen, dass Barrieren und fördernde Faktoren zu identifizieren und zu berücksichtigen sind, dass die Lernprozesse nicht geradlinig verlaufen und dass ein langer Atem erforderlich ist.

In Deutschland wäre für die Implementation nicht viel Neues zu erfinden. Vielmehr geht es darum, die geschilderten Entwicklungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene mit den zahlreichen Akteuren und Aktivitäten zu erfassen, zu koordinieren, weiter zu entwickeln und in eine Strategie zu integrieren, die mit hoher politischer Entschlossenheit auf eine bedarfsgerechte Versorgung durch SDM zielt. ■

Literatur

- Bundestag D (2014)** Bundesärzteordnung zuletzt geändert durch Art. 2 V v. 21.7.2014. In:
- Bundesärztekammer (BÄK) (2015)** (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2015). In:
- Deutscher Ethikrat (2016)** Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. In:
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014)** Sondergutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2001)** Gutachten 2000-2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- Lohr KN, Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, (IOM) IOM (1990)** Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. In: National Academy Press (Hrsg) Institute of Medicine (IOM), Washington, DC
- Wennberg JE (2010)** Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford Univ Pr
- Faden RR, Beauchamp TL (1986)** A History and Theory of Informed Consent Oxford University Press, USA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (fortl.)** Gesundheitliche Chancengleichheit. In:
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. (2012)** Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine 27:1361-1367
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010)** Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung vom 28.12.2010. In:
- Härter M, Dirmaier J, Scholl I, et al. (2017)** The long way of implementing patient-centered care and shared decision-making in Germany. ZEFQ
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G (2012)** Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. BMJ 345:2012;2345:e6572
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), (AWMF) AdWMF (2016)** Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. 4. Auflage, 2016. In: Bundesärztekammer, Bundesvereinigung K, Fachgesellschaften AdWM (Hrsg) Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. S 276
- Goff SL, Mazor KM, Ting HH, Kleppel R, Rothberg MB (2014)** How cardiologists present the benefits of percutaneous coronary interventions to patients with stable angina: A qualitative analysis. JAMA Internal Medicine 174:1614-1621
- Kureshi F, Jones PG, Buchanan DM, Abdallah MS, Spertus JA (2014)** Variation in patients' perceptions of elective percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease: cross sectional study. BMJ 349
- Rothberg MB, Sivalingam SK, Ashraf J, et al. (2010)** Patients' and Cardiologists' Perceptions of the Benefits of Percutaneous Coronary Intervention for Stable Coronary Disease. Annals of Internal Medicine 153:307-313
- Oostendorp LJM, Ottevanger PB, van de Wouw AJ, et al. (2015)** Patients' Preferences for Information About the Benefits and Risks of Second-Line Palliative Chemotherapy and Their Oncologist's Awareness of These Preferences. Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. (2012)** Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. New England Journal of Medicine 367:1616-1625
- Silvestri G, Pritchard R, Welch HG (1998)** Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. BMJ 317:771-775
- Brom L, De Snoo-Trimp JC, Onwuteaka-Philipsen BD, Widdershoven GAM, Stiggebout AM, Pasman HRW (2015)** Challenges in shared decision making in advanced cancer care: a qualitative longitudinal observational and interview study. Health Expect
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (BBF) BfrBuF (2017)** Masterplan Medizinstudium 2020. In:
- Braun B, Marstedt G (2014)** Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J, Braun B, MeierJürgen Rd (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 107-131
- Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. (2017)** Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. BMJ 357