

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums rechts der Isar (Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Shared Decision Making
in der stationären Behandlung
von Patienten mit Schizophrenie

Veronika Annelore Eva Winkler-Stöhr

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der
Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation: 1. Priv.-Doz. Dr. J. Hamann
2. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 25.08.2009 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.12.2009 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Was ist Shared Decision Making?	4
1.2	Warum sollten Patienten vermehrt in medizinische Entscheidungen einbezogen werden?	7
1.3	Wird Shared Decision Making vom Patienten gewünscht?	8
1.4	Anwendung von Shared Decision Making in der somatischen Medizin	9
1.5	Warum sollte Shared Decision Making speziell bei Patienten mit Schizophrenie angewendet werden?	12
1.6	Fragestellung der vorgestellten Untersuchung	14
2	Material und Methoden	15
2.1	Grundidee der Studie	15
2.2	Entwicklung, Aufbau und Inhalt der Entscheidungshilfe	15
2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	16
2.4	Organisatorischer und zeitlicher Ablauf der Studie	17
2.5	Verwendete Fragebögen	19
2.6	Statistische Analyse	25
3	Ergebnisse	26
3.1	Basisdaten	26
3.2	Anwendbarkeit der Intervention	29
3.3	Ergebnisse aus Sicht der Patienten	31
3.4	Ergebnisse aus Sicht der Ärzte	32
3.5	Was wurde entschieden?	33
4	Diskussion	34
4.1	Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung	34
4.2	Was können wir aus der Untersuchung lernen?	34
4.3	Stärken und Schwächen der Untersuchung	38
4.4	Ausblick: Wie kann es weitergehen?	41
5	Zusammenfassung	44
6	Literaturverzeichnis	47
7	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	54
8	Lebenslauf	55
9	Danksagung	56

1 Einleitung

In den letzten Jahren haben Schlagworte wie Nutzerbeteiligung, Klientenzentrierung, Empowerment und auch Shared Decision Making zunehmend Einzug in das deutsche Gesundheitssystem gehalten. Für die Patienten werden Begriffe aus der Marktwirtschaft, wie zum Beispiel Nutzer, Konsument oder Verbraucher herangezogen (Horch et al., 2005). In diesem Zusammenhang wird gefordert, dass die Patienten zu kompetenten und mündigen Partnern werden sollen (Ziegenhagen et al., 2005), die mehr Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen und zu „Experten“ bezüglich medizinischer Dienstleistungen werden sollen (Krumm et al., 2006). Somit werden Ärzte in der Patientenversorgung immer häufiger mit über ihre Behandlungsmöglichkeiten gut informierten Patienten konfrontiert, die eine stärkere Mitbestimmung bei der Therapieentscheidung fordern (Hamann et al., 2005; Loh et al., 2004). Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung auch in den nächsten Jahren weitergehen wird (Reichhart et al., 2008).

Das Einbeziehen von Patienten in medizinische Entscheidungen wird auch in der Psychiatrie zunehmend gefordert (Lehman et al., 2004) und es gibt verlässliche Hinweise darauf, dass die meisten Patienten in medizinische Entscheidungen ihre Therapie betreffend mit einbezogen werden wollen (Hamann et al., 2005). Trotzdem ist immer noch unklar, in welchem Ausmaß Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen überhaupt in medizinische Entscheidungen einbezogen werden können und ob dieses Vorgehen einen positiven Effekt auf den Ausgang der Therapie hat. Ein Modell zur Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen ist das so genannte Shared Decision Making (SDM), zu Deutsch Partizipative Entscheidungsfindung (PEF).

Der Einfluss des Einsatzes einer solchen Shared Decision Making Maßnahme in der Behandlung von stationären Patienten mit Schizophrenie wird im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung ausgewertet.

1.1 Was ist Shared Decision Making?

Es gibt verschiedene Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung. Die bekanntesten sind das paternalistische (traditionelle medizinische) Modell, das Informed Choice Modell und das Professional-as-agent Modell (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 1999). Wenn man die verschiedenen Modelle genauer betrachtet, stellt man fest, dass keines davon als Shared Decision Making im Sinne von gemeinsamer Entscheidungsfindung bezeichnet werden kann (Charles et al., 1997). Die meisten Autoren siedeln Shared Decision Making irgendwo zwischen dem so genannten traditionellen medizinischen (paternalistischen) Modell und dem Informed Choice Modell an (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 1999). Mit der Anwendung von Shared Decision Making soll erreicht werden, dass weder der Arzt noch der Patient alleine über die medizinische Behandlung entscheidet, sondern dass vielmehr beide gemeinsam versuchen, zu einer Entscheidung über die weitere Therapie zu gelangen (Charles et al., 1997). Eine Charakterisierung der verschiedenen genannten Modelle wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1 Einordnung des Modells Shared Decision Making

	Paternalistisches Modell / Professional-as-agent Modell	Shared Decision Making	Informed Choice Modell
Rolle des Arztes	Aktiv: Hat alle Informationen und wählt die Therapie aus, die er für die beste hält.	Aktiv: Teilt dem Patienten alle Informationen mit, empfiehlt eine Behandlung und entscheidet gemeinsam mit dem Patienten.	Passiv: Teilt dem Patienten alle Informationen mit, ohne eine Entscheidung zu treffen.
Rolle des Patienten	Passiv: Nimmt den Vorschlag des Arztes an.	Aktiv: Bekommt alle Informationen, bespricht seine Präferenzen und entscheidet gemeinsam mit dem Arzt.	Aktiv: Bekommt alle Informationen und entscheidet alleine.
Verantwortlich für die Entscheidung	der Arzt	Arzt und Patient	der Patient

Das paternalistische Modell (oder auch traditionelle medizinische Modell) spricht dem Patienten eine rein passive Rolle im Entscheidungsprozess zu. Nach Parsons (1951) hat der Patient eine bestimmte Rolle zu erfüllen, die unter anderem beinhaltet, sich an die vorgegebenen ärztlichen Behandlungsvorschläge zu halten, um möglichst schnell wieder gesund zu werden. Dementsprechend sieht dieses Modell den Patienten in einer passiven, dem Arzt als Experten gegenüber abhängigen Rolle. Der Arzt entscheidet das, was er als das Beste für den Patienten erachtet, ohne den Patienten nach seinen Präferenzen zu fragen. Der Patient wird nur insofern mit einbezogen, als dass er seine Zustimmung zu der vom Arzt vorgeschlagenen Therapie gibt (Emanuel et al., 1992). Das paternalistische Modell wird deshalb schon seit den 1970er Jahren als eine Einschränkung der Bürgerrechte und der Würde des Menschen kritisiert (Reichhart et al., 2008).

Sowohl das Informed Choice Modell als auch das Professional-as-agent Modell entstanden aus dem Erkennen dieser ungleichen Verteilung von Information und Macht zwischen Arzt und Patient. Das technische Wissen liegt im Allgemeinen beim Arzt und das Wissen über die Präferenzen bezüglich der verschiedenen Therapieoptionen liegt beim Patienten. Um aber eine effektive und nachhaltige Behandlung auszuwählen, die vom Patienten als eine echte Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation eingeschätzt wird, sind beide Informationen zur Entscheidungsfindung nötig.

Im Informed Choice Modell wird dies erreicht, indem das Wissen des Patienten über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten verbessert wird und so vom Patienten theoretisch eine entsprechende Entscheidung auch alleine getroffen werden könnte, da ihm vermeintlich alle nötigen Informationen vorliegen. Das Mitteilen von Information bedeutet jedoch nicht gleichzeitig auch ein Teilen des Entscheidungsprozesses im Sinne von Shared Decision Making, da im oben genannten Beispiel die Präferenzen des Arztes nicht in die Entscheidungsfindung mit einfließen (Charles et al., 1997).

Beim Professional-as-agent Modell trifft der Arzt die Entscheidung so, wie sich seiner Meinung nach der Patient entschieden hätte, wenn ihm die gleichen Informationen zur Verfügung gestanden hätten wie dem Arzt, ohne dass der Arzt notwendigerweise die Präferenzen des Patienten im Vorfeld eruiert hat. Somit liegt wieder alle Information und Entscheidungsgewalt beim Arzt (Charles et al., 1997).

In all diesen Modellen findet also keine gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne von Shared Decision Making statt, selbst wenn sehr viele Informationen ausgetauscht werden. Damit Shared Decision Making im eigentlichen Sinne stattfinden kann, muss nicht nur Information mitgeteilt werden, sondern es müssen auch die jeweiligen Präferenzen von Arzt und Patient bezüglich der verschiedenen Behandlungsoptionen gegenseitig vermittelt und verstanden werden.

Im Folgenden werden vier Schlüsselmerkmale vorgestellt, welche die Voraussetzung dafür sind, dass Shared Decision Making überhaupt adäquat stattfinden kann (Charles et al., 1997).

Schlüssel – Charakteristika von Shared Decision Making:

1. Shared Decision Making setzt mindestens zwei Teilnehmer voraus: Arzt und Patient (sowie oft zusätzlich noch Angehörige oder Freunde).
2. Beide Parteien bringen sich Schritt für Schritt in den Entscheidungsprozess ein (beinhaltet auch das Mitteilen der jeweiligen Präferenzen).
3. Das Austauschen von Information muss als Grundvoraussetzung für Shared Decision Making erfolgen.
4. Als Ergebnis des Entscheidungsprozesses wird eine Therapie festgelegt und beide Parteien stimmen dieser Entscheidung zu.

Elwyn et al. (2000) schlagen die folgenden Schritte für den idealen Ablauf einer Konsultation im Sinne von Shared Decision Making vor:

1. Gemeinsames Sondieren des (medizinischen) Problems von Seiten des Arztes und des Patienten.
2. Der Arzt erklärt, dass es für dieses Problem mehrere Lösungen gibt, die prinzipiell gleichwertig sind (die so genannte Equipoise, oder auch Gleichgewicht genannt) und erst durch eine gemeinsame Vereinbarung von Zielen der geplanten Maßnahme (Therapie) bewertet werden können.
3. Darstellen der verschiedenen Behandlungsoptionen und Erläutern der zu erwartenden Erfolgsraten und Risiken.
4. Entscheidungsprozess im eigentlichen Sinne.

Dabei muss aber immer beachtet werden, dass zwar viele Patienten über ihren Gesundheitszustand und die verschiedenen zur Verfügung stehenden Therapie-

optionen informiert werden wollen, ohne jedoch notwendigerweise gleichzeitig verantwortlich für die Entscheidung über eine medizinische Behandlung sein zu wollen (Ende et al., 1989). Ein informierter Patient möchte die Entscheidung vielleicht lieber alleine treffen, den Entscheidungsprozess teilen oder die Verantwortung gänzlich an den Arzt abgeben. Auch diese Wahlmöglichkeit ist bei der Anwendung des Shared Decision Making gegeben.

1.2 Warum sollten Patienten vermehrt in medizinische Entscheidungen einbezogen werden?

Es gibt verschiedene Gründe, die für eine vermehrte Einbeziehung von Patienten in therapeutische Entscheidungen sprechen:

In den vergangenen Jahrzehnten kam es in der Medizin allgemein zu einer Verschiebung von Akuterkrankungen hin zu immer mehr chronischen Krankheiten (Ziegenhagen et al., 2005). Gleichzeitig ist die Anzahl der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gestiegen (Dierks et al., 2006; Koch et al., 2004). Dem Patienten von heute stehen vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, sich Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zu verschaffen, zum Beispiel über Internet, Radio oder Fernsehen (Horch et al., 2005). Das heißt, es stellen sich immer mehr chronisch Kranke beim Arzt vor, die sich gut mit der Behandlung ihrer Erkrankung auskennen und für die oftmals mehr als eine Therapieoption in Frage kommt. Entsprechend wird der paternalistische Stil als nicht mehr zeitgemäß erachtet (Kilian et al., 2003).

Das Recht der Patienten an Therapieentscheidungen teilzuhaben ist schon seit Jahren gesetzlich verankert und wurde durch die 2003 von den Bundesministerien Justiz und Gesundheit publizierte Charta „Patientenrechte in Deutschland“, die in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern erstellt wurde, der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Reichhart et al., 2008; Kühn-Mengel et al., 2005). Das Modell des Shared Decision Making scheint eine gute Möglichkeit zu sein, auch die Unabhängigkeit von psychiatrischen Patienten zu stärken und damit vielleicht auch die Compliance hinsichtlich der medikamentösen Therapie zu erhöhen (Hamann et al., 2003).

Auch das Selbstverständnis und die Rollenerwartung der Patienten haben sich im Rahmen der so genannten Empowermentbewegung (Stärkung der Rechte

und der Kompetenzen des Patienten) gewandelt und es wird von Patientenseite mehr Teilnahme an medizinischen Entscheidungen gefordert (Klemperer et al., 2005). Schließlich gibt es Hinweise darauf, dass eine unterlassene Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen zu schlechteren, eine gelungene Einbeziehung zu besseren Behandlungsergebnissen führt (Dierks et al., 2006; Klemperer et al., 2005; Deinzer et al., 2006).

1.3 Wird Shared Decision Making vom Patienten gewünscht?

Nach einer Analyse von über 1000 Arzt-Patient-Gesprächen (Allgemeinärzte, Internisten, Orthopäden) kamen Braddock et al. (1999) zu dem Schluss, dass weniger als 10 % der therapeutischen Entscheidungen mit einer klaren Einbeziehung des Patienten gefällt wurden. In fast allen Fällen verhielten sich Patienten im Gespräch dem Arzt gegenüber passiv (Kjellgren et al., 2000).

Einige Autoren haben die Frage aufgeworfen, ob und in welchem Ausmaß Patienten überhaupt in medizinische Entscheidungen einbezogen werden wollen. Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen (Cassileth et al., 1980; Mazur et al., 1997; McKinstry, 2000; Strull et al., 1984) lassen vermuten, dass mindestens 50 % der Patienten bereit sind, therapeutische Entscheidungen gemeinsam mit ihrem Arzt zu diskutieren und zu entscheiden. Vor allem jüngere Patienten, die von vornherein besser informiert sind, wünschen sich mehr Einbeziehung (Deber et al., 1996).

Offensichtlich differenzieren Patienten aber sehr genau zwischen Entscheidungen, die sie lieber dem Arzt überlassen wollen, und Entscheidungen, an denen sie teilhaben möchten (Deber, 1994). So sind viele Patienten der Ansicht, dass es Aufgabe des Arztes ist, die richtigen Optionen herauszufinden. Die Entscheidung für eine bestimmte Therapie sollte dann aber nach einer Diskussion mit dem Arzt über die jeweiligen Vor- und Nachteile gemeinsam erfolgen (Hamann et al., 2003).

Neuere Erhebungen aus dem somatischen Bereich zeigen jedoch, dass immer noch nicht von einer generellen Umsetzung des Shared Decision Making in der Arzt-Patient-Beziehung zum jetzigen Zeitpunkt ausgegangen werden kann (Légaré et al., 2007). Die Patienten fühlen sich nicht ausreichend in medizinische Entscheidungen mit einbezogen. Mehr als die Hälfte der Patienten erlebt ihren

Arzt noch immer in der paternalistischen Rolle (Scheibler et al., 2005) und nur ein geringer Teil an Ärzten kennt überhaupt das Prinzip des Shared Decision Making (Ernst et al., 2007).

Shared Decision Making wird also von den Patienten gewünscht, findet aber nicht ausreichend statt.

Andererseits gibt es durchaus auch Patienten, die explizit nicht beteiligt werden möchten. Deshalb ist es sinnvoll, den Patienten nach seinen Beteiligungswünschen, die sich auch mit der Zeit verändern können, zu fragen und den individuellen Willen zu respektieren (Kiesler et al., 2006). Genau das ist auch im Konzept des Shared Decision Making beinhaltet. Der Patient wird nicht dazu gezwungen, eine Entscheidung zu treffen, sondern es wird ihm vielmehr die Wahl angeboten, am medizinischen Entscheidungsprozess teilzunehmen.

1.4 Anwendung von Shared Decision Making in der somatischen Medizin

In der somatischen Medizin ist Shared Decision Making als die geeignete Methode zur vermehrten Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess vorgeschlagen worden (zum Beispiel Charles et al., 1997). Aus dem somatischen Bereich ist bekannt, dass die meisten Patienten erwarten, umfassend über ihre Erkrankung informiert bzw. aufgeklärt und an wichtigen Entscheidungen beteiligt zu werden (Klemperer et al., 2005).

Im Folgenden werden Arbeiten aus verschiedenen somatischen medizinischen Fachgebieten vorgestellt, die sich mit Shared Decision Making auseinandersetzen.

Greenfield et al. (1988) untersuchten eine Intervention, bei der man Patienten mit Diabetes über die Vorzüge und Nachteile einer bestimmten Therapie aufklärte und sie anschließend ermutigte, an der therapeutischen Entscheidung mitzuwirken. Die Patienten wurden insbesondere dazu angehalten, sich auf die Teile der Behandlung zu konzentrieren, die ihren Lebensstil und ihre Präferenzen beeinflussen könnten. Die Autoren konnten überzeugend nachweisen, dass die Patienten, welche an der Intervention teilgenommen hatten, einen niedrigeren HbA1c-Wert in der Nachuntersuchung zeigten als die Kontrollgruppe.

Onel et al. (1998) bewerteten die Anwendbarkeit von standardisierten Video-präsentationen bezüglich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten beim Prostatakarzinom. Das Videomaterial gab Informationen zu den Vor- und Nachteilen von vier verschiedenen Therapieoptionen. Die Patienten zeigten ein signifikant höheres Verständnis der Behandlungsmöglichkeiten, ein größeres Wissen über ihre Erkrankung und die potentiellen Resultate der verschiedenen Therapien.

Man-Son-Hing et al. (1999) studierten den Effekt einer Entscheidungshilfe bei der Auswahl einer antithrombotischen Therapie zur Schlaganfallprophylaxe. Hierbei entschieden sich nach Durcharbeitung der Entscheidungshilfe weniger Patienten für eine antithrombotische Therapie als in der Kontrollgruppe. Trotzdem hatten die Patienten in der Interventionsgruppe realistischere Erwartungen von den Vor- und Nachteilen der Therapie. In dieser Studie hatte die Verwendung einer Entscheidungshilfe keine Auswirkung auf die Medikamentencompliance sechs Monate nach der Intervention.

Piercy et al. (1999) untersuchten den Einfluss von Shared Decision Making bei Patienten mit benigner Prostatahyperplasie. Die Intervention fand ebenfalls mit Hilfe eines interaktiven Videos statt. Die meisten Patienten zeigten ein großes Bedürfnis nach Information und waren mit der Shared Decision Making Intervention sehr zufrieden. Das Wissen der Patienten nahm signifikant zu und Shared Decision Making förderte die Arzt-Patient-Beziehung. Shared Decision Making wurde als eine effektive Methode erachtet, dem Patienten Informationen über die Erkrankung sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten näher zu bringen.

Protheroe et al. (2000) untersuchten das Entscheidungsverhalten von Patienten, die unter Vorhofflimmern litten. Hierbei entschieden sich weniger Patienten für eine Warfarintherapie, als nach den geltenden Leitlinien eigentlich empfohlen wurde. Somit beurteilten die Patienten den subjektiven Nutzen einer Therapie anders als die behandelnden Ärzte.

Lelie (2000) untersuchte die Frage, ob Shared Decision Making in der Nephrologie Anwendung findet. Dabei wurde Shared Decision Making grundsätzlich als das ideale Modell einer Arzt-Patienten-Beziehung betrachtet. Es wurde jedoch zwischen Entscheidungen unterschieden, bei denen Shared Decision Making stattfinden sollte, zum Beispiel bei Entscheidungen, die den Patienten in seinem Alltag stark beeinflussen (Hämodialyse oder peritoneale Dialyse) und anderen

Fragen, die der behandelnde Nephrologe allein entscheiden sollte, da es sich um „medizinische“ Fragen handelt, zum Beispiel den Zeitpunkt des Beginns der Dialysebehandlung. Des Weiteren wurde die Frage aufgeworfen, welche Aspekte der Behandlung überhaupt diskutiert werden sollten, da man nie alle Aspekte erschöpfend erörtern kann. Nach Lelie sollten in jedem Fall alle Themen besprochen werden, die wichtige Gesundheitsfragen betreffen und alle Therapien, welche mit Problemen einhergehen können aber lediglich einen fraglichen Nutzen für den Patienten aufweisen.

Morgan et al. (2000) führten eine randomisierte, kontrollierte Studie durch, bei der die Effekte einer interaktiven Video-Entscheidungshilfe bei der Therapieplanung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit untersucht wurden. Es zeigte sich kein Unterschied in der Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Patienten der Interventionsgruppe hatten jedoch ein besseres Wissen über ihre Erkrankung, begaben sich weniger häufig in interventionelle Behandlung (zum Beispiel Revaskularisierung) und zeigten eine größere Entscheidungsautonomie, ohne dass sich ein Einfluss auf die Lebensqualität ergab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die Anwendung von Shared Decision Making im somatischen Bereich das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung vermehrt und in manchen Fällen auch die Compliance verbessert werden konnte. Des Weiteren zeigte sich, dass die Patienten Interesse daran hatten, an Entscheidungen bezüglich ihrer Therapie beteiligt zu werden und dass entsprechende Informationen, die jeweilige Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten betreffend, von den Patienten gewünscht wurden. Durch diese Informationen konnte unter anderem das Verständnis für die Erkrankung gesteigert werden. Interessanterweise hatte eine Shared Decision Making Intervention häufig zur Folge, dass von den Patienten andere Entscheidungen getroffen wurden, als man im Vorfeld erwartet hätte oder was von den Ärzten empfohlen worden wäre. Dies zeigt wiederum, wie wichtig es in der Arzt-Patient-Kommunikation ist, nicht nur Informationen, sondern auch die jeweiligen Präferenzen auszutauschen, um anschließend eine gemeinsame Entscheidung zu treffen, mit welcher der Patient zufrieden ist und um dadurch eventuell die Compliance zu erhöhen.

1.5 Warum sollte Shared Decision Making speziell bei Patienten mit Schizophrenie angewendet werden?

Das Gebiet der Schizophreniebehandlung ist aus folgenden Gründen gut für die Anwendung von Shared Decision Making geeignet:

1. Für die meisten therapeutischen Entscheidungen gibt es mehr als eine Behandlungsoption.
2. Die verschiedenen Therapieoptionen sind oft mit unterschiedlichen unangenehmen Nebenwirkungen verbunden (Lambert et al., 2005).
3. Es besteht die Notwendigkeit einer Langzeitbindung, um eine adäquate Therapie der Schizophrenie zu gewährleisten. Dabei scheint die Einbeziehung des Patienten ein viel versprechender Weg zu sein, die Compliance zu stärken (Naber, 2005).

Die Basisbehandlung der Schizophrenie stellen Antipsychotika beziehungsweise Neuroleptika dar. Sie werden sowohl bei der Therapie von akuten Symptomen, als auch zur Rezidivprophylaxe eingesetzt. Trotzdem führt etwa die Hälfte aller schizophrenen Patienten keine Rezidivprophylaxe durch (Kissling, 1991). Gründe dafür sind unter anderem eine mangelnde Krankheitseinsicht, die Nebenwirkungen der Neuroleptika und auch die Tatsache, dass Laien gegenüber Psychopharmaka mehr mit Ängsten und Vorurteilen reagieren als gegenüber Medikamenten für somatische Erkrankungen.

Die Neuroleptikatherapie stellt ein ideales Gebiet für die Anwendung von Shared Decision Making dar, da es bei der Auswahl der Therapie einer genauen Erklärung und Erörterung der verschiedenen eventuell auftretenden Nebenwirkungen bedarf und dadurch die Patientenpräferenzen eine große Rolle spielen um eine gute Compliance zu gewährleisten. Aufgrund mangelnder Compliance liegen die Therapieerfolge derzeit nämlich noch weit unter den erreichbaren Möglichkeiten, was sich unter anderem in den sehr hohen Wiederaufnahmeraten widerspiegelt. Etwa die Hälfte aller Patienten müssen innerhalb eines Jahres auf Grund eines Rezidivs erneut stationär aufgenommen werden (Gaebel et al., 1987). Dadurch verringert sich nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern es entstehen auch enorme Kosten für das Gesundheitssystem (Hamann et al., 2004).

Durch verschiedene Ansätze zur Steigerung der Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen wurde versucht, die Compliance zu verbessern.

Dabei zeigte sich, dass sich die Compliance sowohl durch verträglichere und wirksamere Medikation, als auch durch die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung positiv beeinflussen lässt (Naber et al., 2001). Eine weitere Maßnahme zur Steigerung der Compliance ist die Psychoedukation, welche eine Wissensvermittlung über die Ursachen der Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten darstellt, und deren positiver Einfluss, zum Beispiel durch Reduktion der Wiederaufnahmeraten, nachgewiesen werden konnte (Basan et al., 2000). Es hat sich gezeigt, dass durch diese verschiedenen Interventionen (Psychoedukation, Angehörigeninformation etc.), welche alle eine vermehrte Information des Patienten zum Ziel haben, die Prophylaxecompliance derart verbessert werden kann, dass die Rückfallraten beinahe halbiert werden können (Pitschel-Walz et al., 2001). Des Weiteren gibt es so genannte Behandlungsvereinbarungen, bei denen schon während des aktuellen stationären Aufenthaltes die Vorgehensweise für den nächsten Aufenthalt gemeinsam von Arzt und Patient festgelegt wird (Rosenson et al., 1991). Shared Decision Making beinhaltet Elemente all dieser Ansätze, geht jedoch noch einen Schritt weiter, indem es den Patienten auch in aktuell anstehende Entscheidungen mit einbezieht (Hamann et al., 2004).

Bei psychotischen Störungen wie der Schizophrenie kann die Anwendbarkeit von Shared Decision Making auch vom Stadium der Erkrankung abhängen (Hamann et al. 2003). Selbst wenn sich ein Patient gerade nicht in einer akuten Phase befindet, so könnte die Anwendung von Shared Decision Making durch mangelnde Krankheitseinsicht eingeschränkt sein (Bunn et al., 1997). Shared Decision Making mit akut Erkrankten kann noch schwieriger durchzuführen sein, weil begründete Befürchtungen bestehen, dass die Patienten als ein Symptom ihrer Erkrankung eine reduzierte Entscheidungskapazität besitzen (Levine, 1994).

Es stellt sich also unweigerlich die berechtigte Frage, ob schizophrene Patienten aufgrund ihrer Erkrankung überhaupt fähig sind, die angebotenen Informationen hinsichtlich ihrer Therapieoptionen zu verstehen und vernünftig zu bewerten, vor allem, wenn man das ausgeprägte Misstrauen von paranoiden Patienten und die ausgesprochenen Konzentrationsschwierigkeiten von Patienten mit Defizitsyndromen bedenkt.

Die Literatur liefert überraschende Ergebnisse, die belegen, dass Psychoedukation und sogar kognitive Verhaltenstherapie bei diesen Patienten durchführbar und effektiv ist (zum Beispiel Bechdolf et al., 2004). Carpenter et al. (2000) untersuchten die Entscheidungsfähigkeit von schizophrenen Patienten im Rahmen

einer klinischen Studie. Sie fanden heraus, dass die schizophrenen Patienten im Begreifen und logischen Denken zunächst schlechter als gesunde Teilnehmer abschnitten. Nach einer erzieherischen Intervention, welche über den Zweck der Studie informierte, Fragen ermöglichte und Pflegekräfte als Helfer beim Durcharbeiten des Informationsmaterials einsetzte schnitten sie jedoch gleich gut ab.

Trotz dieser viel versprechenden Ansätze gab es bisher, mit Ausnahme einer Pilotstudie mit stabilen Patienten im ambulanten Bereich (Bunn et al., 1997), noch keinen Versuch ein Modell wie Shared Decision Making in der Behandlung der Schizophrenie zu untersuchen (Hamann et al., 2003). Trotz des oft positiv beeinflussbaren Krankheitsverlaufs werden schizophrene Patienten weiterhin häufig als dauerhaft geisteskrank oder unzurechnungsfähig stigmatisiert und es wird ihnen nicht zugetraut, am medizinischen Entscheidungsprozess teilzunehmen.

Die im Folgenden dargestellte Studie ist somit die erste Untersuchung zur Anwendung von Shared Decision Making im Bereich der stationären psychiatrischen Akutbehandlung schizophrener Patienten.

1.6 Fragestellung der vorgestellten Untersuchung

Die hier vorgestellte Untersuchung hat die Zielsetzung, eine Shared Decision Making Intervention bei schizophrenen Patienten zu bewerten. Die angewendete Intervention wurde speziell für den Einsatz bei akut an Schizophrenie erkrankten Patienten in stationärer Behandlung entwickelt.

Folgende Fragen sollen durch die Untersuchung beantwortet werden:

1. Ist Shared Decision Making bei schizophrenen Patienten überhaupt anwendbar?
2. Welchen Einfluss hat eine Shared Decision Making Intervention auf die von den Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen?
3. Ändert die Intervention das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung, die Behandlungszufriedenheit und die Einstellung gegenüber der Medikation?
4. Treffen schizophrene Patienten und ihre Ärzte beim Einsatz von Shared Decision Making (mittels Entscheidungshilfe und Planungsgespräch) mehr gemeinsame Entscheidungen?

2 Material und Methoden

2.1 Grundidee der Studie

Bei unserer Untersuchung handelt es sich um eine kontrollierte, randomisierte Studie, die in psychiatrischen Akutkliniken durchgeführt wurde. Dabei wurde untersucht, wie sich der Einsatz einer Entscheidungshilfe („decision aid“) auf ein nachfolgendes Entscheidungsgespräch (Planungsgespräch) zwischen Patient und Arzt auswirkt. In einer Kontrollgruppe fand weder die Entscheidungshilfe Anwendung, noch sollte von außen eine definierte Entscheidungssituation herbeigeführt werden. Die Patienten erhielten hier die in den jeweiligen Abteilungen üblichen Informationen und wurden wie bisher an therapeutischen Entscheidungen beteiligt („usual care“).

2.2 Entwicklung, Aufbau und Inhalt der Entscheidungshilfe

Die Entscheidungshilfe wurde unter Mitwirkung von Ärzten, Pflegepersonal und Psychologen, aber auch von betroffenen Patienten, sowie Patienten- und Angehörigenvertretern erarbeitet. Im Rahmen eines mehrstufigen Entwicklungsprozesses wurden in Einzel- und Fokusgruppengesprächen relevante klinische Entscheidungen definiert, darauf aufbauend ein Entwurf der späteren Entscheidungshilfe entwickelt und die in der Entscheidungshilfe thematisierten Optionen mit den bestehenden Leitlinien abgeglichen. Im Rahmen von Psychoedukationsgruppen und Einzelgesprächen mit Betroffenen wurde die Entscheidungshilfe erprobt.

Während dieses Prozesses wurde insbesondere klar, dass Umfang und Komplexität der Entscheidungshilfe – dem Krankheitsbild entsprechend – nicht zu groß sein dürfen. Dementsprechend wurde auf eine Darstellung aller pharmakologischen Alternativen mit Vor- und Nachteilen verzichtet und dieser Aspekt in das Planungsgespräch mit dem Arzt integriert.

In der Entscheidungshilfe wird vielmehr Wert darauf gelegt, auf die Möglichkeit der Wahl hinzuweisen und die Patienten zur Präferenzbildung anhand ihrer bisherigen Erfahrungen anzuleiten. Da es unverzichtbar schien, den Patienten zur Bearbeitung der Broschüre „Entscheidungshelfer“ zur Seite zu stellen, wurde zu-

sätzlich ein Schulungskonzept (siehe unten) für die – als Entscheidungshelfer vorgesehenen – Bezugspflegekräfte entworfen.

Das Ergebnis des Entwicklungsprozesses ist eine 16-seitige Broschüre, welche anschaulich und übersichtlich in laiengerechter Weise die wichtigsten Behandlungsoptionen der Therapie der Schizophrenie darstellt. Es werden Kriterien zur Auswahl des passenden Medikaments und Informationen zur Darreichungsform (Tabletten vs. Depot) mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen gegeben sowie tabellarisch typische und atypische Neuroleptika gegenübergestellt. Der Patient wird mittels Fragebögen zu seiner derzeitigen Medikation mit den jeweiligen aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, sowie zu seinen Erfahrungen mit früher eingenommenen Medikamenten. Des Weiteren werden Maßnahmen dargestellt, welche gegen auftretende Nebenwirkungen ergriffen werden können. Der Patient wird zu seiner Zufriedenheit mit der aktuellen Medikation befragt, danach, welche Medikation er persönlich bevorzugen würde und ob er seine aktuelle Medikation beibehalten möchte. Schließlich werden Informationen zu Rückfallraten und Rückfall-schutzbehandlung gegeben, Maßnahmen dargestellt, mittels derer der Behandlungserfolg verbessert werden kann (zum Beispiel Psychoedukation, betreutes Wohnen o. ä.) und es wird beschrieben, welche Verhaltensregeln man grundsätzlich bei der Langzeiteinnahme von Medikamenten beachten sollte.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Es fanden weit gefasste Einschlusskriterien Anwendung. So wurden während des Erhebungszeitraumes (mit Unterbrechungen von Februar 2003 bis Januar 2004) alle Männer und Frauen in einem Alter zwischen 18 und 65 Jahren in die Studie eingeschlossen, welche eine ICD-10 Diagnose einer Schizophrenie oder schizo-phreniformen Störung (F20/F23) aufwiesen.

Die einzigen Ausschlusskriterien waren:

- a) schwere Intelligenzminderung,
- b) mangelnde Deutschkenntnisse und
- c) die Verweigerung einer schriftlichen Einverständniserklärung.

Akute psychotische Verwirrtheit wurde nicht als Ausschlusskriterium festgelegt; vielmehr waren die Ärzte angehalten, alle Patienten zum frühest möglichen Zeitpunkt in die Untersuchung einzuschließen.

2.4 Organisatorischer und zeitlicher Ablauf der Studie

Die Studie wurde in insgesamt zwölf geschlossenen psychiatrischen Stationen in zwei Akutkliniken (Bezirkskrankenhaus Haar, Klinikum Agatharied) durchgeführt, welche für die psychiatrische Behandlung des Großraumes München (etwa 2,5 Mio. Einwohner) verantwortlich sind. Bei der Auswahl der Studienzentren wurde Wert darauf gelegt, dass jeweils zwei vergleichbare Stationen innerhalb derselben Klinik zur Verfügung stehen. Zudem konnte nicht allein auf die Zusage des Klinikdirektors Bezug genommen werden, sondern es musste die Motivation aller an der Studie Beteiligten sichergestellt werden (Assistenz- und Oberärzte, Pflegepersonal).

Die Auswahl der Stationen wurde so getroffen, dass sechs Paarungen von Stationen entstanden, von denen jeweils eine zufällig der Kontroll- und die andere der Interventionsgruppe zugeordnet wurde. Die gepaarten Stationen hatten jeweils die gleiche Stationsleitung und waren für das gleiche Einzugsgebiet verantwortlich. Sie waren vergleichbar hinsichtlich der Verteilung der Diagnosen, der Anzahl der Betten, der Anzahl der Ärzte und des Pflegepersonals und des üblichen Ablaufs der Patientenaufnahme.

Die ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten wurden von derjenigen der beiden Stationen aufgenommen, die gerade Betten frei hatte, ohne die Patienten nach irgendwelchen Gesichtspunkten vorher zu selektieren. Jeder in den Abteilungen tätige Arzt sollte insgesamt jeweils 6–10 schizophrene Patienten für die Untersuchung gewinnen.

Die Studie wurde als kontrollierte, randomisierte Studie innerhalb einer alltäglichen psychiatrischen stationären Behandlungssituation (geschlossene Abteilungen in Akutkliniken) durchgeführt. Die Randomisierung erfolgte auf der Ebene der Stationen, um zu vermeiden, dass die Bedingungen in der Interventions- und der Kontrollgruppe vermischt wurden (zum Beispiel, indem derselbe Arzt gleichzeitig Shared Decision Making und Regelversorgung durchführen musste).

Patienten, die für die Studie geeignet waren, wurden fortlaufend auf den Stationen registriert und so früh wie möglich auf eine Teilnahme an der Studie hin angesprochen; das heißt, sobald sie nach Einschätzung ihrer Ärzte bezüglich der formalen Denkstörungen unter Anwendung des PANSS (Kay et al., 1987) fähig waren teilzunehmen (< 5 , „mittelschwer“). Es wurden konsekutiv alle geeigneten Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, die von einem der Studienärzte aufgenommen wurden. Dabei galt, dass grundsätzlich jeder Patient, der die oben aufgeführten Einschlusskriterien erfüllte, in die Studie aufgenommen werden sollte. Allerdings sollte bei sehr kranken, denkgestörten oder suizidalen Patienten so lange abgewartet werden, bis der Patient zustimmungsfähig war beziehungsweise sinnvoll am Aufklärungsprozess teilnehmen konnte.

Die Patienten in der Kontrollgruppe wurden nach dem Einschluss in die Studie wie gewöhnlich behandelt, ohne weitere Anweisungen für die Ärzte oder das Pflegepersonal. Die Patienten in der Interventionsgruppe hingegen erhielten eine experimentelle Behandlung entsprechend den Grundsätzen des Shared Decision Making.

Das Ziel der Intervention lag darin, den Patienten anhand der Entscheidungshilfe über seine Therapieoptionen zu informieren, eine Präferenzbildung anzuregen und auf das nachfolgende Planungsgespräch mit dem behandelnden Arzt vorzubereiten. Die Entscheidungshilfe wurde dem Patienten von seiner Bezugspflegerkraft vorgestellt, sobald der behandelnde Arzt ihn für fähig erachtete, teilnehmen zu können. Die Pflegekräfte halfen dem Patienten bei der Durcharbeitung der Entscheidungshilfe. Sie waren im Vorfeld in der Anwendung der Entscheidungshilfe geschult worden und hatten die Anweisung erhalten, alle auftauchenden Fragen der Patienten zu beantworten und sie zu ermutigen, alle ihre Standpunkte, auch die, welche denen des Arztes widersprachen, zu äußern. Die Pflegekräfte waren außerdem darin geschult worden, die Teilnahme der Patienten an der Studie hinauszuzögern, falls schwerwiegende Störungen des formalen Denkens oder wahnhaftige Deutungen beim Durcharbeiten der Entscheidungshilfe festgestellt werden sollten.

In der Entscheidungshilfe wurden die Patienten aufgefordert, ihre Erfahrungen mit bisher eingenommenen Antipsychotika aufzuschreiben und ihre Präferenzen bezüglich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu äußern. Das Durcharbeiten der Entscheidungshilfe nahm durchschnittlich 30–60 Minuten in Anspruch.

Innerhalb von 24 Stunden nach Durcharbeiten der Entscheidungshilfe mit der Bezugspflegekraft trafen sich die Patienten mit ihrem behandelnden Arzt zu einem Gespräch. Das Ziel dieser so genannten Planungsgespräche war es, eine Einigung zwischen Arzt und Patient bezüglich der weiteren Therapie zu erreichen entsprechend den Präferenzen, welche der Patient in der Entscheidungshilfe angegeben hatte. Für eine detaillierte Diskussion standen dem Arzt und Patienten außerdem verschiedene Tabellen mit quasi-quantitativer Information bezüglich der am häufigsten verwendeten Neuroleptika und deren Nebenwirkungen zur Verfügung.

Analog zur Schulung des Pflegepersonals hatten auch die Ärzte der Interventionsgruppe im Vorfeld der Untersuchung an zwei Informationstreffen zu Shared Decision Making und den dafür notwendigen Kommunikationsfähigkeiten teilgenommen. Es war hierfür ein Schulungskonzept entwickelt worden, das eng am Konzept des Shared Decision Making wichtige Elemente einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation vermittelt. Dabei konnte bei den von uns untersuchten Ärzten, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie befanden oder diesen Titel schon führten, wesentliche Grundlagen der klientenorientierten Gesprächsführung vorausgesetzt werden. Am ersten von zwei Nachmittagen wurden mit den Ärzten Grundvoraussetzungen gelungener Kommunikation wiederholt und in Rollenspielen eingeübt. Bis zum nächsten Termin sollten die Ärzte ein Planungsgespräch mit einem schizophrenen Patienten führen und auf Video aufzeichnen. Die Videoaufzeichnungen dienten als Grundlage des zweiten Treffens, bei dem an praktischen Beispielen wichtige Elemente von Shared Decision Making diskutiert wurden.

2.5 Verwendete Fragebögen

Die folgenden Daten wurden von den Ärzten in der Kontroll- und Interventionsgruppe unmittelbar nach Einschluss des Patienten in die Studie erhoben:

- **Soziodemographische Daten und Krankheitsanamnese:** Alter, Dauer des aktuellen stationären Aufenthaltes, Rechtsgrund des Aufenthaltes (freiwillig oder gegen eigenen Willen), Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Studieneinschluss

- **Positive- and Negative-Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS)** (Kay et al., 1987) Dieses Instrument misst die Symptomatik und den Schweregrad der Erkrankung (Psychopathologie). Es ist eine der am weitesten verbreiteten Methoden für die standardisierte Messung von Hauptsymptomen der Schizophrenie. Der theoretische Hintergrund bei der Entwicklung dieses Instruments war die Annahme, dass es zwei Untergruppen der Schizophrenie gibt. Die eine Gruppe wird durch Positivsymptome (Produktivsymptome) charakterisiert, wie zum Beispiel Wahnideen oder Halluzinationen und die zweite Gruppe zeichnet sich durch Negativsymptome (Defizitsymptome) aus, wie zum Beispiel Affektverflachung oder emotionaler Rückzug. Der PANSS besteht aus 7 Items zu Positivsymptomen, 7 Items zu Negativsymptomen und 16 Items zu Allgemeinsymptomen der Psychopathologie (zum Beispiel Sorge um die Gesundheit oder Selbstbezogenheit). Alle 30 Items des PANSS werden anhand einer 7-Punkt Skala der Krankheitsschwere bewertet, von 1 („nicht vorhanden“) bis 7 („extrem schwer“). Der PANSS gibt jeweils kurze Beschreibungen der Symptome, um die verschiedenen Ausprägungen des Schweregrades der Symptome zu verdeutlichen.
- Die Therapeutenvariante des **Working Alliance Inventory (WAI)** (Horvath et al., 1987) ist ein 12-Item Fragebogen, welcher die therapeutische Allianz beziehungsweise die Arzt-Patient-Beziehung anhand von 7-Punkt Skalen (von „nie“ bis „immer“ reichend) misst. Zum Beispiel: „Der Patient und ich sind uns einig, welche Schritte erforderlich sind, um seine Situation zu verbessern.“

Die folgenden Fragebögen wurden von den Patienten in der Kontroll- und Interventionsgruppe unmittelbar nach dem Studieneinschluss beantwortet:

- Der **Decision Making Preference Teilfragebogen des Autonomy Preference Index (API)** (Ende et al., 1989) ist ein 6-Item Selbstbeurteilungsfragebogen, der entwickelt wurde, um das grundsätzliche Partizipationsbedürfnis beziehungsweise die erwünschte Autonomie des Patienten in Bezug auf medizinische Entscheidungen zu messen. Er besteht aus 5-Punkt Skalen, welche von 1 („sehr dafür“) bis 5 („sehr dagegen“) reichen, zum Beispiel: „Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt ge-

troffen werden und nicht von Ihnen.“ Der Fragebogen misst den Wunsch des Patienten nach Autonomie in Bezug auf Entscheidungsfindung und Informationsbeschaffung. In der Entwicklung des Instruments wurden zwei Dimensionen von Patientenpräferenzen bezüglich der gewünschten Autonomie identifiziert: Zum einen der Wunsch, an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen und zum anderen der Wunsch, informiert zu werden. In unserer Studie wurde nur der Teilfragebogen verwendet, der den Wunsch nach Einbeziehung in medizinische Entscheidungen misst.

- Ein für die Untersuchung zusammengestellter **Wissensfragebogen**, welcher das Wissen des Patienten über seine Erkrankung und deren Therapiemöglichkeiten abfragt, bestehend aus sieben multiple choice Fragen zu Neuroleptika (Wirkungsweise, Einnahme, Nebenwirkungen), zu Maßnahmen, welche man bei Nebenwirkungen ergreifen kann, sowie zu Rückfallraten.
- **Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness (COMRADE)** (Edwards et al., 2003) Dieses Instrument wurde entwickelt, um die vom Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen zu messen. Dies erfolgt anhand von 20 Fragen mittels 5-Punkt Skalen, die von 1 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („Stimme voll und ganz zu“) reichen. Zum Beispiel: „Der Arzt gab mir die Chance, zu entscheiden, welche Behandlung für mich die beste ist.“ Der COMRADE misst die Effektivität von Risikokommunikation (das bedeutet das Besprechen von Vor- und Nachteilen einer Therapie oder Maßnahme) und medizinischer Entscheidungsfindung. Dementsprechend ist er in zwei Teilfragebögen unterteilt mit Fragen einerseits zur Risikokommunikation und andererseits zur Sicherheit mit der Entscheidung. Er ist sowohl beim paternalistischen Modell, Shared Decision Making und Informed Choice Modell anwendbar. Jeder Teilfragebogen besteht aus 10 Items. (Zu diesem Zeitpunkt wird der Fragebogen nur in der Kontrollgruppe angewendet.)
- **Drug Attitude Inventory (DAI-10, kurze Version)** (Awad 1993) Dieses Instrument misst die Einstellung des Patienten gegenüber seiner Behandlung und besteht aus zehn Fragen über die subjektive Reaktion auf die Neuroleptikaeinnahme, zum Beispiel die Wahrnehmung von Nebenwirkungen, wobei sowohl positive Effekte der Medikamente (zum Beispiel Rückfallprophylaxe)

als auch negative Effekte (zum Beispiel das Auftreten von dysphorischen Reaktionen) berücksichtigt werden.

Die folgenden Daten wurden in der Interventionsgruppe unmittelbar nach dem Planungsgespräch erhoben:

- **Beurteilung der Leistung des Patienten während des Planungsgesprächs durch den Arzt** in einem für die Untersuchung erstellten 6-Item Fragebogen mittels 5-Punkt Skalen, von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („völlig“) reichend. Es werden die folgenden Kompetenzen des Patienten beurteilt: Interesse an der vermittelten Information, Verständnis der besprochenen Themen, Interesse an der Teilnahme an medizinischen Entscheidungen, die Fähigkeit, sinnvoll Entscheidungen zu treffen, das Ausmaß, in dem der Patient seine Präferenzen gegenüber dem Arzt vertritt, Beurteilung des (zeitlichen) Aufwandes im Vergleich mit üblichen Patientengesprächen.
- **Beurteilung der Leistung des Patienten beim Durcharbeiten der Entscheidungshilfe durch das Pflegepersonal** in einem für die Untersuchung entwickelten 5-Item Fragebogen mit 5-Punkt Skalen von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („völlig“) reichend. Es wird die Fähigkeit des Patienten bewertet, die vermittelten Informationen zu verstehen und zu verarbeiten, das Interesse des Patienten an der angebotenen Information und das Interesse, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Des Weiteren erfolgt eine Einschätzung, inwieweit der Patient seine Präferenzen im nachfolgenden Planungsgespräch dem Arzt gegenüber verteidigen wird und wie leicht es dem Patienten fällt, eine Entscheidung zu treffen.
- **Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness (COMRADE)**

Die folgenden Daten wurden in der Kontroll- und Interventionsgruppe von den Ärzten vor Entlassung oder Verlegung der Patienten erhoben:

- Bewertung der **Gesamtzufriedenheit des Arztes** mit den Behandlungsergebnissen und der Einbeziehung des Patienten in medizinische Entscheidungen in einem für diese Untersuchung erstellten 3-Item Fragebogen mit-

tels 5-Punkt Skalen, von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („völlig“) reichend, zum Beispiel „Wie zufrieden sind sie insgesamt mit dem Behandlungsergebnis für diesen Patienten?“

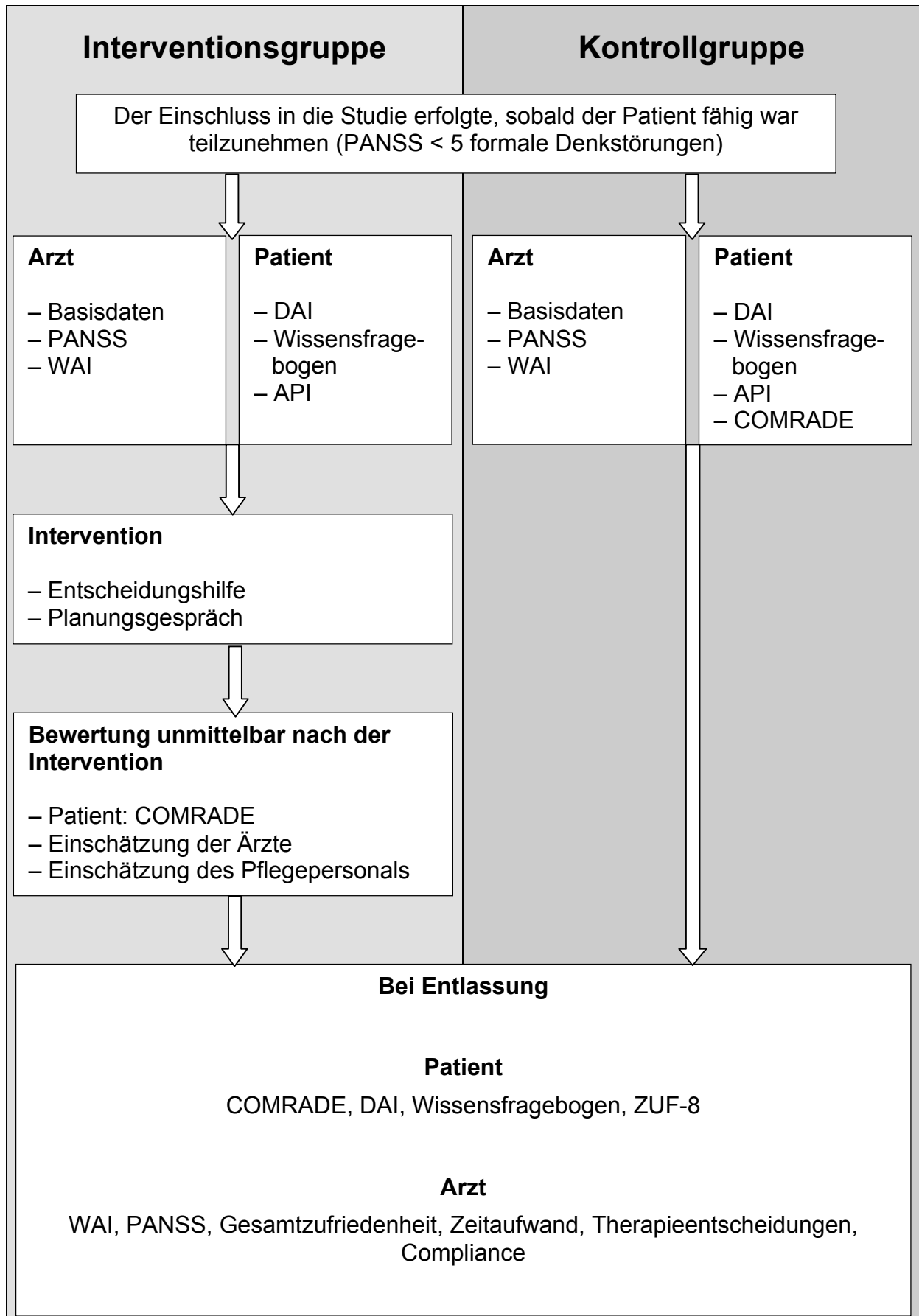
- Die Therapeutenvariante des **Working Alliance Inventory (WAI)**.
- **Positive- and Negative- Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS)**
- Beurteilung der **Zeit** (in Minuten), die im Schnitt **pro Woche** für den jeweiligen Patienten aufgebracht wurde.
- Eine Einschätzung der zu erwartenden **Compliance** des Patienten in den ersten drei Monaten nach Entlassung auf einer 4-Punkt Skala von „sehr gut“ bis „schlecht“ reichend.
- **Während des stationären Aufenthaltes angewendete Therapien und getroffene Entscheidungen:**
 - Art des Neuroleptikums bei Entlassung
 - Psychoedukation (auch bei Angehörigen)
 - Soziotherapeutische Maßnahmen
 - Anzahl der Medikamentenwechsel während des stationären Aufenthaltes

Die Patienten der Kontroll- und Interventionsgruppe füllten außerdem vor Entlassung die folgenden Selbstbeurteilungsfragebögen aus:

- **Drug Attitude Inventory (DAI-10)**
- **Wissensfragebogen**
- **Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness (COMRADE)**
- **ZUF-8** (Langewitz et al., 1995), ein 8-Item Fragebogen, welcher entwickelt wurde, um die allgemeine Zufriedenheit des Patienten mit seiner Behandlung zu messen, bestehend aus 4-Punkt Skalen von „ziemlich zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ reichend. Zum Beispiel: „Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?“

Abbildung 1 stellt schematisch den Ablauf der Datenerhebung mittels der oben beschriebenen Fragebögen dar.

Abb. 1 Ablauf der Datenerhebung



2.6 Statistische Analyse

Die Basisdaten der Gruppen wurden mittels ungepaarten t-tests/chi²-tests verglichen. Gruppenunterschiede wurden mittels eines allgemeinen linearen Modells (für kontinuierliche Variablen) und logistischer Regression (für dichotome Variablen) analysiert mit Anpassungen bezüglich des Patientenalters, positiver Werte im PANSS bei Studieneinschluss, Wissen des Patienten und Art der Aufnahme (die Zeit von der Aufnahme bis Einschluss in die Studie wurde als zusätzliche Kovariable für die erste Messung mit dem COMRADE verwendet). Ein p-Wert < 0.05 (zweiseitig) wurde als signifikant erachtet.

Die statistischen Berechnungen wurden mit dem „Statistical Package of the Social Science Software“ (SPSS) ausgeführt.

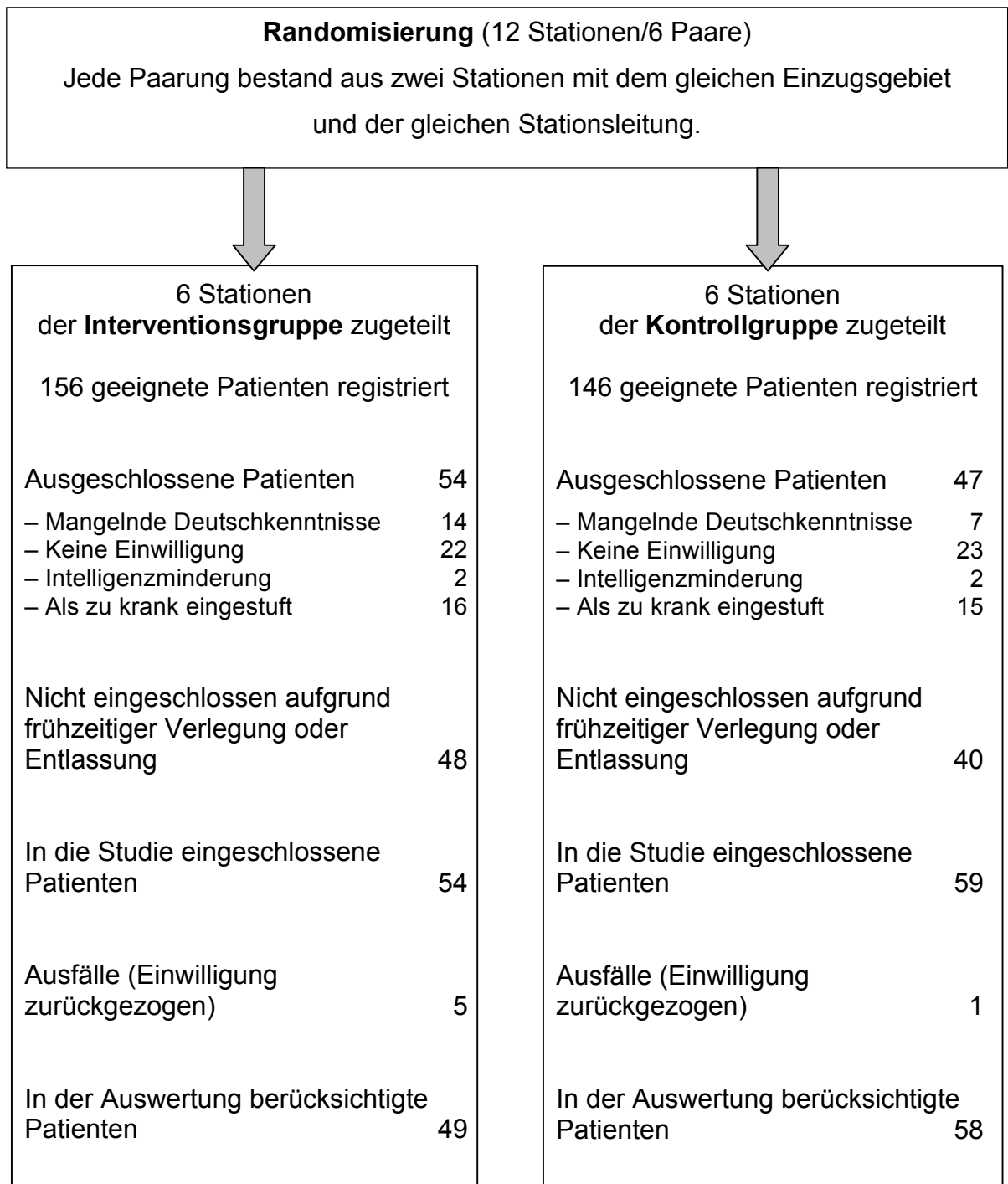
3 Ergebnisse

3.1 Basisdaten

Während der Einschlussphase wurden 302 Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie erfasst. 88 Patienten konnten nicht eingeschlossen werden, da sie zu früh entlassen oder verlegt wurden. Eine weitere Gruppe von Patienten erfüllte die Einschlusskriterien nicht, so hatten 21 Patienten mangelnde Deutschkenntnisse, 45 gaben kein Einverständnis zur Teilnahme und vier Patienten litten an einer Intelligenzminderung. Weitere 31 Patienten wurden von ihren Ärzten als zu krank für eine Teilnahme erachtet, obwohl sie die Einschlusskriterien erfüllten. Somit konnten zunächst 113 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Sechs Patienten zogen jedoch im weiteren Verlauf ihr Einverständnis zurück oder verließen die Klinik gegen ärztlichen Rat. (Abb. 2).

Insgesamt wurden also letztendlich 107 Patienten (N = 107) während des Erhebungszeitraumes zwischen Februar 2003 und Januar 2004 in die Studie eingeschlossen, welche den stationären Aufenthalt abschlossen und somit in der Auswertung Verwendung finden konnten. 49 Patienten wurden der Interventionsgruppe und 58 der Kontrollgruppe zugeordnet (Tab. 2). Die Patienten der Interventionsgruppe blieben während des aktuellen Aufenthaltes etwa eine Woche länger in stationärer Behandlung als die Patienten der Kontrollgruppe und die Ergebnisse des PANSS für positive Symptome waren in der Interventionsgruppe dementsprechend niedriger. Die Patienten in der Interventionsgruppe waren geringfügig jünger und hatten ein besseres Wissen über ihre Erkrankung. Außerdem wurden in der Interventionsgruppe mehr Patienten gegen ihren Willen stationär aufgenommen als in der Kontrollgruppe (Tab. 2).

Abb. 2 Ablauf des Patienteneinschlusses



Tab. 2 Basisdaten

(N = 107 außer wenn anders angegeben)	Intervention (N = 49)	Kontrolle (N = 58)	p
Alter	35,5 (SD: 11,9)	39,6 (SD: 10,8)	0,06 ^t
PANSS (Gesamtwert)	82,8 (SD: 22,7)	88,1 (SD: 20,6)	0,21 ^t
PANSS (positiver Wert)	20,3 (SD: 7,4)	22,8 (SD: 6,5)	0,07 ^t
PANSS (negativer Wert)	22,3 (SD: 8,2)	22,6 (SD: 7,3)	0,81 ^t
PANSS (allgemeine Psychopathologie)	41,4 (SD: 11,9)	43,2 (SD: 12,4)	0,45 ^t
Aufnahme gegen eigenen Willen (%)	20 (41 %)	15 (26 %)	0,15 ^c
Wissen (N = 88)	12,5 (SD: 4,8)	10,4 (SD: 4,9)	0,04 ^t
DAI (N = 57)	5,2 (SD: 3,0)	5,3 (SD: 2,7)	0,89 ^t
API (N = 102)	45,7 (SD: 16,8)	47,8 (SD: 19,2)	0,55 ^t
Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Studieneinschluss	19,5 (SD: 19,8)	11,2 (SD: 12,1)	0,01 ^t
Dauer des stationären Aufenthaltes (in Tagen)	48,9 (SD: 34,0)	45,3 (SD: 31,5)	0,57 ^t

^t t-test; ^c chi²-test; PANSS: Positive-and Negative-Syndrome Scale; DAI: Drug Attitude Inventory; API: Autonomy Preference Index

3.2 Anwendbarkeit der Intervention

Die Intervention (Entscheidungshilfe und Planungsgespräch) wurde allen 49 Patienten zuteil, welche sich in der Interventionsgruppe befanden. Die Einschätzung des Pflegepersonals (Tab. 3) weist darauf hin, dass das Durcharbeiten der Entscheidungshilfe für die meisten Patienten möglich war. Jedoch geben die Pflegekräfte an, dass fast 50 % der Patienten Schwierigkeiten damit hatten, eine konkrete Entscheidung zu treffen. Dementsprechend sind sie der Meinung, dass lediglich 62 % der Patienten ihre Meinung gegenüber dem Arzt aufrechterhalten würden (Tab. 3).

Tab. 3 Beurteilung der Leistung der Patienten beim Durcharbeiten der Entscheidungshilfe durch das Pflegepersonal

	Anteil der Patienten in Prozent die mit 4 oder 5 beurteilt wurden, d. h. „überwiegend“ oder „völlig“ (N = 39)
In welchem Ausmaß hat sich der Patient für die präsentierten Informationen interessiert?	80 %
In welchem Ausmaß hat der Patient die gegebenen Informationen verstanden?	77 %
In welchem Ausmaß war der Patient an einer Beteiligung an medizinischen Entscheidungen interessiert?	72 %
In welchem Ausmaß fiel es dem Patienten leicht, Entscheidungen zu treffen?	54 %
In welchem Ausmaß wird der Patient seine Wünsche und Vorstellungen dem Arzt gegenüber vertreten?	62 %

Die Ärzte (Tab. 4) bewerten die meisten Patienten als interessiert und fähig, die besprochenen Themen zu begreifen.

Jedoch halten sie nur 51 % der Patienten für in der Lage, sinnvoll mitzuentcheiden. Bei 22 % der Patienten geben die Ärzte an, dass sie eine Entscheidung auf der Basis der Diskussion mit dem Patienten getroffen hätten, welche sich von ihrer ursprünglichen Absicht unterschied. Dies betrifft vier Entscheidungen bezüglich Medikamente, zehn bezüglich Psychoedukation und drei bezüglich soziotherapeutischen Maßnahmen.

Tab. 4 Beurteilung der Leistung der Patienten beim Planungsgespräch durch die Ärzte

	Anzahl der Patienten in Prozent die mit 4 oder 5 beurteilt wurden, d. h. „überwiegend“ oder „völlig“ (N = 49)
In welchem Ausmaß hat sich der Patient für die besprochenen Themen interessiert?	59 %
In welchem Ausmaß hat der Patient die präsentierten Argumente verstanden?	73 %
In welchem Ausmaß war der Patient an einer Beteiligung an medizinischen Entscheidungen interessiert?	71 %
In welchem Ausmaß war der Patient in der Lage sinnvoll zu entscheiden?	51 %
In welchem Ausmaß hat der Patient seine Wünsche und Vorstellungen Ihnen in Ihrer Position als Arzt gegenüber vertreten?	59 %
In welchem Ausmaß haben Sie nach dem Austausch mit dem Patienten eine andere Medikation gewählt, als wenn Sie alleine entschieden hätten?	22 %

3.3 Ergebnisse aus Sicht der Patienten

Die Patienten der Interventionsgruppe berichten über eine signifikant höher empfundene Einbindung in medizinische Entscheidungen (COMRADE) nach Stattfinden des Planungsgespräches, als Patienten in der Kontrollgruppe zu einem vergleichbaren Zeitpunkt (bei Einschluss in die Studie). Dieser Unterschied ist jedoch zum Zeitpunkt der Entlassung nicht mehr nachweisbar. Patienten in der Interventionsgruppe wissen jedoch signifikant mehr über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Patienten der Interventionsgruppe unterscheiden sich von den Patienten der Kontrollgruppe nicht hinsichtlich ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF8), aber sie zeigen eine etwas positivere Einstellung gegenüber ihrer Medikation (DAI) (Tab. 5).

Tab. 5 Ergebnisse aus Sicht der Patienten

	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Analyse ^a		
			F	d. f.	p
empfundene Einbeziehung COMRADE (N = 75)	79,5 (SD: 18,6) nach der Intervention	69,7 (SD: 20,0) bei Studieneinschluss	4,94	1	0,03
COMRADE vor Entlassung (N = 82)	76,8 (SD: 20,9)	73,5 (SD: 19,3)	1,88	1	0,18
Wissen vor Entlassung (N = 88)	15,0 (SD: 4,4)	10,9 (SD: 5,4)	6,65	1	0,01
DAI vor Entlassung (N = 57)	6,9 (SD: 2,8)	5,5 (SD: 2,9)	3,60	1	0,06
ZUF8 vor Entlassung (N = 83)	16,3 (SD: 3,7)	16,4 (SD: 3,2)	0,66	1	0,42

^aGruppenunterschiede wurden mittels eines allgemeinen linearen Modells analysiert, mit Alter des Patienten, PANSS (positiver Wert) bei Studieneinschluss, Wissen des Patienten und Art der Aufnahme als Kovariable (die Zeit von der Aufnahme bis zum Studieneinschluss wurde als eine zusätzliche Kovariable für die erste Messung mittels COMRADE verwendet)

COMRADE: Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness; DAI: Drug Attitude Inventory; ZUF-8: Patientenzufriedenheit

3.4 Ergebnisse aus Sicht der Ärzte

Nach der Beurteilung der Ärzte unterscheiden sich die Patienten der Interventionsgruppe von denen der Kontrollgruppe nicht hinsichtlich der Psychopathologie (PANSS Gesamtwert), der Arzt-Patient-Beziehung laut dem Working Alliance Inventory, der Zeit (in Minuten pro Woche), die laut den Ärzten dem individuellen Kontakt zwischen Arzt und Patient gewidmet wurde oder der durch die Ärzte eingeschätzte zu erwartende Compliance. Dementsprechend wurde die Intervention als solche von den Ärzten nicht als zusätzliche Belastung empfunden. Darüber hinaus berichten die Ärzte in der Interventionsgruppe häufiger, dass sie Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten getroffen hätten und sie sind zufriedener mit dem, was sie während der stationären Behandlung erreichen konnten (Tab. 6).

Tab. 6 Ergebnisse aus Sicht der Ärzte

	Intervention	Kontrolle	Analyse ^a		
			F	d. f.	p
PANSS (N = 105)	58,0 (SD: 17,3)	59,3 (SD: 18,8)	0,30	1	0,87
Wer traf wichtige Entscheidungen (Sie oder der Patient)? (N = 107)	2,7 (SD: 0,56)	2,3 (SD: 0,66)	3,67	1	0,06
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Behandlungsergebnis? (N = 107)	3,8 (SD: 0,66)	3,5 (SD: 0,94)	5,87	1	0,02
Wie würden sie die Compliance Ihres Patienten nach Entlassung einschätzen? (N = 94)	1,67 (SD: 0,90)	2,02 (SD: 1,02)	2,77	1	0,10
Wie lange haben Sie im Schnitt pro Woche mit dem Patienten gesprochen? (Angabe in Minuten) (N = 97)	64 (SD: 32)	60 (SD: 28)	0,15	1	0,70
WAI (N = 107)	60,6 (SD: 8,2)	60,9 (SD: 9,9)	0,00	1	1,00

^aGruppenunterschiede wurden mittels eines allgemeinen linearen Modells analysiert, mit dem Alter des Patienten, PANSS (positiver Wert) bei Studieneinschluss, Wissen des Patienten und Art der Aufnahme als Kovariablen; WAI: Working Alliance Inventory

3.5 Was wurde entschieden?

Es ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich der tatsächlich verschriebenen Art von Neuroleptika (erste oder zweite Generation) oder der Anzahl an Medikamentenwechsel. Aufgrund der großen Variation an verschriebenen Antipsychotika (20 verschiedene Mittel oder Kombinationen) wurde auf eine Analyse von Medikamenten- oder Dosisunterschieden zwischen den Gruppen verzichtet. Den Patienten in der Interventionsgruppe wurde signifikant häufiger eine Behandlung mittels Psychoedukation oder soziotherapeutischen Maßnahmen zuteil (Tab. 7).

Tab. 7 Therapieentscheidungen

(N = 107)	Intervention	Kontrolle	Analyse ^a		
			Exp. (B)	d. f.	p
Patienten mit klassischen Antipsychotika	6 (12 %)	6 (10 %)	1,90	1	0,43
Patienten, die Psychoedukation erhielten	33 (67 %)	22 (38 %)	0,23	1	0,003
Patienten, die Soziotherapie erhielten	15 (31 %)	5 (9 %)	0,28	1	0,04
			F	d. f.	p
Anzahl der Medikamentenwechsel	0,79 (SD: 0,82)	0,84 (SD: 0,85)	0,01	1	0,97

^aGruppenunterschiede wurden mittels eines allgemeinen linearen Modells (für kontinuierliche Variablen) und einer multiplen Regressionsanalyse (für kategoriale Variablen) analysiert, mit dem Alter des Patienten, PANSS (positiver Wert) bei Studieneinschluss, Wissen des Patienten und Art der Aufnahme als Kovariablen.

4 Diskussion

4.1 Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung sind unserer Ansicht nach Folgende:

- Mit der angewendeten Intervention war es möglich, die untersuchte Patientengruppe mehr als bisher (in diesem Fall mehr als die Patienten in der Kontrollgruppe) an wichtigen therapeutischen Entscheidungen teilhaben zu lassen, indem Entscheidungen vermehrt gemeinsam von Arzt und Patient getroffen wurden.
- Die Intervention steigerte zumindest kurzfristig die empfundene Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungen.
- Die Intervention vermehrte das Wissen und verbesserte die Einstellung der Patienten gegenüber ihrer Behandlung.
- Die strukturierte Intervention erhöhte den Einsatz von Psychoedukation und soziotherapeutischen Maßnahmen.
- Die Intervention (Durcharbeiten der Entscheidungshilfe und Planungsgespräch) war bei allen teilnehmenden Patienten anwendbar.
- Schizophrene Patienten haben auch in der akuten Krankheitsphase Interesse, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Dieses Interesse ist weitgehend unabhängig von der Symptomatik.

4.2 Was können wir aus der Untersuchung lernen?

Die hier vorgestellte Untersuchung hatte zum Ziel, Shared Decision Making in der Anwendung bei akut an Schizophrenie erkrankten Patienten einzuführen. Das Ziel der Intervention war es, einen Wechsel zu einer gesteigerten Teilnahme von Patienten an medizinischen Entscheidungen zu erreichen, indem man die Patienten mit Informationen versorgte (in diesem Fall durch die Anwendung einer Entscheidungshilfe) und ein strukturiertes Planungsgespräch zu einem frühen Zeitpunkt (so früh wie möglich) während des stationären Aufenthaltes durchführte. Man hoffte,

dass die Intervention als Auslöser für weitere Interaktionen zwischen Arzt und Patient fungieren würde.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit war es möglich, die Intervention (Durcharbeiten der Entscheidungshilfe mit der Bezugspflege und anschließendes Planungsgespräch mit dem behandelnden Arzt) allen Patienten in der Interventionsgruppe zuteil werden zu lassen. Sowohl die Pflegekräfte als auch die Ärzte gaben an, dass die meisten Patienten in der Lage waren, die besprochenen Themen zu verstehen und sich für die angebotenen Informationen zu interessieren.

Zwei Punkte gaben jedoch Anlass zu Besorgnis: Die Pflegekräfte gaben an, dass viele Patienten Schwierigkeiten damit hatten, sich zwischen den verschiedenen Möglichkeiten zu entscheiden und die Ärzte schätzten viele Patienten als unfähig ein, sinnvolle Entscheidungen zu treffen. Es kann nur darüber gemutmaßt werden, ob diese Zahlen die tatsächliche Unfähigkeit der Patienten Entscheidungen zu treffen oder aber die Vorurteile der Pflegekräfte und Ärzte widerspiegeln. In unserer Untersuchung zeigten „unfähige“ Patienten sehr wenige Schlüsselmerkmale. Es ist insbesondere interessant, dass nicht etwa die Gruppe der besonders psychotischen oder aggressiven Patienten als unfähig Entscheidungen zu treffen erachtet wurde, sondern vielmehr Patienten mit vorwiegend negativen Symptomen und diejenigen, die kein Interesse an einer Teilnahme an medizinischen Entscheidungen bekundeten. Somit scheint das Problem nicht etwa darin zu liegen, dass die Patienten irrationale Therapieoptionen wählen, sondern, dass sie einfach nicht über diese Themen nachdenken und Entscheidungen treffen wollen, da sie überhaupt nicht an einer Teilnahme interessiert sind. Diese Tatsache ist jedoch kein Hindernis für die Anwendung von Shared Decision Making, da hierbei nicht darauf abgezielt wird, den Patienten zu einer aktiven Teilnahme am Entscheidungsprozess zu zwingen, sondern vielmehr eine Wahlmöglichkeit angeboten werden soll, welche von den Patienten aber nicht angenommen werden muss. Für diese Patientengruppe ist das paternalistische Modell offensichtlich immer noch akzeptabel.

Bezüglich der Anwendbarkeit der Intervention stimmen unsere Ergebnisse mit den Resultaten in anderen medizinischen Bereichen überein, welche gezeigt haben, dass die Fähigkeit der Patienten, sich am medizinischen Entscheidungsprozess zu beteiligen, nicht unbedingt durch die jeweilige Psychopathologie beeinträchtigt wird und dass dennoch bestehende Beeinträchtigungen durch angepasste Strategien überwunden werden können (zum Beispiel durch Verwendung von

einfachen Erklärungen) (Carpenter et al., 2000; Palmer et al., 2004). Wir gehen davon aus, dass die in unserer Untersuchung verwendete Entscheidungshilfe sowohl leicht verständlich als auch ansprechend für die Patienten war, da sie in Zusammenarbeit mit allen betroffenen Parteien entwickelt wurde.

Es ist sehr wichtig, sich bewusst zu machen, dass Shared Decision Making einen neuen Ansatz sowohl für die Ärzte, als auch für die Patienten darstellte und dass diese Tatsache sich möglicherweise in einem eher konservativen Verhalten auf beiden Seiten äußerte. Dementsprechend wurden die Patienten in der Interventionsgruppe erst eine Woche später in die Studie eingeschlossen als die Patienten in der Kontrollgruppe, was möglicherweise darauf hinweist, dass die Ärzte zunächst die schwerwiegendsten Symptome behandelt wissen wollten, bevor sie die Patienten in medizinische Entscheidungen einbezogen.

Des Weiteren muss die Frage aufgeworfen werden, ob die Intervention nicht auch für diejenigen Patienten durchführbar gewesen wäre, welche nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Patienten mit Sprachschwierigkeiten (in diesem Fall mangelnde Deutschkenntnisse) oder Intelligenzminderung sind – ob psychisch oder nicht – schwierig zu erreichen durch Maßnahmen, welche auf zwischenmenschlicher Kommunikation beruhen. Aber die Patienten, welche die Stationen zu früh verlassen hatten, um eingeschlossen werden zu können, oder eine Teilnahme an der Studie verweigert hatten, sind gegebenenfalls Untergruppen, die es sich lohnt näher zu untersuchen.

Es gibt vermutlich eine Menge Patienten mit negativen Einstellungen gegenüber der Psychiatrie im Allgemeinen, die wahrscheinlich mit jeglicher Art von Intervention schwierig zu erreichen sind. Wenn man diesen Patienten die Möglichkeit einer Teilnahme an der Festlegung ihrer Therapie gibt, könnte man vielleicht wenigstens bei dem einen oder anderen auf Interesse stoßen und sich einen neuen Zugangsweg zu ihm eröffnen.

Wenn man die Auswirkungen der Intervention betrachtet, so verstärkte Shared Decision Making – wie es in unserer Studie durchgeführt wurde – die von den Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen und verbesserte das Wissen über ihre Erkrankung und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, sowie ihre Einstellung gegenüber der Behandlung. Auf diese Weise können wichtige Variablen beeinflusst werden, welche Auswirkungen auf die Zu-

friedenheit der Patienten, ihr Vertrauen in die Behandlung und ihre langfristige Compliance haben können.

Die Tatsache, dass die allgemeine Zufriedenheit in unserer Untersuchung nicht gesteigert werden konnte, könnte eventuell am Ceiling-Effekt der verwendeten Fragebögen liegen und den unterschiedlichen äußeren Einflüssen auf die Messung (zum Beispiel Kontakt mit anderen Patienten, Qualität des Essens etc.).

Die Intervention hatte auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung durch die Ärzte. Obwohl wir keine Unterschiede im Working Alliance Inventory feststellen konnten, erschienen die Ärzte in der Interventionsgruppe zufriedener mit den Therapieergebnissen insgesamt, als ihre Kollegen in der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis war nicht unbedingt zu erwarten, da viele Ärzte zu Anfang der Untersuchung starke Zweifel daran hatten, ob Shared Decision Making überhaupt mehr erreichen würde, als den bisher üblichen Therapieablauf beziehungsweise ihre Beziehung zu den Patienten zu stören.

Vermutlich wurden durch die Intervention Entscheidungen strukturiert, welche die Ärzte eventuell sowieso getroffen hätten und setzten lediglich das Recht des Patienten, an wichtigen medizinischen Entscheidungen teilzunehmen an eine prominentere Position. Dementsprechend gibt es zwei verschiedene Ursachen, welche für dieses Ergebnis verantwortlich sein könnten:

Auf der einen Seite könnte das Planungsgespräch den Arzt einfach daran erinnert haben, die Intervention zu beginnen, die er sonst vergessen hätte. Auf der anderen Seite könnte das Planungsgespräch als spezieller Zeitpunkt, an dem die Patienten explizit dazu aufgefordert wurden, Forderungen ihre zukünftige Therapie betreffend zu formulieren, der Aufnahme solcher Interventionen Vorschub geleistet haben.

Letztendlich veränderte die Intervention also erfolgreich wichtige Therapiemuster, wie es sich in der gesteigerten Anwendung von Psychoedukation und soziotherapeutischen Maßnahmen widerspiegelt.

Der Effekt der Intervention auf die durch die Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen verlor sich im Laufe der Zeit, was möglicherweise darauf hinweist, dass mehr als ein einzelner Anstoß zur Intervention gegeben werden muss, um das Verhalten der Ärzte und Patienten anhaltend zu verändern. Sowohl Ärzte als auch Patienten neigen wahrscheinlich dazu, wieder in

alte Verhaltensmuster zurückzufallen, sobald die Anregung durch eine Intervention verschwunden ist.

Es zeigte sich außerdem, dass unsere Intervention gut geeignet war für die Anwendung in dem untersuchten Umfeld (geschlossene psychiatrische Stationen in Akutkliniken) und es kostete die Ärzte nicht mehr Zeit Shared Decision Making anzuwenden, als die Regelversorgung durchzuführen. Dadurch wird es möglich, die Intervention unter Alltagsbedingungen anzuwenden, in denen die Ärzte immer unter Zeitdruck stehen. Außerdem kann eine Menge zeitintensiver Vorgänge, zum Beispiel das Bearbeiten der Entscheidungshilfe, an nicht ärztliches Personal (in diesem Fall die Bezugspflegekräfte) delegiert werden.

4.3 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Bei der Anwendung eines Modells wie Shared Decision Making, welches zuvor noch nie bei akut erkrankten psychiatrischen Patienten durchgeführt wurde, muss natürlich zunächst mit Problemen gerechnet werden. Es wurde Wert darauf gelegt, die Problematik unter realistischen Alltagsbedingungen (geschlossene Stationen in Akutkliniken) zu untersuchen und somit zu vermeiden, dass die Studie mit hochselektierten Patienten durchgeführt wird. Dadurch werden viele Stärken der Untersuchung hinsichtlich der externen Validität gleichzeitig zu Schwächen im Hinblick auf die interne Validität und umgekehrt:

- Es wurde darauf verzichtet, auf der Ebene der Individuen zu randomisieren, um zu vermeiden, dass die Interventions- mit den Kontrollbedingungen vermischt wurden und um die Situation zu verhindern, dass derselbe Arzt Shared Decision Making und Regelversorgung gleichzeitig anwenden musste. Es ist jedoch anzunehmen, dass unsere Studie trotzdem nicht die Einschränkungen einer klassischen Cluster Untersuchung hat, da die einzelnen Patienten zufällig derjenigen Station der jeweiligen Paare zugeteilt wurden, welche gerade Betten frei hatte, und nicht nach irgendwelchen Eigenschaften der Patienten selektiert wurde.
- Es wurden weit gefasste Einschlusskriterien verwendet, was dazu führte, dass viele Patienten in die Studie eingeschlossen wurden, deren Entscheidungsfähigkeit später von den Ärzten als kritisch beurteilt wurde. Aber es ließ

auf der anderen Seite eine Aussage über den Anteil an Patienten zu, welcher erfolgreich mit dieser Intervention erreicht werden kann. So sind die untersuchten Patienten als repräsentativ für akut behandelte Patienten in der psychiatrischen Regelversorgung anzusehen, was die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse unterstützt. Der Einschluss vieler gegen ihren Willen behandelter Patienten beziehungsweise noch sehr kranker Patienten hat auf der anderen Seite die Effekte der Intervention sicher abgeschwächt.

- Die Untersuchung wurde nicht in einem universitären Umfeld, sondern in Akutkliniken durchgeführt, was auf der einen Seite den Schwierigkeitsgrad und die Anzahl an Fragebögen begrenzte, die ausgeteilt werden konnten, was uns aber auf der anderen Seite nach Abschluss der Untersuchung dazu befähigt, zu argumentieren, dass die Intervention in der Routineversorgung (wo 1–2 Ärzte für eine geschlossene Station mit mehr als 20 akut erkrankten Patienten verantwortlich sind) mit einem durchschnittlichen, nicht selektierten Patientengut ohne erheblichen Mehraufwand durchführbar ist.
- Die Intervention fand „so früh wie möglich“ statt. Eine Intervention kurz vor der Entlassung hätte vielleicht den Bedürfnissen der Patienten im Hinblick auf die Langzeitnachbehandlung mehr entsprochen. Auf der anderen Seite werden viele Entscheidungen, welche die Langzeittherapie betreffen (zum Beispiel die Auswahl des Medikaments), schon zu einem frühen Zeitpunkt während des stationären Aufenthaltes getroffen.
- Die Kürze der Intervention und die Durchführung zu lediglich einem einzigen Zeitpunkt hat ihre erfolgreiche Implementierung auf den Akutstationen sicher stark gefördert, ist jedoch auf der anderen Seite wahrscheinlich für die zeitliche Limitierung des resultierenden Effektes mitverantwortlich.

Eine Implementierung von Shared Decision Making in der Routineversorgung könnte an strukturellen Gegebenheiten scheitern, wie zum Beispiel der Angst vor hohem Dokumentationsaufwand und Vorbehalten, dass die Patienten durch eine solche Intervention verunsichert werden könnten oder auf „schlechte Ideen“ kommen könnten und somit die gewohnten Stationsabläufe gestört werden. Dies zeigte sich zum Beispiel dadurch, dass es nur mit engem Monitoring (Kontrollbesuche auf jeder einzelnen Station ca. 1–2 mal pro Woche) möglich war, zu gewährlei-

sten, dass alle in Frage kommenden Patienten in die Studie eingeschlossen wurden.

Eine Reihe von Patienten wurde von ihren Ärzten nicht in die Studie eingeschlossen mit der Begründung, sie seien dauerhaft zu krank. Viele Ärzte tendierten dazu, nur „geeignete“ Patienten (zum Beispiel jüngere Patienten, Ersterkrankte, Patienten mit geringer Symptomatik und Patienten mit wenig Vorerfahrungen bezüglich neuroleptischer Medikation) in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, was dazu geführt hätte, dass die Mehrzahl der Patienten von der Studie ausgeschlossen worden wäre. Die häufigsten Gründe, die aus Sicht der Ärzte gegen eine vermehrte Einbeziehung der Patienten sprachen (laut Screening-Protokoll), waren:

- die „Unfähigkeit“ der Patienten, angemessen zu kommunizieren (im Rahmen des Projektes häufig mit Symptomen wie formale Denkstörungen, Gedankenhaften, Gedankenflucht etc. erklärt)
- Wissensdefizite der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung und Behandlungsoptionen
- vermutetes Desinteresse von Seite der Patienten, an Entscheidungen aktiv mitzuwirken
- Chronizität der Erkrankung und die damit oft verbundene Behandlungsroutine. Hier wird vom Arzt häufig eine Weiterführung bestehender Therapien favorisiert und eine gegebenenfalls kritische Bestandsaufnahme mit dem Patienten abgelehnt („bei dem ist eh' alles klar“)
- die Angst, eine gute Arzt-Patient-Beziehung durch Verunsicherung des Patienten zu gefährden
- die Sorge, dass die Patienten sich für eine „falsche“ Option entscheiden oder generell jegliche Therapie ablehnen, wenn sie am Entscheidungsprozess beteiligt werden

Zudem blieb bei der hohen Arbeitsbelastung der an der Untersuchung teilnehmenden Ärzte teilweise keine Zeit für weitere Einzelgespräche jeglicher Art, was ein weiteres Hindernis für eine schnelle Rekrutierung darstellte. Als Hindernisse auf organisatorischem Gebiet, die einer Implementierung des Shared Decision

Making entgegenstehen könnten, sind also Mangel an Zeit und befürchtete strukturelle beziehungsweise organisatorische Hindernisse im Praxisablauf zu nennen. Diese Befürchtungen konnten durch unsere Untersuchung zum Teil schon ausgeräumt werden, da gezeigt werden konnte, dass die Durchführung von Shared Decision Making nicht mehr Zeit als die Regelversorgung in Anspruch nimmt. Des Weiteren steht von ärztlicher Seite auch noch die mangelnde Vergütung der „Gesprächsmedizin“ einer zügigen erfolgreichen Implementierung entgegen (Dierks et al., 2006; Klemperer et al., 2005).

Die mangelhafte Implementierung liegt wohl weniger am Modell selbst, als eher daran, dass es sich unter anderem noch immer um ein für Ärzte und Patienten sehr unübersichtliches Gebiet handelt, dass das Wissen über die jeweiligen Rechte und bestehenden Möglichkeiten auf beiden Seiten noch relativ gering ausgeprägt zu sein scheint und dass möglicherweise gerade deshalb Vorbehalte gegenüber einer Beteiligung an medizinischen Entscheidungen speziell von psychiatrisch Erkrankten (Stigmatisierung hinsichtlich der vermeintlichen Unfähigkeit, an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen und vernünftige Entscheidungen bezüglich der eigenen Behandlung zu treffen) existieren.

4.4 Ausblick: Wie kann es weitergehen?

Da der Effekt der Intervention auf die von den Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen im Laufe der Zeit wieder nachließ, ist wohl zukünftig mehr als ein einmaliges Anstoßen der Intervention notwendig, um das Verhalten der Ärzte und Patienten nachhaltig zu verändern. Dementsprechend würde vielleicht eine sich wiederholende Intervention (zum Beispiel wöchentlich stattfindende Planungsgespräche) zu deutlicheren Unterschieden zwischen den Ergebnissen für die Interventions- und Kontrollgruppe führen.

Außerdem ist es wichtig, weiterhin zuverlässige Patienteninformationen wie zum Beispiel Entscheidungshilfen anzubieten, welche für die Patienten als Basis dienen, um sich an der Entscheidungsfindung gleichberechtigt beteiligen zu können (O'Connor et al., 2003). Sie liegen für den Bereich der Psychiatrie bisher allerdings noch nicht allgemeinzugänglich vor. Aus Erfahrungen mit dem Einsatz von Entscheidungshilfen in Modellprojekten sind jedoch positive Effekte auf Patientenzufriedenheit, Adherence und Rehospitalisierungsraten abzuleiten (Hamann

et al., 2007), weshalb auch ihre Implementierung weiter vorangetrieben werden sollte.

Des Weiteren müssen Shared Decision Making-Maßnahmen für diejenigen Patienten entwickelt werden, welche durch die hier vorgestellte Intervention nicht erreicht werden konnten (zum Beispiel für diejenigen Patienten, die nicht daran interessiert waren, teilzunehmen oder jene, die als unfähig eingeschätzt wurden). Da zu erwarten ist, dass die Implementierung von Shared Decision Making in der Routineversorgung zunächst auf große Schwierigkeiten insbesondere auch von Seiten der Ärzte stoßen wird (Hamann et al., 2004), muss nach Möglichkeiten gesucht werden, die Patienten auch unabhängig von ihrem Therapeuten zu motivieren. Dazu sollten Programme, die Shared Decision Making aus Sicht der Patienten erleichtern, mehr Beachtung erhalten. Durch das so genannte Empowerment (die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln für die eigene Gesundheit) kann der Einzelne gestärkt werden, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über sein Leben zu erlangen (Israel et al., 1994).

Solche Empowerment-Strategien haben sich in der somatischen Medizin als gut anwendbar und effektiv erwiesen (Harrington et al., 2004). Diese Strategien trainieren Patienten hinsichtlich ihrer Kommunikationsfähigkeit und zielen darauf ab, die Patienten zu ermutigen, sich bei der Vorstellung beim Arzt besser durchzusetzen, indem sie mehr Fragen stellen und ihre Meinung in die Diskussion mit einbringen. Im Gegensatz zum Einsatz einer Entscheidungshilfe richten diese Interventionen ihr Augenmerk nicht auf einzelne ausgewählte Entscheidungen (zum Beispiel Wahl des richtigen Medikaments), sondern sie ermöglichen es dem Patienten vielmehr, ihre Rechte in jeglicher Situation effektiver einzufordern.

Darüber hinaus bedarf es der spezifischen Stärkung der für Shared Decision Making erforderlichen Patientenkompetenzen (Towle et al., 1999), wie:

- die eigenen Partizipationspräferenzen bestimmen
- sich die eigenen Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich der Erkrankung und der Therapieoptionen zu vergegenwärtigen
- diese Erwartungen und Vorstellungen klar und zum richtigen Zeitpunkt dem behandelnden Arzt nahe zu bringen
- sich selbst Informationen zu besorgen

- die gesammelten Informationen zu bewerten
- mit dem Arzt Entscheidungen auszuhandeln und dabei Konflikte zu lösen

Diese Kompetenzen sind nicht immer von vornherein vorhanden, aber sie sind erlernbar und es sollten entsprechende Trainingsprogramme angeboten werden, da auf Seiten der Patienten zwar zumeist der Wunsch nach Beteiligung an medizinischen Entscheidungen besteht, aber auch hier die Patienten anscheinend erst die nötigen Fähigkeiten erlernen müssen, um im Gespräch mit dem Arzt ihre Bedürfnisse und Präferenzen klar artikulieren zu können (Scheibler et al., 2004). Neue Ansätze in diese Richtung sind bereits zu verzeichnen, zum Beispiel durch das Gründen sogenannter Patientenuniversitäten (Reichhart et al., 2008).

In letzter Zeit haben sich auch Peer-to-peer Modelle entwickelt, wo Betroffene (so genannte „Peers“) anderen Patienten Informationen und Hilfestellungen geben, indem sie selbständig psychoedukative Gruppen für Patienten mit Schizophrenie leiten (Rummel et al., 2005). Erste Ergebnisse einer „peer-to-peer“-Psychoedukation bei schizophrenen Patienten zeigen einen signifikanten Wissenszuwachs und eine signifikante Veränderung des Krankheitskonzepts in Richtung bessere Compliance. So scheint die peergeleitete Psychoedukation durchaus mit der professionell geleiteten vergleichbar zu sein (Rummel et al., 2005).

Des Weiteren gibt es sogenannte Patientensprechstunden, wo sich Patienten bei anderen Betroffenen Ratschläge bezüglich ihrer Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten einholen können. Die Teilnehmer berichten, dass die dort vermittelten Inhalte glaubwürdiger seien und besser akzeptiert würden, weil sie von Menschen stammen, die von derselben Krankheit betroffen sind wie der Ratsuchende selbst (Rummel-Kluge et al., 2008).

Auch von Seiten der Ärzte bedarf es eines Grundverständnisses des Modells Shared Decision Making und gewisser dafür notwendiger Kommunikationsfähigkeiten (Scheibler et al., 2004), damit dieses Modell erfolgreich und effektiv angewendet werden kann. Bedauerlicherweise gibt es noch viel zu wenige Lehrveranstaltungen zum Erwerb dieser Kommunikationsfähigkeiten in der Ausbildung an den medizinischen Fakultäten der Hochschulen beziehungsweise in der Weiterbildung der Ärzte.

5 Zusammenfassung

Seit längerem wird eine vermehrte Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen gefordert und von den meisten Patienten auch gewünscht. Dabei wird von vielen Autoren das Modell des Shared Decision Making favorisiert, das sich in der somatischen Medizin als gut geeignet erwiesen hat, Patienten vermehrt an Entscheidungen zu beteiligen und die Behandlungszufriedenheit zu verbessern. Shared Decision Making wird aber bis dato in der Psychiatrie noch kaum umgesetzt, obwohl vor allem das Gebiet der Schizophreniebehandlung gut für den Einsatz von Shared Decision Making geeignet wäre, da es sich bei der Schizophrenie um eine chronische Erkrankung handelt, bei deren Therapie in den meisten Fällen mehrere gleichwertige Behandlungsoptionen existieren, die aber mit einem unterschiedlichen Spektrum an für den Patienten oft unangenehmen Nebenwirkungen einhergehen. Aus diesem Grund ist es bei der Auswahl der Behandlung für den Arzt besonders wichtig, die Präferenzen des Patienten zu kennen und Therapieentscheidungen gemeinsam mit dem Patienten zu treffen, um eine möglichst gute Compliance zu erreichen.

Die von uns als kontrollierte, randomisierte Studie durchgeführte Untersuchung befasste sich mit der Anwendbarkeit und den Kurzeitwirkungen einer Shared Decision Making Intervention im Rahmen der Routinebehandlung von an Schizophrenie erkrankten Patienten in psychiatrischen Akutkliniken.

Folgende Fragen sollten durch die Untersuchung beantwortet werden:

1. Ist Shared Decision Making bei schizophrenen Patienten überhaupt anwendbar?
2. Welchen Einfluss hat eine Shared Decision Making Intervention auf die von den Patienten empfundene Einbeziehung in medizinische Entscheidungen?
3. Ändert die Intervention das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung, die Behandlungszufriedenheit und die Einstellung gegenüber der Medikation?
4. Treffen schizophrene Patienten und ihre Ärzte beim Einsatz von Shared Decision Making (mittels Entscheidungshilfe und Planungsgespräch) andere Entscheidungen?

Die praktische Umsetzung von Shared Decision Making erfolgte mittels Anwendung einer sogenannten Entscheidungshilfe, einer 16-seitigen Broschüre, welche in laiengerechter Weise über die wichtigsten Behandlungsoptionen der Therapie der Schizophrenie informiert und die Patienten zu einer Präferenzbildung anhand ihrer bisherigen Therapieerfahrungen anleiten soll. Nachdem die Patienten gemeinsam mit ihrer Bezugspflegerkraft diese Entscheidungshilfe durchgearbeitet hatten folgte ein Planungsgespräch zwischen Arzt und Patient bezüglich der weiteren Therapie.

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Shared Decision Making-Intervention bei allen Patienten der Interventionsgruppe (N = 49) anwendbar war und schizophrene Patienten auch in der akuten Krankheitsphase Interesse daran zeigen, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (72 % der Patienten in der Interventionsgruppe bekundeten Interesse an einer Beteiligung an medizinischen Entscheidungen).

Des Weiteren steigerte die Intervention die empfundene Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungen (Messung mittels COMRADE, in der Interventionsgruppe nach dem Planungsgespräch und in der Kontrollgruppe bei Studieneinschluss, $p = 0,03$) und vermehrte das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung (Messung vor Entlassung mittels Wissensfragebogen in der Interventions- und Kontrollgruppe, $p = 0,01$).

Auch die Einstellung der Patienten gegenüber ihrer Behandlung konnte verbessert werden (Messung mittels DAI vor Entlassung in der Interventions- und Kontrollgruppe, $p = 0,06$). Auf die Zufriedenheit mit der Behandlung hatte die Intervention in unserer Untersuchung keinen Einfluss.

Mit der angewendeten Intervention war es möglich, die untersuchte Patientengruppe mehr als bisher an therapeutischen Entscheidungen teilhaben zu lassen, d. h. es wurden vermehrt gemeinsame Entscheidungen getroffen (Einschätzung der Ärzte vor der Entlassung in der Interventions- und Kontrollgruppe, $p = 0,06$) und die Intervention erhöhte den Einsatz von Psychoedukation (67 % in der Interventionsgruppe, 38 % in der Kontrollgruppe).

Insgesamt betrachtet eröffnen unsere Ergebnisse positive Ausblicke für das Modell des Shared Decision Making in der Anwendung bei akut an Schizophrenie erkrankten Patienten.

Zukünftig muss jedoch vermehrt an Shared Decision Making Programmen für diejenigen Patienten gearbeitet werden, die mit unserer Intervention nicht erreicht werden konnten (d. h. Patienten, die kein Interesse an einer Teilnahme zeigten oder die von ärztlicher Seite als unfähig eingestuft wurden, teilzunehmen).

Um den von uns erreichten Effekt der Shared Decision Making Intervention längerfristig aufrecht zu erhalten ist eventuell der Einsatz einer sich wiederholenden Intervention erforderlich.

Des Weiteren bedarf es einer Förderung von Empowermentstrategien zur Stärkung des Selbstbewusstseins, der Kommunikationsfähigkeit und des Selbstbestimmungsrechts der Patienten, um insbesondere von Patientenseite eine verstärkte Anwendung von Shared Decision Making zu erreichen.

Außerdem sollte Informationsmaterial, wie zum Beispiel Entscheidungshilfen, und viel versprechende Programme, wie zum Beispiel Peer-to-peer-Psychoedukation, weiterentwickelt und in größerem Maßstab für Betroffene leicht zugänglich angeboten werden.

Nicht zuletzt müssen Konzepte wie das Shared Decision Making auch in die Hochschulausbildung der Ärzte und die ärztliche Weiterbildung verstärkt Einzug halten, um auch auf ärztlicher Ebene ein breiteres Bewusstsein für diese Problematik zu schaffen und zukünftig eine bessere Arzt-Patient-Kommunikation und damit auch bessere Behandlungserfolge zu gewährleisten.

6 Literaturverzeichnis

- Awad, A. G. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 19 (1993) 609–618
- Basan, A., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung: Eine 4-Jahreskatamnese und Literaturübersicht. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 68 (2000) 537–545
- Bechdorf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Pukrop, R. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 110 (2004) 21–28
- Braddock, C. H. III, Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., Levinson, W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 282 (1999) 2313–2320
- Bunn, M. H., O'Connor, A. M., Tansey, M. S., Jones, B. D. W., Stinson, L. E. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 11 (1997) 238–248
- Carpenter, W. T. Jr., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnick, J., Appelbaum, P. S. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (2000) 533–538
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., March, V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann. Intern. Med.* 92 (1980) 832–836
- 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) *Soc. Sci. Med.* 44 (1997) 681–692
- Deber, R. B. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 151 (1994) 423–427
- Deber, R. B., Kraetschmer, N., Irvine, J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch. Intern. Med.* 156 (1996) 1414–1420

- Deinzer, A., Babel, H., Veelken, R., Kohnen, R., Schmieder, R. E. Shared decision-making mit Bluthochdruckpatienten. Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 131 (2006) 2592–2596
- Dierks, M., Seidel, G., Schwartz, W., Horch, K. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert-Koch-Institut, Berlin, 2006
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Holmes-Rovner, M., Kinnersley, P., Houston, H., Russell, I. The development of COMRADE – a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient. Educ. Couns.* 50 (2003) 311–322
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br. J. Gen. Pract.* 49 (1999) 477–482
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., Grol, R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br. J. Gen. Pract.* 50 (2000) 892–899
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 (1992) 2221–2226
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M. A. Measuring patients desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J. Gen. Intern. Med.* 4 (1989) 23–30
- Ernst, J., Holze, S., Sonnenfeld, C., Götze, H., Schwarz, R. Medizinische Entscheidungsfindung im Krankenhaus – Ergebnisse einer explorativen Studie zum Stellenwert des shared decision making aus Sicht der Ärzte. *Gesundheitswesen* 69 (2007) 206–215
- Gaebel, W., Pietzcker, A. Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part III. Treatment and outcome. *Schizophr. Bull.* 13 (1987) 307–316
- Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, J. E. Jr., Yano, E. M., Frank, H. J. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J. Gen. Intern. Med.* 3 (1988) 448–457

- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am. J. Psychiatry* 162 (2005) 2382–2384
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J. Clin. Psychiatry* 68 (2007) 992–997
- Hamann, J., Langer, B., Kalbhenn, E., Kissling, W. Shared decision making – vom Modellprojekt zur Implementierung. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 98 (2004) 115–119
- Hamann, J., Leucht, S., Kissling, W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand.* 107 (2003) 403–409
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., Härter, M. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect.* 10 (2007) 358–363
- Harrington, J., Noble, L. M., Newman, S. P. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Educ. Couns.* 52 (2004) 7–16
- Horch, K., Wirz, J. Nutzung von Gesundheitsinformationen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48 (2005) 1250–1255
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. The development of the Working Alliance Inventory. In: „The psychotherapeutic research process: A research handbook“ Greenberg, L. S., Pinsof, W. M. (Ed.), The Guilford Press, New York, 1987, 529–556
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., Zimmerman, M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ. Q.* 21 (1994) 149–170
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. The positive and negative syndrom scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13 (1987) 261–276

- Kiesler, D. J., Auerbach, S. M. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models und interventions. *Patient Educ. Couns.* 61 (2006) 319–341
- Kilian, R., Lindenbach, I., Lobig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., Angermeyer, M. C. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Soc. Sci. Med.* 57 (2003) 1127–1142
- Kissling, W. „Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: consensus conference proceedings“ Springer, Berlin Heidelberg New York, 1991
- Kjellgren, K. I., Svensson, S., Ahlner, J., Säljö, R. Antihypertensive treatment and patient autonomy – the follow-up appointment as a resource for care. *Patient. Educ. Couns.* 40 (2000) 39–49
- Klemperer, D., Rosenwirth, M. „Shared decision making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen“ Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2005
- Koch, U., Lehmann, H. Der informierte Bürger. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47 (2004) 925–926
- Krumm, S., Becker, T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiat. Prax.* 33 (2006) 59–66
- Kühn-Mengel, H., Kronauer, B., Walzik, W. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: „Gemeinsam entscheiden–erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen“ Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005, 55–61
- Lambert, M., Haro, J. M., Novick, D., Edgell, E. T., Kennedy, L., Ratcliffe, M., Naber, D. Olanzapine vs. other antipsychotics in actual out-patient settings: six months tolerability results from the European Schizophrenia Out-patient Health Outcomes Study. *Acta Psychiatr. Scand.* 111 (2005) 232–243
- Langewitz, W., Keller, A., Denz, M., Wössmer-Buntschu, B., Kiss, A. Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 45 (1995) 351–357

- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Turcot, L., Graham, I. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals (Protocol). *The Cochrane Library* 3 (2007) 1–10
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., Kreyenbuhl, J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am. J. Psychiatry* 161 (2004) 1–56
- Lelie, A. Decision-making in nephrology: shared decision making? *Pat. Edu. Couns.* 39 (2000) 81–89
- Levine, R. H. A researcher's concern with ethics in human research. *J. Calif. Alliance Ment. Ill* 5 (1994) 14–16
- Loh, A., Kremer, N., Giersdorf, N., Jahn, H., Häselmann, S., Bermejo, I., Härter, M. Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 98 (2004) 101–107
- Man-Son-Hing, M., Laupacis, A., O'Connor, A. M., Biggs, J., Drake, E., Yetisir, E., Hart, R. G. A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA* 282 (1999) 737–743
- Mazur, D. J., Hickam, D. H. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. *J. Gen. Intern. Med.* 12 (1997) 114–117
- McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 321: (2000) 867–871
- Morgan, M. W., Deber, R. B., Llewellyn-Thomas, H. A., Gladstone, P., Cusimano, R. J., O'Rourke, K., Tomlinson, G., Detsky, A. S. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *J. Gen. Intern. Med.* 15 (2000) 685–693
- Naber, D. Subjective effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 111 (2005) 81–83
- Naber, D., Karow, A. Good tolerability equals good results: the patient's perspective. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 11 (2001) 391–396

- O'Connor, A. M., Légaré, F., Stacey, D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*. 327 (2003) 736–740
- Onel, E., Hamond, C., Wasson, J. H., Berlin, B. B., Ely, M. G., Laudone, V. P., Tarantino, A. E., Albertsen, P. C. Assessment of the feasibility and impact of shared decision making in prostate cancer. *Urology* 51 (1998) 63–66
- Palmer, B. W., Dunn, L. B., Appelbaum, P. S., Jeste, D. V. Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 61 (2004) 230–236
- Parsons, T. „The Social System“. The Free Press, Glencoe, 1951
- Piercy, G. B., Deber, R., Trachtenberg, J., Ramsey, E. W., Norman, R. W., Goldenberg, S. L., Nickel, J. C., Elhilali, M., Perrault, J.-P., Kraetschmer, N., Sharpe, N. Impact of a shared decision-making program on patients with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 53 (1999) 913–920
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R. R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 27 (2001) 73–92
- Protheroe, J., Fahey, T., Montgomery, A. A., Peters, T. J. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 320 (2000) 1380–1384
- Reichhart, T., Kissling, W., Scheuring, E., Hamann, J. Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme Patient Participation in German Psychiatry – A Critical Review *Psychiat. Prax.* 35 (2008) 111–121
- Rosenson, M. K., Kasten, A. M. Another view of autonomy: arranging for consent in advance. *Schizophr. Bull.* 17 (1991) 1–7
- Rummel, C. B., Hansen, W. P., Helbig, A., Pitschel-Walz, G., Kissling, W. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach. *J. Clin. Psychiatry* 66 (2005) 1580–1585
- Rummel-Kluge, C., Stiegler-Kotzor, M., Schwarz, C., Hansen, W. P., Kissling, W. Peer-counseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Educ. Couns.* 70 (2008) 357–362

- Scheibler, F., von Pritzbuer, E., Pfaff, H. Partizipative Entscheidungsfindung als Chance für die Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 98 (2004) 109–114
- Scheibler, F., Schwantes, U., Kamomann, M., Pfaff, H. Shared decision-making. *GGW* 1 (2005) 23–31
- Strull, W. M., Lo, B., Charles, G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 252 (1984) 2990–2994
- Towle, A., Godolphin, W., Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 319 (1999) 766–771
- Ziegenhagen, D. J., Frye, C., Kottmair, S. Patientenzentrierte Gesundheitsprogramme. Konzeption und praktische Erfahrungen am Beispiel der Indikation chronische Herzinsuffizienz. *Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich.* 99 (2005) 209–215

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Ablauf der Datenerhebung	24
Abbildung 2	Ablauf des Patienteneinschlusses	27
Tabelle 1	Einordnung des Modells Shared Decision Making	4
Tabelle 2	Basisdaten	28
Tabelle 3	Beurteilung der Leistung der Patienten beim Durcharbeiten der Entscheidungshilfe durch das Pflegepersonal.....	29
Tabelle 4	Beurteilung der Leistung der Patienten beim Planungsgespräch durch die Ärzte	30
Tabelle 5	Ergebnisse aus Sicht der Patienten	31
Tabelle 6	Ergebnisse aus Sicht der Ärzte	32
Tabelle 7	Therapieentscheidungen	33

8 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name Veronika Annelore Eva Winkler-Stöhr
Geburtstag/-ort 25.02.1978/Landshut

Schulbildung:

1984–1988 Grundschule Landau a. d. Isar
1988–1995 Gymnasium Landau a. d. Isar
1995–1996 Cobden Highschool Illinois USA als Stipendiat des Parlamentarischen Patenschafts-Programms (PPP) des Deutschen Bundestages und des Kongresses der Vereinigten Staaten von Amerika
1996–1998 Gymnasium Landau a. d. Isar
1998 Abitur

Hochschulbildung:

1998–2002 Humanmedizin Universität Ulm
2002–2005 Humanmedizin Technische Universität München
09/2001 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/2004 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/2005 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
05/2005 Approbation

Berufliche Tätigkeit:

11/2005–04/2006 Assistenzärztin in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Kreiskrankenhaus Eggenfelden
07/2006–05/2007 Assistenzärztin in der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Klinikum Nürnberg Nord
seit 06/2007 Assistenzärztin in der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Klinikum Bad Saarow

9 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt allen voran meinem Doktorvater PD Dr. Johannes Hamann für die Überlassung des Themas und die Einführung ins Thema, die stets gute Betreuung hinsichtlich aller Fragen, insbesondere die Literaturrecherche, die Durchführung der Datenerhebung und die statistische Auswertung betreffend.

Des Weiteren gilt mein Dank Dr. Bernadette Langer für die Hilfe bei der Rekrutierung und Schulung der Studienärzte und -kliniken, allen Mitwirkenden bei der Entwicklung der Entscheidungshilfe und der Fragebögen, den Ärzten und dem Pflegepersonal des Bezirkskrankenhauses Haar und des Klinikums Agatharied für die Hilfe bei der praktischen Durchführung der Studie und der Erfassung der Daten und mein Dank gilt nicht zuletzt Dr. Stefanie Klug für ihre Hilfe bei allen Fragen der äußeren Form.

Ganz besonders gilt mein Dank meinen Eltern für ihre immerwährende Unterstützung meines beruflichen Werdegangs und insbesondere meinem Vater für die Durchsicht der Arbeit hinsichtlich Fragen der Rechtschreibung und der Grammatik. Abschließend möchte ich meinem Ehemann für seine fortwährende moralische Unterstützung danken.