

Informierte Entscheidung – Voraussetzung für selbstbestimmtes Handeln: Wunsch und Wirklichkeit

David Klemperer
13. Symposium CCIV
Wien 14.11.2019



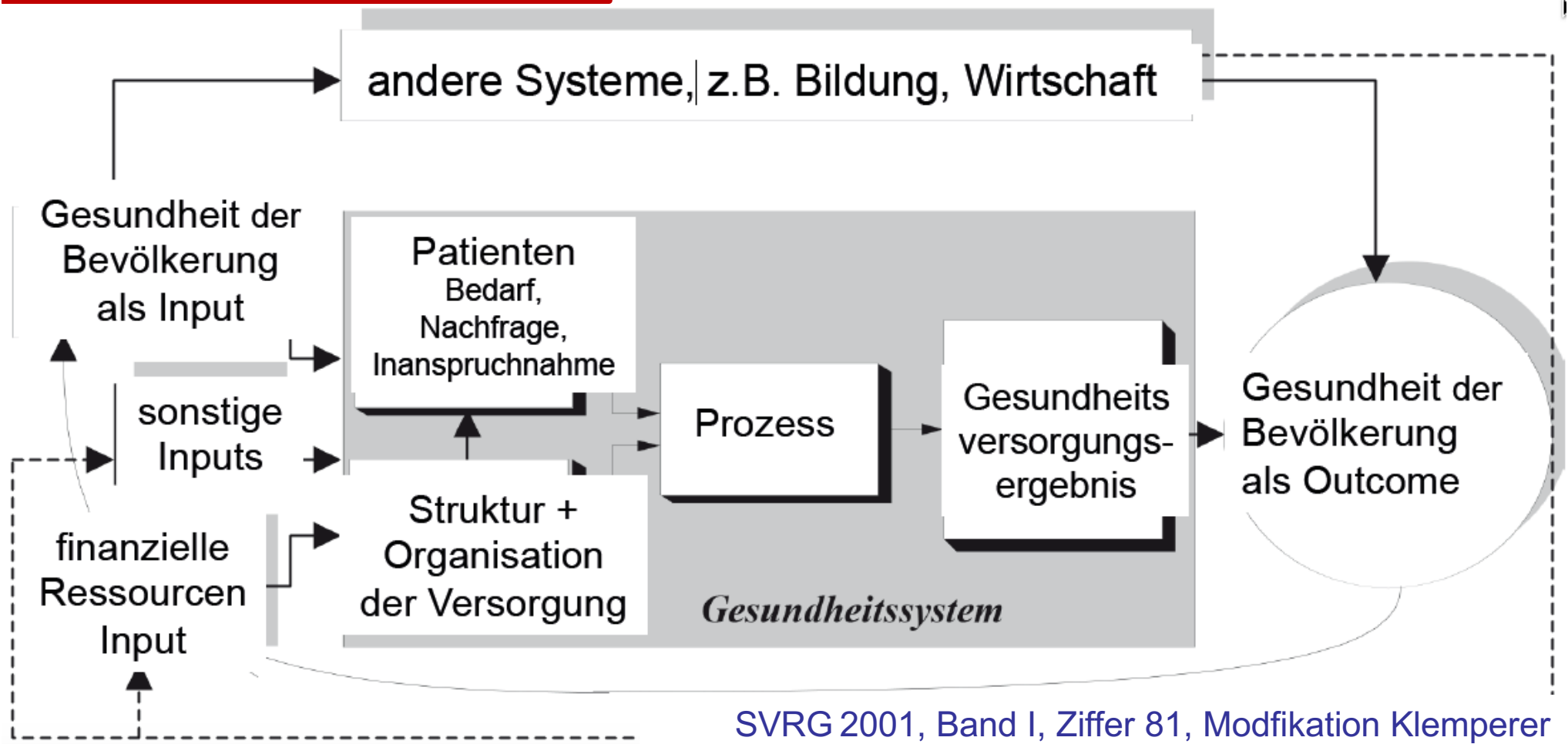
OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

1. Wunsch
2. Wirklichkeit
3. Wunsch und Wirklichkeit –
die Lücke verkleinern

Gesundheitskompetenz: zwischen Lancet-Studie und Analphabetismus, individuelle/Gesundheitseinrichtung; **Kommunikation:** lehren und lernen, Patienten unterstützen, zu Fragen ermutigen, Ärzte unterstützen.

Gesundheitsinformation: System Krankenhaus / Individuen, Portale, **Qm-Prozesse:** Patienten einbeziehen, in, mit Patienten entwickeln und evaluieren

Komplexes adaptives System
Plsek, IOM 2001, S. 312



**Informierte Entscheidung – Voraussetzung
für selbstbestimmtes Handeln**

Wunsch



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

Patientenwohl



Patient/Patientin präsentiert dem Arzt/der Ärztin ein Gesundheitsproblem mit dem Wunsch nach Lösung

Arzt/Ärztin erfasst das Problem = Diagnose

Arzt/Ärztin bietet Lösungsmöglichkeit(en) an
☞ Studienwissen, Evidenz

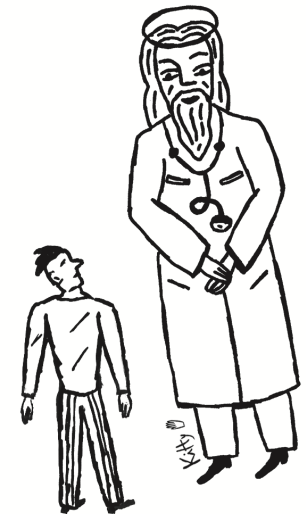
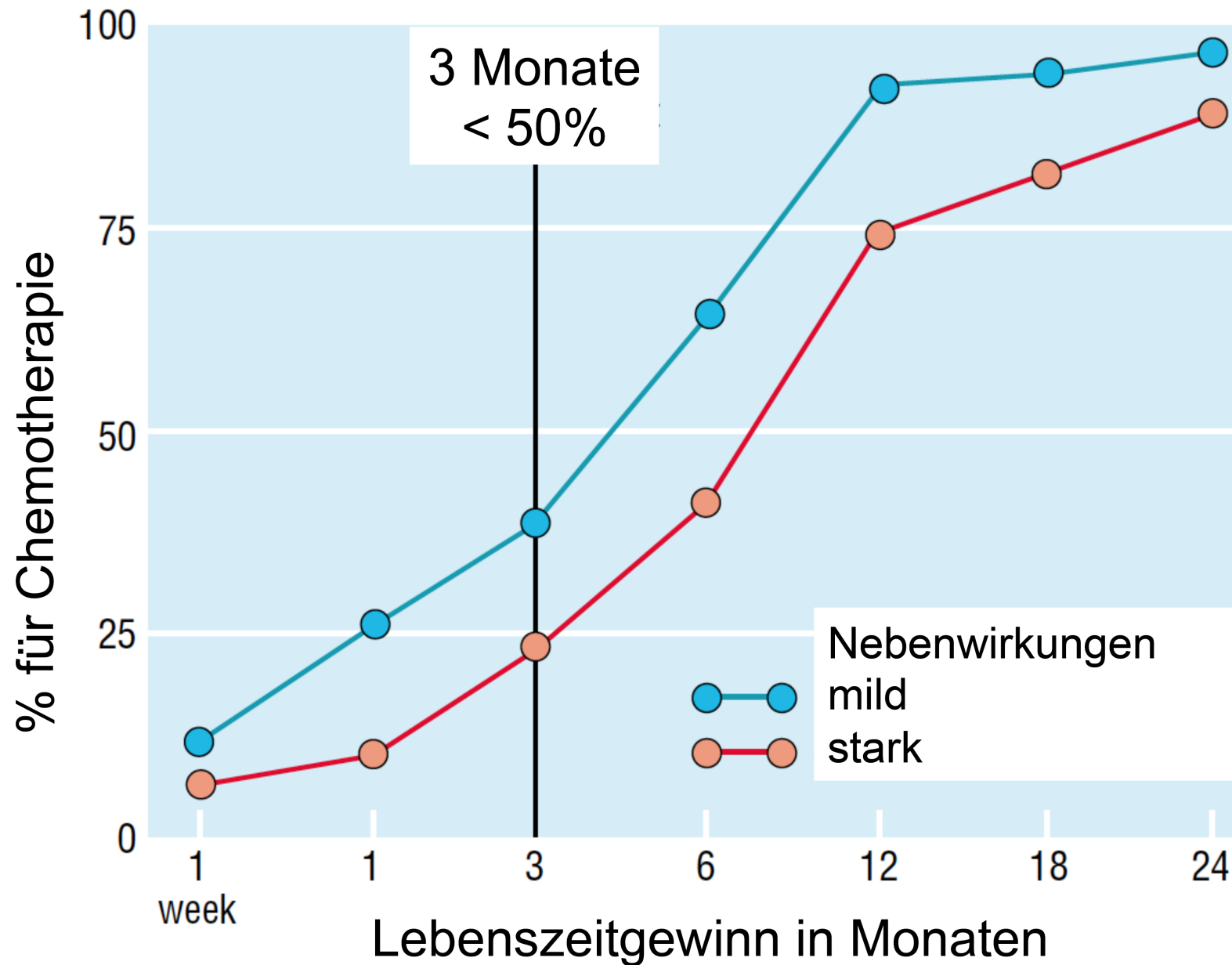


Arzt + Patient

- Präferenzklärung
- Vereinbarung von Behandlungszielen
- ☞ **Autonomie**

Evidenz +
Shared Decision Making

Lebenszeit vs. Lebensqualität: Patienten wissen, was ihnen wohl tut



Silvestri
et al. 1998

Bedarfsgerechtigkeit

Medizinisch **objektiver Bedarf**

Evidenz aus Studien

Persönlich **subjektiver Bedarf**

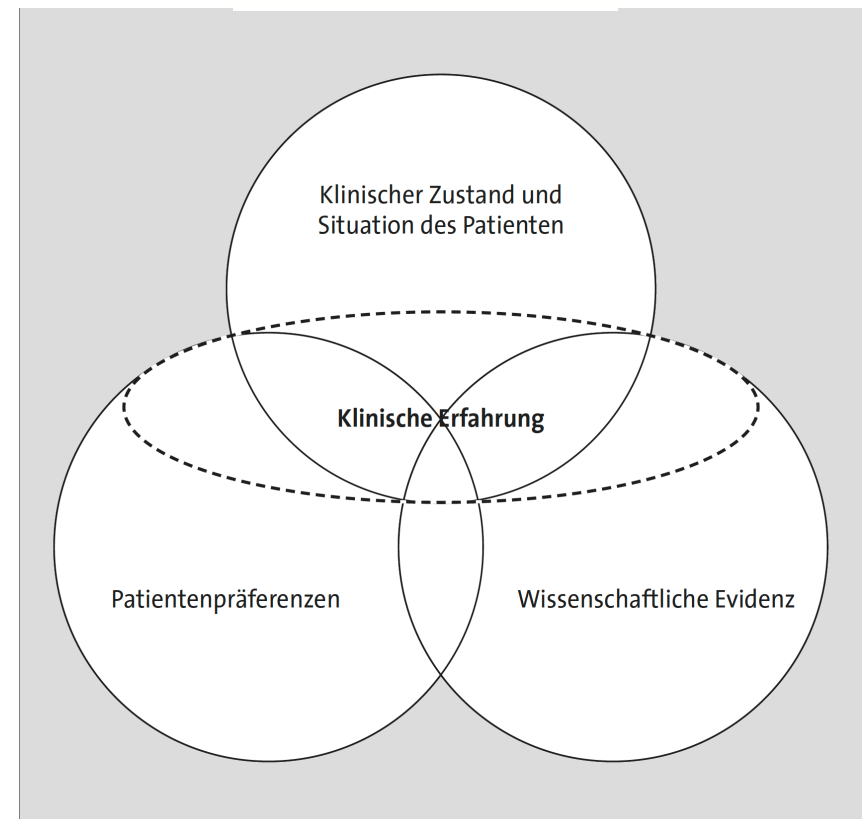
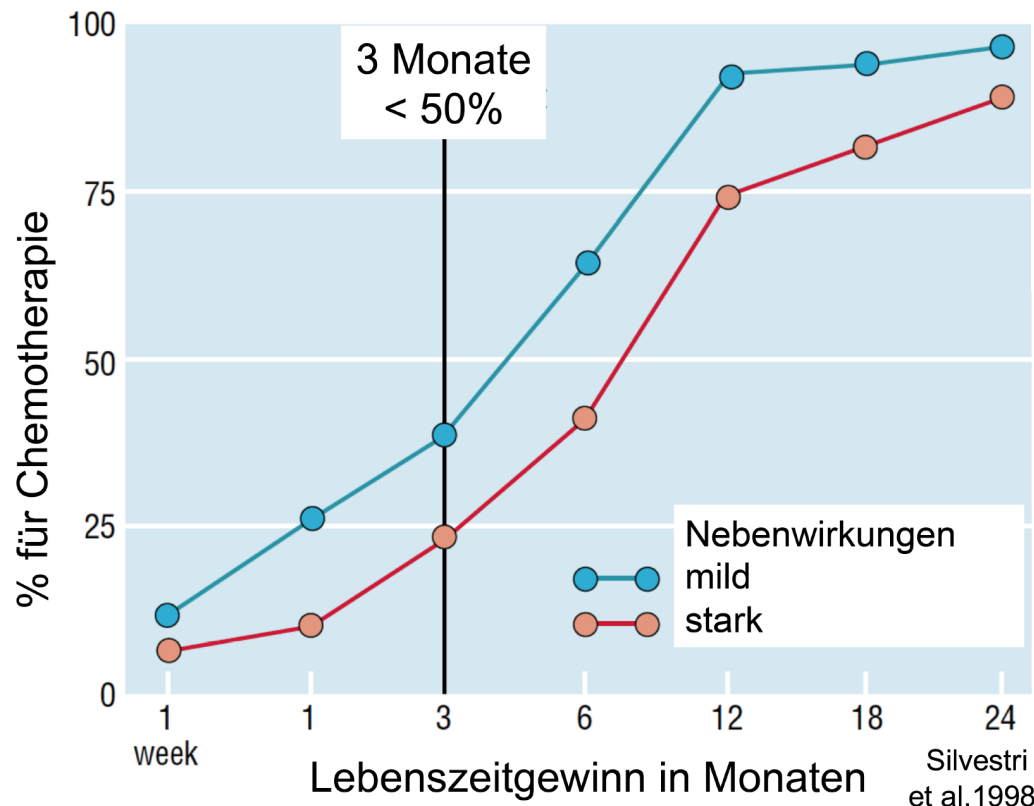
individuelle Präferenzen

Patientenwohl

Sachverständigenrat Gesundheit 2018 Ziffer 15/17/18



Fortgeschrittener Lungenkrebs: Chemotherapie?



Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus

STELLUNGNAHME

1. selbstbestimmungsermöglichende Sorge
 - ➔ Autonomie ermöglichen durch Information Ermutigung, Unterstützung, Shared Decision Making
2. Gewährleistung guter Behandlungsqualität
3. Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit

DEKLARATION VON GENF 2017



Als Mitglied der Ärzteschaft gelobe ich feierlich

3. Die Gesundheit **und das Wohlbefinden** meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

4. Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

11. Ich werde mein **medizinisches Wissen zum Wohle meiner Patientinnen und meiner Patienten** und zur Förderung des Gesundheitswesens teilen.

Der **Arzt** in seiner Rolle **als Treuhänder** („fiduciary“) verpflichtet sich zur **Loyalität** und zu einer Arbeit allein **zum Wohle und Nutzen des Patienten**. Situationen, welche die so beschaffene Verpflichtung und Loyalität des Arztes als Treuhänder kompromittieren, stellen **Interessenkonflikte** dar.

Marc Rodwin 2011, Conflicts of Interest and the Future of Medicine, S. 15

**Informierte Entscheidung – Voraussetzung
für selbstbestimmtes Handeln**

Wirklichkeit

Fokus:

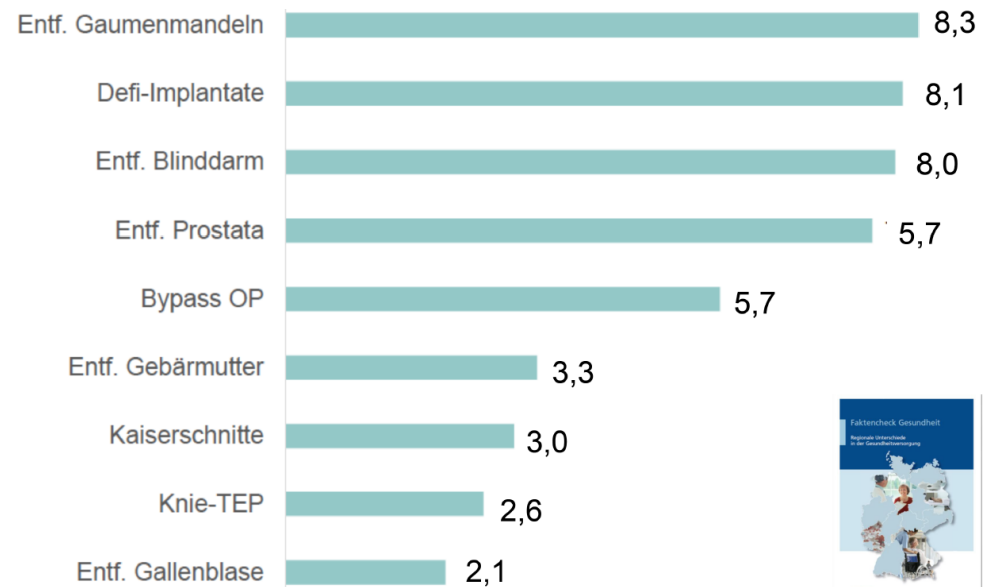
Verbesserungsbereiche



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

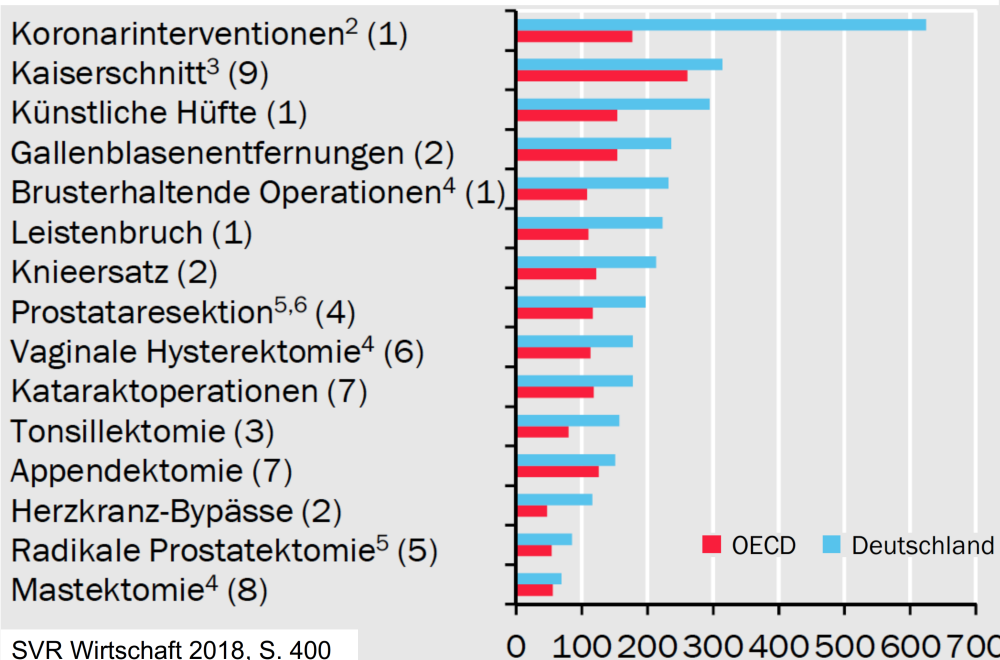
Sachverständigenrat Gesundheit. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Feherversorgung. Gutachten 2000/2001

Bedarf \ Leistung ^{a)}	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht ^{b)}
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung



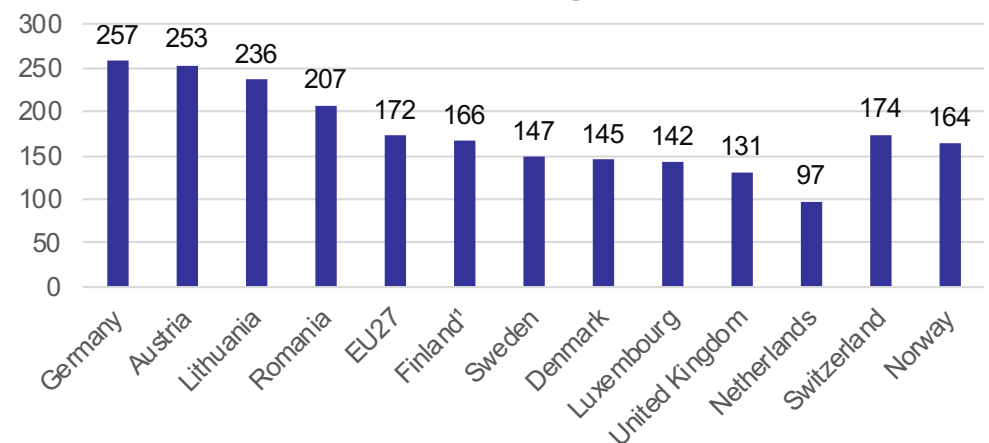
Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung 2010-2012 Grote Westrick, Zich, Klemperer. et al. 2015

Fallzahlen nach Eingriffen je 100 000 E im Jahr 2012



SVR Wirtschaft 2018, S. 400

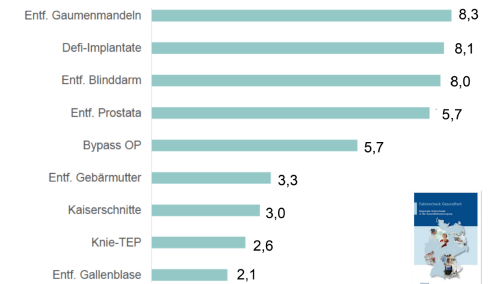
Krankenhausentlassungen / 1000 E, 2016



OECD. Health at a Glance 2018, S. 187

- überflüssige Eingriffe aus ökonomischen Gründen gehäuft: Kardiologie, Unfallchirurgie/Orthopädie
- Entscheidungskonflikte ärztlich / wirtschaftlich
- Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt
- (...)

Reifferscheid et al., DMW 2015: Interviews Chefarzte, Geschäftsführer



Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung 2010-2012 Grote Westrick, Zich, Klemperer, et al. 2015

- Patienten werden unnötig ins Krankenhaus aufgenommen
- Patienten mit „lukrativen“ DRGS werden bevorzugt aufgenommen
- medizinisch nicht notwendige aber abrechenbare Leistungen werden erbracht
- überflüssige Operationen werden durchgeführt
- (...)

Wehkamp und Naegler, Dtsch Arztebl 2017:

Interviews, Fokusgruppen, Workshop mit Ärzten und Geschäftsführern



Überversorgung – eine Spurensuche

| BertelsmannStiftung



Mitgliederbefragung 2016 Überversorgung und Unterversorgung: Alltagsproblem 70%.
 Bildgebung, Labordiagnostik, apparativtechnische Therapie, medikamentöse Therapie
 Fölsch et al. Dtsch Arztebl 2016

Befragung junger Ärztinnen und Ärzte

„Da gibt es morgens dann manchmal die Ansage: Oh, der OP-Plan ist leer, jetzt müsst ihr aber wirklich mal alle in Richtung OP arbeiten und dann muss das halt gemacht werden. Also das wird so vorgegeben, die Patienten werden aus der Notaufnahme aufgenommen. Man hätte sie eigentlich auch wieder entlassen können, aber wenn der OP-Plan leer ist, wenn die Betten frei sind, dann muss aufgenommen werden.“

Bittner, Schmidt-Kaehler, Bertelsmann Stiftung 2018, S. 16

„Wir haben bezüglich der Anzahl der Eingriffe klare Vorgaben seitens der Klinikleitung. Da fragt man sich, wo man die Leute noch alle herholen soll ...“

Bittner, Schmidt-Kaehler, Bertelsmann Stiftung 2018, S. 16

„Leistungen, die in unserem Haus nicht angeboten werden, werden erst gar nicht als Option benannt.“

Bittner, Schmidt-Kaehler, Bertelsmann Stiftung 2018, S. 17

„Häufig werden die Behandlungsentscheidungen schon getroffen, bevor ich überhaupt mit dem Patienten geredet habe.“

Bittner, Schmidt-Kaehler, Bertelsmann Stiftung 2018, S. 23



Umsetzung SDM im Klinikalltag

- Zusammenarbeit im Team
- Hierarchie, autoritativer Führungsstil
- kritikvermeidende Gesprächskultur gegenüber Vorgesetzten oder erfahreneren Kollegen
- Revision von SDM- Behandlungskonzepten durch dienstältere ärztliche Kollegen

Bittner, Schmidt-Kaehler, Bertelsmann Stiftung 2018, S. 33



Gemeinsam entscheiden
im Klinikalltag

Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen
mit jungen Ärzten

**Informierte Entscheidung – Voraussetzung für
selbstbestimmtes Handeln**

Wunsch und Wirklichkeit – die Lücke verkleinern



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

Denkmuster → Überversorgung

Behandeln ist immer besser als nicht behandeln

Mehr ist besser als weniger

Sicher ist sicher

Mehr diagnostische Information kann nie schaden

Neu ist immer besser als alt → „Innovation“

Teurer ist besser als billiger

Früher ist immer besser als später

Technologie ist besser

Abweichungen von der Norm → korrigieren!

Krankheit: bekämpfen!

Tod: verhindern!

...

Saini, Garcia-Armesto, Klemperer, et al. Drivers of Poor Medical Care. Lancet 2017

Welch, G. (2015). *Less Medicine, More Health: 7 Assumptions That Drive Too Much Medical Care.*

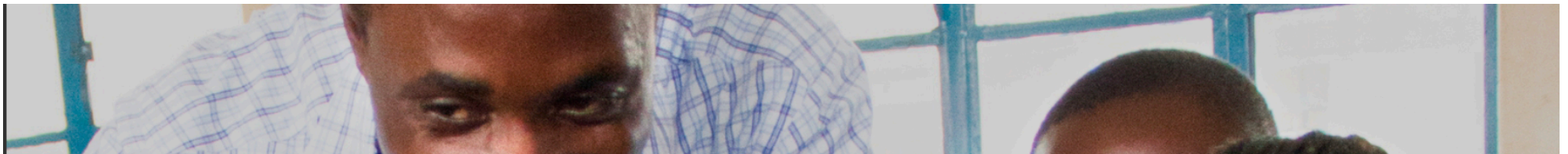


Erfahrungen
mit Überversorgung
Qualitativ-psychologische Studie
mit Patienten und Ärzten

A photograph of a male teacher with a beard, wearing a blue and white checkered shirt, leaning over a group of students. The students are wearing blue school uniforms with white collars. They are all smiling and looking at each other, suggesting a positive learning environment. The text "LEARNING TO THINK CRITICALLY ABOUT HEALTH CHOICES" is overlaid in large, white, bold, sans-serif capital letters.

LEARNING TO THINK CRITICALLY ABOUT HEALTH CHOICES

<https://www.informedhealthchoices.org>



Competences

To be able to make well-informed decisions about treatments (actions intended to maintain or improve the health of individuals or communities), students should be able to:

1. Identify claims about the effects of treatments

- a) Identify when a treatment claim has an untrustworthy basis
- b) Recognise when a claim should be questioned
- c) Recognise when to go from quick to slow thinking about treatment claims

2. Recognise when evidence used to support a treatment claim is trustworthy or untrustworthy

- a) Recognise unfair treatment comparisons
- b) Recognise unreliable summaries of treatment comparisons
- c) Recognise misleading presentations of treatment effects

3. Make well-informed decisions

- a) Clarify and understand the problem and options when making decisions about treatments
- b) Judge the relevance of evidence used to inform decisions about treatments
- c) Weigh the advantages and disadvantages of treatments, taking into account how important the benefits and harms are, the costs, and the certainty of the evidence
- d) Communicate with others about the advantages and disadvantages of treatments



Qualität von Aufklärungsbogen

Systematisches Review und kritische Analyse

Julia Lühnen, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg

11. Nutzen

- Es werden Endpunkte benannt.
- Nutzen wird (teilweise) im Vergleich zu einer anderen Option dargestellt.
- Die Wahrscheinlichkeit für einen Nutzen wird quantifiziert (verbal oder numerisch).

30/37
 6/30
 23/30

12. Schaden

- Es werden Endpunkte benannt.
- Schaden wird (teilweise) im Vergleich zu einer anderen Option dargestellt.
- Die Wahrscheinlichkeit für einen Schaden wird quantifiziert (verbal oder numerisch).

37/37
 6/37
 37/37

Kommunikation gegen Überversorgung

- Schäden / Risiken / Kosten betonen / veranschaulichen
- fehlender Nutzen allein unzureichendes Argument
- Patienten wünschen unabhängige Informationen / Beratung

Hambrock 2019, S. 35

➔ Verlustaversion vermeiden

„5 Fragen an den Arzt" bzw. die Ärztin

1. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
2. Was sind die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten?
3. Wie wahrscheinlich sind die jeweiligen Vor- oder Nachteile?
4. Was kann ich selbst tun?
5. Was passiert, wenn ich nichts tue?

Behandlungsziele besprechen und vereinbaren „goal setting“

- **Grundlegende Ziele**
Prioritäten, Werte, Beziehungen
- **Funktionelle Ziele** Körperfunktionen
- **Krankheits- oder symptom-spezifische Ziele**

Vermunt et al. (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity. *Health Expectations*, 21(2), 528-538

Ziele von schwerkranken Krebspatienten
Selbstversorgung, Lebensgenuss, Verbundenheit und Vermächtnis,, Ausgewogenheit von Qualität und Dauer des Lebens, Einbezug Anderer in Entscheidungen

Naik et al. (2016) Health Values and Treatment Goals of Older, Multimorbid Adults Facing Life-Threatening Illness.

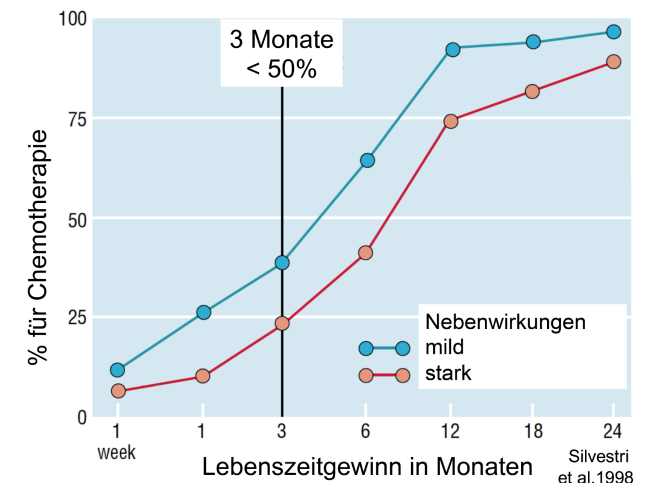
DEGAM

Multimorbidität

S3-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 053-047
DEGAM-Leitlinie Nr. 20

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



PATIENTENINFORMATION



► Akute Kreuzschmerzen

November 2017

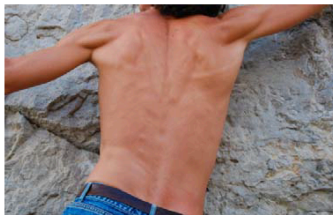
**PLÖTZLICH
KREUZSCHMERZEN –
WAS KANN ICH TUN?**



معلومات للمريض

دجنبر 2011

◀ آلام أسفل الظهر الحادة



المصدر: Françoise Fine

آلام أسفل الظهر المفاجئة
ماذا يمكنني فعله؟

DEGAM Patienteninformation:

Was hilft bei Erkältungshusten?

Erkältung – die häufigste Ursache für Husten

gi gesundheitsinformation.de verstehen | abwägen | entscheiden **ih** informedhealth.org independent | evidence-based

🏠 **Themengebiete** **Themen** 🏠 **Topic areas** **Topics: A to Z list**

Topic areas

👤 Aging and geriatric care	⚙️ Glands and hormones	🦴 Muscles, bones and joints
👤 Airways and respiratory system	🧠 Head and nerves	🍏 Prevention
🌿 Allergies	🫀 Heart and circulation	👶 Reproductive health and birth
🧬 Cancer	⚡ Immune system and infections	🔍 Screening
👤 Child and family health	📄 Individual health care services (IGeL)	🔥 Skin and hair
🍽️ Digestion and metabolism	🔬 Kidneys and urinary system	🦷 Teeth and gums
💊 Early benefit assessment of medications	♂ Men's health	♀ Women's health
✅ Evidence-based medicine (EBM)	🧘 Mental and emotional wellbeing	

gi gesundheitsinformation.de verstehen | abwägen | entscheiden

Entscheidungshilfe

Diese Entscheidungshilfe wurde für Menschen entwickelt, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, die ihre Gesundheit oder ihr soziales Leben betreffen. Sie hilft Ihnen dabei, sich über Ihre persönlichen Bedürfnisse klar zu werden, die nächsten Schritte zu planen, Fortschritte zu dokumentieren und anderen an der Entscheidung beteiligten Menschen Ihre Sicht zu vermitteln. Die Dinge, die Sie hier lernen, können auch bei zukünftigen Entscheidungen nützlich sein. Die Entscheidungshilfe umfasst vier Schritte:

1. Um welche Entscheidung geht es?
2. Welche Möglichkeiten haben Sie? Wer kann Sie unterstützen?
3. Was benötigen Sie für die Entscheidung?
4. Was fehlt Ihnen noch für die Entscheidung? Was könnte Ihnen bei der Vorbereitung weiterhelfen?

Die Entscheidungshilfe ersetzt keine professionelle Beratung. Sie hilft Ihnen bei der Vorbereitung, bevor Sie mit Fachleuten und Angehörigen die verschiedenen Möglichkeiten besprechen.

1. Um welche Entscheidung geht es?

Vor welcher Entscheidung stehen Sie?

Warum müssen Sie diese Entscheidung treffen?

Bis wann müssen Sie sich entscheiden?

Wie weit sind Sie mit Ihrer Entscheidung?

- ☐ Ich habe noch nicht über die verschiedenen Möglichkeiten nachgedacht.
- ☐ Ich denke gerade über die verschiedenen Möglichkeiten nach.
- ☐ Ich stehe kurz vor einer Entscheidung.
- ☐ Ich habe mich bereits entschieden.

Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening

In Zahlen: Heilungschancen

Wenn 1000 Frauen
am Mammographie-
Programm ...

Wie viele Frauen
sterben an Brustkrebs?

... <u>nicht</u> teilnehmen	19
... teilnehmen	13 bis 17

Das heißt: Von 1000 Frauen ...

... werden
etwa 2 bis 6 Frauen
vor dem Tod durch
Brustkrebs bewahrt



In Zahlen: Überdiagnosen

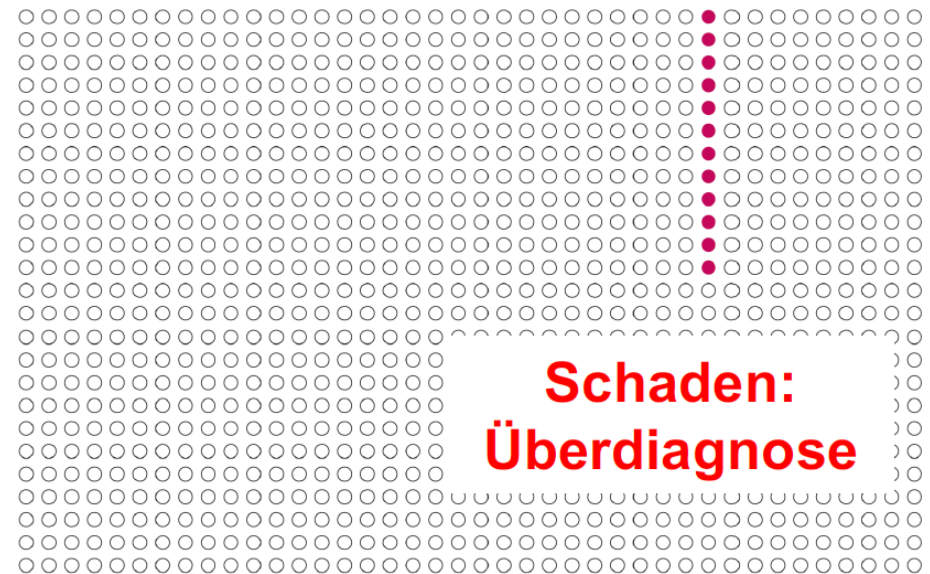
Wenn 1000 Frauen
am Mammographie-
Programm ...

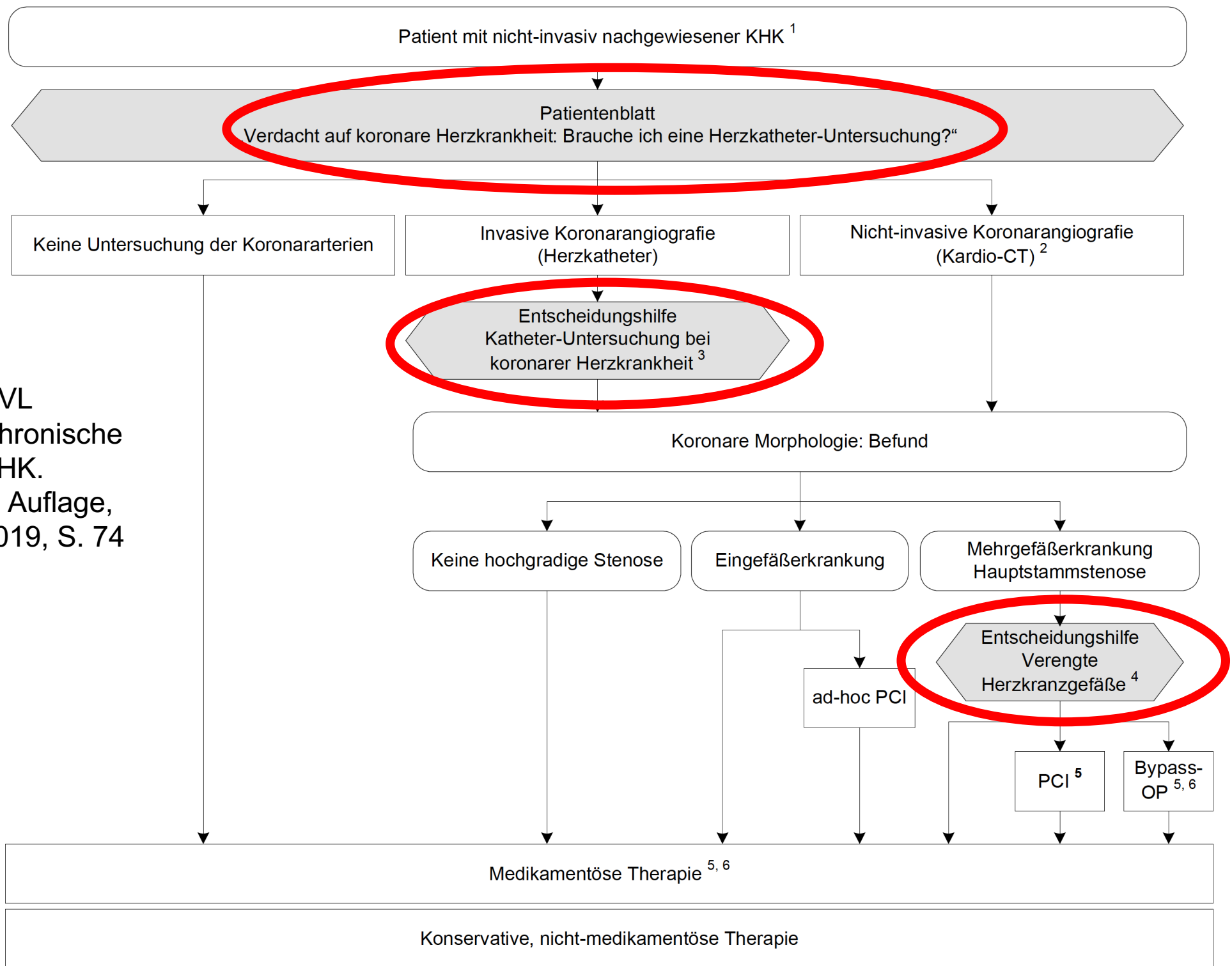
Wie viele Frauen erhalten
eine Brustkrebsdiagnose?

... <u>nicht</u> teilnehmen	47 bis 50
... teilnehmen	59

Das heißt: Von 1000 Frauen ...

... erhalten
etwa 9 bis 12 Frauen
eine Überdiagnose





NVL
Chronische
KHK.
5. Auflage,
2019, S. 74

Übersicht: Behandlungsmöglichkeiten bei stabiler KHK

	Medikamente allein	Medikamente + Stents	Medikamente + Bypass
Linderung von Beschwerden?	Ja	Ja	Ja
Kann die Be- handlung das Leben verlängern?	Ja, im Vergleich zu einer Behand- lung ohne Medi- kamente	Nein, im Vergleich zur alleinigen Be- handlung mit Medi- kamenten	Manchmal, im Ver- gleich zu Stents oder Medikamenten allein: 3 von 100 Operierten lebten dank der OP länger.
Nebenwirkun- gen/Komplika- tionen?	Nebenwirkungen der Medikamente	Nebenwirkungen der Medikamente, leichte Blutungen: bei etwa 5 von 100 Behandelten, schwere Komplika- tionen: bei weni- ger als 1 von 100 Behandelten	Nebenwirkungen der Medikamente, Schlag- anfälle: etwa 1 von 100 Operierten erlei- det durch die OP ei- nen Schlaganfall; In- fektion, Blutungen, Wundheilungsstörung, Narkoserisiko
(erneuter) Eingriff not- wendig?	Bei etwa 30 von 100 Patienten (Stents oder Bypass)	Bei etwa 20 von 100 Patienten nach 4 Jahren (Stents oder Bypass)	Bei etwa 6 von 100 Operierten nach 4 Jahren (Stents oder Bypass)
Herzkatheter- Untersuchung notwendig?	Nein	Ja	Ja

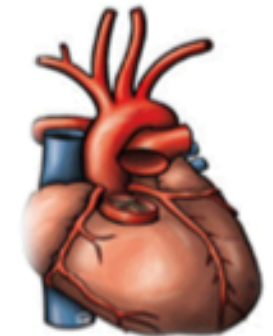
Impressum:

Redaktion und Pflege: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, TiergartenTower,
 Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin, nvl@azq.de
 Fachliche Beratung: Prof. Dr. med Norbert Donner-Banzhoff, Prof. Dr. med Volkmar Falk,
 Prof. Dr. med Sigmund Silber
 Quellen und Methodik: www.khk.versorgungsleitlinien.de

Verdacht auf koronare Herzkrankheit:

Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?

Ihr Arzt vermutet bei Ihnen eine „stabile koronare Herzkrankheit“ oder hat sie bereits festge-
 stellt. Eine Herzkatheter-Untersuchung ist dann
 in bestimmten Fällen wichtig, um die weitere Be-
 handlung zu planen. Aber nicht immer ist sie
 notwendig. Bevor Sie sich dazu entschließen,
 sollten Sie die wichtigsten Behandlungsmög-
 lichkeiten kennen. So können Sie absehen, ob
 die Katheter-Untersuchung in Ihrer Situation
 Nutzen bringt.



Was ist eine koronare Herzkrankheit?

Die koronare Herzkrankheit (KHK) entsteht durch eine
 Verengung von Herzkranzgefäßen. Diese Gefäße heißen
 so, weil sie wie ein Kranz um das Herz liegen. Sie ver-
 sorgen den Herzmuskel mit Sauerstoff. Die Verengungen
 entstehen durch Fett- oder Kalkablagerungen an den In-
 nenwänden der Herzkranzgefäße. Die Folge ist, dass der
 Herzmuskel nicht mehr ausreichend Sauerstoff bekommt.
 Die KHK ist eine ernst zu nehmende Erkrankung, die das
 tägliche Leben stark beeinträchtigen kann. Sie kann zu
 einem Herzinfarkt oder Herzschwäche führen. Diese sind
 mit erhöhter Sterblichkeit verbunden.

Welche Beschwerden verursacht eine KHK?

Bei einer chronischen koronaren Herzkrankheit treten nicht ständig Be-
 schwerden auf. Bei Belastung kann es aber zu Schmerzen hinter dem Brust-
 bein kommen, die häufig in den Nacken, Hals, Kiefer, in die Arme oder den
 Oberbauch ausstrahlen. Das nennt man **stabile** Angina Pectoris (Brustenge).
 Diese Schmerzen können unterschiedlich stark sein. Sie können auch mit
 Schweißausbrüchen, Luftnot oder Übelkeit verbunden sein. Treten die Be-
 schwerden auch in Ruhephasen auf, spricht man von einer instabilen Angina
 Pectoris. Dann ist dringender Handlungsbedarf.

Dieses Informationsblatt gilt nur für die stabile KHK.

Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Autoren

Monika Nothacker¹, Reinhard Busse², Peter Elsner³, Ulrich R. Fölsch⁴, Manfred Gogol^{5, 6}, Gerhard Jan Jungehülsing⁷, Ina Kopp¹, Georg Marckmann⁸, Jens Maschmann⁹, Hans-Joachim Meyer^{5, 10}, Kurt Miller¹¹, Wilfried Wagner^{5, 12}, Albrecht Wienke^{5, 13}, Klaus-Peter Zimmer¹⁴, Rolf Kreienberg⁵

Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sehen Ärzte in der Verantwortung, bedarfsgerechte und ressourcenbewusste Entscheidungen aufgrund einer wissenschaftlich begründeten, individuell abgestimmten Indikationsstellung zu treffen. **Dazu bedarf es der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und Arzt** und einer ganzheitlichen Betreuung von Patienten und Angehörigen.