

Shared decision-making

von Fülöp Scheibler, Ulrich Schwantes, Margareta Kampmann und Holger Pfaff*

ABSTRACT

Shared decision-making (SDM; zu deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) ist eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Mittlerweile konnten auch in Deutschland die positiven Effekte des SDM nachgewiesen werden. Dieser Aufsatz widmet sich nun der Frage, welche erprobten Strategien zur Umsetzung der SDM zur Verfügung stehen. Grundsätzlich kann in drei Bereichen interveniert werden: bei den Patienten (durch Schulungen oder medizinische Entscheidungsprogramme), bei den Professionellen (durch die Integration des SDM in das Curriculum der medizinischen Ausbildung) oder durch Veränderung der Organisation (durch Organisations- und Leitlinienentwicklung). Diese drei Bereiche der möglichen Intervention werden mit Beispielen aus der Praxis dargestellt und diskutiert.

Schlüsselworte: partizipative Entscheidungsfindung, Arzt-Patienten-Interaktion, Schulungen, medizinische Ausbildung

Shared decision-making (SDM) is a type of professional-patient-interaction in which both partners actively and responsibly participate in the process of clinical decision-making. Recently the positive effects of this concept have also been measured in the German health system context. The aim of this paper is to review the strategies to implement SDM. There are three different areas of possible intervention: the patients (decision aids), the professionals (medical education) and the organisation (organization development, clinical practice guidelines). These three areas are described and discussed on the basis of practical examples.

Keywords: Shared decision-making, professional-patient-interaction, decision aids, medical education

1. Zum Konzept von Shared decision-making

Seit mehreren Generationen werden in der Medizin Fortschritte erzielt, die auf dem Verständnis der molekularen Grundlagen von Erkrankungen zu einer sich stetig verbessernden Diagnostik und Therapie geführt haben. Fast alle Erkrankungen sind in ihrem Wesen aufgeklärt. Sie sind, wenn auch nicht immer heilbar, so doch zumindest so behandelbar geworden, so dass trotz der Erkrankung eine lange Zeit mit deutlich verbesserter Lebensqualität gelebt werden kann. Einhergehend mit diesem Fortschritt hat sich die Medizin in einen Prozess der immer detaillierter werdenden Spezialisierung und Arbeitsteilung begeben. Schon 1905 hat der Internist Naunyn 65-jährig in einem Aufsatz gesagt: „Die Zukunft der Medizin liegt im Spezialistentum. [...] Hier wird der Arzt zu nichts gehalten, als zu dem was er kann, und jede Pflicht, jede Verlockung zum Behandeln hört an der Grenze seiner Spezialität auf.“ (Naunyn 1905). In Deutschland gibt es mittlerweile innerhalb der medizini-

schen Wissenschaft 42 Gebiete, in denen eine Weiterbildung möglich ist. In den großen Fächern findet sich eine Vielzahl an Subspezialitäten und Qualifikationen, deren Erwerb fest geregelt ist.

Auf diese Weise stellt sich die Medizin immer mehr als eine Disziplin des Partiellen dar. Ihre Erfolge sind in den Bereichen besonders spektakulär, wo sie sich in Grenzsituationen bewegt oder der Bewältigung akuter Ereignisse zuwendet. Je stärker die Spezialisierung, desto stärker ist man auf die Expertise des Spezialisten angewiesen. Die von ihm geforderten Entscheidungen schließen in der Regel die Teilnahme Außenstehender aus und sind kaum modifizierbar. Die Folge ist ein paternalistisches Prinzip mit der Gefahr, an den Bedürfnissen des Patienten vorbei zu agieren.

Durch diese Entwicklung sind die Ergebnisse medizinischen Handelns immer häufiger von Unzufriedenheit auf beiden Seiten begleitet. Beim Patienten mag dieses zur Abwendung von der rationalen Medizin führen hin zu alternativen Behandlungsmethoden. Auf Seiten des Arztes vollzieht sich eine weitere Distanzierung

*Dr. Fülöp Scheibler

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie,

*Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Dr. Margareta Kampmann

Institut für Allgemeinmedizin Charité, Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte, Schumannstr. 20/21, 10117 Berlin

*Prof. Dr. Holger Pfaff

Zentrum für Versorgungsforschung/Institut und Poliklinik für Arbeits- und

Eupener Str. 129, 50933 Köln

Tel: (0221) 47 89 71 45 · Fax: (0221) 47 89 71 42

E-Mail: f.scheibler@uni-koeln.de

Tel: (030) 450 514 114 · Fax: (030) 450 514 932

E-Mails: ulrich.schwantes@charite.de

margareta.kampmann@charite.de

Sozialmedizin, Universität Köln, 50933 Köln · Tel: (0221) 47 89 71 00

Fax: (0221) 47 89 71 18 · E-Mail: .pfaff@medizin.uni-koeln.de

vom „undankbaren“ Patienten mit Konzentration auf die Sache, auf die Krankheit. Es entsteht eine Spirale, an deren Ende ein chronifizierter Patient steht, der von Arzt zu Arzt laufend zum „high utilizer“ wird, und ein Arzt, der mit seinem Beruf unzufrieden ist. Durch unzureichende Informationen vom und über den Patienten werden Fehlentscheidungen – auch im konkreten medizinischen Sinne – möglich.

Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Perspektive wurde schon am Anfang des letzten Jahrhunderts erkannt. Beispielsweise mahnte sie der deutsche Philosoph Hans-Georg Gadamer (1900-2002) in seinem Buch „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ an (Gadamer 1993). George L. Engel formuliert 1977 die neue Herausforderung für die Biomedizin mit dem Begriff „bio-psycho-sozial“, der seit den 80ern in der medizinischen Ausbildung diskutiert wird und Auswirkungen auf die neue Approbationsordnung von 2002 hatte (AppOÄ 2002). Aaron Antonovsky (1993, 1997), ein amerikanisch-israelischer Soziologe, entwickelt das Modell der Salutogenese, in dem er neben der Bedeutsamkeit (meaningfulness) und der Handhabbarkeit (manageability) der Verstehbarkeit (comprehensibility) ein besonderes Gewicht zumisst. Hier ist besonders die Verständigung mit dem Patienten gemeint, die Verstehen auf beiden Seiten – ärztlich und patientenbezogen – voraussetzt. Die Bedürfnisse des Patienten werden verstärkt fokussiert. Beispielsweise zeigen Strull et al. (1984), dass Patienten tatsächlich in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden wollen. Eine verantwortliche Mitentscheidung wird unter dem Begriff Shared decision-making von Charles et al. (1997) wie folgt konzipiert:

SDM ist gekennzeichnet durch

- die Entscheidung zweier Personen, des Patienten und des Arztes,
- die aktive Beteiligung beider am Prozess der Entscheidungsfindung,
- die gegenseitige Informierung im Verlauf des Prozesses und
- die Zustimmung zur Behandlungsentscheidung und Bereitschaft zur aktiven Umsetzung.

Damit verlagert sich die Entscheidungsbeteiligung stärker auf die Seite des Patienten. Die Rolle des Arztes wandelt sich von der eines alleinwissenden Hüters des Patientenwohls zum Partner, der seiner fachlichen Kompetenz die Lebenskompetenz des Patienten zugesellt, um mit diesem zur gemeinsamen Entscheidung zu gelangen. Der Austausch von Informationen, die Gleichberechtigung der begründeten Meinungen oder der jeweiligen Präferenzen unterscheidet das Konzept des SDM vom „informed consent“, bei dem der Arzt als Experte dem Patienten Informationen über (diagnostische oder) therapeutische medizinische Alternativen gibt.

Shared decision-making ist mittlerweile bei vielen Erkrankungen und in unterschiedlichen medizinischen Situationen erforscht worden. Deutsche Übersichtsarbeiten finden sich bei Klemperer (2003) und Scheibler et al. (2003a). Dabei beziehen sich Studien zu SDM nicht nur auf kardiovaskuläre Erkrankungen oder Diabetes mellitus, Brustkrebs, Prostataleiden und psychische Erkrankungen etc. Sie umfassen auch Gebiete der primärärztlichen Versorgung wie Allgemeinmedizin und Pädiatrie, darüber hinaus die Prävention (Elwyn et al. 2003). Daneben existieren viele vereinzelte Studien aus unterschiedlichsten Bereichen. Aus den Ergebnissen dieser Studien seien folgende herausgegriffen (siehe Kasten 1).

Eine Internetbefragung des British Medical Journal aus dem Jahr 1999 zeigt, dass etwa 85 Prozent der Patienten eine gemeinsame Entscheidung bevorzugen würden. Im Gegensatz dazu erleben jedoch 60 Prozent den Arzt in der paternalistischen Rolle. Für die Zukunft erwarten etwa 65 Prozent der Befragten, dass gemeinsame Entscheidungen getroffen werden. 25 Prozent der Befragten glauben sogar, die Entscheidung liege zukünftig allein beim Patienten. Die noch geringe Beteiligung des Patienten wird auf Zeitmangel, unzureichende Fähigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion und zu wenig Ermunterung zur Partizipation durch das medizinische Personal zurückgeführt. Ärzte scheinen in ihrer Bereitschaft, Patienten einbeziehen zu wollen, deutlich hinter deren Präferenzen zu liegen. Für den deutschen Gesundheitssektor liegen nur wenige Ergebnisse vor.

KASTEN 1

Einflussfaktoren und Effekte des SDM

Einflussfaktoren des SDM sind u.a.:

- die zu erwartende Lebensqualität bei unterschiedlichen Behandlungsalternativen
- die Behandlungsdauer
- die zu erwartenden Nebenwirkungen von Medikamenten
- die Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion
- Das Partizipationsbedürfnis nimmt mit steigendem Alter und zunehmender Schwere der Erkrankung ab. Dies deckt sich jedoch nicht mit eigenen Forschungsergebnissen. (Schwantes et al. 1997) Von 120 befragten Altenheimbewohnern am Lebensende wollten 95 bei allen wichtigen ärztlichen Entscheidungen miteinbezogen werden.
- Die soziale Schichtzugehörigkeit scheint beim aktiven Informationssuchverhalten keine Rolle zu spielen.

Effekte des SDM sind u.a.:

- höhere Patientenzufriedenheit
- verbesserte Lebensqualität
- verbessertes Krankheitsverständnis
- Zunahme der wahrgenommenen Kontrolle über die Erkrankung durch den Patienten
- Rückgang der Leiden
- Verbesserung der funktionellen Kapazität
- Verringerung von Ängsten
- höhere Therapietreue

Quelle: Eigene Darstellung

Ein deutlicher Schritt in diese Richtung wurde durch den Förderungsschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) „Der Patient als Partner im Medizinischen Entscheidungsprozess“ ermöglicht.⁴ Die Ergebnisse der zehn unterschiedlichen Studien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Menschen mit erhöhtem Alkoholkonsum in einer Notaufnahme einrichtung zeigen zu 50 Prozent die Bereitschaft zur Veränderung (Charité Berlin/ Prof. Spieß).
- Die Risikowahrnehmung bei Menschen mit Multipler Sklerose ist sehr subjektiv und nur wenig durch Informationen beeinflussbar. Die Bewusstmachung der Ungewissheit scheint für die Vorbereitung einer Entscheidung wichtig zu sein (Univ. Hamburg/Dr. Heesen).
- Bei der Behandlung von Depressionen erweist sich die strukturierte Schulung von Ärzten als hilfreich für den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung (Univ. Freiburg/ PD. Dr. Härter).
- Bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck führt die strukturierte Schulung nicht nur zu einer verbesserten Kommunikation mit erhöhter Zufriedenheit, sondern langfristig auch zu messbaren Absenkungen des RR im Langzeit-EKG (Univ. Erlangen-Nürnberg/ Prof. Schmieder).
- Die hohe Subjektivität gewünschter Mitentscheidung wird im Projekt mit finalen Tumorpatienten deutlich, was gegen eine zu stark vereinfachte Operationalisierung des SDM spricht (Univ. Jena/ Prof. Anselm).
- Bei Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit werden durch ein partizipatives Behandlungskonzept bessere Langzeitergebnisse erwartet (RWTH-Aachen/ Prof Zysno).
- Patientinnen mit Mamma-Ca werden in die Entscheidung zur adjuvanten Chemotherapie einbezogen. Damit soll ihre Krankheitsbewältigung unterstützt und die Lebensqualität erhöht werden (Univ. München/ Prof. Untch).
- Bei chronischen Schmerzpatienten sollen die individuell unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnisse der Patienten durch SDM angepasst werden und zu größerer Zufriedenheit auf beiden Seiten führen (Univ. Heidelberg/ Prof. Eich).
- Die Eltern von Kindern mit Atemwegsinfekt werden in die Entscheidung einbezogen und zu Beratern von anderen Betroffenen ausgebildet (MH-Hannover/ PD Dr. Doering).
- Schließlich werden Patienten mit Schizophrenie in die Behandlungsentscheidung einbezogen, wodurch eine langfristige Sicherung der Behandlung, die Reduktion unkontrollierter Abbrüche und eine entscheidende Mitbestimmung durch den Patienten gewährleistet werden sollen (TU-München/ Dr. Kissling).

Neuere Studien aus der internationalen Forschung zeigen, dass auf unterschiedlichen Ebenen agiert werden muss, um Interventionen zum SDM nachhaltig zu implementieren (Graham et al. 2003, O’Cathain und Thomas 2004):

- Der Patient braucht Unterstützung für seine neue Rolle als mitverantwortlicher Entscheider im Versorgungsprozess.
- Der Arzt muss seine krankheitsorientierte Perspektive um die der Patientenbedürfnisse erweitern. Das gilt ebenso für andere Professionelle im Gesundheitssystem. Reduktion auf biomedizinische Inhalte steht dem SDM entgegen.
- Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen geeignet sein, um ein SDM zu ermöglichen. Die Organisationen benötigen die erforderlichen Rahmenbedingungen und Qualitätssicherungssysteme, damit Arzt und Patient partnerschaftlich interagieren können.

Ziel der folgenden Abschnitte ist es, den aktuellen Stand der Interventionsmöglichkeiten in diesen drei Bereichen darzustellen und die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen zu erörtern.

■ 2. Patientenseitige Interventionen

Interventionen, die zum Ziel haben, die Patienten auf eine partizipative Entscheidungsfindung vorzubereiten, werden als Decision Aids bezeichnet (zu deutsch: Medizinische Entscheidungsprogramme).

Die wesentlichen Ziele von Entscheidungsprogrammen bestehen darin,

- Patienten in strukturierter Form über Risiken und Chancen zu informieren,
- die Herausbildung individueller Präferenzen zu erleichtern,
- den weiteren Bedarf der Patienten zu ermitteln und
- das Gespräch während der Visite zu strukturieren.

Damit gehen Entscheidungsprogramme weit über die reine Patientenaufklärung hinaus. Der Ablauf eines Entscheidungsprogramms lässt sich sehr anschaulich anhand des Ottawa Personal Decision Guide (O’Connor et al. 1998) erläutern. In diesem Instrument werden Patienten in vier Schritten durch den Entscheidungsprozess geleitet (siehe auch Kasten 2):

Das Ergebnis dieses Leitfadens ist eine schriftliche Synopse der Vor- und Nachteile vorhandener Alternativen, die vom Patienten mit einer persönlichen Gewichtung versehen sind (beispielsweise kann ein und dasselbe Rezidivrisiko für zwei Patienten eine ganz unterschiedliche Bedeutung haben). Diese Synopse bildet eine Grundlage für das darauf folgende Gespräch mit dem Arzt oder der Pflegekraft.

Medizinische Entscheidungsprogramme sind mittlerweile vor allem im englischsprachigen Raum weit verbreitet und liegen in unterschiedlichen Medienformaten vor. Je nach Adressaten findet man Entscheidungsprogramme als Informationsbroschüren, Audio- und Videokassetten oder auch als interaktive Internet-Seiten vor. Das Internet bietet den großen Vorteil der Verlinkung und der multimedialen, interaktiven Möglichkeiten, wird aber von vielen Patienten, gerade in den höheren Altersgruppen noch nicht aus-

reichend genutzt. Broschüren haben den Vorteil, dass sie einfach und günstig in der Herstellung sind. Sie werden jedoch von vielen Patienten nicht gelesen. Während aktuell noch die Technologien der Audio- und Videokassetten am häufigsten eingesetzt werden, ist eine Verschiebung hin zu DVD- bzw. Internetanwendungen absehbar.

Medizinische Entscheidungsprogramme werden wie andere medizinische Methoden wissenschaftlich evaluiert. In randomisierten und kontrollierten Studien wird die Wirkung dieser Medien geprüft, bevor sie an die Patienten ausgegeben werden. Eine aktuelle Liste bisher vorhandener decision aids findet sich auf der Homepage des Ottawa Health Research Institute¹. Dort ist auch der aktuelle Stand der Evaluation des jeweiligen Mediums dokumentiert. Darüber hinaus erstellt eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe regelmäßig ein Cochrane Review, sodass einzelne Entscheidungsprogramme mittlerweile bereits als evidenzbasiert bezeichnet werden können (O'Connor et al. 2003).

Auch im deutschsprachigen Bereich sind bereits für unterschiedliche Erkrankungen Medizinische Entscheidungshilfen entwickelt worden. Im Rahmen des BMGS-Förderschwerpunktes sind beispielsweise für die Indikationen Alkoholkrankheit, Multiple Sklerose, Depressivität, Primärer Brustkrebs und chronischer Schmerz medizinische Entscheidungsprogramme entwickelt worden (Scheibler 2003b). Weitere deutschsprachige Programme finden sich auf der Homepage der Fachwissenschaft Gesundheit der Universität Hamburg (Brustkrebsscreening, Darmkrebsscreening, Hormonersatztherapie etc.)².

Da im englischsprachigen Raum bereits eine große Zahl evidenzbasierter Entscheidungsprogramme vorliegt, ist es erstrebenswert, zu erforschen, ob die Übersetzung (Synchronisation) dieser Programme im deutschen Kontext die gleichen positiven Ef-

ekte hervorbringt. Erste synchronisierte Programme befinden sich in der Phase ihrer Erprobung (Krüger 2004).

Wünschenswert für die Zukunft wäre auch für den deutschsprachigen Bereich eine zentrale Stelle, an der – vergleichbar mit der Homepage des Ottawa Health Research Institute – vorhandene deutschsprachige Entscheidungsprogramme gesammelt und interessierten Praktikern wie Patienten zur Verfügung gestellt würden. Des Weiteren sollte sich die deutsche Forschung der International Patient Decision Aid Standards Collaboration (IPDAS) anschließen, um zukünftig auch den internationalen Qualitätsstandards Rechnung zu tragen.

■ 3. Interventionen auf der Ebene der Professionellen

Das Partielle der Medizin hat verschiedene Charakteristika. Da ist einmal die auf den medizinischen Gegenstand ausgerichtete Sichtweise, die Orientierung auf die Krankheit. Allgemeineren Bedingungen, der Person zugehörig, treten demgegenüber zurück, ebenso wie soziale oder kulturelle Aspekte. Damit erhält Medizin einen fokussierten Blick, der das Allgemeine nicht mehr erfassen kann. Die Kontakte eines Patienten zum Arzt werden kürzer, von Spezialität zu Spezialität wechselhafter und unüberschaubarer. Das betrifft auch die Beziehungsgestaltung zu den Ärzten, die sich oft mehr durch spezialistische Vielfalt (und Kürze) als durch umfassendere Langzeitbetreuung auszeichnet. Dies ist insofern paradox als heilen nach seinem Wortursprung „heil machen“ bedeutet, „vollständig machen“, „zu einem Ganzen zusammenstimmen lassen“ – von „hal“ aus dem „Anglosaxon“ um 1200 (Gronidin 2003). Augenfällig ist dieses in den kabarettistischen Darstellungen bekannter Kunstwerke durch Urs Wehrli nachzuempfinden. In den Beispielen

KASTEN 2

Der Persönliche Entscheidungsleitfaden aus Ottawa

1) Klären Sie wichtige Fragen rund um die Entscheidung

- Welche Entscheidung wollen Sie treffen?
- Was ist Ihr Grund, diese Entscheidung zu treffen?
- Bis wann müssen Sie die Entscheidung treffen?
- Wie weit sind Sie mit Ihrer Entscheidungsfindung?
- Neigen Sie bereits zu einer bestimmten Alternative?

2) Welche Rolle möchten Sie in dieser Entscheidung spielen?

- Ich möchte alleine entscheiden, nachdem ich die Meinung Anderer gehört habe.
- Ich ziehe es vor, gemeinsam mit _____ zu entscheiden.
- Ich wünsche, dass _____ für mich entscheidet.

3) Was benötigen Sie, um die Entscheidung treffen zu können?

- Was wissen Sie bereits über die Entscheidung?
- Was ist Ihnen wichtig?
- Wie können andere Ihnen helfen?
- Wie sicher sind Sie darüber, welche Alternative für Sie die beste ist?

4) Wägen Sie die Möglichkeiten gegeneinander ab

- Was sind die Vorteile der unterschiedlichen Alternativen und wie wichtig sind diese Vorteile für Sie persönlich?
- Was sind die Nachteile der unterschiedlichen Alternativen und wie wichtig sind diese Nachteile für Sie persönlich?

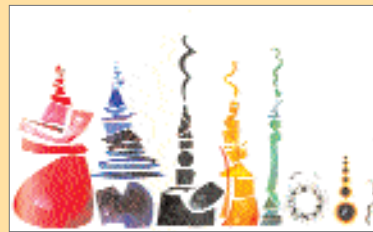
5) Planen Sie die nächsten Schritte

- Haben Sie genügend Informationen über die Alternativen?
- Haben Sie genügend Informationen über die Chancen und Risiken der Alternativen?
- Sind Sie unsicher, welche Chancen und Risiken wie wichtig für Sie sind?
- Brauchen Sie Unterstützung?
- Übt bei dieser Entscheidung irgend jemand Druck auf Sie aus?
- Welche anderen Faktoren erschweren die Entscheidung?

Quelle: O'Connor et al. 1998

ABBILDUNG 1

Ursus Wehrli, Tide up Art



Quelle: Ursus Wehrli 2004, Kunst aufräumen, Kein & Aber Verlag, Königstein i.Ts.

von „Tide up art“ sind die nach ihren Elementen sortierten Kunstwerke nicht ohne ästhetischen Reiz, aber von völlig anderer Qualität als das Original, wie dies in *Abbildung 1* am Beispiel von Kandinsky zu erkennen ist.

Grundlegend für die professionelle Haltung ist die Ausbildung. Im Folgenden soll am Beispiel zweier Lehrveranstaltungen an der Charité beschrieben werden, wie in der Ausbildung Fähigkeiten für ein SDM vermittelt werden. Hierbei muss man eine Besonderheit der Charité kennen: Seit 1999 ist als gesonderter Track ein Reformstudiengang eingerichtet. Für 63 Studierende je Jahrgang wird nach einem eigenen Curriculum unterrichtet, das durch große Praxisbezogenheit, Lernen in Kleingruppen, Aufhebung der Grenzen zwischen Vorklinik und Klinik und Interdisziplinarität gekennzeichnet ist. Hier soll kurz über die Lehrveranstaltung „Interaktion“ berichtet werden, die inhaltlich die Ausbildung in Kommunikation trägt. Elemente daraus wurden sehr früh in den Regelstudiengang transferiert. Seit 2001 wird obligat für alle Studierenden ein Kurs in ärztlicher Gesprächsführung durchgeführt. Darüber soll im Folgenden ausführlicher berichtet werden.

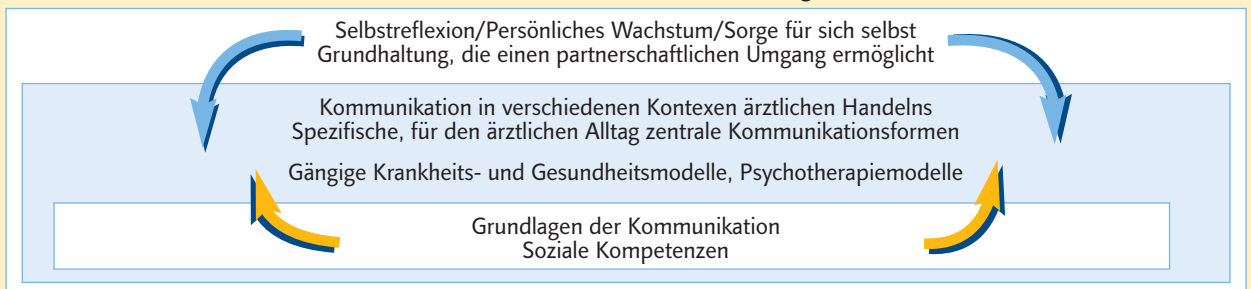
3.1. „Interaktion“ im Reformstudiengang an der Charité

Interaktion ist eine Pflichtveranstaltung (verantwortliche Leitung: U. Schwantes), die mit 2 Stunden je Woche während des gesamt-

ten Studiums durchgeführt wird. Der Unterricht findet in Kleingruppen à sieben Studierenden statt. Diese entsprechen den POL-Gruppen (Problem-Orientiertes Lernen) der jeweiligen Semester. Sie werden geleitet von Ärztinnen/Ärzten oder Psychologinnen/Psychologen, die auf diesen Unterricht vorbereitet werden. Ausgehend von Grundlagen der Kommunikation und sozialen Kompetenzen wird der Rahmen erweitert um die vielfältigen Situationen im professionellen Kontext. Dabei wird auf die existierenden Psychotherapiemodelle und besonders die Gesundheits- und Krankheitsmodelle eingegangen. Großer Wert wird dabei auf die sich ändernde Sichtweise gelegt, die abhängig davon ist, ob aus der Perspektive des Arztes oder des Patienten die Situation wahrgenommen wird. Daraus erweitert sich der Rahmen nochmals. Es soll eine Grundhaltung für partnerschaftlichen Umgang erlangt werden, mit dem Patienten ebenso wie auch mit Kolleginnen oder Kollegen oder anderen Professionellen im Gesundheitssystem. Die Reflexion der eigenen Person, die persönliche Entwicklung und die Sorge für sich erhält ebenfalls einen angemessenen Rahmen (*siehe Abbildung 2*). Methoden des Unterrichts sind neben der Diskussion und Gruppenarbeit Rollenspiele und vor allem Übungen mit Simulationspatienten. Im Laufe der Semester werden auch Kontakte zu anderen Berufsgruppen, zu Angehörigen von Selbsthilfegruppen und zu Patienten hergestellt. Der Inhalt passt sich in den Rahmen der jeweiligen Semester ein. D.h., dass die ausgewählten Rollen der Simulationspatienten mit

ABBILDUNG 2

Theoretisches Modell für die Lehrveranstaltung Interaktion



Quelle: nach Terzioglu et al. 2003

den thematischen Inhalten des laufenden Curriculums weitgehend übereinstimmen (vgl. Terzioglu et al. 2003).

■ 3.2. „Ärztliche Gesprächsführung“ im Regelstudiengang an der Charité

Ausgehend von den Erfahrungen im Reformstudiengang richtete die Arbeitsgruppe Schwantes, Kampmann, Schlünder im Jahr 2001 unter der nachdrücklichen Förderung der damaligen Studiendekanin Ingrid Reisinger einen obligaten Gesprächsführungskurs für alle Studierenden ein (Kampmann et al. 2001). Unseres Wissens war es das erste Mal, dass ein Unterricht in kommunikativer Kompetenz an einer deutschen medizinischen Fakultät als eigenständiger scheinpflichtiger Kurs in einem Regelstudiengang umgesetzt wurde. Komprimiert auf das erste klinische Semester wurde ergänzend zum Untersuchungskurs für ca. 220 Studierende ein Konzept entwickelt, bei dem in Kleingruppen zu je 10 Studierenden in 20 Unterrichtsstunden die grundlegenden Kompetenzen vermittelt wurden. Auch hier wurden neben der erforderlichen Gruppenarbeit methodisch hauptsächlich Rollenspiele miteinander und solche mit Simulationspatienten (SP) eingesetzt. Am Ende des Kurses hatten die Studierenden dann Kontakt zu realen Patienten, die entweder von Stationen mit einem größeren Anteil nicht Schwerstkranker oder aus hausärztlichen Praxen rekrutiert wurden. Bei den Gesprächen mit Simulations- oder realen Patienten ging es nicht darum, möglichst rasch zu einer fundierten Diagnose zu gelangen, sondern den Patienten in seinem Anliegen und aus seinem Lebenskontext heraus zu verstehen. Dementsprechend war der Kurs aufgebaut. Grundlegend wurden zunächst Kenntnisse und praktische Fertigkeiten zur Kommunikation erlernt. Beobachtungen zu den Botschaftsebenen im Modell von F. Schulz von Thun (1998) und den Zeichen nonverbaler Kommunikation bereiteten den Kontakt zu den ersten Simulationspatienten vor. Hier wurde besonderer Wert auf die Entwicklung eines emotionalen Verständnisses (Empathie) gelegt. Das wurde erreicht, indem in einer einfach zu verstehenden Patientensituation das Anliegen in emotional unterschiedlicher Einfärbung dargeboten wurde. Zwei verschiedene SP haben nacheinander einmal in einer depressiven (hilflosen) und einmal in einer selbstwertgestörten (aggressiven) Ausprägung vorgelesen. Sie wünschten wegen starker Kopfschmerzen eine Arbeitsbefreiung. Überraschend und nachhaltig beeindruckend für die Studierenden war, dass trotz der unmittelbaren Aufeinanderfolge bei identischer Faktenlage die Entscheidungen der „Student-Ärzte“ gegensätzlich ausfielen. Gefühle beim „Arzt“ aus der Gegenübertragung als möglicher starker Faktor bei der Entscheidungsfindung wurden aufgedeckt. Erweitert wurden diese Erfahrungen dann um Übungen zur Wertschätzung des Patienten, damit neben einem umfassenden Verständnis vom Patienten (Faktsammlung in Anamnese und Untersuchung) Offenheit für seine Ressourcen entsteht und individuelle Lösungen für ihn im Abgleich

mit dem medizinischen Optionen möglich werden (Fish et al. 1987; Cabié MC und Isebaert L 1997). Dahinter steht die Überlegung, dass gemeinsame Entscheidungsfindung nach dem Konzept von Charles et al. (1997) eine bestimmte Haltung bei den Beteiligten erfordert. Sie müssen ein gegenseitiges Verständnis wünschen und sichern. So wie der Arzt Informationen zu den medizinischen Konzepten gibt, teilt der Patient diese zu seinen dauerhaften oder aktuellen Bedingtheiten mit. So wie der Patient Aufklärung über die beabsichtigten Schritte erwartet, sollte der Arzt Informationen über die Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten wünschen. Hinzu treten muss die Wertschätzung für den anderen. So wie der Patient Vertrauen in den Arzt haben soll, muss dieser dem Patienten zutrauen, sich an der Entscheidung beteiligen zu können und dafür die Verantwortung zu tragen. Die Lehrveranstaltung „Ärztliche Gesprächsführung“ hat neben der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten die Entwicklung einer adäquaten professionellen Haltung bei den zukünftigen ÄrztInnen zum Ziel.

Im Hinblick auf die gewählten Methoden im Einzelnen ist hervorzuheben, dass die Auswertung und gemeinsame Diskussion eines Übungsgesprächs idealerweise ritualisiert abläuft. Die nicht involvierten Teilnehmer erhalten Beobachtungsaufgaben zu den wahrgenommenen Emotionen, zu den nonverbalen Äußerungen und zu den Momenten, an denen sich entscheidende Änderungen im Gespräch ergeben haben. Die Akteure – jeder Studierende ist wenigstens einmal in der aktiven Rolle – üben Selbst-Feedback, indem sie zunächst ihr eigenes Handeln reflektieren. Anschließend werden sie aufgefordert, sich in die Position des Patienten zu begeben, konkret seinen Platz und seine Sitzhaltung einzunehmen, und dessen Situation zu reflektieren. In einem dritten Schritt bewertet der „Arzt“ die abgelaufene Situation aus einer Metaposition in der Betrachtung dessen, wie beide miteinander agieren konnten (Handrock 1999). Ergänzt wird die Selbstwahrnehmung und das Selbst-Feedback durch ein Feedback der Simulationspatienten, die für diese Aufgabe eigens geschult werden. Der konsequent geübte Wechsel der Perspektive fördert das Einfühlungsvermögen in die Lage des Patienten und die Fähigkeit, professionell das Geschehen beurteilen zu können. Unabdingbar im Ablauf der Unterrichtsveranstaltung ist der beispielhafte Umgang der Gruppenleiter mit den Studierenden, der sich durch Wertschätzung, Zutrauen in die sich entwickelnden Fähigkeiten des Lernenden und ressourcenförderndes Feedback auszeichnen sollte.

Der Kurs erfährt durch die Studierenden eine ausgesprochen zustimmende Beurteilung. Inzwischen ist er nach Einführung einer neuen Studienordnung auf Grundlage der neuen Approbationsordnung für Ärzte (AppOÄ 2002) Teil des „Interdisziplinären Untersuchungskurses“, der vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité organisiert wird. Mit geringfügig reduzierter Stundenzahl wird er inhaltlich unverändert weitergeführt und ist durch die explizite Benennung in der Studienordnung der Charité abgesichert. Ergänzt wird der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“ durch eine spezielle

Übung im „Überbringen schlechter Nachrichten“, ebenfalls obligat für alle Studierenden am Ende des Studiums, ebenfalls organisiert durch das Institut für Allgemeinmedizin. Abgerundet wird das Konzept durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin, das die Studierenden einzeln in eine niedergelassene allgemeinmedizinische Praxis bringt und ihnen ausreichend Möglichkeit gibt, Kontakte zu Patienten außerhalb der Sonderbedingungen eines stationären Aufenthaltes zu erleben.

■ 3.3. Zur Implementierung von SDM in den Praxisalltag

Die Forschung zum SDM konzentriert sich zunehmend auf die Frage der Implementierung. So wird mittlerweile davon ausgegangen, dass die Wirksamkeit auch des wissenschaftlich ausgereiftesten Programms nur gering ausfallen kann, wenn das medizinische Personal nicht von seinem Sinn überzeugt ist oder organisatorische Rahmenbedingungen einen routinemäßigen Einsatz verhindern. So stellen beispielsweise O’Cathain und Thomas (2004) fest, dass die meisten medizinischen Entscheidungsprogramme bisher nur in klinischen Experimenten getestet wurden. Mit der Übertragbarkeit in die Alltagsanwendung würden sich dagegen nur die wenigsten Untersuchungen beschäftigen. Zeitmangel, Ängste der Patienten, fehlende oder falsche Information, und der Mangel an Willen und Fähigkeiten zur partizipativen Entscheidungsfindung werden von den Praktikern häufig als Hinderungsgründe aufgeführt (Charles et al. 2004).

In einer Studie von Graham und Kollegen (2003) wurden die Komplexität der Programme, ihre Kosten, die mangelnde Verfügbarkeit, die Anwendbarkeit nur für bestimmte Patientengruppen und der zeitliche Aufwand als Hindernisse der Implementierung identifiziert. Die Akzeptanz von Entscheidungsprogrammen bei den Praktikern könnte beispielsweise dadurch gesteigert werden, dass die Entscheidungsprogramme frei verfügbar wären und auf diese Weise vom medizinischen Personal jederzeit getestet werden könnten (ebd.). Als weitere Faktoren, die eine Implementierung begünstigen, werden in dieser Studie genannt:

- Aufmerksamkeit auf die Erfahrungen des medizinischen Personals lenken.
- Strukturelle Hindernisse, wie Zeit und organisatorische Probleme beachten
- Aktive Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen.
- Einbeziehung der Patienten und des medizinischen Personals bei der Entwicklung der Entscheidungsprogramme.
- Entwicklung eines Gesamtpaketes zur Implementierung von Entscheidungsprogrammen (O’Cathain/Thomas 2004).

Eine gleichzeitige Intervention auf professioneller Ebene (Schulungen), Patientenebene (Entscheidungsprogramm) und Organisationsebene (partizipativer Entwicklungs- und Implementierungs-

prozess) bezeichnen O’Cathain und Thomas (2004) als decision aid implementation package.

Betrachtet man diesen und andere Erfahrungsberichte und Forschungsergebnisse zur Implementierung von Entscheidungshilfen in Gesundheitsorganisationen, lassen sich starke Parallelen zu den Ergebnissen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung feststellen (French et al. 1994). Als zentrale Erkenntnis gilt auch hier, dass mit der Implementierung von Medizinischen Entscheidungsprogrammen eine gleichzeitige Veränderung der Organisationskultur einhergehen sollte. Das eingangs erwähnte Umdenken von einer Sichtweise, die lediglich an medizinischen Endpunkten ausgerichtet ist, zu einem Typus der Interaktion, der darüber hinaus die Berücksichtigung subjektiver Präferenzen und die Maximierung der Lebensqualität der Patienten als zentrale Ziele in den Vordergrund rückt, ist zurecht mehrfach als Paradigmenwechsel beschrieben worden (Anselm 2003, Kaplan 1999).

Organisationsentwicklung kann auf zweierlei Weisen vonstatten gehen. Zum einen kann ein SDM durch seine Verankerung in klinischen Abläufen, beispielsweise durch Leitlinien befördert werden. Zum anderen führen nach neueren, systemischen Modellen so genannte Irritationen zu Veränderungen in Organisationen (Kasper et al. 2003).

Bei der Erstellung von SDM-Leitlinien sollte berücksichtigt werden, an welchen Punkten im Diagnose- und Behandlungsprozess die Möglichkeit für eine partizipative Entscheidungsfindung besteht und auf welche Weise diese erleichtert werden kann (z.B. durch gezielten Einsatz von Entscheidungsprogrammen an ganz bestimmten Stellen des klinischen Behandlungspfades). Für die Verankerung der partizipativen Entscheidungsfindung in klinischen Leitlinien gibt es bereits einige Beispiele aus Belgien oder den USA (Roelands 2003, RPA 2000). Der Einsatz von SDM-Leitlinien am Beispiel des primären Brustkrebs, wie er beispielsweise im Dartmouth-Hitchcock Medical Center eingesetzt wird,³ ist in **Kasten 3** beschrieben.

Systemische Interventionen basieren wie bereits erwähnt auf dem Prinzip der Irritation (Kasper et al. 2003). Alleine durch die

KASTEN 3

Der Einsatz von SDM-Leitlinien

Im Rahmen der Behandlung des primären Mamma-Karzinoms wird zunächst auf klinischem Weg das Vorhandensein von Behandlungsalternativen ermittelt. Wenn aufgrund der Voraussetzungen keine Alternativen bestehen, also beispielsweise nur eine Mastektomie in Frage kommt, ist ein SDM nicht indiziert. Befindet sich der Tumor hingegen in einem Stadium, in dem aus klinischer Sicht sowohl eine brusterhaltende Therapie als auch die Mastektomie in Frage kommen, wird jeder Patientin als Standardprozedur (Standard Operation Procedure) die Nutzung eines Entscheidungsprogramms angeboten.

Tatsache, dass der Arzt dem Patienten ein Entscheidungsprogramm persönlich in die Hand gibt und diesem glaubhaft darlegt, dass seine Meinung sehr wichtig und gefragt ist, können eingefahrene Rollen von Ärzten und Patienten durchbrochen werden. Patienten gehen nämlich häufig davon aus, dass Ärzte meist unter Zeitdruck stehen und daher auf ihre Meinung keinen besonderen Wert legen. Aus diesem Grund verzichten viele Patienten auf ihre Fragen, auch wenn ihre Ärzte durchaus ein offenes Ohr hätten. Umgekehrt gehen viele Ärzte davon aus, dass Patienten mit komplizierten medizinischen Zusammenhängen überfordert sind und verunsichert werden und halten daher ihre Information zurück, häufig ohne zu wissen, ob der jeweilige Patient auch mit Unsicherheit durchaus gut zurecht kommen würde.

Der Einsatz eines Entscheidungsprogramms durchbricht diese Rollen durch die persönliche Geste der Übergabe. Indem der Arzt die Entscheidungshilfe überreicht und darum bittet, die Vor- und Nachteile verschiedener Alternativen aus der individuellen Sicht des Patienten zu diskutieren, findet eine kleine Irritation statt: viele Patienten wundern sich zunächst, dass plötzlich ihre Meinung gefragt ist. Darauf reagieren einige Ärzte verstimmt, weil die Meinung der Patienten in ihren Augen immer schon gefragt war. Diese anfängliche Irritation kann im weiteren Verlauf der Interaktion in einem partizipativen Entscheidungsprozess münden. Der Einsatz von Entscheidungshilfen kann also dazu führen, feststehende rollenbedingte Erwartungsgefüge aufzubrechen und auf diese Weise die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern (Kasper et al. 2003).

■ 4. Ausblick

Die Fundamente zur Etablierung des Shared decision-making in der deutschen Versorgungslandschaft sind gelegt:

Das politische Bekenntnis zu dieser Form der Arzt-Patienten-Beziehung manifestiert sich in den gesetzlichen Vorgaben beispielsweise für die strukturierten Behandlungsprogramme (Scheibler et al. 2004) oder die Zertifizierung von Brustzentren. Auch die Einrichtung des BMGS-Förderschwerpunktes war ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Die zunehmenden Kooperationen zwischen Patientenvertretern, Selbsthilfegruppen, der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und der Forschung im Bereich des SDM scheinen ein weiterer Beweis für die Bedeutung dieses Konzeptes zu sein.

Die wissenschaftliche Etablierung der partizipativen Entscheidungsfindung lässt sich an der wachsenden Zahl deutschsprachiger Publikationen, an den Kongressen in Freiburg (2004) und Berlin (2005), der Installation einer deutschlandweiten Kommunikationsplattform⁴ und schließlich der Einrichtung eines Newsletters zur partizipativen Entscheidungsfindung⁵ festmachen. Erste Universitäten nehmen die Ausbildung von Fähigkeiten in partizipativer

Entscheidungsfindung in ihren Lehrplan auf. Seit neuere Studien teilweise auch ökonomischen Nutzen des SDM nachweisen konnten (Kennedy et al. 2002, Simon et al. 2002), wird dieses Konzept zunehmend auch für die Kassen interessant.

Shared decision-making stellt ein relativ junges Phänomen in der deutschen Versorgungslandschaft dar. Um die positiven Effekte dieses Ansatzes, die sich mittlerweile in zahlreichen Forschungsarbeiten nachweisen lassen, großflächig den Patienten und Professionellen zugute kommen zu lassen, bedarf es seiner Verbreitung und nachhaltigen Umsetzung. Dieser Aufsatz zeigt Ausgangspunkte für eine Implementierung des Shared decision-making im deutschen Gesundheitswesen auf. ♦

Fußnoten

- 1 <http://www.ohri.ca/decisionaid/>
- 2 <http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/>
- 3 <http://www.dhmc.org>
- 4 <http://www.shared-decision-making.org>
- 5 <http://www.patient-als-partner.de/newsletter.htm>

Literatur

- Anselm R (2003):** Partner oder Person? Leistungskraft und Grenzen eines Paradigmas; in: Scheibler F/Pfaff H (Hrsg.): Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess; Weinheim, 26-33.
- Antonovsky A (1993):** The structure and properties of the sense of coherence scale; in: Social Science and Medicine, 36/6/93, 725-33.
- Antonovsky A.(1997):** Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt); Tübingen.
- Approbationsordnung für Ärzte (AppOÄ),** Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 44, Bonn 3. Juli 2002.
- Cabié MC/Isebaert L (1997):** Pour une thérapie brève; Paris
- Charles C/Gafni A/Whelan T (1997):** Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango); in: Social Science and Medicine, 44/5/97, 681-92.
- Elwyn G/Edwards A/Kinnersyey P (2003):** Shared decision-making in der medizinischen Grundversorgung. Die vernachlässigte zweite Hälfte der Beratung; in: Scheibler F/Pfaff H. (Hrsg.): Shared Decision-Making; Weinheim, 55-68.
- Fish R/Weakland JH/Segal L (1987):** Strategien der Veränderung: Systemische Kurztherapie, Stuttgart.
- French WL/Bell CH/Zawacki RA (Hrsg.) (1994):** Organization development and transformation: managing effective change; Boston Mass.
- Gadamer HG (1993):** Über die Verborgenheit der Gesundheit, Frankfurt am Main.
- Graham ID/Logan J/O'Connor A et al. (2003):** A qualitative study of physicians' perceptions of three decision aids. Patient Education and Counseling, 50/3/03, 279-83.

Grondin J (2003): Kleine Phänomenologie der Gesundheit; in: Riedel M/Seubert H/Padrutt H (Hrsg.): Zwischen Philosophie, Medizin und Psychologie. Köln, 91-99.

Handrock A (1999): Sprache und Verständlichkeit. Berlin.

Kampmann M/Schlünder M/Schwantes U (2001): Die ärztliche Gesprächsführung- ein neuer obligater Unterricht an der Charité; in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 77/01, 4-5.

Kaplan RM (1999): Shared medical decision-making: a new paradigm for behavioral medicine – 1997 presidential address; in: Annals of Behavioral Medicine, 21/1/99, 3-11.

Kasper J/Kuch Ch/Heesen Ch (2003): Shared decision-making als Interaktionsstil: Eine konstruktivistische Perspektive; in: Scheibler F/Pfaff H. (Hrsg.): Shared Decision Making; Weinheim, 34-45.

Kennedy AD/Sculpher MJ/Coulter A et al. (2002): Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes and costs: a randomized controlled trial; in: Journal of the American Medical Association, 288/21/02, 2701-8.

Klemperer D (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation; Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, 103-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

Krüger A (2004): Video als Entscheidungshilfe für Patienten; in: Ärztezeitung 9/1/04, 155a.

Naunyn B. (1905): Ärzte und Laien; in: Deutsche Revue, 1905

O'Connor AM/Tugwell P/Wells GA et al. (1998): A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation; in: Patient Education and Counseling, 33/98, 267-279.

O'Connor AM/Stacey D/Entwistle V et al. (2003): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions; in: Cochrane Database Systematic Reviews, 2/03, CD001431.

O'Cathain A/Thomas KJ (2004): Evaluating decision aids – where next? in: Health Expectations, 7/2/04, 98-103.

Renal Physicians Association (RPA)/American Society of Nephrology Working Group (2000): Clinical practice guidelines on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis; in: Journal of the American Society of Nephrology, 11/9/00, 1788-90.

Roelands M/Van Oost P/Stevens V et al. (2003): Clinical practice guidelines to improve shared decision-making about assistive device use in home care: a pilot intervention study; in: Patient Education and Counseling, 55/2/04, 252-64.

Simon GE/Von Korff M/Ludman EJ et al. (2002): Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care; in: Medical Care, 40/10/02; 941-50.

Scheibler F/Pfaff H/Janßen Ch (2003a): Shared Decision Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur; in: Sozial und Präventivmedizin, 48/03, 11-24.

Scheibler F/Pfaff H (Hrsg.) (2003b): Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Weinheim.

Scheibler F/Pfaff H/von Pritzbuier E (2004): Partizipative Entscheidungsfindung als Chance für die Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme; in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98/2/04, 109-14.

Schulz von Thun F (1998): Miteinander reden (Bd 1-3).Reinbek.

Schwantes U/Dechering S/Helmich P (1997): Wünsche und Vorstellungen alter Menschen im Zusammenhang mit ihrem Lebensende; in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 73/97, Abstract-Band.

Strull WM/Lo B/Charles G (1984): Do patients want to participate in medical decision making? in: Journal of the American Medical Association, 252/21/84, 2990-4.

Terzioglu P/Jonitz B/Schwantes U/Burger W (2003): Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen; in: Deutsches Ärzteblatt 09/03, A-2277 / B-1897 / C-1797.

DIE AUTOREN



Dr. rer. med. Fülöp Scheibler, M.A.
1991-1998 Studium der Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der TU-Berlin, seit 1998 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Medizinische Soziologie am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.



Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes
Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Facharzt für Allgemeinmedizin – Psychotherapie, Lehrstuhlinhaber und zugleich tätig als niedergelassener Hausarzt.



Dr. med. Margareta Kampmann
Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Fachärztin für Allgemeinmedizin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin.



Prof. Dr. phil. Holger Pfaff
1975-1981 Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften, 1988 Promotion zum Dr. phil. 1995 Habilitation im Fach Soziologie, seit 1997 Professor für des Fach Medizinische Soziologie an der Universität zu Köln, seit 2002

2003 Dissertation: „Shared Decision Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung“ (Bern, Huber, 2003). Arbeitsschwerpunkte: Universitäre Lehre im Bereich der Medizinischen Soziologie und Psychologie. Forschungsschwerpunkte u.a.: Arzt-Patienten-Interaktion, Patientenbefragung, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement.

Arbeitsschwerpunkte: Hausärztliche gesundheitsorientierte Gesprächsführung (GOG), Suchtkranke in der hausärztlichen Praxis, Versorgung alter Menschen, Schwerstkranker und Sterbender, Psychosomatische Grundversorgung, Versorgungsforschung.

Arbeitsschwerpunkte: Ärztliche Kommunikation und Interaktion, Didaktik in der Hochschullehre, Salutogenese, Versorgungsforschung.

Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Arbeitsschwerpunkte: Universitäre Lehre im Bereich der Medizinischen Soziologie. Forschungsschwerpunkte u.a. Organisationsanalyse und Entwicklung, Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen, Versorgungsforschung, Patientenbefragungen, Arzt-Patienten-Interaktion.