

KORRESPONDENZ

Kurzmitteilung

Klinikweite Implementierung von Shared Decision Making

Erste Ergebnisse des Kieler Innovationsfondsprojekts zum SHARE TO CARE Programm

Das Patientenrechtegesetz schreibt vor, dass alle medizinisch vertretbaren Behandlungsoptionen unter Einbeziehung der bestverfügbaren medizinischen Evidenz sowie der Patientenpräferenzen zwischen Arzt und Patient gegeneinander abgewogen werden müssen, um eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Dafür ist die Methode des Shared Decision Making (SDM) der Goldstandard (1).

Als Modell für eine flächendeckende Etablierung von SDM fördert der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses das Programm SHARE TO CARE (S2C). Damit soll SDM in allen Fachabteilungen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) am Campus Kiel implementiert werden (2).

Die Klinik für Neurologie des UKSH ist die erste Organisationseinheit, in der das S2C-Programm vollständig implementiert wurde. In diesem Beitrag wird seine Praktikabilität und Effektivität zur Realisierung von SDM untersucht.

Methode

Die vier in vorangegangenen randomisierten kontrollierten Studien bewährten Interventionsmodule des S2C-Programms (2) adressieren die wichtigsten Akteure in der Klinik:

- Alle Ärzte durchlaufen ein Online-Training und erhalten ein individuelles Feedback zu Videoaufnahmen eigener Patientengespräche und zu der Frage, wie sie SDM effektiv realisieren können.
- Patienten werden durch Print- und Filmmidien (unter anderem mit der Ask-3-Methode) zu mehr Partizipation angeleitet.
- Fachexperten der Klinik und Experten für Evidenzrecherchen, Medical Writing und Film illustrieren gemeinsam die Informationen zu den wichtigsten Therapieentscheidungen jedes Fachgebiets in evidenzbasierten, multimedialen Online-Entscheidungshilfen.
- Pflegekräfte und andere nichtärztliche Fachkräfte unterstützen Patienten zusätzlich als ausgebildete Decision Coaches bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

In einem Prä-Post-Design wurden Patienten postalisch anhand international gebräuchlicher Patientenfragebögen befragt. Die Baseline-Erhebung t_0 erfolgte von Juli bis September 2018. Nach Abschluss der Implementierung folgte von Januar bis März 2020 die Nacherhebung t_1 .

Primärer Endpunkt war die Skala „Entscheidungsteilnahme des Patienten“ im Perceived Involvement in Care Scale (PICS_{ETP}). Ein weiterer Endpunkt war die Vorbereitung auf Therapieentscheidungen mit dem Fragebogen Preparation for Decision Making (PrepDM). Prä-Post-Vergleiche erfolgten mithilfe zweiseitiger T-Tests. Für PICS_{ETP} wurde zudem a priori ein Schwellenwert von $>2,5$ als Indikator für SDM festgelegt (PICS_{ETP} $>2,5$; Skalenrange 1–4). Ferner wurde deskriptiv anhand zusätzlicher Items die Aufklärungsqualität aus Patientensicht untersucht (bezüglich Darstellung der Therapieoptionen und ihrer Vor- und Nachteile). In einer multiplen Regression wurde der

Einfluss von Alter, Bildung und Geschlecht auf den primären Endpunkt PICS_{ETP} überprüft.

Die im Erhebungszeitraum zufällig erfassten Patienten waren verblindet gegenüber dem Untersuchungsdesign.

Ergebnisse

Praktikabilität

Die vier Interventionsmodule des S2C-Programms konnten in der Klinik planmäßig umgesetzt werden. So wurden bis zur Nacherhebung 93 % der Ärzte ($N = 42$) in SDM trainiert, acht Online-Entscheidungshilfen für Patienten entwickelt und in bestehende Behandlungspfade eingebettet, zwei Pflegekräfte zu Decision Coaches geschult sowie die Print- und Filmmidien zur Patientenaktivierung systematisch ab der Erstaufnahme kontinuierlich an Patienten herangetragen.

Effektivität

Die postalische Patientenbefragung ($n_{t_0} = 69$; $n_{t_1} = 71$, Rücklaufquote 64/65 %) zeigte einen signifikanten Anstieg des subjektiv empfundenen SDM-Levels (PICS_{ETP}: Mittelwert $M_{t_0} = 2,70$ [Standardabweichung (SD) = 0,91]; $M_{t_1} = 3,07$ [SD = 0,66]; $p = 0,01$; Effektstärke Hedges' $g = 0,47$ [= mittelgroßer Effekt]). Bei regressionsanalytischer Betrachtung des Anstiegs hatte die Adjustierung für Alter, Geschlecht und Bildung keinen relevanten Einfluss (Regressionskoeffizient $r_{\text{unadjustiert}} = 0,34$ versus $r_{\text{adjustiert}} = 0,33$; jeweils $p = 0,02$). Der Anteil von Gesprächen oberhalb des SDM-Schwellenwerts (PICS_{ETP} $>2,5$) erhöhte sich auf 77 % ($t_0 = 56$ %). Die Vorbereitung auf Therapieentscheidungen wurde aus Patientenperspektive verbessert (PrepDM: $M_{t_0} = 3,16$ (SD = 1,28); $M_{t_1} = 3,64$ (SD = 1,10); $p = 0,03$; Hedges' $g = 0,40$). Deskriptiv zeigte sich eine verbesserte Aufklärungsqualität.

Schlussfolgerung

Nach Implementierung des SHARE TO CARE-Programms verbesserten sich in der Kieler Klinik für Neurologie das SDM-Level, die Vorbereitung auf medizinische Entscheidungen sowie die Aufklärung über Therapieoptionen. Die Programmmodule erwiesen sich als praktikabel. Das zeigt nicht zuletzt auch die hohe Durchdringungsrate bei den Ärzttetrainings, für die allerdings temporär Arbeitszeitressourcen bereitgestellt werden müssen. Nachfolgende Analysen im Rahmen des S2C-Projekts werden zeigen, inwieweit sich diese Anfangsinvestition (über-)kompensieren lässt. Eine Komponente könnte dabei die steigende Gesundheitskompetenz und Adhärenz bei Patienten sein, die dadurch einen geringeren ärztlichen Betreuungsaufwand erzeugen.

Einschränkend ist zur Interpretation der Ergebnisse festzuhalten, dass dieses Vollimplementierungssetting naturgemäß nicht unter randomisierten kontrollierten Bedingungen evaluiert werden konnte und Konfundierungseffekte somit nicht auszuschließen sind. Die nachfolgenden Replikationen in den übrigen UKSH-Kliniken müssen zudem die Übertragbarkeit auf andere

TABELLE 1

Soziodemografische Daten der Patienten sowie Endpunkte zu den beiden Messzeitpunkten

	t ₀		t ₁		gesamt
	n	%	n	%	
Anzahl Patienten	69		71		140
Alter					
Fragebogen mit Angabe	67		71		138
18–40 Jahre	5	7,5	17	23,9	
41–60 Jahre	24	35,8	21	29,6	
über 60 Jahre	38	56,7	33	46,5	
Geschlecht					
Fragebogen mit Angabe	64		71		135
weiblich	31	48,4	35	49,3	
männlich	33	51,6	36	50,7	
höchster Schulabschluss					
Fragebogen mit Angabe	66		71		137
unterhalb von Mittlerer Reife	29	43,9	23	32,4	
Mittlere Reife	23	34,9	26	36,6	
Fachabitur/Abitur	14	21,2	22	31,0	
Skala PICS_{ETP}*	63		69		132
PICS _{ETP} < 2,5	28	44,4	16	23,2	
PICS _{ETP} > 2,5	35	55,6	53	76,8	
	MW	SD	MW	SD	Sign. (Z-seitig)
PICS _{ETP} *	2,70	0,91	3,07	0,66	0,01
PrepDM*	3,16	1,28	3,64	1,10	0,03

*In die Auswertung von PICS_{ETP} und PrepDM wurden jeweils nur Patienten eingeschlossen, die die jeweilige Skala vollständig ausgefüllt hatten. Mittelwerte (M) wurden mithilfe zweiseitiger t-Tests verglichen. Sign., Signifikanz; SD, Standardabweichung

TABELLE 2

Multiple lineare Regression zum Einfluss des Messzeitpunkts auf den primären Endpunkt „Entscheidungsteilnahme des Patienten“ (PICS_{ETP}) unter Einbezug von Alter, Geschlecht und Bildung

	Regressionskoeffizient	Signifikanz (Z-seitig)	95-%-KI
Messzeitpunkt			
t ₀ (Referenzgruppe)			
t ₁	0,33	0,02	[0,05; 0,61]
Alter			
18–40 Jahre (Referenzgruppe)			
41–60 Jahre	-0,19	0,38	[-0,60; 0,23]
über 60 Jahre	-0,35	0,08	[-0,74; 0,05]
Geschlecht			
weiblich (Referenzgruppe)			
männlich	0,10	0,48	[-0,18; 0,37]
höchster Schulabschluss			
unterhalb von Mittlerer Reife (Referenzgruppe)			
Mittlere Reife	0,25	0,13	[-0,08; 0,57]
Fachabitur/Abitur	-0,11	0,55	[-0,56; 0,25]
Konstante	2,85	0,00	[2,39; 3,32]

Anzahl der einbezogenen Fragebögen: 127. Der Regressionskoeffizient ist in Einheiten der Skala PICS_{ETP} zu interpretieren. Das heißt zu t₁ befragte Patienten zeigen im Schnitt ein um 0,33 erhöhtes SDM-Level im Vergleich zur Referenzgruppe (Patienten zu t₀). Außer dem Messzeitpunkt gibt es keinen weiteren signifikanten Einfluss (alle p > 0,05). Der Wert der Konstante ist aufgeführt, um das Regressionsmodell vollständig abzubilden und beschreibt den y-Achsenabschnitt der berechneten Regressionsgerade. KI, Konfidenzintervall; MR, mittlere Reife

Fachgebiete nachweisen. Die bisherigen Erfahrungen stimmen dafür allerdings optimistisch.

Die Vollimplementierung von SDM unter Einbeziehung aller relevanten Gruppen – Ärzte, Pflegepersonal, Patienten – in einer gesamten Klinik inklusive einer gemeinsamen Neuentwicklung von acht evidenzbasierten Entscheidungshilfen ist weltweit eine Besonderheit. Dasselbe gilt für die Implementierung am gesamten Kieler Universitätsklinikum mit insgesamt 83 Entscheidungshilfen. Der gezeigte Implementierungserfolg in der Klinik für Neurologie sowie die Erfahrungen am UKSH insgesamt sprechen dafür, dass der S2C-Ansatz skalierbar und auf andere Krankenhäuser übertragbar ist. Im Bundesland Bremen ist eine Adaptierung des S2C-Programms samt Abrechenbarkeit über Krankenkassen bereits in die Hausarztzentrierte Versorgung integriert.

Passend dazu wird SDM in Großbritannien gerade mit einer NICE-Guideline zum nationalen Versorgungsstandard (3) – nicht zuletzt vermutlich auch, weil internationale Arbeitsgruppen SDM eine effizientere Ressourcennutzung durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zuschreiben (4, 5). Das S2C-Programm soll diese Effekte replizieren. In einer Folgestudie werden dafür gesundheitsökonomische Parameter des UKSH mittels Propensity Score Matching mit Kontrollkrankenhäusern bundesweit verglichen.

Friedemann Geiger, Anna Novelli, Daniela Berg, Claudia Hacke, Leonie Sundmacher, Olga Kopeleva, Fülöp Scheibler, Jens-Ulrich Ruffer, Christine Kuch, Kai Wehkamp
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel (Berg, Hacke, Kopeleva, Scheibler, Kuch)
 f.geiger@uksh.de
 Technische Universität München (Novelli, Sundmacher)
 TakePart Media+Science GmbH, Köln (Ruffer)
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, & Medical School Hamburg (Geiger, Wehkamp)

Förderung

Das Implementierungsprojekt wird gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (NVF17009).

Interessenkonflikt

Prof. Geiger, Prof. Wehkamp und Dr. Scheibler sind Gesellschafter von Share to Care. Prof. Geiger bekam Kongressgebühren- und Reisekostenerstattung von Roche. Für Vorträge wurde er honoriert von Chugai Pharma und Roche. PD Dr. Ruffer ist Geschäftsführender Gesellschafter von Share to Care und TakePart Media+Science. Er erhielt Vortragshonorare von Chugai Pharma. Prof. Wehkamp erhielt Kongressgebühren- und Reisekostenerstattung sowie Vortragshonorare von Roche. Die übrigen Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 4. 11. 2020, revidierte Fassung angenommen: 1. 2. 2021

Literatur

- Rummer A, Scheibler F: Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Dtsch Arztebl 2016; 113: 322–4.
- Danner M, Geiger F, Wehkamp K, et al.: Making Shared Decision Making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation program at a Northern German University Hospital. BMJ Open 2020; 10: e037575.
- National Institute for Care and Health Excellence. 2020. www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10120 (last accessed on 20 December 2020).
- Veroff D, Marr A, Wennberg DE: Enhanced support for shared decision making reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions. Health Aff (Millwood) 201; 32: 285–93.
- Arterburn D, Wellman R, Westbrook E, et al.: Introducing decision aids at group health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. Health Aff (Millwood) 2012; 31: 2094–104.

Zitierweise

Geiger F, Novelli A, Berg D, Hacke C, Sundmacher L, Kopeleva O, Scheibler F, Rueffler JU, Kuch C, Wehkamp K: The hospital-wide implementation of shared decision-making—initial findings of the Kiel SHARE TO CARE program. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 225–6. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0144

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter: www.aerzteblatt-international.de