

Patientenschulung I

Informed Decision Making

Shared Decision Making

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Bachelor Public Health
WS 2006/2007



Universität Bremen



VFwF e.V.

Stufen der Beteiligung von Patienten -1-

Generell gilt die Erfahrung:

- Mehr Information bedeutet nicht automatisch Veränderung der Einstellung,
- Veränderung der Einstellung bedeutet nicht automatisch Veränderung von Verhalten,
- und eine getroffene Verhaltensänderung bürgt nicht für *nachhaltige* Verhaltensänderung.

Stufen der Beteiligung -2-

Das Interesse an mehr Information und Beteiligung hängt von der Situation des Erkrankten ab:

- Akutsituationen: Extremfall Bewusstlosigkeit – hier ist Information ausschließlich über Angehörige/ Betreuer denkbar. Andererseits kann das Thema Einwilligung aber sehr wohl auch z.B. bei akut erforderlichen Operationen/ Therapien wichtig sein (Beispiel: Bypass nach akutem Herzinfarkt jenseits der lebensbedrohlichen Phase)
- Chronische Verläufe stellen häufiger die Frage nach Umfang und Qualität von Information: Dies gilt zum einen für chirurgische Wahleingriffe (Op ohne Zeitdruck) und immer für Situationen, in denen es mehrere Behandlungsalternativen gibt.

<http://www.patient-als-partner.de/>

- Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ist ein Interaktions- prozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.

<http://www.patient-als-partner.de/>

Kernelemente

- von partizipativer Entscheidungsfindung sind:
- Mindestens 2 Teilnehmer (Patient und i.d.R. Arzt) sind beteiligt.
- Informationsaustausch findet in beide Richtungen statt.
- Beide sind sich bewusst, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen.
- Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung.

<http://www.patient-als-partner.de/>

Prozessschritte der partizipativen Entscheidungsfindung

- Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
- Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung/Rollen klären und Gleichberechtigung der Partner formulieren („Equality“)
- Aussage über Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten – „Equipoise“
- Information über Optionen (mindestens EBM-Alternativen, Vor- und Nachteile) evt. mit Decision Aids
- Rückmeldung über Verständnis der Optionen und Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten
- Präferenzen ermitteln (First Choice), ÄrztIn und PatientIn
- Aushandeln
- Gemeinsame (partizipative) Entscheidung
- Vertrag/Selbstverpflichtung (Plan zur Umsetzung der Entscheidung)

Zur Verortung von Schulungsprogrammen

Schulungsprogramme sind ein „Spezialfall“ von Information für Kranke, sie liegen bereits in einer nachlesbaren, aufgearbeiteten Form vor.

Schulungsprogramme für chronisch Kranke können aus Public Health – Perspektive unter folgenden Aspekten betrachtet werden:

- Fördern sie die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten, nämlich ein möglichst selbständiges Leben führen zu können? (der Patient behandelt seine Erkrankung weitgehend selbst)
- Wird Schulung damit Teil des Behandlungskonzeptes?
- Sind die enthaltenen Informationen evidenzbasiert (werden die Quellen angegeben, auf die sich die Aussagen des Programms beziehen)?

Bewertung von Schulungsprogrammen

Aus Sicht der Therapieforschung stellen sich vor allem drei Fragen:

- Sind die Programme evaluiert und publiziert? (Gebot des Nutznachweises durch hochwertige Studien, Gebot der Nachvollziehbarkeit der Informationen/ Daten)
- Ist der Nachweis der Verringerung der krankheitsspezifischen Folgeerkrankungen/ der Verbesserung der Lebensdauer/ der Verbesserung der Lebensqualität geführt worden?
- Sind die Programme kosteneffektiv? (gleiche Qualität zu geringeren Kosten/ Preisen resp. bessere Qualität zu gleichen oder angemessen höheren Kosten/ Preisen?)

Problemfelder

Als Problemfelder von Patientenschulungen gelten [\[i\]](#) folgende Bereiche:

- Übertragung von Wissen auf Handeln
- Übertragung von erlernten Verhaltensweisen in den Alltag
- Optimierung der Effizienz einer Schulung angesichts begrenzter Ressourcen
- flexible Anpassung einer Schulung an die Ausgangslage der Teilnehmer bezüglich ihres Wissensstandes und ihrer Motivation
- Entwicklung von einfach zu handhabenden Instrumenten zur kontinuierlichen Überprüfung der Effekte von Schulungen

[\[i\]](#) Ellgring H, Reusch A (2001) Einführung in den Themenschwerpunkt „Patientenschulung: Brücke zwischen Forschung und Praxis“. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 14(54):91-96

Typ-2-Diabetes: Anforderungen an Schulungsprogramme

Im Falle des Typ-2-Diabetes interessieren vor allem:

- Die Abnahme der die Lebensdauer und Lebensqualität beeinträchtigenden Folgeerkrankungen
- Deshalb ganz wesentlich: die Berücksichtigung der Behandlung eines bestehenden Bluthochdrucks
- Die Gewichtsentwicklung
- Das Erreichen der am meisten von Folgeschäden bedrohten Patientinnen und Patienten („Inverse care law“ nach J.T. Hart!)

Bewertungsmatrix Gerlach/ Szecsenyi -1-

- **Ziele:** Stärkung der Selbstwirksamkeit und der Eigenverantwortlichkeit, Empowerment des Teilnehmers, Stärkung der Krankheitseinsicht und der Behandlungsmotivation.
- **Zielgruppe:** Definition der Zielgruppe, Eingrenzungen / Ausschlußkriterien, Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des Versicherten.
- **Schulungskonzept:** strukturiertes Schulungskonzept, schriftliches Curriculum, Anwendung des Schulungsprogramms, Evaluation des Schulungsprogramms.

Bewertungsmatrix Gerlach/ Szecsenyi -2-

- **Schulungspersonal:** Ausbildung des Schulungspersonals, fachlich, methodische und soziale Vorbereitung, Hinweise zur Umsetzung des Programms, Interdisziplinarität des Schulungspersonals, fachliche Supervision des Schulungspersonals.
- **Methodik/Didaktik:** Schulungsraum, Arbeitsmaterialien, Patientenunterlagen, Berücksichtigung der Individualität der einzelnen Teilnehmers (individuelles Risikoprofil, individuelle Schulungsziele, individuelle Lebenssituation), Alltagstransfer, strukturierter Informationsfluß zum behandelnden Arzt, Vermittlung sozialer Kompetenzen).

Bewertungsmatrix Gerlach/ Szecsenyi -3-

- **Qualitätssicherung:** strukturierte Dokumentation, Überprüfung des Lernfortschrittes der Teilnehmer, kontinuierliche Ergebnisevaluation, weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- **Schulungsinhalte:** Informationen zu Grundlagen, Diagnostik und Therapie der Erkrankung, Berücksichtigung persönlicher Therapieziele und persönlicher Lebensbedingungen, Einbeziehung von Angehörigen, Alltagstransfer, Schulungseinheiten zu Risikofaktoren oder Begleiterkrankungen.