

12 Entscheidungshilfen als Beispiel für Leitlinienimplementierung

Fülöp Scheibler, Marion Danner, Jens Ulrich Ruffer und Friedemann Geiger

C. Günster | J. Klauber | D. Klemperer | M. Nothacker | B.-P. Robra | C. Schmuker (Hrsg.) Versorgungs-Report. Leitlinien – Evidenz für die Praxis.

DOI 10.32745/9783954668007-12, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2023

Entscheidungshilfen für Patientinnen und Patienten und Leitlinien für klinisches Personal haben einige Gemeinsamkeiten. Beispielsweise wird gefordert, dass sie evidenzbasiert sein sollten, also auf Grundlage der aktuellen und systematisch erfassten Ergebnisse der hochwertigsten verfügbaren klinischen Studien zu den jeweiligen (Schlüssel-) Fragestellungen erstellt werden sollten. Beide haben das Ziel, Entscheidungen bezüglich der Diagnostik, Therapie und Nachsorge in der Gesundheitsversorgung auf Basis eines informierten und rationalen bzw. empirischen Fundaments zu fällen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass sie in der Praxis weniger oft eingesetzt werden, als dies wünschenswert wäre. Dieser Beitrag befasst sich mit der Fragestellung, wie dieses Ziel in einem größeren Rahmen erreicht werden kann und wie sich diejenigen, die Leitlinien und Entscheidungshilfen entwickeln, gegenseitig dabei unterstützen könnten. Am Beispiel eines Projekts, das vom Innovationsfonds gefördert wurde im Rahmen dessen über vier Jahre Shared Decision Making am gesamten Campus Kiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein implementiert wurde, sollen Möglichkeiten und Grenzen die-

ser gegenseitigen Beflügelung aufgezeigt und Synergien ausgelotet werden.

Decision aids for patients and guidelines for clinicians have many things in common. For example, it is required that they should be evidence-based, i.e., based on the current and systematically collected results of the highest quality clinical trials available on the respective (key) questions. Both aim to make decisions regarding diagnostics, therapy and follow-up in health care based on an informed and rational/empirical foundation. Another common feature is that they are used less often in practice than would be desirable. This paper addresses the question of how this goal can be achieved on a larger scale and how the developers of guidelines and decision aids could support each other in doing so. Using the example of a project that was funded by the German Innovation Fund and implemented Shared Decision Making on the entire Kiel-campus of the University Hospital Schleswig-Holstein over a period of four years, the possibilities and limits of this mutual empowerment will be discussed, and synergies explored.

12.1 Hintergrund

Dieser Beitrag befasst sich mit der Frage, wie für Patientinnen und Patienten erstellte Entscheidungshilfen dazu beitragen können, dass evidenzbasierte Leitlinien in der klinischen Praxis besser implementiert werden. Gleichzeitig soll auch die Frage beantwortet werden, wie klinische Leitlinien beschaffen sein müssen, damit sie als Informationsgrundlage für Entscheidungshilfen genutzt werden können. Als Entscheidungshilfen werden dabei Instrumente verstanden, die bei Vorliegen von mehr als einer Versorgungsalternative für Diagnostik, Therapie oder Nachsorge den Versicherten und Betroffenen die Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten allgemeinverständlich erläutern. Hierauf basierend können Patientinnen und Patienten oder Versicherte informierte Entscheidungen gemeinsam mit dem ärztlichen Personal treffen (Rummer et al. 2023). Der Kommunikationsprozess, der in einer informierten Entscheidung mündet, wird gemeinhin als Shared Decision Making (SDM; deutsch: Partizipative Entscheidungsfindung) bezeichnet (Elwyn et al. 2015). Dabei werden neben klinischen Endpunkten auch Aspekte wie die Lebensqualität, der behandlungsbezogene Aufwand, die subjektiv bewertete Sinnhaftigkeit oder die soziale/finanzielle Situation der Betroffenen berücksichtigt (Rake et al. 2022).

Entscheidungshilfen können in sehr unterschiedlichen Formaten und Medien vorliegen. Angefangen von einfachen Tabellen, sogenannten Faktenboxen, über Broschüren bis hin zu Filmen oder interaktiven Websites. Man unterscheidet allgemein Entscheidungshilfen, die auf die Gespräche mit dem medizinischen Personal vorbereiten und jenen, die unmittelbar das Gespräch zwischen medizinischem Personal und Patient oder Patientin unterstützen sollen (Stacey et al. 2017).

Seit einigen Jahren wird in verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien da-

rauf hingewiesen, dass für bestimmte Entscheidungen im Rahmen des Behandlungsprozesses eine Einbeziehung der Betroffenen im Sinne eines SDM empfehlenswert sei. Beispielsweise widmet die Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Partizipativen Entscheidungsfindung ein eigenes Kapitel (Leitlinienprogramm Onkologie; Deutsche Krebsgesellschaft 2021). Dort wird z.B. auf die Patientenleitlinie und eine Entscheidungshilfe zum Mammografie-Screening verwiesen. Darüber hinaus fordern internationale Methodenpapiere für die Erstellung von medizinischen Leitlinien, die Entwicklung von Entscheidungshilfen von Anfang an mitzudenken (National Institute for Health and Care Excellence 2021). Zu ihren zentralen Eckpunkten gehören

- die Verwendung von Formulierungen, die die Diskussion zwischen Patientinnen/Patienten oder Versicherten und Angehörigen der Gesundheits- oder Sozialberufe unterstützen,
- die Darstellung der Möglichkeiten und ihrer Vor- und Nachteile in einer Weise, die eine patientenverständliche Risikokommunikation beinhaltet und eine Arzt-Patient-Diskussion ermöglicht,
- die systematische Identifizierung und Priorisierung von Empfehlungen und klinischen Situationen (Schlüsselfragen), die für SDM am relevantesten sind,
- die Erstellung eines allgemeinen Kapitels über SDM,
- die Bereitstellung von leitlinienbasierten Entscheidungshilfen und
- die Integration von SDM-Aspekten und Entscheidungshilfen in die Leitlinie, ihre Empfehlungen und Algorithmen (s. Kap. 13).

Des Weiteren wird betont, dass Materialien ausschließlich aus hochwertigen, verlässlichen Quellen genutzt werden sollten, wie z.B.

Information, die durch das NICE akkreditiert ist, die Website des National Health Service (NHS), Informationen von geeigneten Patientenorganisationen oder relevante Leitlinien beziehungsweise qualitätsgeprüfte Entscheidungshilfen. Außerdem sei es wichtig, auch den einfachen und niedrigschwelligen Zugang zu diesen Materialien durch Patientinnen und Versicherte zu berücksichtigen (National Institute for Health and Care Excellence 2021). Die entsprechenden Institutionen im deutschen Gesundheitswesen sind z.B. die Website des Gesundheitsministeriums (gesund-bund.de) oder des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (gesundheitsinformation.de). Als Qualitätskriterien gelten hierzulande die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015) oder die Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation (Lühnen et al. 2017). Als zertifizierungs- und Akkreditierungsinstanz hat sich die „Verlässliche Gesundheitsinformation“ des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (DNGK) etabliert (Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz 2023). Hier werden Gesundheitsinformationen anhand folgender sechs Kriterien bewertet:

- Verantwortlichkeit und Interessen, Sachverständigkeit, Autorenschaft
- Ziele, Zweck und Geltungsbereich der Informationen
- Quellen, Überprüfbarkeit der Aussagen
- Aktualität der Informationen
- Finanzierung, redaktionelle Unabhängigkeit, Werbefreiheit
- Qualitätsdarlegung des Angebotes

Informationsangebote, die diese Kriterien berücksichtigen, werden auf den Seiten des DNGK als „Verlässliche Gesundheitsinformationen“ gelistet und erhalten das Siegel des DNGK.

12.2 Synergien bei der gleichzeitigen Entwicklung und Implementierung von klinischen Leitlinien, Patientenleitlinien und evidenzbasierten Entscheidungshilfen

Patientenleitlinien sind allgemeinverständliche Versionen von klinischen Leitlinien, die von einer Gruppe von Betroffenen und Fachleuten erstellt werden, um den aktuellen Stand des Wissens in einer bestimmten Erkrankung zusammenzufassen. Patientenleitlinien werden zunehmend parallel zu den klinischen Leitlinien entwickelt und publiziert. Damit können einerseits Inhalte der gesetzlich verpflichtenden Patientenaufklärung und -beratung (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten [§ 630c-h BGB] 2013) entlang der klinischen Leitlinieninhalte entwickelt werden, sodass professioneller Wissensstand und Gesundheitsinformation für Patientinnen und Patienten bzw. Bürgerinnen und Bürger inhaltlich übereinstimmen. Andererseits können bei der Entwicklung der Informationsmedien Aspekte identifiziert werden, die für Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte relevant und wichtig sind, aber aus professioneller Perspektive nicht selbstverständlich im Fokus stehen. Klinische Leitlinien könnten daher auch von der Entwicklung der Patientenmedien profitieren.

Eine Studie über Präferenzen von Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz zeigt beispielsweise, dass Patientinnen und Patienten der Sicherheit der Behandlung die höchste Priorität zuordnen. Sicherheit kommt dagegen bei dem befragten nephrologischen Fachpersonen erst an siebter Stelle. Ähnlich divergent zeigt sich die Bewertung anderer Endpunkte (Jansen et al. 2016). Die Auswahl und Gewichtung von Endpunkten hat Einfluss auf die Empfehlungen, die in einer Leitlinie ausgesprochen werden. Würde die Perspektive der Betroffenen in diese Gewichtung einfließen, wären Leitlinienempfehlungen ohne Zweifel patientenzent-

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

trierter. In den beschriebenen Fällen liegen sogenannte „präferenzsensitive Entscheidungen“ vor, welche konsequenterweise im Rahmen eines SDM von Patientinnen und ärztlichem Fachpersonal gemeinsam getroffen werden sollten. Dafür ist es unerlässlich, evidenz- beziehungsweise leitlinienbasierte Entscheidungshilfen anzubieten.

Ein Beispiel: Soll einer Frau mit Brustkrebs eine Chemotherapie empfohlen werden? [American Society of Clinical Oncology (ASCO)-Empfehlung (Harris et al. 2016)]

Die Wahrscheinlichkeit eines Fernrezidivs in den folgenden zehn Jahren für eine Patientin mit einem Tumor mit *positivem* Nodal-, *negativem* Hormonrezeptor- (ER-, PgR-) und negativem HER2-Rezeptorstatus, liegt ohne adjuvante systemische Therapie bei etwa 50–60 von 100. Eine systematische Übersicht der Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group kommt zu dem Ergebnis, dass die Verringerung des Rezidivrisikos mit adjuvanter Chemotherapie etwa ein Drittel (30%) beträgt. Daher würde die Chemotherapie dieses Risiko um etwa 15–20 von 100 (ein Drittel des ursprünglichen Risikos von 50–60 von 100) reduzieren. Mehrere Studien haben ergeben, dass die Wahrscheinlichkeit von tödlichen, lebensbedrohlichen oder dauerhaft lebensverändernden Toxizitäten bei gesunden Frauen, mindestens 2 bis 3% beträgt. Daher kann man davon ausgehen, dass die Zahl der Frauen, die von der adjuvanten Chemotherapie profitieren, die Zahl derer, die geschädigt werden, deutlich übersteigt. Die Leitlinie würde daher in dieser Situation eine Chemotherapie empfehlen (s. linke Seite der Abb. 1).

Dagegen liegt das Risiko eines Fernrezidivs in den folgenden zehn Jahren für eine Patientin mit einem Grad 1 Tumor mit *negativem* Nodal-, *positivem* Hormonrezeptor- (ER+, PgR+) und negativem HER2-Rezeptorstatus ohne adjuvante systemische Therapie bei etwa bei 15–20 von 100. Wenn sie eine Hormontherapie erhält, reduziert sich ihr Risiko um ein Drittel bis um die Hälfte (auf etwa 10 von 100). Wenn nun eine zusätzliche Chemotherapie dieses

verbleibende Risiko um ein weiteres Drittel (30%) senkt, beträgt die zusätzliche Risikoreduktion etwa 3 von 100. Damit ist der Nutzen der Chemotherapie ähnlich hoch wie das Risiko einer schweren Nebenwirkung (2–3 von 100; s. rechte Seite der Abb. 1). Unterhalb einer Schwelle von 10% Rezidivrisiko in zehn Jahren scheint den Leitlinienfassenden eine Chemotherapie nicht empfehlenswert, weil die potenziellen Nebenwirkungen den erwarteten Nutzen übersteigen (Harris et al. 2016).

Die Leitlinien empfehlen daher, von einer Chemotherapie bei einem Zehn-Jahres-Rezidivrisiko unter 10% generell abzuraten (Harris et al. 2016; Krop et al. 2017).

Dennoch handelt es sich hier um eine Abwägung sehr unterschiedlicher Zielgrößen: Fernrezidive in zehn Jahren gegen tödliche, lebensbedrohliche oder dauerhaft lebensverändernde Toxizitäten der Chemotherapie. Die Präferenzen von Frauen sind in dieser Situation sehr unterschiedlich und bisher wenig untersucht (Marshall et al. 2016). Daher kann es keine einzige richtige Empfehlung für alle betroffenen Frauen geben. Vielmehr sollte die Entscheidung zwischen der Patientin und ihrem Arzt oder ihrer Ärztin gemeinsam getroffen werden. Für die eine Frau mag es sinnvoll und richtig sein, sich für die Chemotherapie zu entscheiden, wenn sie in großer Sorge wegen eines Rezidivs ist. Die Nebenwirkungen der Chemotherapie nimmt sie lieber in Kauf und würde gegebenenfalls die Dosis reduzieren, sollten diese unerträglich werden. Eine andere Frau wünscht sich eine möglichst hohe Lebensqualität und sorgt sich weniger um mögliche Rezidive in zehn Jahren. Für sie wäre die Entscheidung gegen eine Chemotherapie die richtige.

Leitlinienempfehlungen sollten daher, wie oben dargestellt, Nutzen und Nebenwirkungen für Patientinnen und das ärztliche Fachpersonal verständlich aufbereiten und die Entscheidung ergebnisoffen auf die Ebene des Arzt-Patientin-Gesprächs verlagert verlagern, ohne eine konkrete Empfehlung auszusprechen. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, derartige Abwägungen auf Basis valide gemessener, aggregierter Präferenzen der tatsächlich Betroffener zu treffen.

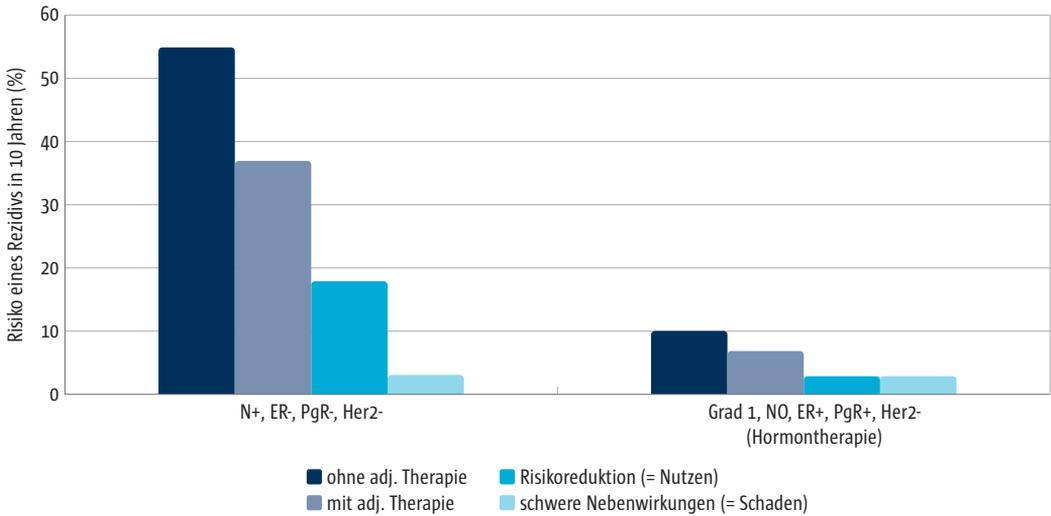


Abb. 1 Nutzen und Schaden einer adjuvanten Chemotherapie bei unterschiedlichen Ausgangsrisiken eines primären Mammakarzinoms (nach Harris et al. 2016)

12.3 Ein Pilotprojekt zur flächendeckenden Implementierung von Entscheidungshilfen in die Versorgung

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projekts (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023) ist es gelungen, in 18 Kliniken des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, SDM zum Versorgungsstandard zu machen (Danner et al. 2020; Geiger et al. 2021a; Geiger, et al. 2021b). Dafür wurde das modulare SHARE-TO-CARE-Programm (S2C; <https://share-to-care.de/>) entwickelt und implementiert. Die vier Module dieses Programms sind:

MODUL 1 – Training für Ärztinnen und Ärzte: Im ersten Schritt wird ein Online-Training absolviert, in dem anhand von Lehrbeispielen ein Grundlagenwissen zu SDM vermittelt wird. Nachfolgend werden von den Ärztinnen und Ärzten zwei reale Entscheidungsgespräche mit zu behandelnden Personen zu einer konkreten Entscheidungssituation auf Video aufgenommen. Auf deren Basis erhalten die Trainingsteilneh-

menden jeweils ein individuelles Coaching mit konkreten Verbesserungsvorschlägen. Die Trainings werden von speziell ausgebildeten S2C-Trainerinnen oder -Trainern durchgeführt (Geiger et al. 2017).

MODUL 2 – Qualifizierung von Pflegekräften: Ausgewählte Pflegekräfte erhalten eine umfassende Schulung zum Decision Coach. In dieser Rolle unterstützen sie Patientinnen und Patienten im Verständnis der medizinischen Inhalte (idealerweise auf Basis vorhandener Entscheidungshilfen). Außerdem helfen die Decision Coaches ihnen dabei, die eigenen Präferenzen und Prioritäten klar zu benennen (Berger-Höger et al. 2019; Schuldt 2020). Die Schulungen zum Decision Coach werden von speziell ausgebildeten S2C-Trainerinnen oder -Trainern durchgeführt.

MODUL 3 – Aktivierung von Patientinnen und Patienten: Sie werden von den Decision Coaches sowie den ärztlichen Fachkräften motiviert und angeleitet, sich aktiv an ihren Therapieentscheidungen zu beteiligen, zum Beispiel, indem sie ihrem Arzt oder ihrer Ärztin die „Drei Fragen“ stellen (Shepherd et al. 2011):

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

- Welche Möglichkeiten habe ich?
- Was sind die Vor- und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass die Vor- und Nachteile bei mir auftreten?

MODUL 4 – Evidenzbasierte Online-Entscheidungshilfen: Für verschiedene Fragestellungen werden Online-Entscheidungshilfen entwickelt, die auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Informationen zu den Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen (Dierks u. Scheibler 2019). Diese Informationen sind laienverständlich formuliert, mit Grafiken versehen und filmisch durch Erklärungen von Ärztinnen und Ärzten, sowie Erfahrungsberichten von Patientinnen und Patienten unterstützt (Rummer et al. 2023).

Kliniken, die nach erfolgreichem Abschluss der Implementierung ein S2C-Zertifikat vorweisen können, erlösen seither über einen Selektivvertrag mit der Techniker Krankenkasse ein Zusatzentgelt für SDM pro Patientenfall. Seit 2023 sind die Barmer Ersatzkasse, die Kaufmännische Krankenkasse und die DAK-Gesundheit beigetreten. Weitere Kassen sind ebenfalls an einem Beitritt interessiert. Damit kann die Nachhaltigkeit und Aktualität des Programms am UKSH in Kiel gewährleistet werden.

Für alle Entscheidungshilfen wurde im Rahmen des Kieler Projekts die Evidenz systematisch aufgearbeitet. Dabei war es von Anfang an ein Ziel, Doppelarbeit zu vermeiden und wenn möglich, auf vorhandene, aktuelle und hochwertige Evidenzsynthesen zurückzugreifen. Evidenzbasierte Leitlinien waren daher eine der primären Quellen. Die Fragestellungen der im Rahmen des Projekts entwickelten 80 Entscheidungshilfen wurden vom klinischen Personal des UKSH in ihren jeweiligen Fachgebieten festgelegt. Dabei war die Vorgabe, dass die Fragestellung im klinischen Alltag hinreichend häufig vorhanden sein (> 30 Fälle im Jahr), es sich um eine präferenzsensitive Entscheidung handeln und diese komplex ge-

nug sein sollte, als dass die Erstellung einer Entscheidungshilfe tatsächlich eine relevante Unterstützung biete. Es kann daher von einer Auswahl ausgegangen werden, die zwar nicht repräsentativ für jede Uniklinik ist, jedoch hinreichend relevante, präferenzsensitive Themen in der Breite einer großen Uniklinik abbildet.

Rückblickend muss festgehalten werden, dass die verfügbare Evidenzbasis für diese 80 Fragestellungen, vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sie von den klinisch Tätigen als häufig und relevant für den Versorgungsalltag beschrieben wurden, eher dünn ausfällt (Danner et al. 2022). Nur etwa ein Drittel der identifizierten Studien wies eine moderate oder hohe Qualität auf (direkte Vergleiche, randomisierte oder zumindest kontrollierte Interventionsstudien). In den meisten anderen Fällen mussten im Rahmen eines „best available evidence“-Ansatzes vorhandene einarmige Kohortenstudien oder andere Quellen indirekt miteinander verglichen werden. Insbesondere bezüglich möglicher Risiken und Nebenwirkungen war die Evidenzbasis sehr schwach. Auch der Vergleich zu keiner zusätzlichen Behandlung oder dem aktiven Zuwarten, wie er von einschlägigen Methodenleitfäden für Entscheidungshilfen gefordert wird (Stacey, Volk, und Leads 2021), fehlte in den meisten Analysen.

Für die 80 Fragestellungen konnten in vier Fällen deutsche S3-Leitlinien verwendet werden (s. Abb. 2), in weiteren 21 Fällen lag eine S3-Leitlinie vor, konnte jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht genutzt werden (Leitlinie veraltet, Ergebnisse zum vorliegenden Vergleich nicht untersucht oder nicht dargestellt, Ergebnisse dargestellt aber nicht in absolute Häufigkeiten übertragbar, etc.). In 15 Fällen fanden sich Leitlinien einer niedrigeren Evidenzstufe, die keine systematische Aufarbeitung der klinischen Studien lieferten. In 30 Fällen konnte keine entsprechende Leitlinie identifiziert werden und in zehn Fällen war die Aufarbeitung der Evidenz nicht erforderlich, da es sich um generische Themen („Soll ich an einer

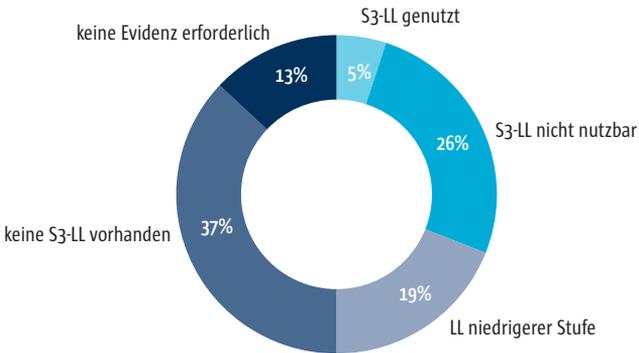


Abb. 2 Wie wurden deutsche Leitlinien zur Erstellung der Share-to-Care Entscheidungshilfen genutzt? (nach Danner et al. 2020)

klinischen Studie teilnehmen“) oder um die Übernahme von Inhalten anderer evidenzbasierter Informationen handelte (z.B. die Information des G-BA zum Darmkrebscreening).

12.4 Schlussfolgerungen

In einer idealen Welt gäbe es zu jeder relevanten Fragestellung eine aktuelle und evidenzbasierte Leitlinie, aus der man die Zahlen für Patienteninformationen und Entscheidungshilfen unmittelbar entnehmen könnte. Die Methodik der MAGICapp zeigt auf, wie dies praktisch funktionieren könnte (MAGIC Evidence Ecosystem Foundation 2023; s. Kap. 2). Dazu wären allerdings für jeden Vergleich und jeden relevanten Endpunkt valide, quantitative Effekte aus vergleichenden Studien erforderlich, die – wie oben gezeigt – nur in einem kleineren Teil der Fälle vorliegen. Auf dem Weg dahin könnten sich diejenigen, die evidenzbasierte Leitlinien und Entscheidungshilfen erstellen, gegenseitig mit Evidenzberichten und deren Aktualisierungen unterstützen, die auf Basis der best-verfügbaren Evidenz erstellt sind. Auch die Nutzung der MAGICapp ist in allen Fällen zu empfehlen, in denen die identifizierten Studien dies zulassen. Des Weiteren könnten bereits nach Festlegung der Schlüsselfragen

einer zu erstellenden Leitlinie diejenigen festgelegt werden, für welche die Erstellung einer Entscheidungshilfe sinnvoll erscheint. Für diese Fragestellungen könnte die Evidenz von Anfang an auf eine Weise aufbereitet werden, die eine Übersetzung in die Entscheidungshilfe ermöglicht (z.B. direkter Vergleich der Alternativen, absolute Häufigkeiten, Zahlen für „keine Behandlung“, etc.). Sollte sich die Leitliniengruppe für eine „living guideline“ mit regelmäßiger Aktualisierung der Evidenz entscheiden, wäre damit gleichzeitig auch die regelmäßige Aktualisierung der Entscheidungshilfe gewährleistet. Im Gegenzug könnte die Leitliniengruppe von jeder Aktualisierung der Entscheidungshilfe profitieren.

Validität und Aktualität der Evidenzgrundlage sind wesentliche Faktoren, die die Nutzung von klinischen Leitlinien und Entscheidungshilfen für Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte gleichermaßen verbessern. Eine gezielte Orientierung an den Fragen und Bedarfen („needs“) des Nutzerkreises trägt darüber hinaus zur Praktikabilität und damit zur Implementierung dieser Instrumente bei. Es zeigen sich daher wesentliche gemeinsame Ziele und Handlungsfelder bei der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien und Entscheidungshilfen. Deren Harmonisierung und methodische Abstimmung könnte Doppelarbeit

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?

vermeiden, Synergieeffekte erzeugen und die Implementierung in die medizinische Versorgung verbessern.

Literatur

- Andre F, Ismaila N, Henry NL et al. (2019) Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update-Integration of Results From TAILORx. *J Clin Oncol* 37, 1956–64
- Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I et al. (2019) Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. *International journal of nursing studies* 93, 141–52
- Danner M, Debrouwere M, Rummer A, Wehkamp K, Ruffer JU, Geiger F, Wolff R, Weik K, Scheibler F (2022) A scattered landscape: assessment of the evidence base for 71 patient decision aids developed in a hospital setting. *BMC Med Inform Decis Mak* 22, 44
- Danner M, Geiger F, Wehkamp K et al. (2020) Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a Northern German University Hospital. *BMJ Open* 10, e037575
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015) Gute Praxis Gesundheitsinformation (Good Practice Health Information). URL: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/weitere-publikationen> (abgerufen am 22.03.2023)
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (2023) Verlässliches Gesundheitswissen. URL: <https://dngk.de/verlaessliches-gesundheitswissen> (abgerufen am 22.03.2023)
- Dierks M, Scheibler F (2019) Entscheidungshilfen („Decision Aids“): Förderung einer evidenzbasierten Entscheidung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. In: Günster C, Klauber J et al. (Hrsg.) *Versorgungsreport Früherkennung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S (2015) Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science* 11, 114
- Geiger F, Hacke C, Potthoff J et al. (2021b) The effect of a scalable online training module for shared decision making based on flawed video examples – a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 104, 1568–74
- Geiger F, Liethmann K, Reitz D et al. (2017) Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making – Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 100, 2331–38
- Geiger F, Novelli A, Berg D et al. (2021a) Klinikweite Implementierung von Shared Decision Making, Erste Ergebnisse des Kieler Innovationsfondsprojekts zum SHARE TO CARE Programm. *Dtsch Arztebl Int* 118, 225–6
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2023) Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt MAKING SDM A REALITY (01NVF17009). URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/373/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY.pdf (abgerufen am 22.03.2023)
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (§ 630c-h BGB) (2013) Bundesanzeiger Verlag. URL: <https://www.bgbl.de> (abgerufen am 22.03.2023)
- Harris LN, Ismaila N, McShane LM et al. (2016) Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Summary. *J Oncol Pract* 12, 384–9
- Janssen IM, Scheibler F, Gerhard A (2016) Importance of hemodialysis-related outcomes: comparison of ratings by a self-help group, clinicians, and health technology assessment authors with those by a large reference group of patients. *Patient Prefer Adherence* 10, 2491–500
- Krop I, Ismaila N, Stearns V (2017) Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Focused Update Guideline Summary. *J Oncol Pract* 13, 763–66
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021) Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, AWMF-Registernummer: 032-045OL. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (abgerufen am 22.03.2023)
- Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I et al. (2017) Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. URL: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf> (abgerufen am 22.03.2023)
- MAGIC Evidence Ecosystem Foundation (2023) MAGICapp. URL: <https://www.magicvidence.org/magicapp/> (abgerufen am 22.03.2023)
- Marshall DA, Deal K, Bombard Y et al. (2016) How do women trade-off benefits and risks in chemotherapy treatment decisions based on gene expression profiling for early-stage breast cancer? A discrete choice experiment. *BMJ Open* 6, e010981
- National Institute for Health and Care Excellence (2021) Shared Decision Making – NICE Guideline. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197> (abgerufen am 22.03.2023)
- Rake EA, Box ICH, Dreesens D et al. (2022) Bringing personal perspective elicitation to the heart of shared decision-making: A scoping review. *Patient Educ Couns* 105, 2860–70
- Rummer A, Weik K, Danner M (2023) Online-Entscheidungshilfen für Patient:innen. Eine praktische Anleitung für mehr Shared Decision Making im klinischen Alltag. In: Scheibler F, Geiger F, Ruffer JU (Hrsg.) *atp-Verlag: Köln*
- Schuldts A (2020) Projekt im hohen Norden: Pflegekräfte als Decision Coaches. *Pflegezeitschrift* 73, 10–12



12 Entscheidungshilfen als Beispiel für Leitlinienimplementierung

Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ et al. (2011) Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns* 84, 379–85

Stacey D, Legare F, Lewis K et al. (2017) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD001431

Stacey D, Volk RJ, Ipdas Evidence Update Leads (2021) The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Med Decis Making* 41, 729–33

III Handlungsfelder: Wie bringen wir medizinische Leitlinien in die Versorgung?



Dr. rer. medic. Fülöp (Fritz) Scheibler, M.A.

Fülöp (Fritz) Scheibler ist seit 2019 Gesellschafter bei der SHARE TO CARE. Patientenzentrierte Versorgung GmbH. Diese ist aus dem Innovationsfonds-Projekt „Making Shared Decision Making A Reality“ (2017–2021) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hervorgegangen. Seit 2017 ist er auch wissenschaftlicher Mitarbeiter im Nationalen Kompetenzzentrum Shared Decision Making in Kiel. Davor war er zwölf Jahre lang im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Nutzenbewertung von nichtmedikamentösen Verfahren und die Entwicklung der Website Gesundheitsinformation.de zuständig. 2003 hat er am Klinikum der Universität zu Köln über das Thema Shared Decision Making promoviert.



Dr. rer. medic. Marion Danner, MPH

Marion Danner ist seit 2021 mit der DARUM Marion Danner & Anne Rummer GbR selbständig als wissenschaftliche Dienstleisterin im Gesundheitswesen tätig. DARUM beschäftigt sich mit der Auswertung und Zusammenfassung wissenschaftlicher Studien, der zielgruppengerechten Aufbereitung von Evidenz und der Durchführung qualitativer Studien. Vor 2021 war Marion Danner am UKSH im Innovationsfondsprojekt „Making Shared Decision Making a Reality“ tätig. Sie hat außerdem zu den verschiedenen Methoden der Präferenzhebung geforscht und war in den Bereichen Gesundheitsökonomie und evidenzbasierte Medizin am IQWiG und in der Pharmaindustrie tätig. Ihr akademischer Hintergrund ist die (Gesundheits-)Ökonomie (Dr. rer. medic., Dipl.-Vw.) sowie Public Health und Epidemiologie (MPH).



PD Dr. med. Jens Ulrich Ruffer

Jens Ulrich Ruffer ist seit 2020 Geschäftsführer der SHARE TO CARE. Patientenzentrierte Versorgung GmbH. Seit 2009 wirkte er an der Initiierung und Umsetzung einer Vollimplementierung von Shared Decision Making (SDM) an der UNN (Uniklinik Tromsø) in Norwegen mit. Er ist Vorstandsmitglied der Deutschen Fatigue Gesellschaft. Seit 2001 ist er Geschäftsführer der TAKEPART Filmproduktion. 1998 war er an der Gründung des Haus LebensWert zur psychoonkologischen Versorgung der onkologischen Patienten der Universität zu Köln beteiligt. Er hat Humanmedizin (Aachen/Köln) studiert und ist Facharzt für Onkologie.



Prof. Dr. Friedemann Geiger, Dipl.-Psych.

Friedemann Geiger leitet das Nationale Kompetenzzentrum Shared Decision Making am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Er lehrt im Fach Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. An der Medical School Hamburg hat er eine Professur für Psychologische Diagnostik inne. Er ist Gesellschafter der SHARE TO CARE. Patientenzentrierte Versorgung GmbH. Sein Forschungs- und Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der krankenhausesweiten Implementierung und Evaluation von Shared Decision Making.