

# SHARED DECISION-MAKING IN DER THERAPIE DES MAMMAKARZINOMS

---

**Prof. Dr. med. Nicolai Maass**

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

**Dr. med. Mohamed Elessawy**

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

**VNR: 2760909014382420016 | Gültigkeit: 09.04.2025 – 09.04.2026**

## 1 EINLEITUNG

*Shared Decision-Making* (SDM) ist eine Form der Kommunikation zwischen Ärzt\*in, Pflegekräften und Patient\*in zur medizinischen Entscheidungsfindung [Elwyn et al. 2016, NHS 2019]. Der Begriff wurde in Studien aus Großbritannien eingeführt [Coulter et al. 2022]. Aufgrund von sperrigen deutschen Übersetzungen wie „gemeinsame/geteilte Entscheidungsfindung“ oder „partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF) [AWMF 2021, Bieber et al. 2016, Loh et al. 2007] etablierte sich der englische Begriff SDM auch hierzulande. Der Ablauf eines SDM-basierten Gesprächs geht über die in den letzten Jahren wiederholt für Kliniken geforderten Kommunikationstrainings für Ärzt\*innen hinaus. Beim SDM informiert der\*die Ärzt\*in die Betroffenen beispielsweise über alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen und geht im Anschluss auf individuelle Faktoren, z. B. den Einfluss von bestimmten Komorbiditäten oder mögliche Auswirkungen der Therapie auf den persönlichen Alltag, ein. Geschulte Pflegekräfte – sogenannte *Decision Coaches* – unterstützen die Patient\*innen bei der Informationsbeschaffung rund um die Erkrankung und deren Therapie, diese zu verstehen und ihre eigenen Wünsche, Ängste und Erfahrungen in das Gespräch einzubringen [Danner et al. 2020]. Die getroffene gemeinsame Therapieentscheidung kann daher eine Option sein, die aus rein medi-

zinischer Sicht nicht der bestmöglich „verfügbaren“ Therapie entspricht, jedoch als Alternativoption der individuellen Situation des\*der Betroffenen näherkommt. Dies kann z. B. auch das Aufschieben einer Therapie oder eines operativen Eingriffs beinhalten. Das Recht der Patient\*innen auf vollständige und unvoreingenommene Informationen über Nutzen und Nebenwirkungen aller Therapiemöglichkeiten, einschließlich der Option, nicht zu behandeln, ist seit 2013 im deutschen Patientenrechtegesetz festgelegt [Bundesgesetzblatt 2013]. Dabei ist zu beachten, dass ein SDM-basiertes Gespräch nur dann eine Möglichkeit darstellt, wenn der\*die Patient\*in in der Lage ist, sich daran zu beteiligen – also beispielsweise kein medizinischer Notfall vorliegt – bzw. es mehr als eine Behandlungsmöglichkeit gibt.

In dieser zertifizierten Fortbildung werden Grundkenntnisse zur Gesprächsführung für eine SDM-basierte Entscheidung vermittelt. Ziel ist es, gynäkologisch-onkologisch tätige Ärzt\*innen zu befähigen, SDM-Gespräche bestmöglich zu strukturieren, Betroffene zur Beteiligung zu motivieren und Informationen über Nutzen und Nebenwirkungen medizinischer Maßnahmen basierend auf den Kriterien für evidenzbasierte Patient\*inneninformation (EBPI) zu kommunizieren [Lühnen et al. 2017].

## 2 SHARED DECISION-MAKING

Eine Erhebung des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung in Deutschland über den Zeitraum von 2001 bis 2012 zeigte, dass mehr als die Hälfte aller 14.600 Befragten (55 %) sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung wünschen [Böcken et al. 2014]. Nur für gut ein Fünftel der Befragten (23 %) war das paternalistische Modell, in dem der\*die Behandelnde allein die Therapieoption vorgibt, das Wunschmodell. Noch höher scheint der Anteil der Ärzt\*innen zu sein, die eine Entscheidung mittels SDM bevorzugen. Laut einer Umfrage unter 500 Ärzt\*innen gaben 75 % die gemeinsame Entscheidungsfindung als gewünschtes Modell an [Klemperer und Rosenwirt 2005].

Die große Bedeutung von SDM sowohl für die Beziehung zwischen Ärzt\*in und Patient\*in, den Krankheitsverlauf als auch das Erreichen des Therapieziels wurde bereits durch zahlreiche Studien bestätigt [Gysels und Higginson 2007, Nilsen et al. 2006, Wofford et al. 2005, Zolnierek und Dimatteo 2009]. So resultiert eine aktive Entscheidung des\*der Patient\*in nach sorgfältigem Abwägen – selbst in schwierigen Phasen der Erkrankung und Therapie – in einer größeren Patient\*innencompliance und ist damit meist auch mit einem größeren Therapieerfolg verbunden [Han et al. 2018, Loh et al. 2007]. Zudem zeigen Studien, dass durch SDM die Zufriedenheit der Patient\*innen erhöht, die Kosteneffizienz verbessert [Levit et al. 2013] und die Zahl der Klagen aufgrund von Behandlungsfehlern verringert [Schoenfeld et al. 2019] werden.

In der Onkologie ist ein SDM-basiertes Gespräch jedoch oft problematisch. Das Überbringen einer Krebsdiagnose *per se* ist nicht einfach und die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten aufgrund von Genetik, Pathologie und diagnostischen Tests müssen präzise und detailliert besprochen werden. Die Beschreibung von Risiken und Nutzen einer Therapie ist eine Herausforderung, für die eine Ausbildung und entsprechende Erfahrung in der Patient\*innenkommunikation benötigt wird [European Cancer Organisation 2021, Katz et al. 2014, Katz und Morrow 2012]. Besonders wichtig für einen nachhaltigen Therapieerfolg ist das SDM-Gespräch, wenn es um die Behandlung einer fortgeschrittenen Krebserkrankung geht [Maes-Carballo et al. 2020, Spronk et al. 2018] und beispielsweise verschiedene Behandlungsoptionen mit insgesamt ähnlichem Potenzial je nach den Präferenzen der Betroffenen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können [Elwyn et al. 2012, Levit et al. 2013]. Zudem möchten die meisten Krebspatient\*innen sich an der Entscheidungsfindung beteiligen [Degner und Sloan 1992, Keating et al. 2002], wobei insbesondere Frauen mit Mammakarzinom gerne aktiv in die Entscheidungsfindung einbezogen werden wollen [Berger-Höger et al. 2015, Gaston und Mitchell 2005].

Eine Studie ergab, dass eine umfassendere Informations- teilung mit der Patientin sowie eine verstärkte Einbeziehung des\*der Lebenspartner\*in zu einer geringeren Rate des Bereuens der Therapieentscheidung und einer höheren Zufriedenheit bei Patientinnen mit Mammakarzinom führten [Chichua et al. 2022, Kuo et al. 2019].

## 3 SHARED DECISION-MAKING IN DER THERAPIE DES MAMMAKARZINOMS

Weltweit ist das Mammakarzinom bei Frauen die häufigste Krebserkrankung und die häufigste krebssbedingte Todesursache [Azamjah et al. 2019, Zart 2019]. So erkrankten in 2022 74.500 Frauen in Deutschland neu an einem Mammakarzinom [RKI 2022]. Demgegenüber sind Männer mit einem Anteil von nur 1 % deutlich seltener betroffen [RKI 2022]. In den letzten

Jahren haben Verbesserungen in der Diagnostik, die größere Wirksamkeit neoadjuvanter Therapien und die Entwicklung neuer onkoplastischer Techniken die Invasivität der chirurgischen Behandlungen verringert und die ästhetischen und funktionellen Ergebnisse verbessert [Abt Sacks et al. 2016]. Da die Behandlung des Mammakarzinoms sehr komplex ist, erfordert die

ideale Vorgehensweise für jeden einzelnen Fall ein hohes Maß an Individualisierung, multidisziplinärer Koordination und kontinuierlicher Überprüfung der Ergebnisse.

Die Einbindung der Patient\*innen durch SDM wird vom „Nationalen Krebsplan“ des Bundesministeriums für Gesundheit [Bundesministerium für Gesundheit

2022] im Allgemeinen sowie spezifisch in der aktuellen „S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [AWMF 2021] und in den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO) [AGO 2025] befürwortet (**Abbildung 1**).


3.4.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad <b>A</b>	<p>Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Patient*in soll nach folgenden Grundprinzipien einer patient*innenzentrierten Kommunikation, die eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören</li> <li>• direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen</li> <li>• wenn möglich, Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen</li> <li>• Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Grafiken u. ä.)</li> <li>• Ermutigung, Fragen zu stellen</li> <li>• Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle auszudrücken</li> <li>• weiterführende Hilfe anbieten (s. a. Abschnitt Psychoonkologie).</li> </ul>

**Gesundheitskompetenz**

Kommunikation

Ziel der Kommunikation zwischen Ärzt\*in und Patient\*in:  
Ermöglichung der „eigen verantworteten“ Entscheidung auf der Basis einer ausreichenden Gesundheitskompetenz

Oxford	
LoE	AGO
<b>3a</b>	<b>+</b>



**Ein zentrales Mittel zum Erwerb der Gesundheitskompetenz stellt die Kommunikation zwischen Ärzt\*in und Patient\*in dar. Sie ist die Basis für eine gelungene onkologische Behandlung und Begleitung.**

- **Nichtdirektive** Kommunikation – d. h. die Ratsuchenden/Patientinnen haben das Recht, ihre Lebensziele selbst zu wählen, selbst wenn diese nach wohlbegründeter Abwägung allgemein anerkannten, auch evidenzbasierten Empfehlungen widersprechen.
- **Verständliche** Kommunikation – d. h. auf den Wissensstand, die Rezeptionsgewohnheiten, Kompetenzvoraussetzungen und Präferenzen der Patient\*innen ausgerichtet.

**Abbildung 1:** Leitlinienempfehlungen der AWMF und AGO zu SDM beim Mammakarzinom; modifiziert nach [AGO 2025, AWMF 2021]. AGO: Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V.; AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; LoE: Level of Evidence; SDM: Shared Decision-Making.

Im SDM-Gespräch mit den Patient\*innen sollten auch medizinische Entscheidungshilfen (*Decision Aids*) gezielt zum Einsatz kommen [AGO 2025, AWMF 2021, Oprea et al. 2023]. Dabei handelt es sich um Hilfsmaterialien, die die Betroffenen informieren und dabei unterstützen sollen, eine Therapieentscheidung anhand

unterschiedlicher Gesichtspunkte zu treffen. Die EBPI sind ein integraler Bestandteil davon. Die Entscheidungshilfen stehen hierbei in unterschiedlichen Formaten (z. B. als Broschüre, Video oder Computerprogramm) zur Verfügung.

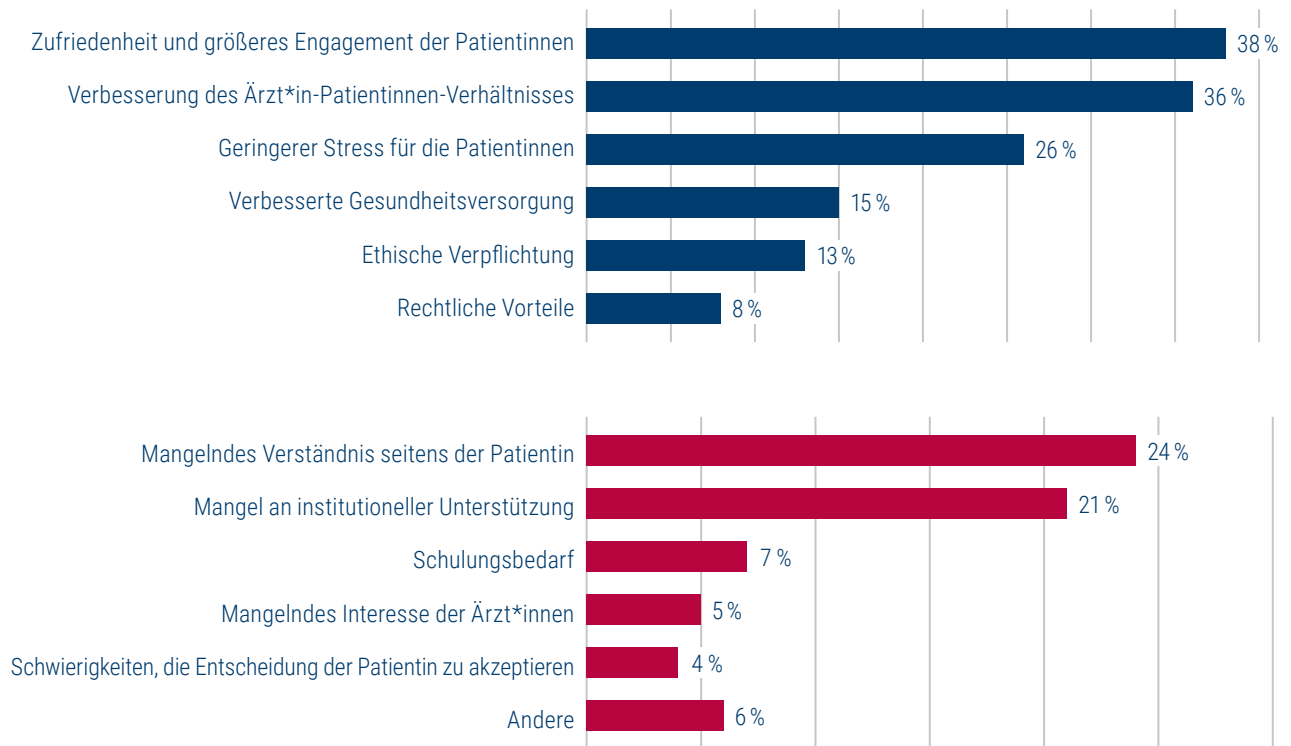
## 4 STUDIEN ZUM SHARED DECISION-MAKING BEIM MAMMAKARZINOM

An einem gelungenen medizinischen Entscheidungsgespräch sind Ärzt\*innen und Patient\*innen (im Folgenden „Patientinnen“ genannt) gleichermaßen beteiligt. Patientinnen sollten sich gesehen und wohl fühlen, da gerade in der gynäkologischen Onkologie große, mitunter lebensverändernde Entscheidungen getroffen werden müssen. Die Herausforderungen dafür sind hierbei jedoch enorm hoch (begrenzte Ressourcen der Ärzt\*innen, Machtungleichgewicht zwischen Patientin und Ärzt\*in, fehlende evidenzbasierte Patientinneninformationen) und oft fehlen Zeit und Ruhe [Berger-Höger et al. 2015]. Zudem haben die meisten Patientinnen aufgrund ihrer Diagnose Angst und leiden unter Umständen unter Schmerzen. Ebenfalls kann es vorkommen, dass gerade durch die Tragweite der anstehenden Entscheidungen zusätzlich Angehörige im Gespräch anwesend sind, die bei der Gesprächsführung ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Patientinnen oftmals wenig fundiertes Wissen über ihre Erkrankung sowie die verschiedenen Behandlungsoptionen besitzt [Kim et al. 2018, Rutherford et al. 2017]. Viele Ärzt\*innen empfinden es daher als schwierig, das klinische Krankheitsbild sowie die daraus resultierenden Risiken und möglichen Therapieoptionen patientinnengerecht und nach aktuellem wissenschaftlichem Stand zu erklären [Kim et al. 2018, McCaffery et al. 2015].

Eine aktuelle internationale Studie befragte 459 medizinische Fachkräfte, die an der Behandlung von Mammakarzinom-Patientinnen beteiligt waren [Maes-Carballo et al. 2021]. Die meisten Teilnehmenden gaben an, dass sie SDM kennen (Mittelwert 4,43 [4,36 – 4,55]) und die Umsetzung befürworteten (Mittelwert 4,58 [4,51 – 4,64]). Der Hauptvorteil von SDM war für die

Befragten die Patientinnenzufriedenheit (38 %). Als wesentlicher Nachteil wurde auch hier das mangelnde Wissen der Betroffenen, ihre Krankheit verstehen zu können (24 %), angegeben (**Abbildung 2**). Als Hauptgrund, warum SDM nicht durchgeführt wurde, wurde der Mangel an Zeit und Ressourcen genannt (40 %). Die Befragten betonten allerdings, dass die SDM-Praxis aufgrund mangelnder Ressourcen nicht angemessen sei (3,46 [3,37 – 3,55]) und stimmten Maßnahmen zu, die die Umsetzung verbessern würden (3,96 [3,88 – 4,04]). Die Schlussfolgerung der Autor\*innen lautete daher, dass neue Strategien für eine angemessene Schulung der Fachkräfte im Hinblick auf die Integration von SDM in die klinische Praxis entwickelt werden müssen.

Eine aktuelle Studie untersuchte die erfolgreiche Übernahme und Umsetzung von SDM-Interventionen in der Gesundheitsversorgung im klinischen Alltag [Oprea et al. 2023]. Die Analyse von entsprechender Literatur (2006 – 2021) ergab, dass die bloße Verfügbarkeit von SDM-Tools nicht automatisch zu ihrer Nutzung in klinischen Einrichtungen führt. Vielmehr hängt die Übernahme von SDM-Interventionen von verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise der aktiven Mitwirkung der Patientinnen, der Einstellung und dem Wissen des klinischen Teams oder der Unterstützung durch die jeweilige Organisation, ab. Es wurde jedoch auch deutlich, dass die Umsetzung von SDM-Interventionen durch oft übersehene Aspekte, wie Neugestaltung der Versorgungspfade, Patientinneneigenschaften und Ressourcenbereitstellung, behindert werden. Die Autor\*innen resumierten, dass trotz einer wachsenden Evidenz für die Wirksamkeit von SDM-Interventionen das Wissen darüber, wie ihre nachhaltige Umsetzung im Versorgungsalltag unterstützt werden kann, begrenzt bleibt.



**Abbildung 2:** Genannte Vor- und Nachteile für SDM in einer Befragung von 459 medizinischen Fachkräften; modifiziert nach [Maes-Carballo et al. 2021]. \*Mangelnde Universalität, Verzögerung der der Entscheidung des\*der Patient\*in und schwierige Anwendbarkeit. SDM: Shared Decision-Making

Eine weitere Studie zu SDM im chirurgischen Kontext ergab ebenfalls, dass individuelle Faktoren, die Kommunikation zwischen Ärzt\*in und Patientin sowie das Gesundheitssystem Einfluss auf die Umsetzung von SDM hatten [Zheng et al. 2023]. In der Studie zeigte sich eine Diskrepanz zwischen den bevorzugten und den tatsächlichen Entscheidungsstilen: 48,1 % der Befragten gaben an, SDM zu bevorzugen, während lediglich 38,1 % tatsächlich diesen Entscheidungsstil praktizierten.

Eine aktuelle deutsche Studie aus der Perspektive der Betroffenen zeigte, dass die Patientinnen in ihrer Wahrnehmung ein hohes Maß an SDM erlebten und mit ihrer Behandlung recht zufrieden waren. Die Ergebnisse basieren auf einer Befragung von 1.068 Patientinnen, die an vier deutschen Brustzentren im Zeitraum zwischen Juli 2016 und Dezember 2018 operiert wurden [Feiten et al. 2022]. Der Entscheidungsfindungsprozess wurde mit dem 9-Item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9) und einem Maß zur Beurteilung der Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAPA) bewertet. Je höher die Gesamtpunktzahl (0 – 100), desto höher der erlebte Grad der Beteiligung bzw. der Zufriedenheit. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Konsultationen mit ihren stationären Krankenhaus-

ärzt\*innen, ambulanten Gynäkolog\*innen, ambulanten Onkolog\*innen und Hausärzt\*innen getrennt zu bewerten. 563 Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren (Standardabweichung [SD] 12,2 Jahre) füllten die Umfrage aus. Der SDM-Q-9-Gesamtwert lag bei 73,8 (SD: 20,8). Dabei gaben ältere Patientinnen ein höheres Maß der Beteiligung an als jüngere. Die verschiedenen Ärzt\*innengruppen wurden ähnlich bewertet. Die Gesamtzufriedenheit mit der Versorgung lag bei 87,4 (SD: 15,5).

Eine Studie aus Spanien analysierte die Präferenzen von Mammakarzinompatientinnen bezüglich der Therapieentscheidung und ihre Bereitschaft, für eine partizipative Betreuung zu bezahlen [Hernández-Leal et al. 2022]. Im Rahmen von zwölf Fragen wurden die Präferenzen von 65 Frauen im Alter von 50 – 60 Jahren erfragt. Die Datenerhebung fand zwischen Juni und November 2021 statt. Die Auswertung ergab, dass die Frauen eine alleinige Entscheidung (Koeffizient 2,9; 95%-KI 2,3 – 3,5) sowie eine SDM (2,375; 95%-KI 1,573 – 3,177) gegenüber dem paternalistischen Modell bevorzugten. Die erstgenannte Option wurde um 21 % höher bewertet als die letztere. Darüber hinaus gaben 52,3 % der Frauen an, bereit zu sein, 10 € oder mehr für SDM zu zahlen.

Trotz der offensichtlichen Vorteile eines SDM-Gesprächs und des Wunsches nach einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von beiden Seiten ist die Umsetzung von SDM in der täglichen klinischen Praxis bislang jedoch eine schwierige Aufgabe [Couët et al. 2015, Nyamapfene und Merchant 2023, Oprea et al. 2023]. Den meisten Ärzt\*innen sowie Betroffenen fällt es schwer, dies intuitiv zu tun [Elwyn et al. 2000]. Stattdessen müssen beide Seiten es erst erlernen. Der Bedarf an evidenzbasierten Schulungsmethoden für eine breite Einführung in die Gesundheitsversorgung ist daher hoch. Ärzt\*innen haben hier die Möglichkeit, in speziellen Kommunikationstrainings zu lernen, Patientinnen bei Behandlungsentscheidungen konstruktiv mit einzubeziehen [Bieber et al. 2016, Elwyn et al. 2004, Härter et al. 2015, Spronk et al. 2018]. Neuere Studien zeigen, dass spezielle SDM-Trainingsprogramme positiv angenommen werden und die Gesprächskompetenzen er-

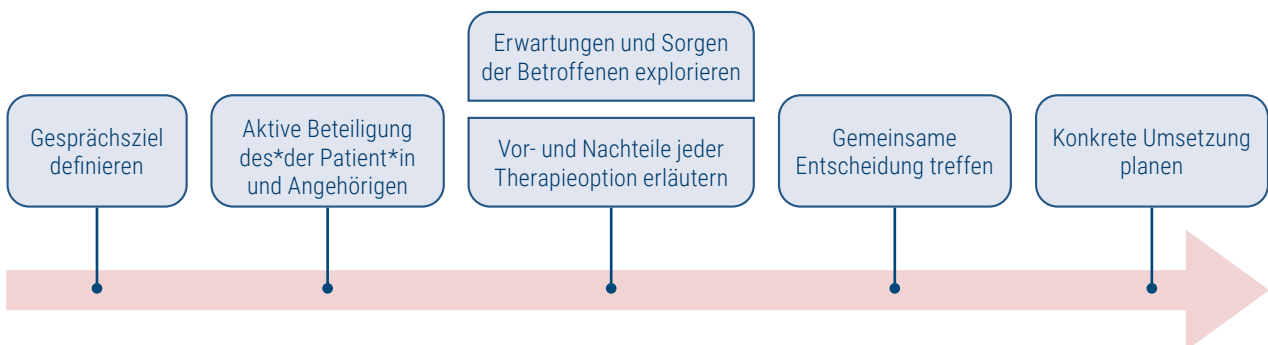
höhen [Geiger et al. 2021a, Geiger et al. 2017]. In einer randomisierten kontrollierten Einzelblindstudie wurden Medizinstudent\*innen einer Interventionsgruppe (n = 82), die ein SDM-Online-Training erhielt, oder einer Wartekontrollgruppe (n = 105) zugeteilt. Das Online-Training basierte auf dem Konzept von fehlerhaften/fehlerfreien Videobeispielen und zusätzlichen pädagogischen Konzepten [Geiger et al. 2021a]. Die Studie zeigte, dass das SDM-bezogene Wissen und die Beurteilungsfähigkeit in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunahm (SDM-Wissen: mittlere Differenz: 12 %; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI]: 7,3 – 18,5; p < 0,001; SDM-Beurteilungsfähigkeit [Inter-Rater-Konkordanz dargestellt durch gewichtetes t]: mittlerer Unterschied: 0,07; 95%-KI: 0,03 – 0,11; p = 0,001). Auch internationale Studien berichten von Erfolgen durch ein spezifisches SDM-Training [Rauff Søndergaard et al. 2021, van Veenendaal et al. 2022].

## 5 SDM-TRAINING

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, ist bundesweit führend in der Integration und Schulung von SDM-basierten Gesprächen. Eine seit 2018 vom Bundesinnovationsfonds geförderte SDM-Implementierung ermöglicht es, Fachpersonal in SDM-Gesprächen zu schulen und zu unterstützen. Das Konzept beruht auf dem dafür entwickelten Interventionsprogramm SHARE TO CARE [Danner et al. 2020, Rummer et al. 2021], das die vier Module (i) Ärzt\*innentrainings, (ii) Qualifizierung des Pflegepersonals, (iii) Anregungen für Patientinnen sowie (iv) die Bereitstellung evidenzbasierter und laienverständlicher

Patientinneninformationen umfasst. Die Module sind über eine Online-Plattform verfügbar. Im Online-Training des UKSH werden mithilfe einer Sechs-Schritte-Gesprächsstruktur die Ärzt\*innen geschult, SDM strukturell und standardisiert durchzuführen (**Abbildung 3**).

Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der sechs Schritte kurz vorgestellt. Für jeden Schritt werden Beispielsätze genannt, die als Orientierung und Inspiration dienen sollen. Letztlich müssen die Formulierungen jedoch zum eigenen Gesprächsstil passen, damit das Gespräch authentisch ist.



**Abbildung 3:** Strukturierung eines SDM-Gesprächs in sechs Schritten; modifiziert nach [Rummer et al. 2021]. SDM: Shared Decision-Making.

## SCHRITT 1: GESPRÄCHSZIEL DEFINIEREN

Zu Anfang des Gesprächs muss eine gemeinsame Basis geschaffen werden. Der Patientin muss klar sein, dass in diesem Gespräch eine Entscheidung getroffen werden soll. Das Wort Entscheidung sollte in diesem Zusammenhang auch konkret benannt werden. Sätze wie: „Wir müssen mal schauen, wie es weitergeht“, sind nicht genau genug. Die Patientin versteht unter Umständen nicht, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, wie es weitergehen kann, und dass sie aktiv mitentscheiden soll. Die Erfahrung zeigt, dass sich gerade bei neuen Patientinnen offene Fragen für einen Gesprächseinstieg sehr gut eignen. Der\*die Ärzt\*in lädt die Patientin ein, über ihren Wissensstand zu sprechen, und erkennt, an welchem Punkt man anknüpfen kann. Zudem wird direkt zu Beginn deutlich, dass beide Gesprächsteilnehmenden einen aktiven Redeanteil übernehmen.

## SCHRITT 2: AKTIVE BETEILIGUNG DER PATIENTIN UND ANGEHÖRIGEN

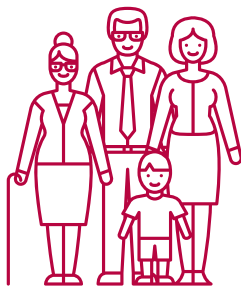
Im nächsten Schritt erläutert der\*die Ärzt\*in genau diese Rollenaufteilung und motiviert die Patientin dadurch, als aktive Gesprächspartnerin teilzunehmen. Es ist wichtig, die Patientin aktiv zu ermutigen, sich am Gespräch zu beteiligen (Aktivierung der Patientin): Sie ist die Patientin, es geht um ihre Gesundheit, sie ist diejenige, die mögliche Nebenwirkungen aushalten muss. Letztlich muss die Patientin mit ihrer Unterschrift den einzelnen Maßnahmen zustimmen. Daher ist es sehr wichtig, dass sie mitentscheidet, wie es weitergeht.

Viele Ärzt\*innen befürchten allerdings, dass dadurch ihre medizinische Kompetenz infrage gestellt werden könnte. Dafür nutzt das Online-Training des UKSH die Idee des Gesprächs zwischen „zwei Expert\*innen“. Der\*die Ärzt\*in hat die Expertise für die Medizin und verfügt über das medizinische Fachwissen nach aktu-



### Gesprächsziel definieren

- Ziel unseres Gesprächs ist es, eine gemeinsame Entscheidung über Ihre weitere Therapie zu treffen. Ihr Befund zeigt, dass eine Knochenmetastasierung vorliegt. Wir müssen nun eine Entscheidung darüber treffen, welche weiteren Therapiemaßnahmen ergriffen werden müssen, da sonst das Risiko einer pathologischen Fraktur besteht.
- Was sind Ihre Erwartungen an unser Gespräch heute? Was möchten Sie wissen?
- Wissen Sie, warum wir heute hier zusammengekommen sind?



### Aktive Beteiligung der Patientin und Angehöriger

- Allein basierend auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien kann nicht entschieden werden, welche Therapiemöglichkeit für Sie passend ist. Wir sollten gemeinsam das Beste für Sie aussuchen.
- Sie sind die Expertin für sich und Ihren Körper. Nur Sie allein wissen, was das Richtige für Sie ist.
- Es ist Ihre Entscheidung. Sie sollten sich darüber im Klaren sein, was Ihnen und Ihrer Familie wichtig ist.
- Jede Option hat ihre eigenen Vor- und Nachteile. Ich kann Ihnen diese aus medizinischer Sicht und mit jeweiligen wissenschaftlichen Ergebnissen vorstellen. Sie haben dann die Möglichkeit für sich selbst zu bewerten, was für Sie ein hohes oder niedriges Risiko bedeutet. Das empfindet jeder unterschiedlich. Das ist aber wichtig für Sie, um zu entscheiden, welche Nebenwirkungen bzw. Risiken Ihnen wert sind und welche therapeutische Maßnahme Sie letztlich umsetzen möchten.



ellem wissenschaftlichem Stand. Die Patientin hingegen ist die Expertin für ihr Leben. Sie kennt ihre Erfahrungen, ihre Wünsche, Sorgen und Ziele. Für ein gelungenes SDM-Gespräch müssen beide Expert\*innen ihr Wissen miteinander teilen. Anwesende Angehörige können dabei als zusätzlicher Teil der Patientinnensicht einbezogen werden. Sie können die Patientin dabei unterstützen, ihre eigene Sicht zu vertreten, Fragen zu formulieren und für eigene Wünsche einzustehen.

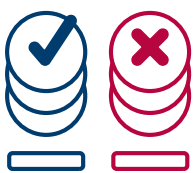
### SCHRITT 3: VOR- UND NACHTEILE JEDER THERAPIEOPTION ERLÄUTERN

Der\*die Ärzt\*in beschreibt sein\*ihr Expert\*innenwissen im Hinblick auf die verschiedenen zur Verfügung stehenden Therapieoptionen. SDM setzt hierbei voraus, dass die Vor- und Nachteile jeder Option nach EBPI-Kriterien dargestellt und jeweils mit Wahrscheinlichkeiten besetzt werden. Eine übersichtliche Darstellung der Optionen ist gerade in Gesprächen, bei denen sehr wichtige Entscheidungen getroffen werden, notwendig. Ein anfänglicher grober Überblick über die einzelnen Möglichkeiten mit anschließender strukturierter Beschreibung der Wahrscheinlichkeiten der jeweiligen Vor- und Nachteile wird dabei angestrebt. Diese Vor- und Nachteile sollten immer patientinnenorientiert im Hinblick auf die spezifische Entscheidung ausgewählt werden. „Welche Informationen benötigt die Patientin, um eine Entscheidung zu treffen?“ Hat die Patientin in der Vergangenheit bspw. oft mit Übelkeit zu kämpfen gehabt und ist ihr diese besonders schlecht in Erinnerung geblieben, dann sollte die Möglichkeit, dass eine bestimmte Maßnahme Übelkeit hervorrufen kann, betont werden.

Gerade in der Onkologie ist in diesem Schritt das Arbeiten mit Schaubildern und Grafiken hilfreich, da viele Informationen mitgeteilt, verstanden, aufgenommen und verarbeitet werden müssen. Nach Möglichkeit kann die Grafik (ggf. mit Notizen, die im Laufe des Gesprächs dazu gemacht wurden) im Anschluss mitgenommen werden und als Grundlage für die Auseinandersetzung mit den Optionen sowie weitere Gespräche genutzt werden. Auch mit Angehörigen können dann die Möglichkeiten noch einmal besprochen werden. Ein wichtiger Punkt ist hier, dass auch die Option „Nichts tun/Abwarten“ beleuchtet wird. Liegt für die anstehende Entscheidung eine Entscheidungshilfe vor, kann diese für diesen Schritt optimal genutzt werden. Sie stellt genau die verschiedenen Optionen nach aktuellem wissenschaftlichem Stand dar. Sind Pflegekräfte für diese Entscheidungshilfe zu *Decision Coaches* ausgebildet worden, können diese im Anschluss an das Gespräch zwischen Ärzt\*in und Patientin mit der Patientin noch einmal sprechen.

Die bereits erwähnten *Decision Coaches* sind speziell qualifizierte Pflegenden und weitere Angehörige anderer medizinischer Berufe, die Patientinnen in bestimmten Teilen des Entscheidungsprozesses unterstützen [Berger-Höger et al. 2015, Rahn et al. 2015]. *Decision Coaches* werden nur bei solchen Fragestellungen eingesetzt, bei denen evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patientinnen vorliegen und aktiv genutzt werden.

Gerade im Bereich der gynäkologischen Onkologie ist der Einsatz von *Decision Coaches* (z. B. eine *Breast Cancer Nurse*) besonders sinnvoll. Dies erhöht das Wissen der Patientinnen [Stacey et al. 2013, Stacey et al. 2012] und unterstützt damit eine wichtige Grund-



#### Vor- und Nachteile jeder Therapieoption erläutern

- Es gibt insgesamt drei Möglichkeiten: Möglichkeit A, B und C. Über welche möchten Sie zuerst sprechen?
- Der Vorteil von Medikament A ist, dass Sie es nur einmal wöchentlich nehmen müssen. Der Nachteil hingegen ist, dass Studien zeigen, dass es bei drei von zehn Frauen starke Übelkeit hervorruft. Keiner weiß, ob Sie zu den Frauen zählen, die davon betroffen sind, oder zu denen, die keine Übelkeit bekommen. Daher entscheiden Sie, wie Sie anhand der genannten Daten das Risiko für sich einschätzen bzw. ob Sie bereit sind, es einzugehen.
- Vergleichen Sie Option B und C miteinander. Option C ruft deutlich mehr Nebenwirkungen hervor, hat aber auch höhere Chancen Ihre Symptome zu lindern.



voraussetzung für ein Gespräch auf Augenhöhe. Zusätzlich treffen die Patientinnen informierte Entscheidungen und das ärztliche Entscheidungsgespräch wird zeitlich entlastet [Berger-Höger et al. 2015]. Auch fällt es manchen Patientinnen leichter, sich Pflegenden gegenüber zu öffnen, und Ängste, Sorgen und Wünsche können ausführlich und mit Ruhe thematisiert werden.

## SCHRITT 4: ERWARTUNGEN UND SORGEN DER PATIENTIN EXPLORIEREN

Die Patientin bekommt die Möglichkeit, ihre Ängste, Sorgen und Erwartungen zu den einzelnen Optionen zu äußern. *„Vor was hat die Patientin Angst? Welche Nebenwirkungen ist sie bereit zu akzeptieren? Wozu bestehen noch Fragen?“*

Hat die Patientin Schwierigkeiten, diese zu äußern bzw. zu benennen, sollte der\*die Ärzt\*in gezielt nachfragen. Gerade hierbei können anwesende Angehörige optimal einbezogen werden. Wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass Schritt 3 und 4 auch interaktiv und nicht strikt nacheinander erfolgen müssen. Ein SDM-Gespräch ist ein gegenseitiger Austausch. Es sollte dabei sichergestellt werden, dass die Meinung der Patientin gleichermaßen Berücksichtigung findet wie die ärztliche Beschreibung.

Die Patientin sollte ebenso nach ihren Wünschen, Zielen und Erwartungen sowohl an das Gespräch als auch vorab an die weitere Therapie befragt werden. Dies ist wichtig, damit sie sich gesehen und wertgeschätzt fühlt. Da unter Umständen später eingebrachte medizinische Fakten viel Raum einnehmen, können dadurch die Erwartungen und Sorgen der Patientin in den Hintergrund gedrängt werden. Um dies zu vermeiden, sollte die Patientin daher bereits zu Beginn des Gesprächs animiert werden, ihre Erwartungen und Sorgen direkt am Anfang zu benennen, um später gemeinsam zu schauen, mit welcher Therapieoption diese am ehesten erreicht bzw. beseitigt werden können.

## SCHRITT 5: GEMEINSAME ENTSCHEIDUNG TREFFEN

Im Anschluss an den Austausch über die Optionen und Sorgen der Patientin empfiehlt es sich, den Gesprächsinhalt noch einmal kurz zusammenzufassen. *„Fühlt sich die Patientin nun sicher genug, um eine Entscheidung zu treffen? Hat sie noch einmal die Gelegenheit, mit einem\*einer Decision Coach, Partner\*in oder Angehörigen zu sprechen? Welche Therapieentscheidung wird nun getroffen?“*



### Erwartungen und Sorgen der Betroffenen explorieren

- Nachdem Sie die Optionen nun kennen: Haben Sie Fragen dazu? Gibt es etwas, das Ihnen Sorgen macht?
- Gibt es unter den eben vorgestellten Therapieoptionen eine, die Sie präferieren? Wieso tendieren Sie dazu? Wieso lehnen Sie eine andere Maßnahme ab?
- Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere persönliche Gesichtspunkte, die für die Entscheidung wichtig sind?
- Wie möchten Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen?



### Gemeinsame Entscheidung treffen

- Können Sie schon sagen, für welche Option Sie sich entscheiden möchten?
- Wir können die Entscheidung auch noch einmal um eine Woche verschieben, wenn Sie noch Zeit brauchen. Was fehlt Ihnen, um eine Entscheidung treffen zu können?
- Möchten Sie zuerst mit Ihrer Familie darüber reden, bevor Sie sich für eine Therapie entscheiden?

In den Trainings am UKSH wurde häufig die Sorge benannt, wie und zu welchem Zeitpunkt man seine ärztliche Empfehlung äußern dürfe („Darf ich Ihnen meine Empfehlung nennen? Dann gibt es noch Option B, die meine Empfehlung wäre.“). Sinnvoll ist es, diese erst in Schritt 5 anzubieten und sie nicht bei Schritt 3 direkt einzubinden. Eine ärztliche Empfehlung trägt ein enormes Gewicht und mindert den eigenen freien Entscheidungsraum der Patientin. Sie sollte daher im besten Fall so weit zurückgehalten werden, bis die Patientin alle Optionen gehört hat. Nach einem neutralen Entscheidungsgespräch kann der\*die Ärzt\*in am Ende beispielsweise sagen: „So, Sie hatten mich gefragt, wie ich meine Mutter therapieren würde. Vorher war es mir aber wichtig, dass Sie zunächst verstehen, worum es geht und was für Therapieoptionen für Sie infrage kommen. Aber wenn Sie mich jetzt so fragen, würde ich mich in diesem Falle wohl für die medikamentöse Therapie entscheiden!“

Gibt es Diskrepanzen zwischen Patientinnenentscheidung und ärztlicher Meinung, sollte wieder der Austausch (zurück zu Schritt 3 und 4) stattfinden. „Wieso tendiert die Patientin zu einer Option, wieso der\*die Ärzt\*in zu einer anderen?“

## SCHRITT 6: KONKRETE UMSETZUNG PLANEN

Ist die Entscheidung getroffen, müssen die nächsten Schritte geplant und umgesetzt werden. Hierbei ist es sinnvoll, diese so konkret wie möglich zu planen, damit sie für die Patientin nachvollziehbar und verständlich werden. („Welche Termine müssen jetzt geplant werden? Wer vereinbart diese?“ Wird die Entscheidung noch nicht in diesem Gespräch getroffen: „Wann setzt man sich wieder zusammen, um die Entscheidung zu treffen?“) Auch hierbei sollten nach Möglichkeit die Patientinnenwünsche berücksichtigt werden (bspw. bei der Terminfindung).



### Konkrete Umsetzung planen

- Sie haben sich für eine Operation entschieden. Den Termin hierfür vereinbaren wir direkt im Anschluss an unser Gespräch. Vor der Operation ist noch eine Blutuntersuchung notwendig. Diese kann bei Ihrem\*Ihrer niedergelassenen Gynäkolog\*in stattfinden. Ich informiere ihn\*sie über unser Gespräch und Ihre Entscheidung. Bitte melden Sie sich dort in der Praxis für einen Termin zur Blutabnahme.

## 6 ENTSCHEIDUNGSHILFEN

Einen wesentlichen Bestandteil der erfolgreichen Entscheidungsfindung stellen die Entscheidungshilfen im Online-Format dar.

Entscheidungshilfen sind evidenzbasiert und berücksichtigen die *International-Patient-Decision-Aids-Standards*-(IPDAS-)Kriterien. Das Erstellen der Entscheidungshilfen folgt einem strukturierten Prozess: Festlegen des genauen Themas, systematische Recherche nach aktueller wissenschaftlicher Literatur,

Produktion kurzer Videoclips mit Patientinnen sowie Ärzt\*innen und Schreiben allgemeinverständlicher Informationstexte. Die einzelnen Schritte werden eng mit den beteiligten Ärzt\*innen abgestimmt. Auch Betroffene werden an mehreren Stellen einbezogen. Ihre Erfahrungen fließen, abgeglichen mit weiteren internationalen präferenzsensitiven Daten zu der jeweiligen Indikation, in die Entscheidungshilfe ein. Die fertige Entscheidungshilfe wird darüber hinaus einem externen *User Testing* unterzogen.

## 7 ERFOLGE DER SDM-IMPLEMENTIERUNG AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN

Erste Ergebnisse der Kieler Klinik weisen auf eine Verbesserung des SDM-Levels, der Vorbereitung auf medizinische Entscheidungen sowie der Aufklärung über Therapieoptionen bei den geschulten Ärzt\*innen hin [Geiger et al. 2021b]. So zeigte sich bei den in der Gynäkologie und Geburtshilfe des UKSH Campus Kiel geschulten ärztlichen Mitarbeiter\*innen in der Evaluation auf der Zeitachse der Implementierung ein kontinuierlich signifikant steigendes SDM-Level ( $p > 0,001$ ). Kommende Analysen werden zeigen, inwieweit diese

erhöhte zeitliche Anfangsinvestition durch weniger Zeitaufwand in der weiteren Betreuung (über-)kompensiert wird. So könnte die steigende Gesundheitskompetenz und die damit verbundene bessere Adhärenz bei Patientinnen in einem geringeren medizinischen Betreuungsaufwand resultieren. Ob sich das Konzept auch auf andere Fachgebiete übertragen lässt, soll zukünftig in den übrigen UKSH-Kliniken geprüft werden. Die bisherigen Ergebnisse stimmen dabei optimistisch.

## 8 FAZIT

SDM als Form der Kommunikation zwischen Ärzt\*in, Pflegekräften und Patient\*in zur medizinischen Entscheidungsfindung wird sowohl von der Mehrheit der behandelnden Fachkräfte als auch den meisten Betroffenen befürwortet. Studien der letzten Jahre zeigen, dass durch SDM die Zufriedenheit der Patient\*innen erhöht, die Kosteneffizienz verbessert und die Zahl der Klagen aufgrund von Behandlungsfehlern verringert werden. Als wesentlicher Nachteil wird von den behandelnden Fachkräften das mangelnde Verständnis für die jeweilige Erkrankung durch die Patient\*innen gesehen. Hierbei können geschulte Pflegekräfte –

sogenannte *Decision Coaches* – die Betroffenen bei der Informationsbeschaffung rund um die Erkrankung und deren Therapie unterstützen. Dennoch fehlen derzeit flächendeckende Programme, die Ärzt\*innen und Pflegekräfte in der gezielten Patient\*innenkommunikation schulen. Am UKSH findet seit 2018 ein Pilotprogramm zur Integration und Schulung von SDM-basierten Gesprächen mit ersten nachweisbaren Erfolgen statt. Die bisherigen Ergebnisse stimmen optimistisch, dass die steigende Adhärenz bei Patient\*innen in einem geringeren medizinischen Betreuungsaufwand resultieren könnte.

## 9 LITERATUR

- Abt Sacks A**, Perestelo-Perez L, Rodriguez-Martin B, et al. Breast cancer patients' narrative experiences about communication during the oncology care process: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25(5):719 – 33
- AGO**. Guidelines Breast Version 2025.1D. Gesundheitskompetenz und Kommunikation.
- AWMF**. S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-0450L. 2021. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>, abgerufen am: 24.01.2025
- Azamjah N**, Soltan-Zadeh Y, Zayeri F. Global trend of breast cancer mortality rate: a 25-year study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019;20(7):2015 – 20
- Berger-Höger B**, Liethmann K, Mühlhauser I, et al. Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:452
- Bieber C**, Gschwendtner K, Müller N, et al. [Shared decision making (SDM) - patient and physician as a team]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016;66(5):195 – 207
- Böcken J**, Braun B, Meiersjürgen RH. Gesundheitsmonitor 2014, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. 1. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Barmer GEK 2014
- Bundesgesetzblatt**. Patients' rights act. *Bundesanzeiger Cologne, Germany* 2013;9:277 – 82
- Bundesministerium für Gesundheit**. Nationaler Krebsplan. 2022. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html>, abgerufen am: 24.01.2025
- Chichua M**, Brivio E, Mazzoni D, et al. Shared decision-making and the lessons learned about decision regret in cancer patients. *Support Care Cancer* 2022;30(6):4587 – 90
- Couët N**, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect* 2015;18(4):542 – 61
- Coulter A**, Collins A, Edwards A, et al. Implementing shared decision-making in UK: progress 2017-2022. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2022;171:139 – 43
- Danner M**, Geiger F, Wehkamp K, et al. 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* 2020;10(10):e037575
- Degner LF**, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol* 1992;45(9):941 – 50
- Elwyn G**, Edwards A, Hood K, et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract* 2004;21(4):337 – 46
- Elwyn G**, Edwards A, Kinnersley P, et al. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000;50(460):892 – 9
- Elwyn G**, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361 – 7
- Elwyn G**, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci* 2016;11:114
- European Cancer Organisation**. Shared Decision-Making. 2021. <https://www.europecancer.org/content/the-code-shared-decision-making.html>, abgerufen am: 24.01.2025
- Feiten S**, Scholl I, Dunnebacke J, et al. Shared decision-making in routine breast cancer care in Germany - a cross-sectional study. *Psychooncology* 2022;31(7):1120 – 6
- Gaston CM**, Mitchell G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Soc Sci Med* 2005;61(10):2252 – 64
- Geiger F**, Hacke C, Potthoff J, et al. The effect of a scalable online training module for shared decision making based on flawed video examples - a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2021a;104(7):1568 – 74
- Geiger F**, Liethmann K, Reitz D, et al. Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making - results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2017;100(12):2331 – 8
- Geiger F**, Novelli A, Berg D, et al. The hospital-wide implementation of shared decision-making-initial findings of the Kiel SHARE TO CARE program. *Dtsch Arztebl Int* 2021b;118(13):225 – 6
- Gysels M**, Higginson IJ. Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer* 2007;15(1):7 – 20
- Han J**, Jungsuwadee P, Abraham O, et al. Shared decision-making and women's adherence to breast and cervical cancer screenings. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(7)
- Härter M**, Buchholz A, Nicolai J, et al. Shared decision making and the use of decision aids. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112(40):672 – 9
- Hernández-Leal MJ**, Pérez-Lacasta MJ, Cardona-Cardona A, et al. Women's preference to apply shared decision-making in breast cancer screening: a discrete choice experiment. *BMJ Open* 2022;12(11):e064488
- Katz SJ**, Belkora J, Elwyn G. Shared decision making for treatment of cancer: challenges and opportunities. *J Oncol Pract* 2014;10(3):206 – 8
- Katz SJ**, Morrow M. The challenge of individualizing treatments for patients with breast cancer. *Jama* 2012;307(13):1379 – 80
- Keating NL**, Guadagnoli E, Landrum MB, et al. Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? *J Clin Oncol* 2002;20(6):1473 – 9
- Klemperer D**, Rosenwirth M. Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen; 2005
- Kuo NT**, Kuo YL, Lai HW, et al. The influence of partner involvement in the decision-making process on body image and decision regret among women receiving breast reconstruction. *Support Care Cancer* 2019;27(5):1721 – 8

- Levit LA**, Balogh E, Nass SJ, et al. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013
- Loh A**, Simon D, Kriston L, et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Dtsch Arztebl International 2007;104(21):1483
- Lühnen J**, Albrecht M, Mühlhauser I, et al. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg. 2017. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>, abgerufen am: 24.01.2025
- Maes-Carballo M**, Martín-Díaz M, Mignini L, et al. Evaluation of the use of shared decision making in breast cancer: international survey. Int J Environ Res Public Health 2021;18(4): 2128
- Maes-Carballo M**, Munoz-Nunez I, Martin-Diaz M, et al. Shared decision making in breast cancer treatment guidelines: development of a quality assessment tool and a systematic review. Health Expect 2020;23(5):1045 – 64
- NHS**. Shared decision making: summary guide. 2019. <https://www.england.nhs.uk/publication/shared-decision-making-summary-guide/> abgerufen am: 24.01.2025
- Nilsen ES**, Myrhaug HT, Johansen M, et al. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database Syst Rev 2006;2006(3):Cd004563
- Nyamapfene T**, Merchant H. Shared decision-making training in general practice: a rapid review. Future Healthc J 2023;10(2):147 – 53
- Oprea N**, Ardito V, Ciani O. Implementing shared decision-making interventions in breast cancer clinical practice: a scoping review. BMC Med Inform Decis Mak 2023;23(1):164
- Rahn AC**, Köpke S, Kasper J, et al. Evaluator-blinded trial evaluating nurse-led immunotherapy DEcision Coaching In persons with relapsing-remitting Multiple Sclerosis (DECIMS) and accompanying process evaluation: study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials 2015;16:106
- Rauff Søndergaard S**, Ellekjær LB, Bechmann T, et al. Shared decision making with breast cancer patients: impact on patient engagement and fear of recurrence. Protocol for a Danish randomized trial in radiotherapy (DBCRT SDM). Acta Oncologica 2021;60(8):1032 – 7
- RKI**. (Robert Koch Institut). Brustkrebs (Mammakarzinom) für 2022. [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html), abgerufen am: 24.01.2025
- Rummer A**, Kuch C, Danner M, et al. Das SHARE TO CARE-Programm. Methodenreport. Version 1.0. 2021
- Schoenfeld EM**, Mader S, Houghton C, et al. The effect of shared decisionmaking on patients' likelihood of filing a complaint or lawsuit: a simulation study. Ann Emerg Med 2019;74(1):126 – 36
- Spronk I**, Burgers JS, Schellevis FG, et al. The availability and effectiveness of tools supporting shared decision making in metastatic breast cancer care: a review. BMC Palliat Care 2018;17(1):74
- Stacey D**, Murray MA, Légaré F, et al. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. Worldviews Evid Based Nurs 2008;5(1):25 – 35
- van Veenendaal H**, Voogdt-Pruis HR, Ubbink DT, et al. Evaluation of a multilevel implementation program for timeout and shared decision making in breast cancer care: a mixed methods study among 11 hospital teams. Patient Educ Couns 2022;105(1):114 – 27
- Wofford JL**, Smith ED, Miller DP. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review. Patient Educ Couns 2005;59(2):148 – 57
- Zart R**. Metastasiertes Mammakarzinom: CDK4/6-Inhibitoren überzeugen. Dtsch Arztebl International 2019;116(40):A-1786
- Zheng H**, Yang L, Hu J, et al. Frequency and influencing factors of shared decision making among breast cancer patients receiving surgery: a systematic review and meta-analysis. Clin Breast Cancer 2023;23(1):e20-e31
- Zolnierok KB**, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care 2009;47(8):826 – 34



<https://cmemedipoint.de/gynaekologie/shared-decision-making-mammakarzinom/>

## LERNKONTROLLFRAGEN

Die Lernkontrollfragen lassen sich **online** beantworten.

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Was versteht man unter **Shared Decision-Making (SDM)**? SDM ist eine Form der Kommunikation zur **medizinischen Entscheidungsfindung** ...
  - a. zwischen Ärzt\*innen unterschiedlicher Fachrichtungen.
  - b. zwischen Patient\*innen und ihren Angehörigen.
  - c. zwischen Ärzt\*innen, Pflegekräften und Patient\*innen.
  - d. zwischen Ärzt\*innen und Pflegekräften.
  - e. zwischen Patient\*innen und *Decision Coaches*.
  
2. Was beschreibt das **Konzept des SDM am besten**?
  - a. Es wird stets die medizinisch bestmögliche verfügbare Therapie ausgewählt, unabhängig von den Präferenzen der Patient\*innen.
  - b. Die Entscheidung über die Therapie wird ausschließlich vom medizinischen Fachpersonal getroffen.
  - c. Patient\*innen müssen in Eigenrecherche die Therapieentscheidung übernehmen.
  - d. Die Therapieentscheidung ist eine Alternativoption, die der individuellen Situation des\*der Betroffenen näherkommt, als die bestmögliche Therapie.
  - e. Bei SDM werden ausschließlich wissenschaftliche Evidenzen berücksichtigt, ohne Einbeziehung persönlicher Präferenzen.
  
3. Welche Aussage zum **Shared Decision-Making** ist **falsch**?
  - a. Mehr als die Hälfte der Befragten einer Studie wünschen sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung.
  - b. 75 % der Ärzt\*innen wünschten sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung.
  - c. Eine aktive Entscheidung des\*der Patient\*in resultiert in einer größeren Patient\*innencompliance und einem größeren Therapieerfolg.
  - d. Zur Patient\*innenkommunikation sind Fachärzt\*innen ohne vorherige Ausbildung und entsprechende Erfahrung befähigt.
  - e. Eine verstärkte Einbeziehung von Lebenspartner\*innen führt zu einer höheren Zufriedenheit der Patientinnen.
  
4. Was entspricht **nicht** den Leitlinienempfehlungen der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)** zum Thema „**Patient\*innenzentrierte Kommunikation mit partizipativer Entscheidungsfindung**“?
  - a. Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören
  - b. Vermeidung von medizinischem Fachvokabular
  - c. Vermeidung von Wiederholungen und medizinischer Grafiken
  - d. Ermutigung, Gefühle auszudrücken
  - e. Weiterführende Hilfe anbieten (z. B. Psychoonkologie)

**5. Welcher Hauptgrund für die Nicht-Durchführung von SDM wird von medizinischen Fachkräften genannt?**

- a. Mangel an Zeit und Ressourcen zur Durchführung von SDM
- b. Mangelnde kommunikative Befähigung der medizinischen Fachkräfte
- c. Unwillen zur Kommunikation von Patientinnen in Situation einer schwerwiegenden Krebserkrankung
- d. Mangelndes Interesse von Ärzten
- e. Aggressive Krebserkrankungen benötigen schnellere Therapieentscheidung

**6. Was stellt laut einer internationalen Studie für medizinische Fachkräfte den größten Vorteil in der Durchführung von SDM dar?**

- a. Schnellerer Therapieerfolg
- b. Zufriedenheit und größeres Engagement der Patientinnen
- c. Weniger Klagen aufgrund von Behandlungsfehlern
- d. Bessere Kosteneffizienz
- e. Neue Fortbildungsmöglichkeiten für medizinische Fachkräfte

**7. Was ist laut des von dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) entwickelten Interventionsprogramms SHARE TO CARE zu Beginn eines Patientinnengesprächs von besonderer Bedeutung?**

- a. Patientinnen sollten nachdringlich von der bestmöglichen Therapie überzeugt werden.
- b. Der größte aktive Redeanteil sollte beim medizinischen Fachpersonal liegen.
- c. Patientinnen müssen verstehen, dass in diesem Gespräch eine Entscheidung getroffen werden soll.
- d. Patientinnen soll vermittelt werden, dass es einen klaren zu befolgenden Behandlungsverlauf gibt.
- e. Offene Fragen seitens der Patientinnen sollten erst im weiteren Behandlungsverlauf diskutiert werden.

**8. Welche der Aussagen zu „Vor- und Nachteile jeder Therapieoption erläutern“ des durch die UKSH formulierten Interventionsprogramms SHARE TO CARE ist falsch?**

- a. Eine übersichtliche Darstellung aller Therapieoptionen ist notwendig.
- b. Eine Aufklärung sollte patientinnenorientiert, z. B. anhand bekannter Nebenwirkungen, geführt werden.
- c. Schaubilder und Grafiken sollten die Inhalte veranschaulichen.
- d. Die Therapieoption „Nichts tun/Abwarten“ spielt in der Kommunikation eine untergeordnete Rolle.
- e. *Decision Coaches* können im Vergleich zu Ärzt\*innen die Vermittlung von Therapieoptionen häufig ausführlicher und mit Ruhe durchführen.

**9. Wann bietet sich laut des Interventionsprogramms SHARE TO CARE die Äußerung einer ärztlichen Empfehlung an?**

- a. Direkt zu Gesprächsbeginn
- b. Bei der Erläuterung der Vor- und Nachteile aller Therapieoptionen
- c. Bei Mitteilung seitens der Patientin über Erwartungen an die Therapie
- d. Während der gemeinsamen Therapieentscheidung
- e. Erst nachdem sich die Patientin für eine Therapieoption entschieden hat

**10. Das Erstellen der Entscheidungshilfen folgt einem strukturierten Prozess. Was gehört nicht dazu?**

- a. Festlegen des genauen Themas
- b. Systematische Recherche nach aktueller wissenschaftlicher Literatur
- c. Produktion kurzer Videoclips mit Patientinnen und Ärzt\*innen
- d. Schreiben allgemeinverständlicher Informationstexte
- e. Hinweis auf bestmögliche Therapie



## IMPRESSUM

### AUTOR\*INNEN

**Prof. Dr. med. Nicolai Maass**

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Arnold-Heller-Straße 3, Haus C  
24105 Kiel

### INTERESSENKONFLIKTE DES\*DER AUTOR\*IN

Amgen, AstraZeneca, Gilead, MSD, Mylan, Novartis, Pfizer, Roche

**Dr. med. Mohamed Elessawy, M.D**

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Arnold-Heller-Straße 3, Haus C  
24105 Kiel

### REDAKTION & LAYOUT

Dr. Dagmar Stumpfe & Cristina Garrido  
KW MEDIPOINT, Bonn

Die Zertifizierung dieser Fortbildung durch die Bayerische Landesärztekammer wurde von CME MEDIPOINT, Neusäß organisiert.

Diese Fortbildung wurde von Novartis Pharma GmbH mit insgesamt 8.906 € finanziert. Die Ausarbeitung der Inhalte der Fortbildung wird dadurch nicht beeinflusst.

### BEGUTACHTUNG

Diese Fortbildung wurde von zwei unabhängigen Gutachter\*innen auf wissenschaftliche Aktualität, inhaltliche Richtigkeit und Produktneutralität geprüft. Jede\*r Gutachter\*in unterzeichnet eine Konformitätserklärung.

Diese Fortbildung ist auf [www.cmemedipoint.de](http://www.cmemedipoint.de) online verfügbar.