



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

MIN-FAKULTÄT  
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



BREMER  
PFLEGEKONGRESS

10.-12. Mai 2017

**BIRTE BERGER-HÖGER**

---

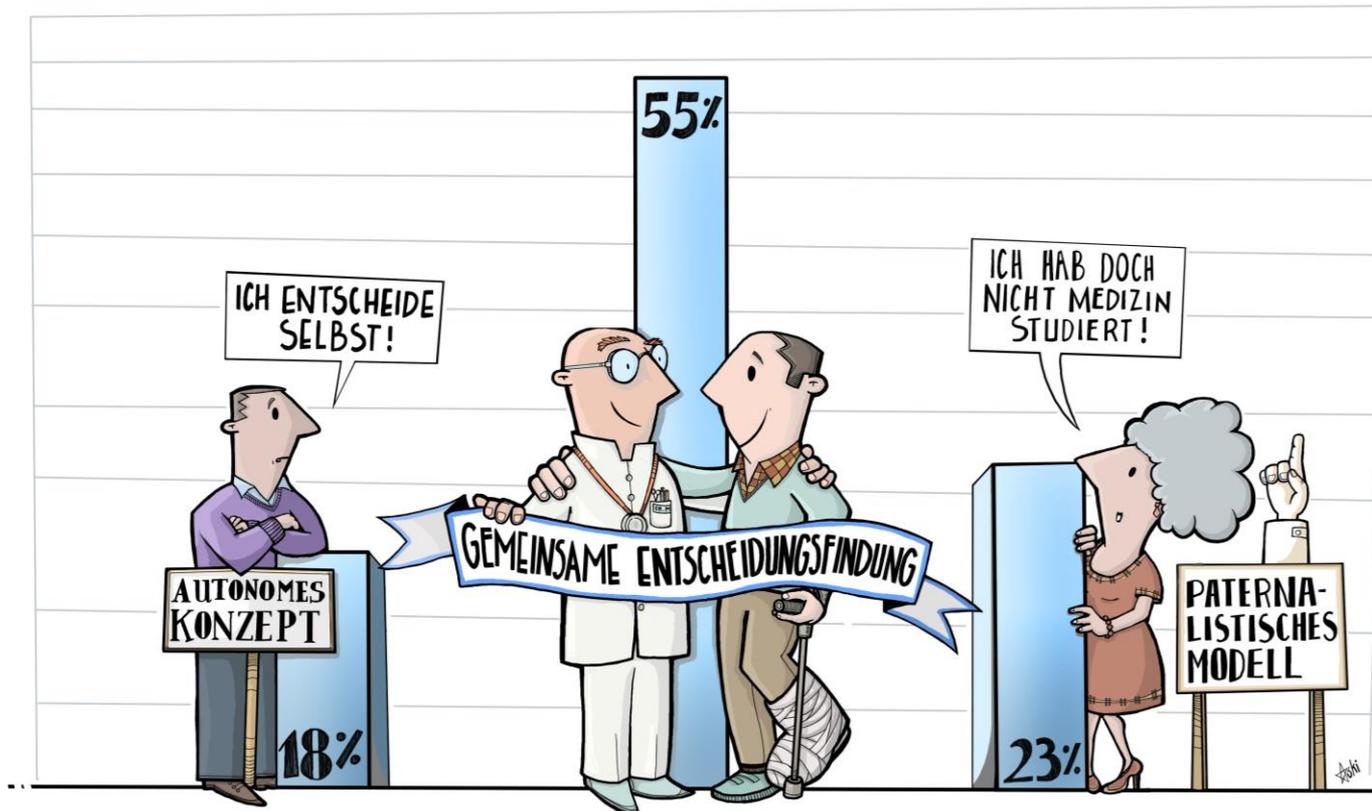
**EVIDENZBASIERTE PATIENTENINFORMATION –  
NEUE ROLLEN FÜR DIE PFLEGE**



## **ERKLÄRUNG ZU INTERESSENSKONFLIKTEN**

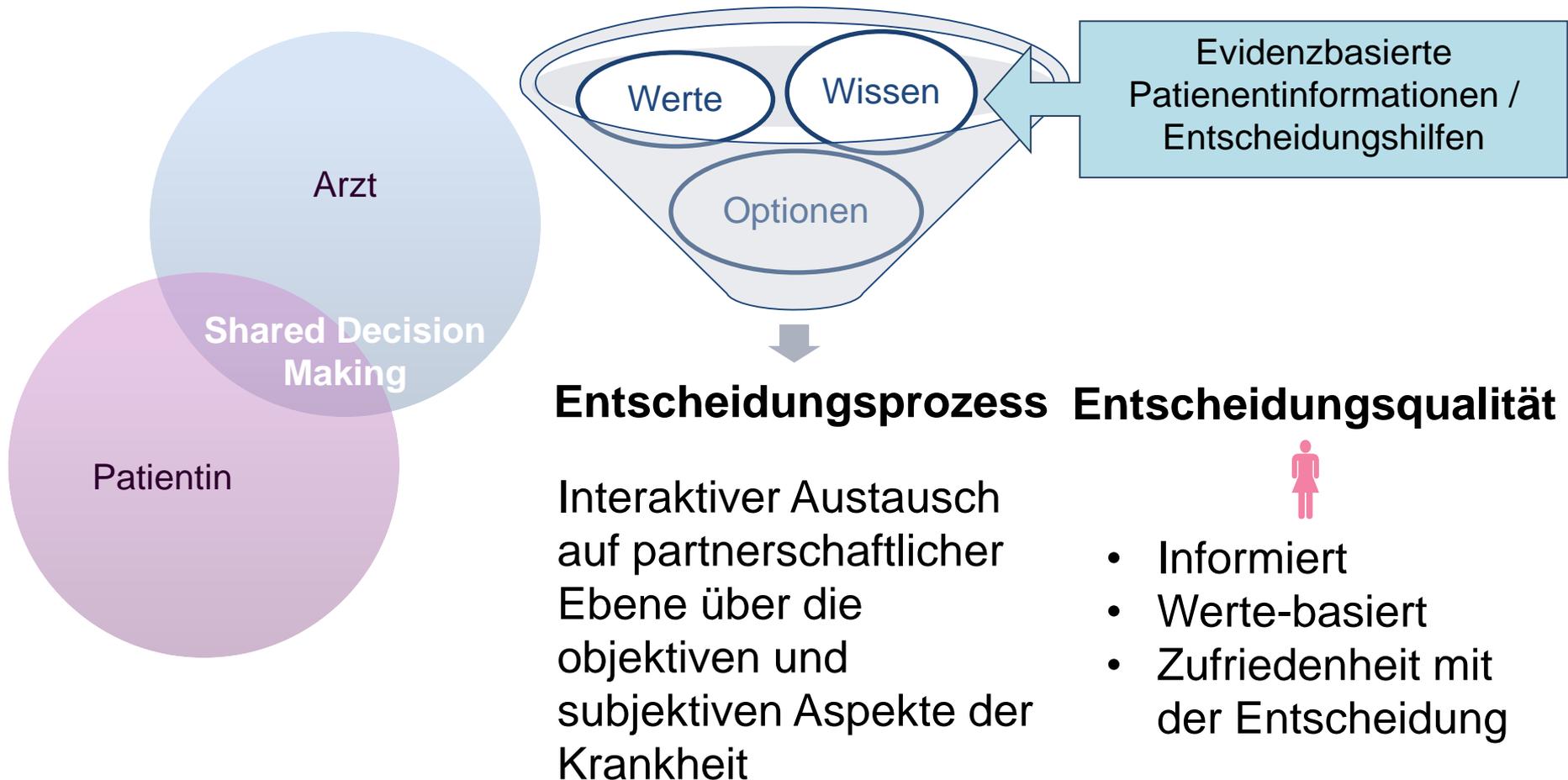
Es besteht kein Interessenkonflikt zu den Inhalten des Vortrags.

# PATIENTEN WOLLEN MITENTSCHEIDEN



*Patientenwünsche in der ärztlichen Sprechstunde*

# SHARED DECISION MAKING



# EXKURS: WAS SIND EVIDENZBASIERTE PATIENTENINFORMATIONEN (EBPI)?

---

Grundlage für Patienten, Entscheidungen für oder gegen in Frage kommende Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen zu treffen

- beruhen auf objektiven und wissenschaftlich belegten Aussagen
- berücksichtigen die besten verfügbaren und aussagekräftigsten Daten und die Erfahrungen / Bedürfnisse betroffener Menschen
- müssen verständlich und relevant sein
- Recht und Verpflichtung zur umfassenden, unabhängigen Information (PatRG, Leitlinien, Nationaler Krebsplan)

# WIE WERDEN EBPI ENTWICKELT?



# WISSENSCHAFTLICHE QUELLEN

## Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen

Anke Steckelberg\*, Bettina Berger\*, Sascha Köpke\*, Christoph Heesen\*\* und Ingrid Mühlhauser\*

\* Universität Hamburg, Fachwissenschaft Gesundheit

\*\*Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Poliklinik für Neurologie

Journal of Evaluation in Clinical Practice

doi:10.1111/j.1365-27

### A systematic review on communicating with patients about evidence

Lyndal J Trevena MBBS (Hons) MPhilPH,<sup>1</sup> Heather M Davey BPsych (Hons) MPH (Hons),<sup>2</sup> Alexandra Barratt MBBS (Hons) MPH FAFPHM PhD,<sup>3</sup> Phyllis Butow MClInPsych MPH PhD<sup>4</sup> and Patrina Caldwell BMed FRACP<sup>5</sup>

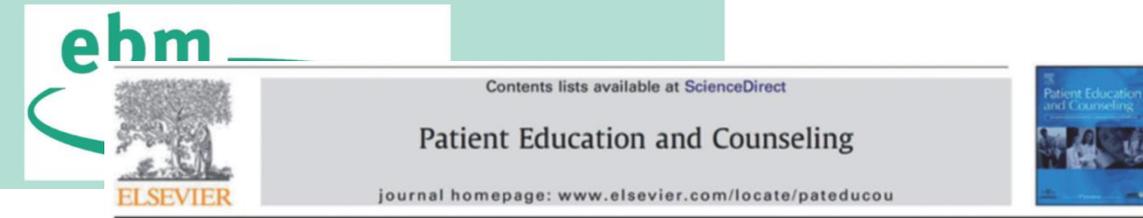
<sup>1</sup>Lecturer, <sup>2</sup>PhD candidate, <sup>3</sup>Associate Professor, Screening & Test Evaluation Program, School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia

<sup>4</sup>Professor, Clinical Psychology, Faculty of Arts, University of Sydney, Sydney, Australia

<sup>5</sup>Senior Research Fellow, The Children's Hospital at Westmead, University of Sydney, Sydney, Australia



## Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘



### What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria

Martina Bunge\*, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg

University of Hamburg, Unit of Health Sciences and Education, Hamburg, Germany



### GUTE PRAXIS GESUNDHEITSINFORMATION

Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

VERSION: 2.0

STAND: 21.07.2016

# EBPI: QUALITÄTSKRITERIUM INHALTE

## VOR THERAPEUTISCHEN, DIAGNOSTISCHEN UND SCREENINGMASSNAHMEN MUSS INFORMIERT WERDEN ÜBER...

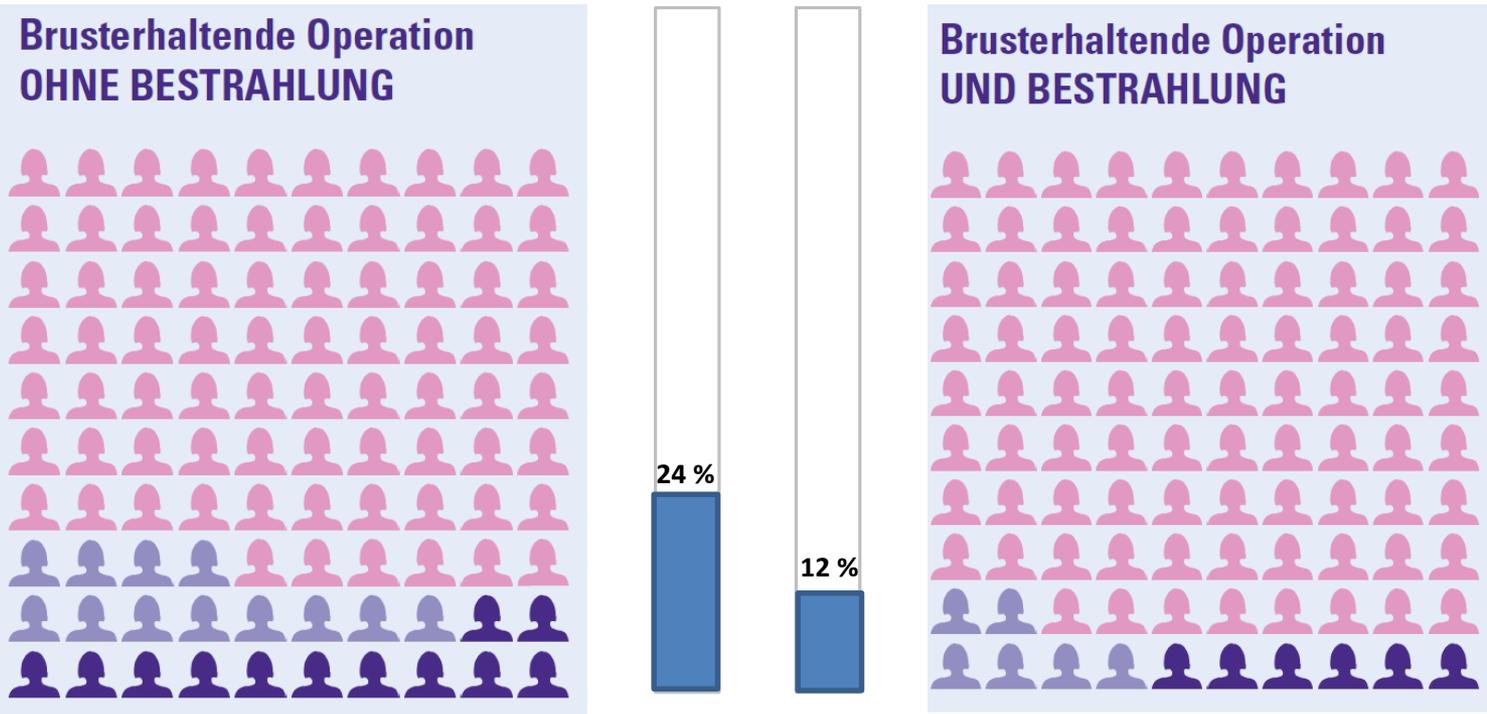
- Ziel der Maßnahme
- Prognose bei Nichtintervention
- Behandlungsoptionen (inkl. Nichtbehandlung)
- Wahrscheinlichkeiten für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen der Maßnahme bzgl. patientenorientierter Ergebnisse
- Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse
- Information zu Unsicherheiten und zu fehlender Evidenz
- Medizinische, psychosoziale oder finanzielle Folgen
- Planung des weiteren Vorgehens
- Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Interessenkonflikte (z.B. finanzieller Art) müssen offengelegt werden.

# EBPI: QUALITÄTSKRITERIUM INHALTE

## VOR THERAPEUTISCHEN, DIAGNOSTISCHEN UND SCREENINGMASSNAHMEN MUSS INFORMIERT WERDEN ÜBER...

- Ziel der Maßnahme
- Prognose bei Nichtintervention
- Behandlungsoptionen (inkl. Nichtbehandlung)
- Wahrscheinlichkeiten für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen der Maßnahme bzgl. patientenorientierter Ergebnisse
- Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse
- Information zu Unsicherheiten und zu fehlender Evidenz
- Medizinische, psychosoziale oder finanzielle Folgen
- Planung des weiteren Vorgehens
- Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Interessenkonflikte (z.B. finanzieller Art) müssen offengelegt werden.

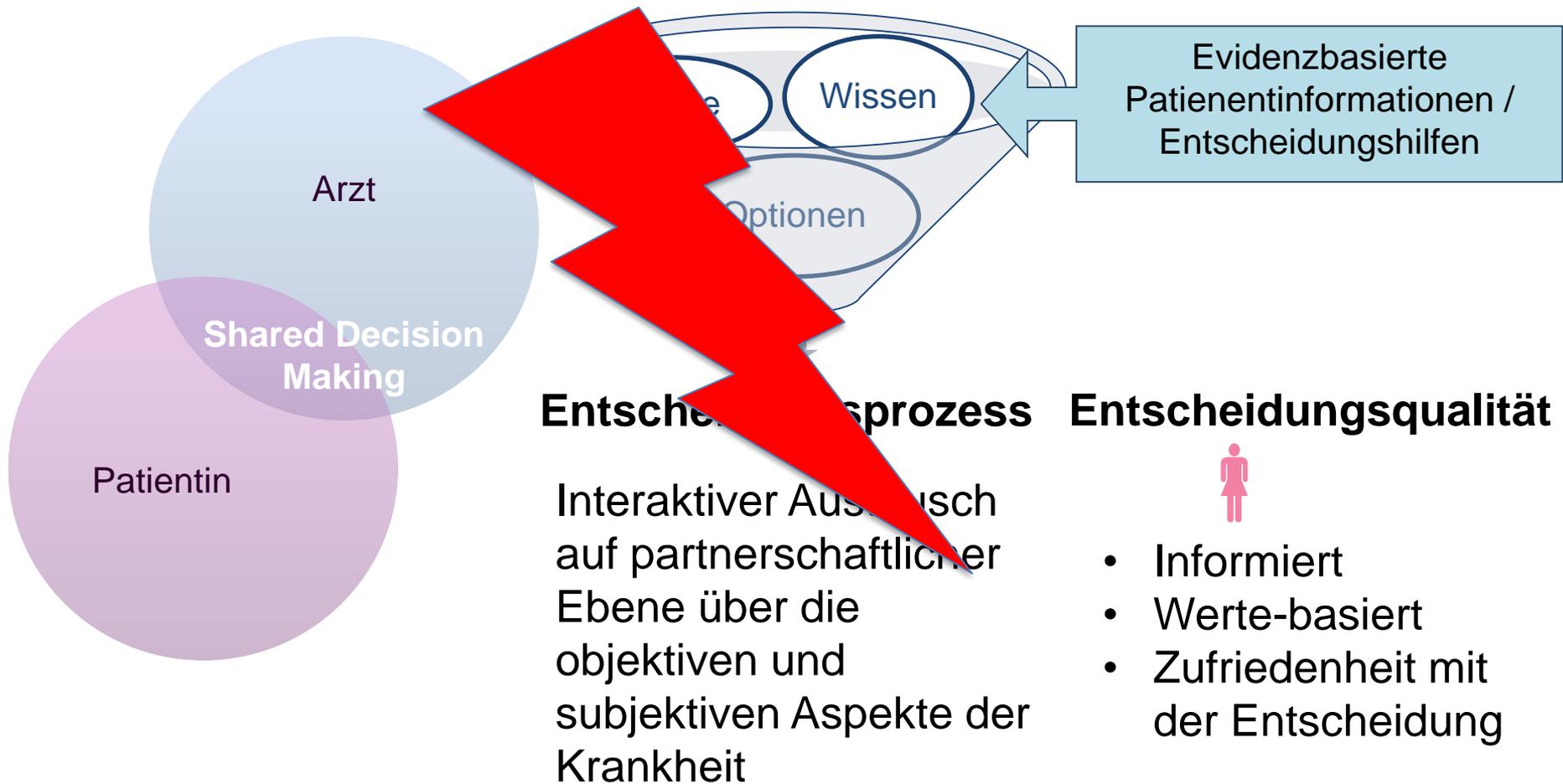
# WIE VIELE FRAUEN MIT DUKTALEN CARCINOMA IN SITU HABEN EINEN ZUSÄTZLICHEN NUTZEN DURCH DIE BESTRAHLUNG?



nach 4-10 Jahren

76	 kein Rezidiv	88
12	 Rezidiv eines DCIS in der gleichen Brust	6
12	 Rezidiv eines invasiven Karzinoms in der gleichen Brust	6

# SHARED DECISION MAKING



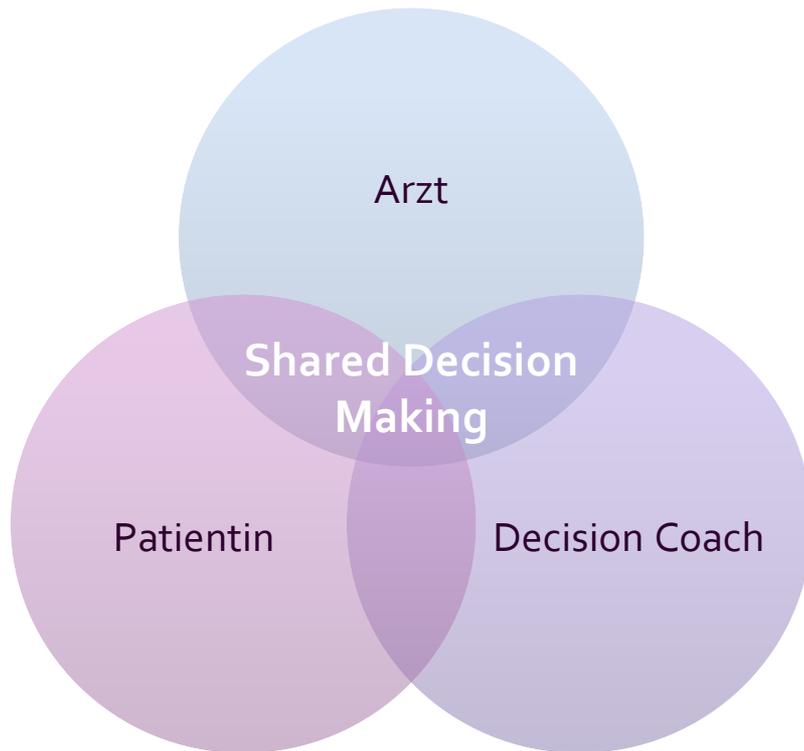
# WAS ERSCHWERT BISLANG DIE UMSETZUNG?

- SDM erst seit kurzem Bestandteil der Mediziner Ausbildung
- Risikokommunikationskompetenzen gering
- Vorbehalte gegenüber SDM bspw. Sorge, dass Pat. eine falsche Entscheidung treffen könnten oder nicht jede Pat. geeignet
- Geeignete evidenzbasierte Informationsmaterialien liegen nur für wenige Entscheidungssituationen vor



# INTERPROFESSIONELLES SHARED DECISION MAKING

---



„ Gesundheits- und Pflegeexpertin, die darin geschult ist, die Patientin in die medizinische Entscheidungsfindung miteinzubeziehen, die aber nicht die Entscheidung für die Patientin trifft.“

# DIE ROLLE DES DECISION COACH

## VORBEREITUNG DER PATIENTIN ZUR PARTIZIPATION DURCH ...

- Erfassung von Entscheidungsbedarf, (Risiko-)Wissen, Klärung persönlicher Werte, Unterstützungsbedarf
- Individuell abgestimmte Unterstützung und Begleitung bei der Entscheidung (Evidenzbasierte Entscheidungshilfen, Coaching)
- Unterstützung bei der Umsetzung der Entscheidung



# WARUM PFLEGEEXPERTINNEN ALS DECISION COACHES?

---

- Beratungskompetenz
- Niedrigschwelligkeit
- Laienverständlichkeit
- Erreichbarkeit
- Zeitressourcen

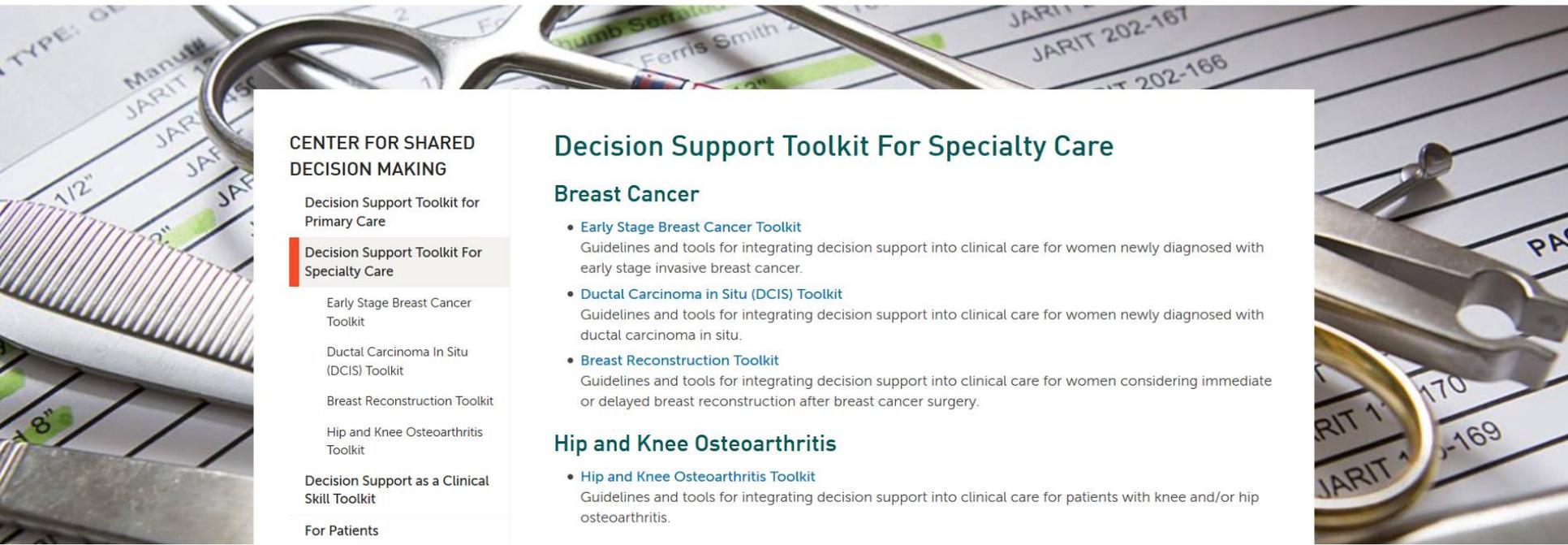


# EMPFEHLUNGEN DES SACHVERSTÄNDIGENRATES

---

Empfiehl...

- den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben
- Tätigkeitsübertragung auf die Pflege mit größerer Handlungsautonomie
- Überprüfung in Modellversuchen



## CENTER FOR SHARED DECISION MAKING

[Decision Support Toolkit for Primary Care](#)

**[Decision Support Toolkit For Specialty Care](#)**

[Early Stage Breast Cancer Toolkit](#)

[Ductal Carcinoma In Situ \(DCIS\) Toolkit](#)

[Breast Reconstruction Toolkit](#)

[Hip and Knee Osteoarthritis Toolkit](#)

[Decision Support as a Clinical Skill Toolkit](#)

[For Patients](#)

## Decision Support Toolkit For Specialty Care

### Breast Cancer

- [Early Stage Breast Cancer Toolkit](#)  
Guidelines and tools for integrating decision support into clinical care for women newly diagnosed with early stage invasive breast cancer.
- [Ductal Carcinoma in Situ \(DCIS\) Toolkit](#)  
Guidelines and tools for integrating decision support into clinical care for women newly diagnosed with ductal carcinoma in situ.
- [Breast Reconstruction Toolkit](#)  
Guidelines and tools for integrating decision support into clinical care for women considering immediate or delayed breast reconstruction after breast cancer surgery.

### Hip and Knee Osteoarthritis

- [Hip and Knee Osteoarthritis Toolkit](#)  
Guidelines and tools for integrating decision support into clinical care for patients with knee and/or hip osteoarthritis.

# DECISION COACHING INTERNATIONAL

	Positive Ergebnisse (signifikant)	Unterschiedliche Ergebnisse	Kein Unterschied
<b>Coaching+ DA vs. Standardversorgung</b>  <b>N=5 Studien</b>	Wissen ↑ (n=3) Kosten ↓ (n=2) Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1) Weniger Medikamente bei Schizophrenie (n=1) Anzahl der transferierten Embryonen ↓ (n=1)	Wahrgenommene Einbeziehung in die Entscheidungsfindung ↑ (n=2), ↔ (n=1) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Angst (n=1) Inanspruchnahme Gentest (n=2)
<b>Coaching vs. DA</b>  <b>N=4 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=4) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess (n=1)	Entscheidungskonflikt ↓ (n=1) oder kein Unterschied (n=2)	Partizipation (n=1), Angst (n=1), Einnahme von und Adhärenz zu Hormonen (n=2), Inanspruchnahme Pränataldiagnostik (n=1)
<b>Coaching+ DA vs. DA allein</b>  <b>N=5 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=5), Partizipation ↑ (n=1) Kosten ↓ (n=1), Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1)	Zufriedenheit mit der Entscheidung ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Entscheidungskonflikt (n=1), Angst (n=1), Inanspruchnahme Gentest (n=1) und Prostata Screening (n=1), Operation bei Spinalkanalstenose (n=1)

# DECISION COACHING INTERNATIONAL

	Positive Ergebnisse (signifikant)	Unterschiedliche Ergebnisse	Kein Unterschied
<b>Coaching+ DA vs. Standardversorgung</b>  <b>N=5 Studien</b>	<u>Wissen ↑ (n=3)</u> Kosten ↓ (n=2) Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1) Weniger Medikamente bei Schizophrenie (n=1) Anzahl der transferierten Embryonen ↓ (n=1)	Wahrgenommene Einbeziehung in die Entscheidungsfindung ↑ (n=2), ↔ (n=1) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Angst (n=1) Inanspruchnahme Gentest (n=2)
<b>Coaching vs. DA</b>  <b>N=4 Studien</b>	<u>Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=4)</u> Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess (n=1)	Entscheidungskonflikt ↓ (n=1) oder kein Unterschied (n=2)	Partizipation (n=1), Angst (n=1), Einnahme von und Adhärenz zu Hormonen (n=2), Inanspruchnahme Pränataldiagnostik (n=1)
<b>Coaching+ DA vs. DA allein</b>  <b>N=5 Studien</b>	<u>Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=5)</u> , Partizipation ↑ (n=1) Kosten ↓ (n=1), Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1)	Zufriedenheit mit der Entscheidung ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Entscheidungskonflikt (n=1), Angst (n=1), Inanspruchnahme Gentest (n=1) und Prostata-Screening (n=1), Operation bei Spinalkanalstenose (n=1)

# DECISION COACHING INTERNATIONAL

	Positive Ergebnisse (signifikant)	Unterschiedliche Ergebnisse	Kein Unterschied
<b>Coaching+ DA vs. Standardversorgung</b>  <b>N=5 Studien</b>	Wissen ↑ (n=3) Kosten ↓ (n=2) Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1) Weniger Medikamente bei Schizophrenie (n=1) Anzahl der transferierten Embryonen ↓ (n=1)	Wahrgenommene Einbeziehung in die Entscheidungsfindung ↑ (n=2), ↔ (n=1) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungs- prozess ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Angst (n=1) Inanspruchnahme Gentest (n=2)
<b>Coaching vs. DA</b>  <b>N=4 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=4) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess (n=1)	Entscheidungskonflikt ↓ (n=1) oder kein Unterschied (n=2)	Partizipation (n=1), Angst (n=1), Einnahme von und Adhärenz zu Hormonen (n=2), Inanspruchnahme Pränataldiagnostik (n=1)
<b>Coaching+ DA vs. DA allein</b>  <b>N=5 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=5), Partizipation ↑ (n=1) Kosten ↓ (n=1), Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1)	Zufriedenheit mit der Entscheidung ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Entscheidungskonflikt (n=1), Angst (n=1), Inanspruchnahme Gentest (n=1) und Prostata Screening (n=1), Operation bei Spinalkanalstenose (n=1)

# DECISION COACHING INTERNATIONAL

	Positive Ergebnisse (signifikant)	Unterschiedliche Ergebnisse	Kein Unterschied
<b>Coaching+ DA vs. Standardversorgung</b>  <b>N=5 Studien</b>	Wissen ↑ (n=3) Kosten ↓ (n=2) Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1) Weniger Medikamente bei Schizophrenie (n=1) Anzahl der transferierten Embryonen ↓ (n=1)	Wahrgenommene Einbeziehung in die Entscheidungsfindung ↑ (n=2), ↔ (n=1) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Angst (n=1) Inanspruchnahme Gentest (n=2)
<b>Coaching vs. DA</b>  <b>N=4 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=4) Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess (n=1)	Entscheidungskonflikt ↓ (n=1) oder kein Unterschied (n=2)	Partizipation (n=1), Angst (n=1), Einnahme von und Adhärenz zu Hormonen (n=2), Inanspruchnahme Pränataldiagnostik (n=1)
<b>Coaching+ DA vs. DA allein</b>  <b>N=5 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=5), Partizipation ↑ (n=1) Kosten ↓ (n=1), Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1)	Zufriedenheit mit der Entscheidung ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Entscheidungskonflikt (n=1), Angst (n=1), Inanspruchnahme Gentest (n=1) und Prostata-Screening (n=1), Operation bei Spinalkanalstenose (n=1)

# DECISION COACHING INTERNATIONAL

	Positive Ergebnisse (signifikant)	Unterschiedliche Ergebnisse	Kein Unterschied
<b>Coaching+ DA vs. Standardversorgung</b>  <b>N=5 Studien</b>	Wissen ↑ (n=3) Kosten ↓ (n=2) Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1) Weniger Medikamente bei Schizophrenie (n=1) Anzahl der transferierten Embryonen ↓ (n=1)	Wahrgenommene <u>Einbeziehung in die Entscheidungsfindung</u> ↑ (n=2), ↔ (n=1) <u>Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess</u> ↑ (n=1), ↔ (n=1)	Angst (n=1) Inanspruchnahme Gentest (n=2)
<b>Coaching vs. DA</b>  <b>N=4 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=4) <u>Zufriedenheit mit dem Entscheidungsfindungsprozess</u> (n=1)	<u>Entscheidungskonflikt</u> ↓ (n=1) oder kein Unterschied (n=2)	<u>Partizipation</u> (n=1), Angst (n=1), Einnahme von und Adhärenz zu Hormonen (n=2), Inanspruchnahme Pränataldiagnostik (n=1)
<b>Coaching+ DA vs. DA allein</b>  <b>N=5 Studien</b>	Ähnliche Verbesserung im Wissen in beiden Gruppen (n=5), <u>Partizipation</u> ↑ (n=1) Kosten ↓ (n=1), Inanspruchnahme Hysterektomie ↓ (n=1)	<u>Zufriedenheit mit der Entscheidung</u> ↑ (n=1), ↔ (n=1)	<u>Entscheidungskonflikt</u> (n=1), Angst (n=1), Inanspruchnahme Gentest (n=1) und Prostata-Screening (n=1), Operation bei Spinalkanalstenose (n=1)

# DECISION COACHING DURCH PFLEGENDE IN DEUTSCHLAND

---

- Spezialisierte Pflegende als Decision Coaches bei Multipler Sklerose (DECIMS)
- Spezialisierte Pflegefachkräfte zur Unterstützung einer informierten partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie (SPUPEO)

# DECISION COACHING DURCH PFLEGENDE IN DEUTSCHLAND

---

- Spezialisierte Pflegende als Decision Coaches bei Multipler Sklerose (DECIMS)
- **Spezialisierte Pflegefachkräfte zur Unterstützung einer informierten partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie (SPUPEO)**

# HINTERGRUND SPUPEO-PROJEKT

---

## Projektbeteiligte:

Univ.-Prof. Dr. phil. Anke Steckelberg: Projektleitung

Birte Berger-Höger (MEd): Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. phil. Katrin Liethmann: Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Univ.-Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

im Rahmen des nationalen Krebsplans

# HINTERGRUND SPUPEO-PROJEKT

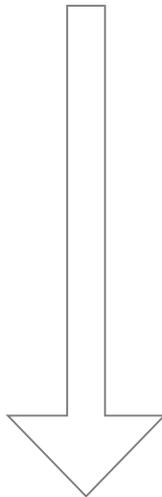
Brustsprechstunde



Tumorboard



Diagnose- und  
Therapiegespräch



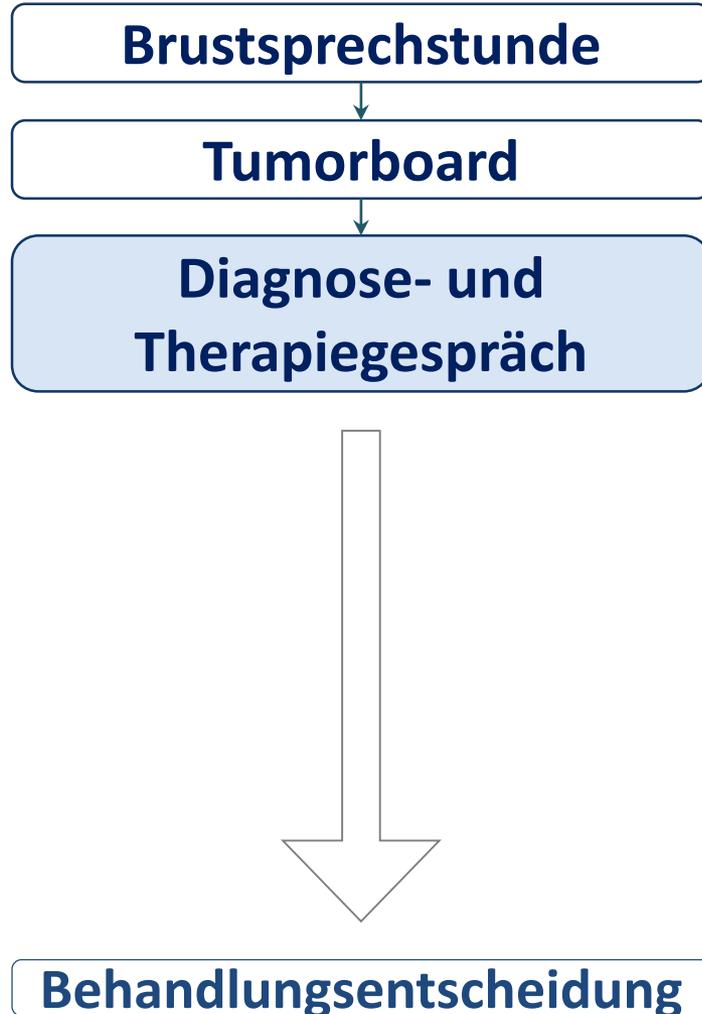
Behandlungsentscheidung

Entscheidungsprozess im  
Brustzentrum

+ Decision Coaching durch  
spezialisierte Pflegefachkräfte



# SPUPEO-INTERVENTION



# SPUPEO-INTERVENTION

## EINGESETZTE MATERIALIEN

### Entscheidungshilfe

**Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS**

Birte Bergt-Röger, Anka Stackelberg, Anja Gerlach, Ingrid Mithäuser  
Universität Hamburg, Gesundheitswissenschaften

**Was bedeuten die Untersuchungsergebnisse?**  
Für nähere Informationen lesen Sie in der Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS das Kapitel „Nützliche Informationen finden Sie in Ihrem Befund“, S.11.

**Wo befindet sich das DCIS (Lokalisation)?**

**Wie groß ist das DCIS?**

**Wie ist das Ausmaß der Zellveränderung (Gradung)?**

- G1 gut differenziert
- G2 mäßig differenziert
- G3 schlecht differenziert

Bei einem höheren Gradung (die Zahl hinter dem G), wird von Expertinnen ein schlechteres Wachstumsverhalten angenommen.

### Entscheidungspfad

## Moderationskarten

### Schritt 2: Über Entscheidungsmöglichkeiten informieren

- Wiederholen Sie zunächst noch einmal die Schlüsselbotschaft.
- Geben Sie der Patientin einen Überblick über die ihr zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten.



- Nutzen Sie hierfür den Entscheidungspfad und schreiben Sie die Möglichkeiten gemeinsam mit der Patientin auf (2. Welche Wahlmöglichkeiten stehen Ihnen zur Verfügung?, S. 7).



### Brusterhaltende Operation und Bestrahlung

#### Nutzen

**Von 100 Frauen haben 10 Jahre nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt ...**

	in der betroffenen Brust	in der anderen Brust
keinen Krebs	88	93
ein DCIS	6	1
einen invasiven Krebs	6	6

**Von 100 Frauen haben 16 Jahre nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt ...**

	in der betroffenen Brust
keinen Krebs	82
ein DCIS	8
einen invasiven Krebs	10

**Wie wirken sich die brusterhaltende Operation und Bestrahlung auf das Überleben aus?**

**Von 100 Frauen sterben nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt an einem invasiven Brustkrebs...**

innerhalb von 10 Jahren	3
innerhalb von 15 Jahren	5

kein Krebs  
Wiederkehr eines DCIS  
invasiver Brustkrebs

### Informationstafeln

# SPUPEO-INTERVENTION

---

## SCHULUNG DER BETEILIGTEN

SPUPEO-Workshop

**Behandelnde Ärztinnen, 2h**

– Grundlagen SDM, Risikokommunikation

SPUPEO-Schulung

**Spezialisierte Pflegefachkräfte, 3 Tage**

– EBM / EBN, evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, SDM

# STAND DER ENTWICKLUNG

---

## **PHASE II: MACHBARKEITSSTUDIE**

- N=2 Brustzentren, N=4 Nurses, N=5 Ärztinnen
- N=7 Patientinnen
- Befragung der Beteiligten mittels Fragebögen vor und nach der Intervention + deskriptive Auswertung
- Erhebung des Wissens der Patientinnen
- Videoaufzeichnung der Decision Coaching-Gespräche + Rating der Gespräche mit dem MAPPIN-Beobachter-Instrument = Ausmaß der Beteiligung an der Entscheidungsfindung

# ERGEBNISSE

---

## DECISION COACHING IST MACHBAR

- Nurses (N=4) erreichten im Mittel ein Basisniveau in SDM:

MAPPIN<sub>Beobachter</sub> Rating: 2,15

(0=Kompetenz nicht beobachtet bis 4=exzellente Ausführung)

- Wissen der Patientinnen (N=7): 9-11 von 11 möglichen korrekten Antworten

# ERGEBNISSE

## BARRIEREN

- Ärztliche Vorbehalte bestehen weiterhin
- Strukturelle Rahmenbedingungen wie Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Tumorboards erschweren einen offenen Entscheidungsprozess

# FAZIT

---

- Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen können den Anteil an informierten Entscheidungen erhöhen.
- Pilotstudien haben in Deutschland gezeigt, dass Decision Coaching machbar ist.

aber strukturelle Anpassungen sind nötig:

- Strukturen für die Bereitstellung von EBPI fehlen.
- SDM ist bisher nicht in die Curricula integriert.
- Eine Übertragung auf akademisierte Pflegefachkräfte (Advanced Nursing Practice) und deren Freistellung sollte geprüft werden

# AUSBLICK

---

- Derzeit wird die SPUPEO-Intervention in einer cluster-RCT mit der Standardbehandlung in 16 Brustzentren und mit 192 Patientinnen verglichen.
- Übertragung auf pflegerelevante Entscheidungen sinnvoll bspw. Anlage einer PEG-Sonde, Entscheidung über freiheitseinschränkende Maßnahmen, Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Versorgung



---

**VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT!**

Birte.Berger-Hoeger@uni-hamburg.de

[www.spupeo.de](http://www.spupeo.de)

# REFERENZEN

- BERGER-HÖGER, B., LIETHMANN, K., MÜHLHAUSER, I., HAASTERT, B. & STECKELBERG, A. 2015. Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16, 452.
- BÖCKEN, J., BRAUN, B. & MEIERJÜRGEN, R. 2014. *Gesundheitsmonitor 2014 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.
- BUNGE, M., MÜHLHAUSER, I. & STECKELBERG, A. 2010. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Educ Couns*, 78, 316-28.
- CHARLES, C., GAFNI, A. & WHELAN, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 681-92.
- DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V., A. G. P. G. 2016. Gute Praxis Gesundheitsinformation. 2016; 110-1: 85-92. . *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 110, 85-92.
- KANE, H. L., HALPERN, M. T., SQUIERS, L. B., TREIMAN, K. A. & MCCORMACK, L. A. 2014. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA Cancer J Clin*, 64, 377-88.
- KASPER, J., HOFFMANN, F., HEESSEN, C., KÖPKE, S. & GEIGER, F. 2012. MAPPIN´SDM - The Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making. *PLoS One*, 7, e34849.
- KEARING, S., BERG, S. Z. & LURIE, J. D. 2016. Can Decision Support Help Patients With Spinal Stenosis Make a Treatment Choice?: A Prospective Study Assessing the Impact of a Patient Decision Aid and Health Coaching. *Spine (Phila Pa 1976)*, 41, 563-7.
- KÖPKE, S. & GERLACH, A. 2012. Shared Decision Making durch spezialisierte Pflegefachkräfte. Informiert entscheiden. *Pflegezeitschrift*, Heft 4, 4.
- LEGARE, F., RATTE, S., GRAVEL, K. & GRAHAM, I. D. 2008. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*, 73, 526-35.
- LÜHNEN, J., ALBRECHT, M., MÜHLHAUSER, I. & STECKELBERG, A. 2016. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation.

# REFERENZEN

- MÜHLHAUSER, I. & MEYER, G. 2016. Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven. *Dtsch Arztebl International*, 113, A-486 / B-407 / C-405.
- MÜHLHAUSER, I., MEYER, G. & STECKELBERG, A. 2010. Patienten wollen mitentscheiden, doch Informationsbasis und Strukturen fehlen. *Z Allg Med*, 86, 10-15.
- O'CONNOR, A. M., STACEY, D. & LÉGARÉ, F. 2008. Coaching to support patients in making decisions. *BMJ*, 336.
- RAHN, A., KÖPKE, S., KASPER, J., VETTORAZZI, E., MÜHLHAUSER, I. & HEESEN, C. 2015. 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*, In publication.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- SÄNGER, S., LANG, B., KLEMPERER, D., THOMECEK, C. & DIERKS, M.-L. 2006. Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. *ÄZQ Schriftenreihe Band 25*. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.
- STACEY, D., KRYWORUCHKO, J., BELKORA, J., DAVISON, B., DURAND, M.-A., EDEN, K., HOFFMAN, A., KOERNER, M., LEGARE, F., LOISELLE, M.-C. & STREET, R. 2013. Coaching and guidance with patient decision aids: A review of theoretical and empirical evidence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, S11.
- STACEY, D., KRYWORUCHKO, J., BENNETT, C., MURRAY, M. A., MULLAN, S. & LEGARE, F. 2012. Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision aids. *Med Decis Making*, 32, E22-33.
- STACEY, D., MURRAY, M. A., LEGARE, F., SANDY, D., MENARD, P. & O'CONNOR, A. 2008. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5, 25-35.
- STECKELBERG, A., BERGER, B., KÖPKE, S., HEESEN, C. & MÜHLHAUSER, I. 2005. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich*, 99, 343-51.
- WEGWARTH, O. & GIGERENZER, G. 2011. Risikokommunikation: Risiken und Unsicherheiten richtig verstehen lernen. *dtsch Arztebl*, 108, A-448 / B-360 / C-360.