



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

MIN-FAKULTÄT
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



BREMER
PFLEGEKONGRESS

10.-12. Mai 2017

BIRTE BERGER-HÖGER

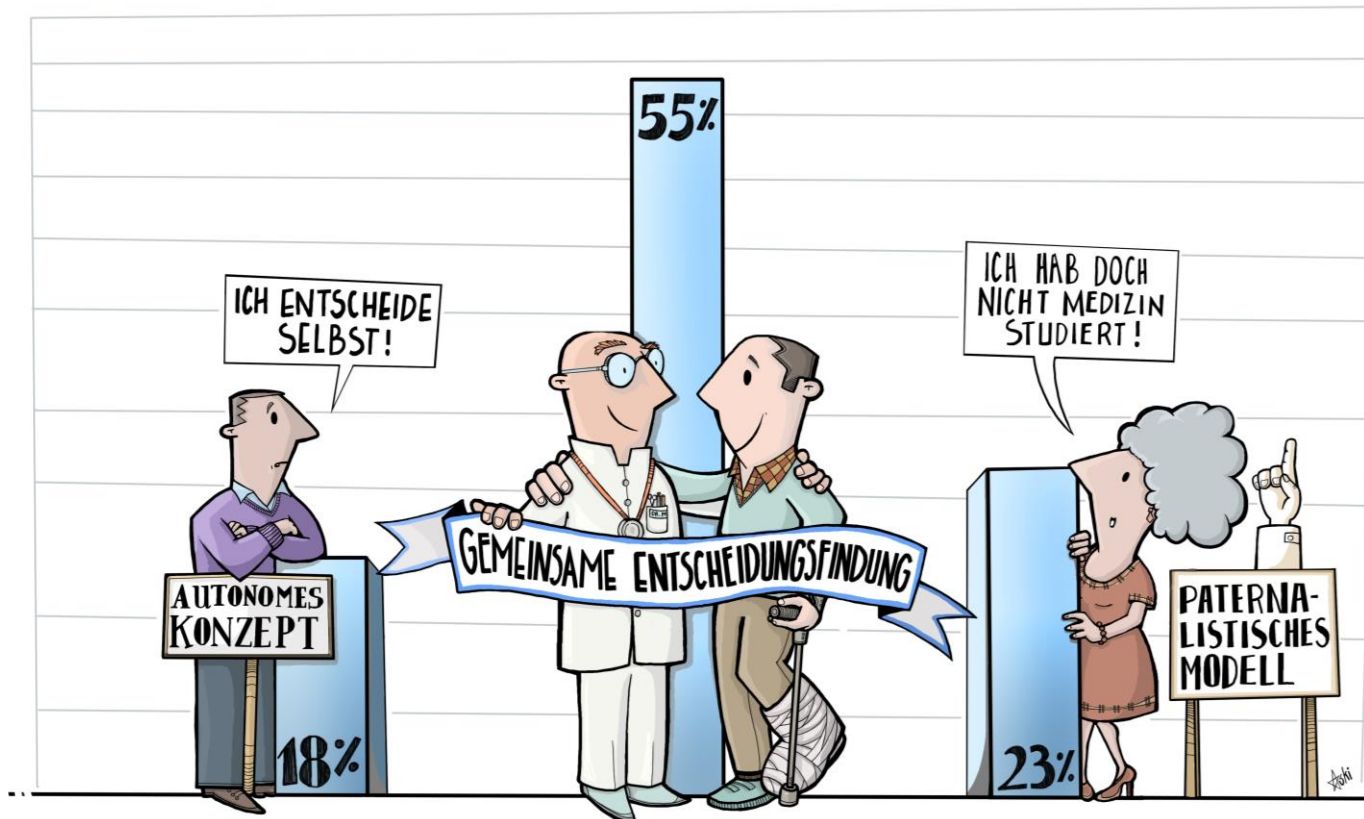
**EVIDENZBASIERTE PATIENTENINFORMATION –
NEUE ROLLEN FÜR DIE PFLEGE**



ERKLÄRUNG ZU INTERESSENSKONFLIKTEN

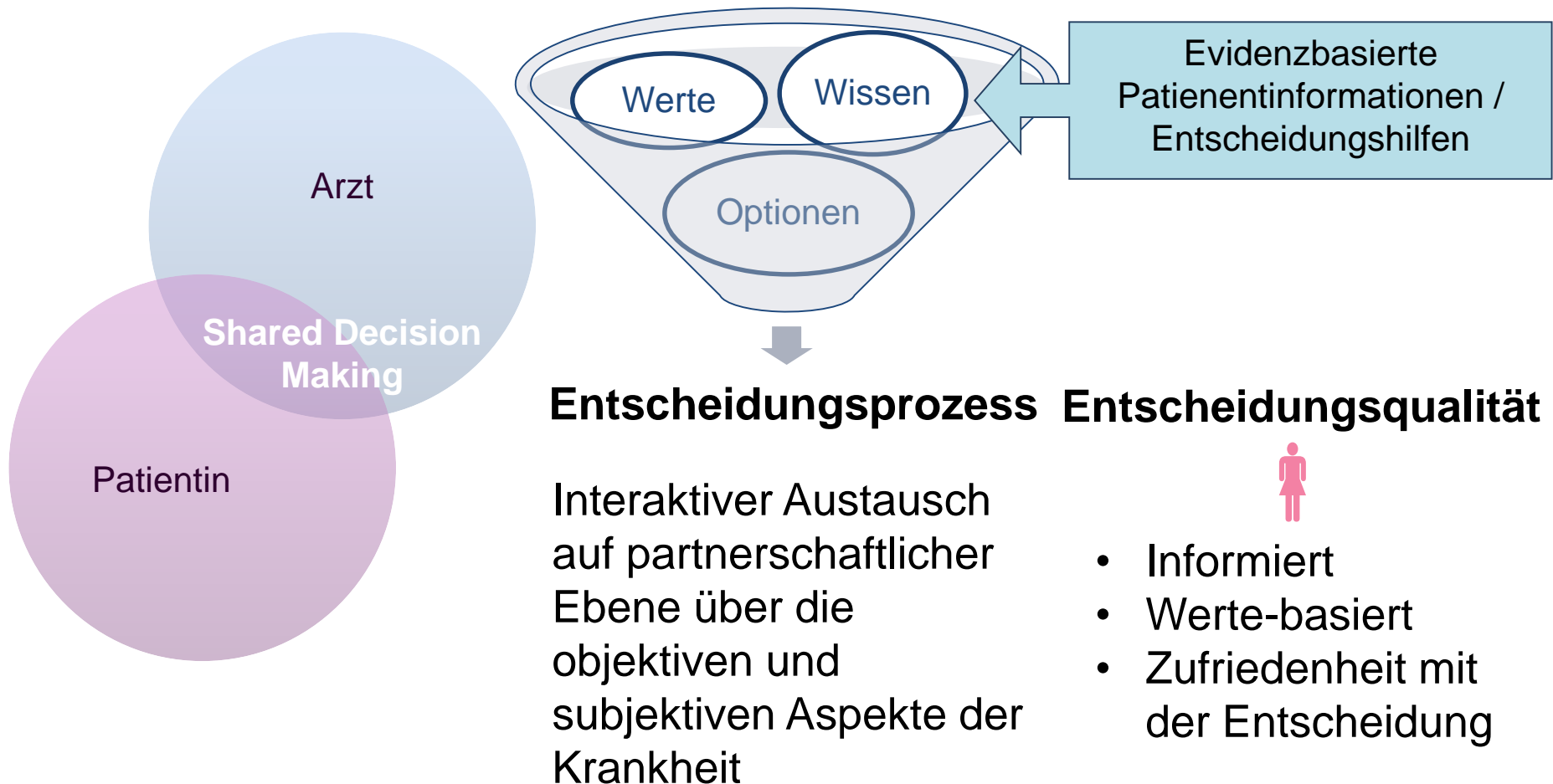
Es besteht kein Interessenkonflikt zu den Inhalten des Vortrags.

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,¹ Heather M Davey BPsych (Hons) MPH (Hons),² Alexandra Barratt MBBS (Hons) MPH FAFPHM PhD,³ Phyllis Butow MClInPsych MPH PhD⁴ and Patrina Caldwell BMed FRACP⁵

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

⁴Professor, Clinical Psychology, Faculty of Arts, University of Sydney, Sydney, Australia

⁵Senior 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...

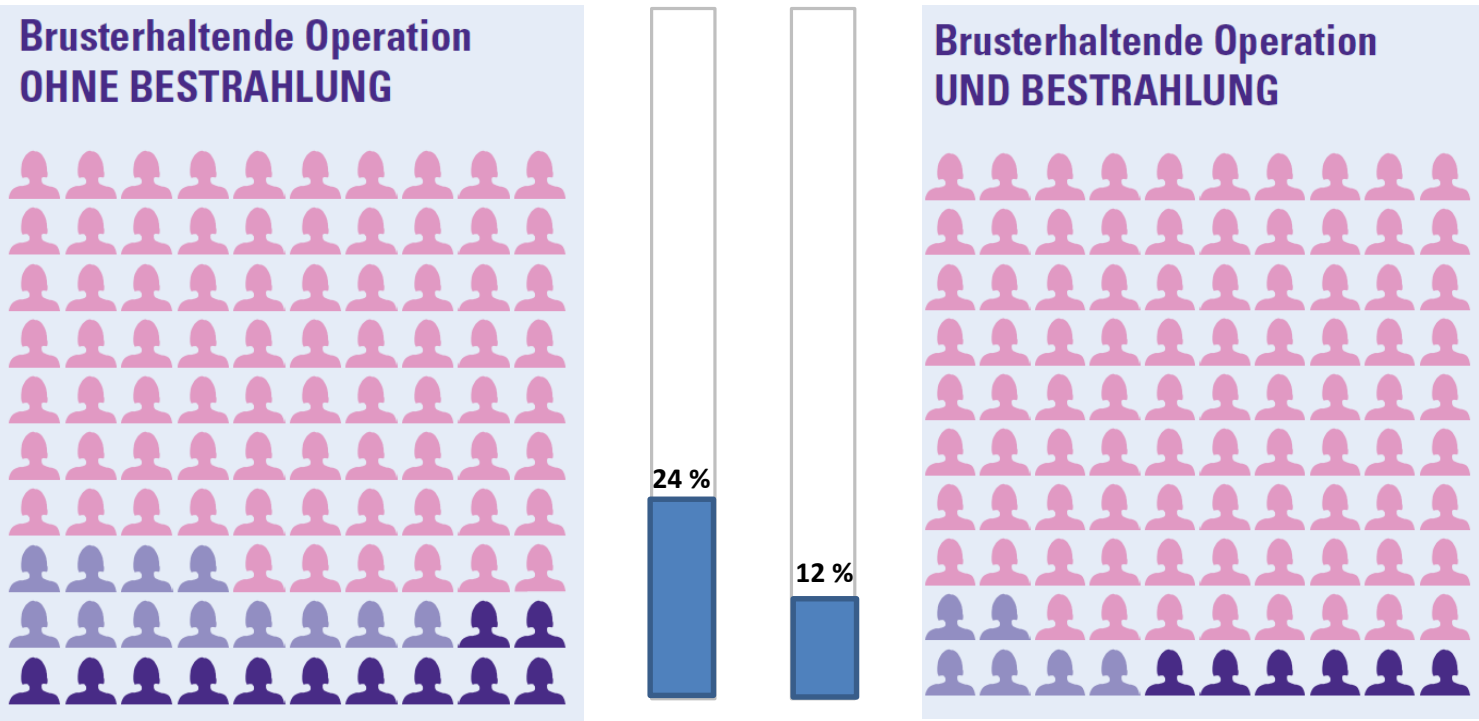
- Ziel der Maßnahme
- Prognose bei Nichtintervention
- Behandlungsoptionen (inkl. Nichtbehandlung)
- Wahrscheinlichkeiten für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen der Maßnahme bzgl. patientenorientierter Ergebnisse
- Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse
- Information zu 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.

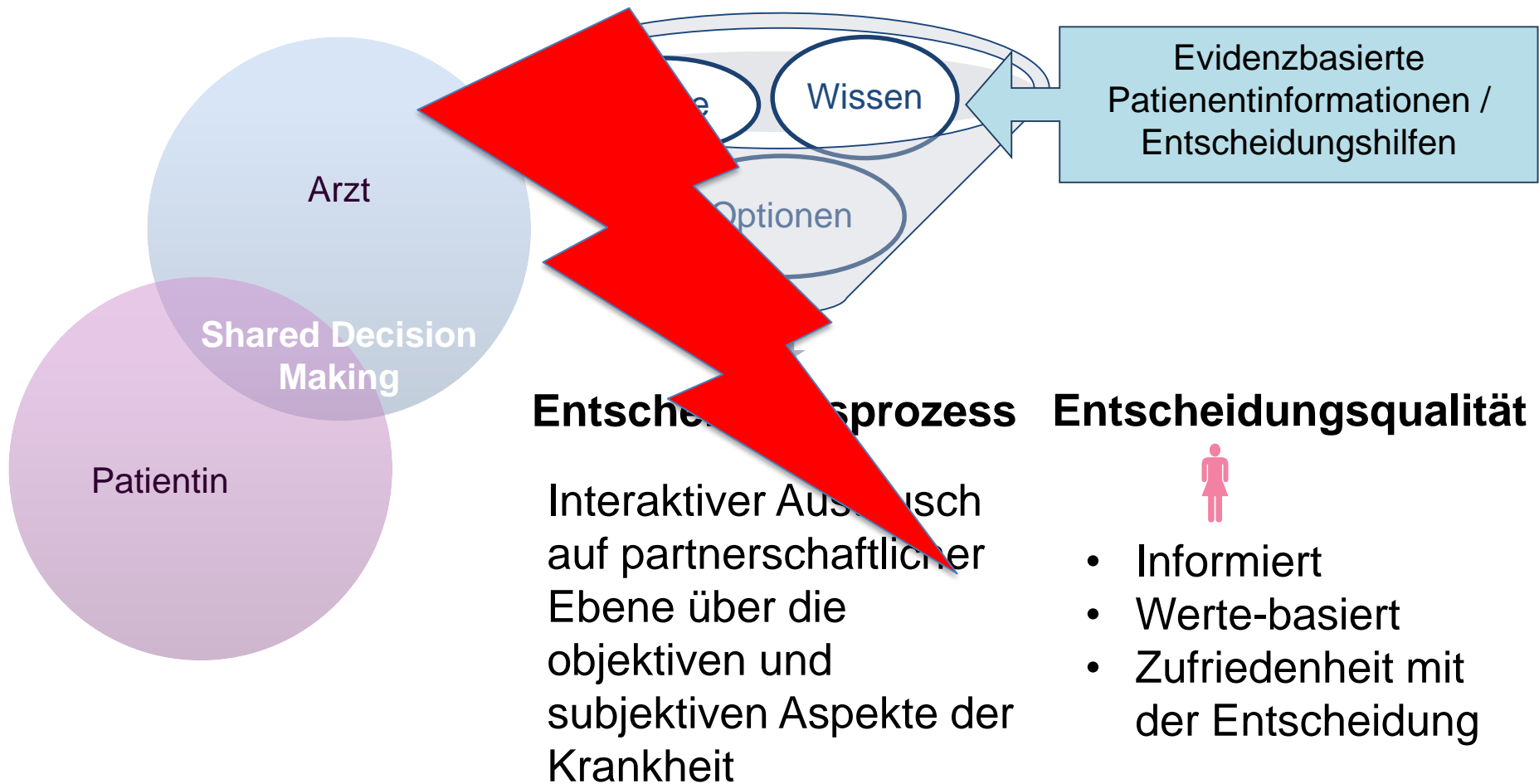
WIE VIELE FRAUEN MIT DUKTALEN CARCINOMA IN SITU HABEN EINEN ZUSÄTZLICHEN NUTZEN DURCH DIE BESTRAHLUNG?



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

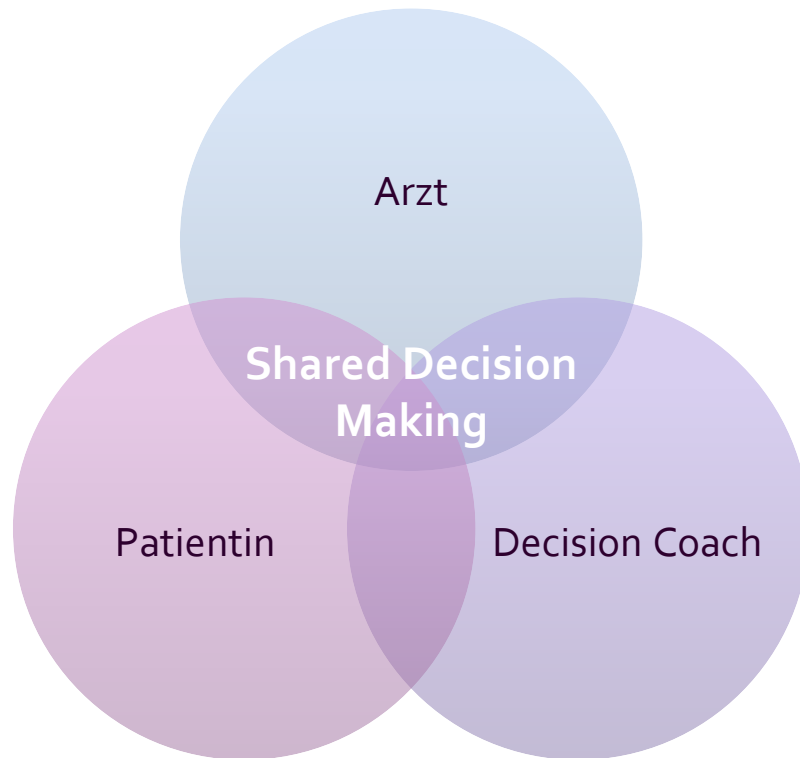


WAS ERSCHWERT BISLANG DIE UMSETZUNG?

- 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?

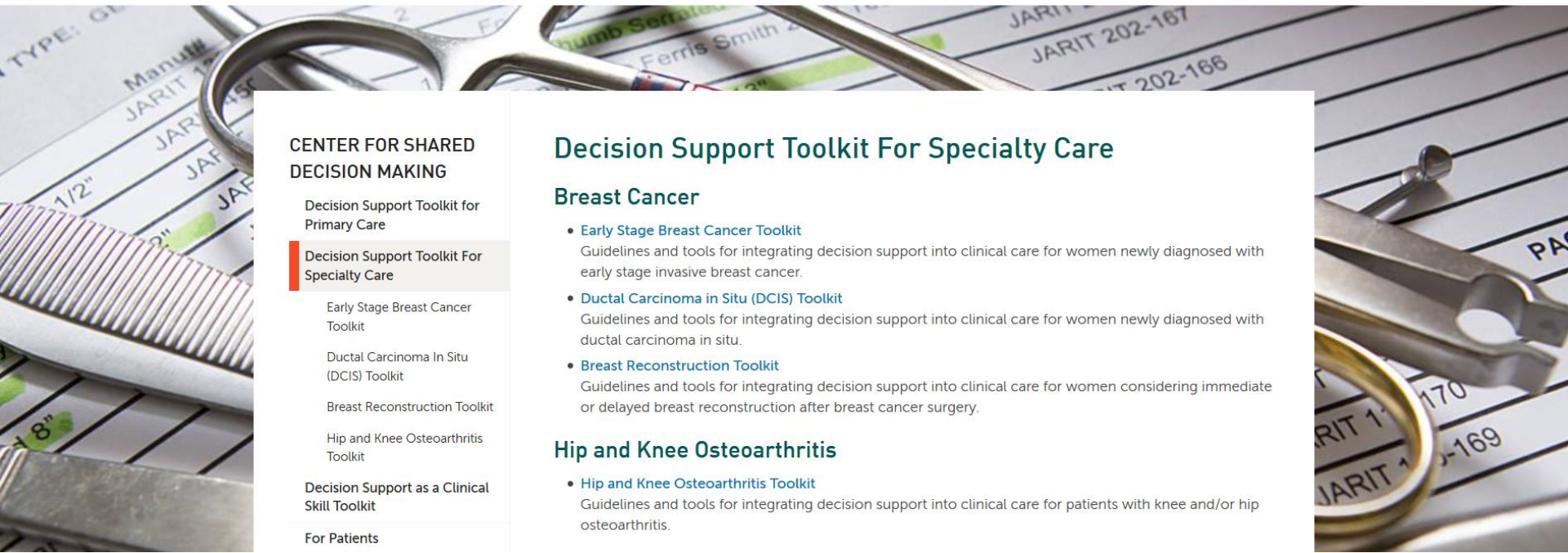
- Beratungskompetenz
- Niedrigschwelligkeit
- Laienverständlichkeit
- Erreichbarkeit
- Zeitressourcen



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
Coaching+ DA vs. Standardversorgung N=5 Studien	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)
Coaching vs. DA N=4 Studien	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)
Coaching+ DA vs. DA allein N=5 Studien	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
Coaching+ DA vs. Standardversorgung N=5 Studien	<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)
Coaching vs. DA N=4 Studien	<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)
Coaching+ DA vs. DA allein N=5 Studien	<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
Coaching+ DA vs. Standardversorgung N=5 Studien	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)
Coaching vs. DA N=4 Studien	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)
Coaching+ DA vs. DA allein N=5 Studien	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
Coaching+ DA vs. Standardversorgung N=5 Studien	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)
Coaching vs. DA N=4 Studien	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)
Coaching+ DA vs. DA allein N=5 Studien	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
Coaching+ DA vs. Standardversorgung N=5 Studien	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)
Coaching vs. DA N=4 Studien	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)
Coaching+ DA vs. DA allein N=5 Studien	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

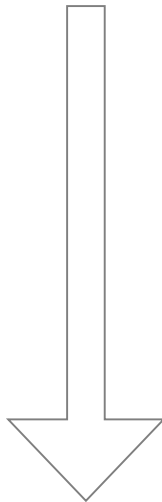
Brustsprechstunde



Tumorboard



Diagnose- und
Therapiegespräch



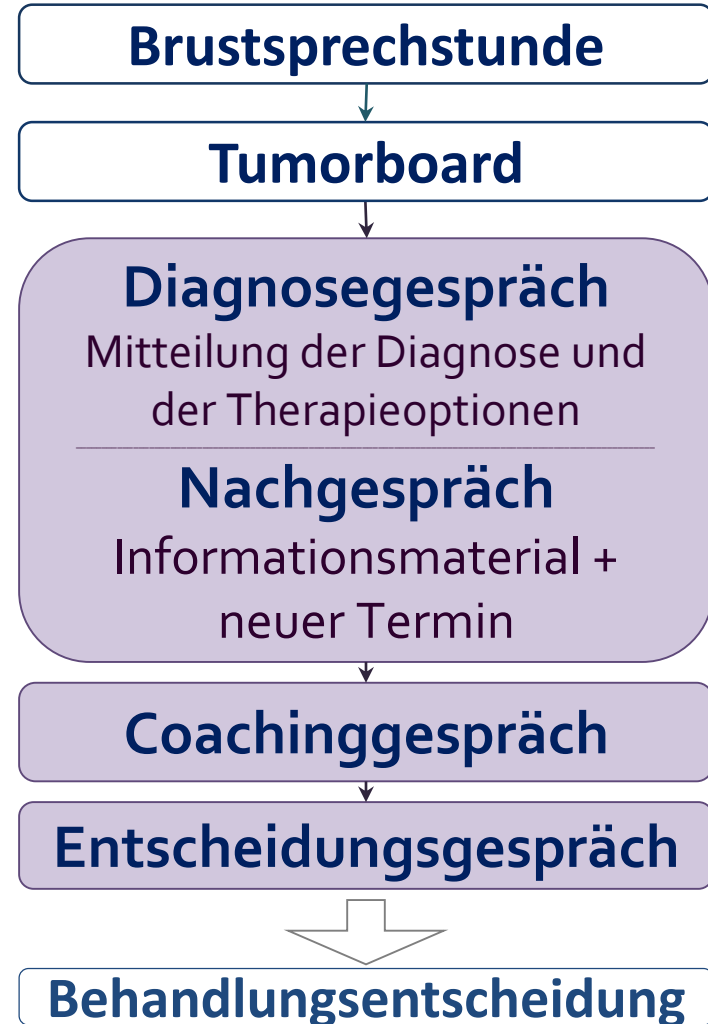
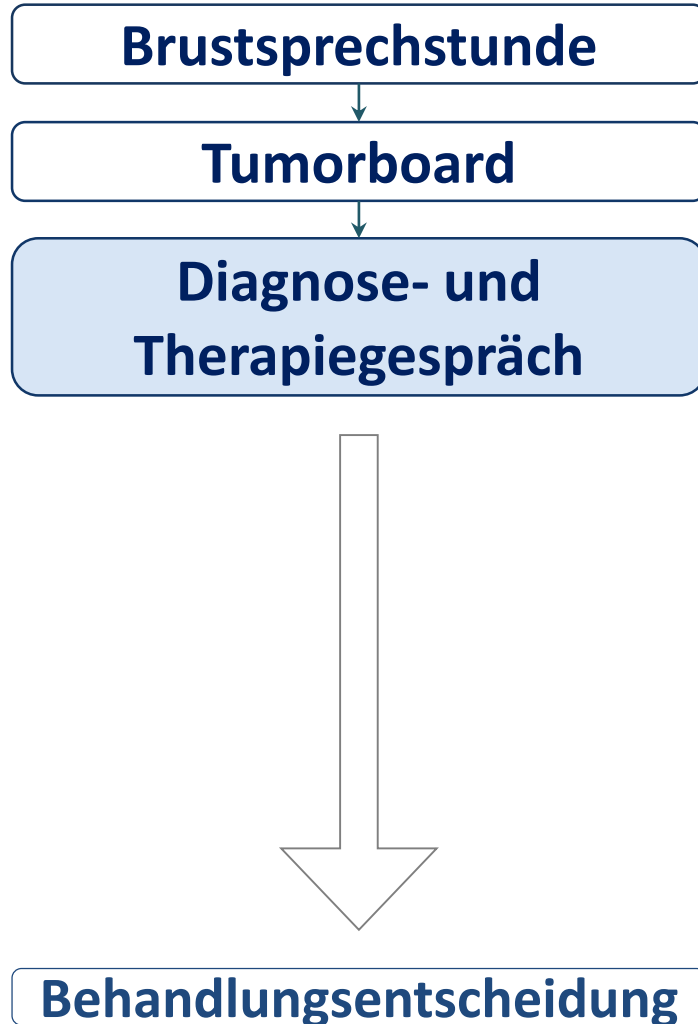
Behandlungsentscheidung

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_{Beobachter} 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

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.