

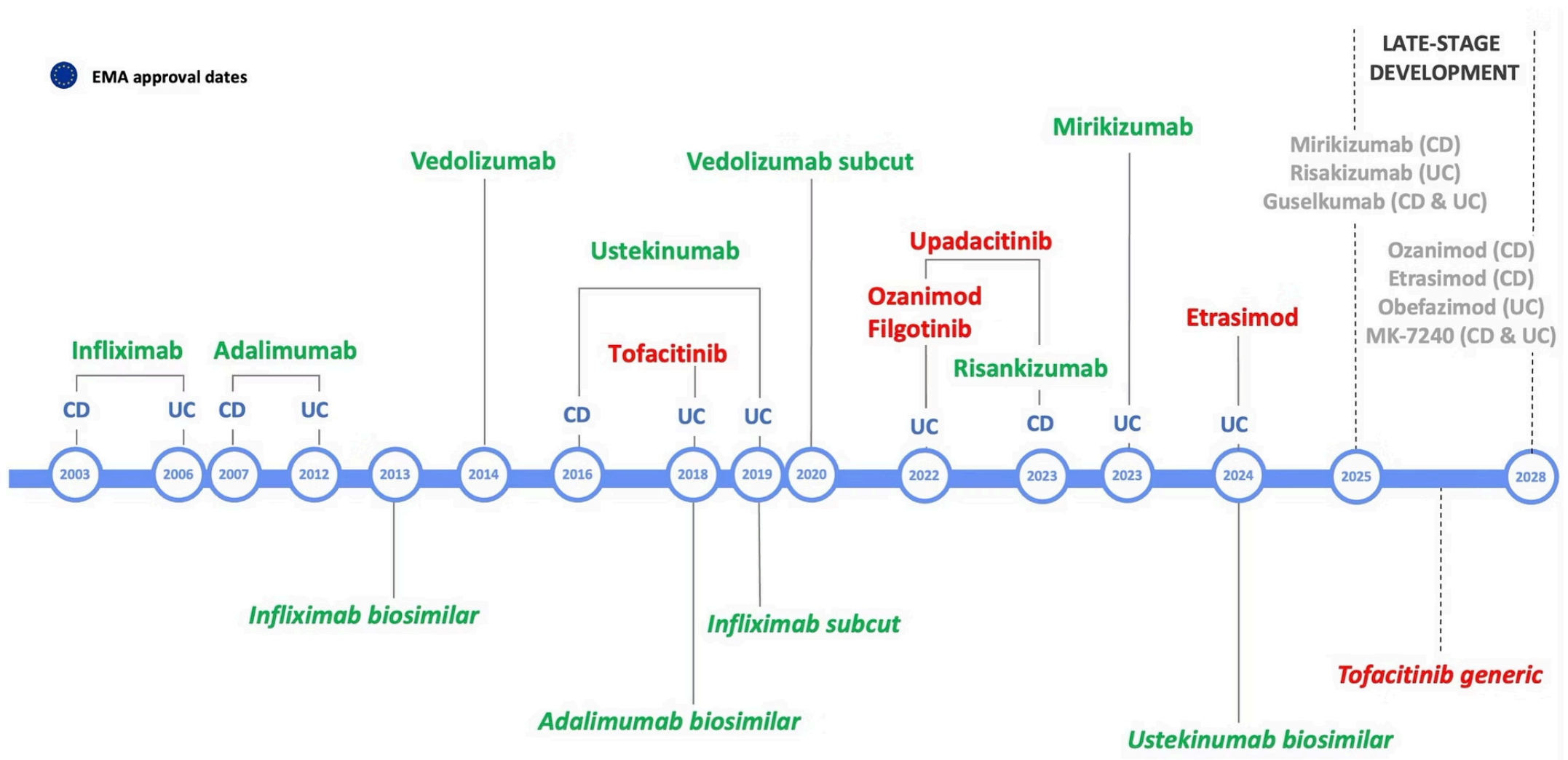
Shared Decision-Making bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Prof. Dr. med. Emanuel Burri

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitäres Zentrum für Innere Medizin,
Kantonsspital Baselland



Die wachsende IBD-Behandlungslandschaft



- Das therapeutische Arsenal bei IBD ist gewachsen, was sowohl Chancen als auch Komplexität mit sich bringt.
- Patienten und Ärzte stehen nun vor einer beispiellosen Auswahl an Möglichkeiten.

Die Herausforderung, die perfekte IBD-Behandlung zu finden



Abwägung von Nutzen und Risiko

- Die ideale IBD-Behandlung muss ein Gleichgewicht zwischen klinischer Wirksamkeit und der Minimierung schwerwiegender unerwünschter Ereignisse (SAE) finden
- Dies bedeutet eine Nutzen-Risiko-Analyse
- Dieses Gleichgewicht bestimmt jede Behandlungsentscheidung
- Patient:innen und Ärzt:innen navigieren diese komplexe Therapielandschaft gemeinsam

Es gibt zwei Arten von medizinischen Entscheidungen

1

Effektive Entscheidungen

Klare Belege zeigen, dass eine Behandlung überlegen ist.

- Starke Evidenzbasis
- Klare beste Option
- Begrenzte Rolle für Präferenzen
- Ärztliche Expertise entscheidend

2

Präferenzsensitive Entscheidungen

Es existieren mehrere Behandlungsoptionen mit unterschiedlichen Abwägungen.

- Mehrere tragfähige Optionen
- Unterschiedliche Risiko-Nutzen-Profile
- Patientenwerte entscheidend
- Ideal für SDM-Ansatz

Shared-Decision-Making passt vor allem bei präferenzsensitiven Entscheidungen

Was ist Shared Decision-Making?

- Shared Decision-Making ist ein kollaborativer Prozess
- Ärzte und Patienten treffen **gemeinsam** medizinische Entscheidungen auf der Grundlage klinischer Evidenz sowie der informierten Präferenzen und Werte des Patienten
- Dies stellt einen **grundlegenden Wandel** von der paternalistischen Medizin hin zur partnerschaftlichen Versorgung dar.





Definition der gemeinsamen Entscheidungsfindung



Schritt 1: Information

Information über verfügbare Optionen.
Bereitstellen von relevanten, qualitativ hochwertigen Informationen zu Nutzen, Risiken und Unsicherheiten.



Schritt 2: Sondierung

Werte und Vorlieben der Patient:innen, insbesondere ihre Therapieziele und Bedenken hinsichtlich potenzieller Nebenwirkungen werden berücksichtigt.

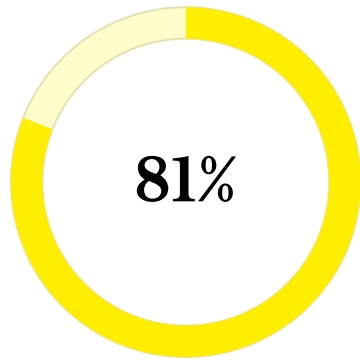


Schritt 3: Entscheidung

Integration der Vorlieben und Werte der Patient:innen und gemeinsam vereinbarten Behandlungsplan erstellen.

Wünschen sich Patient:innen Shared-Decision Making?

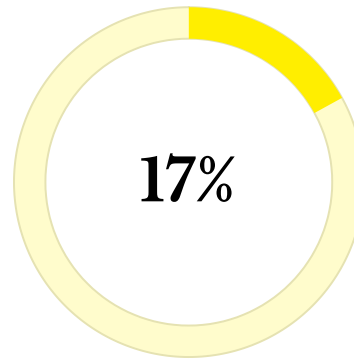
Umfrage unter 1.067 Patient:innen (Durchschnittsalter 43 Jahre, 66 % weiblich). Diese Präferenzen waren unabhängig von Geschlecht oder IBD-Typ



Sehr wichtig

Bewerteten aktive Einbeziehung als

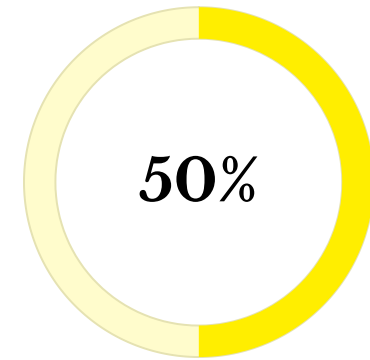
"sehr wichtig"



Ziemlich wichtig

Bewerteten aktive Einbeziehung als

"ziemlich wichtig"



**Wünschen
Zusammenarbeit**

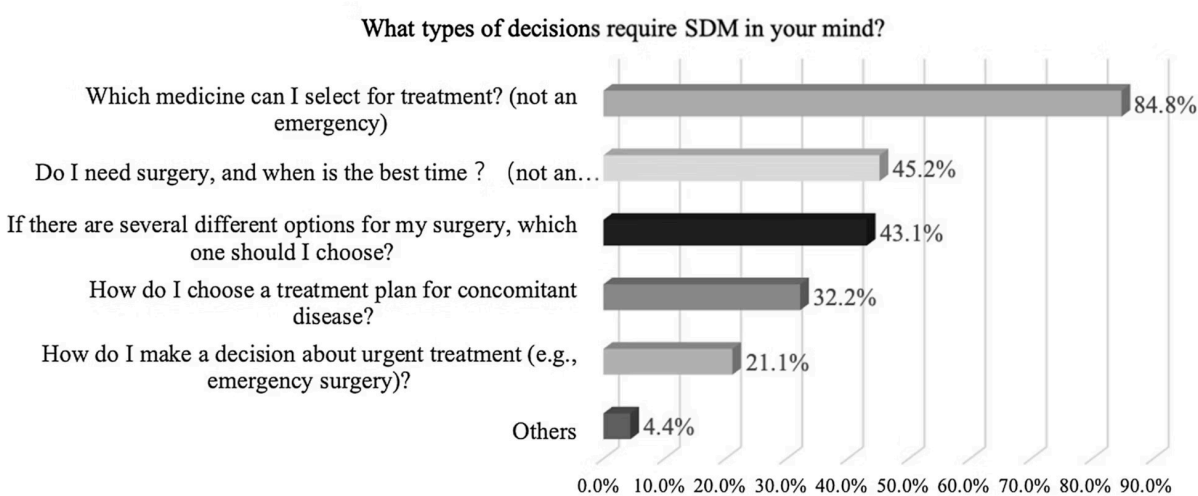
Wünschten sich eine enge,
gleichberechtigte Zusammenarbeit

Patientenpräferenzen nach Umfeld

Umfrage in einer chinesischen Patientenpopulation.

85 % der Patienten bevorzugten die Teilnahme an der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Diese Präferenz war besonders stark bei **jüngeren, gebildeteren und einkommensstärkeren Patienten.**

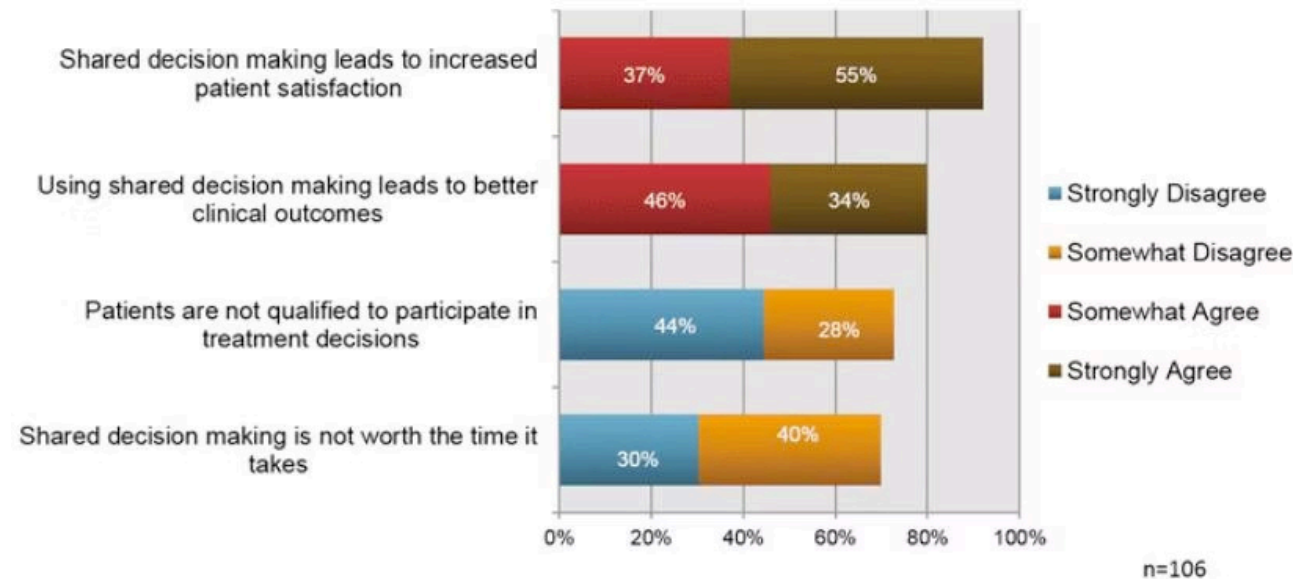
Zufriedenheit mit	Ambulant (N=1118)	Stationär (N=1039)
Tiefe der Erklärung	739 (66,1%)	645 (62,1%)
Investierte Zeit	742 (66,4%)	644 (62,0%)
Entscheidungsmethode	792 (70,8%)	693 (66,7%)



Unterstützen Ärzt:innen Shared Decision-Making?

Nicht nur die Ansichten der Patienten sind für SDM von Interesse, sondern auch die Perspektiven und Präferenzen der Ärzt:innen. Es gibt jedoch kaum Studien zu den Präferenzen von Ärzten bei der Entscheidungsfindung.

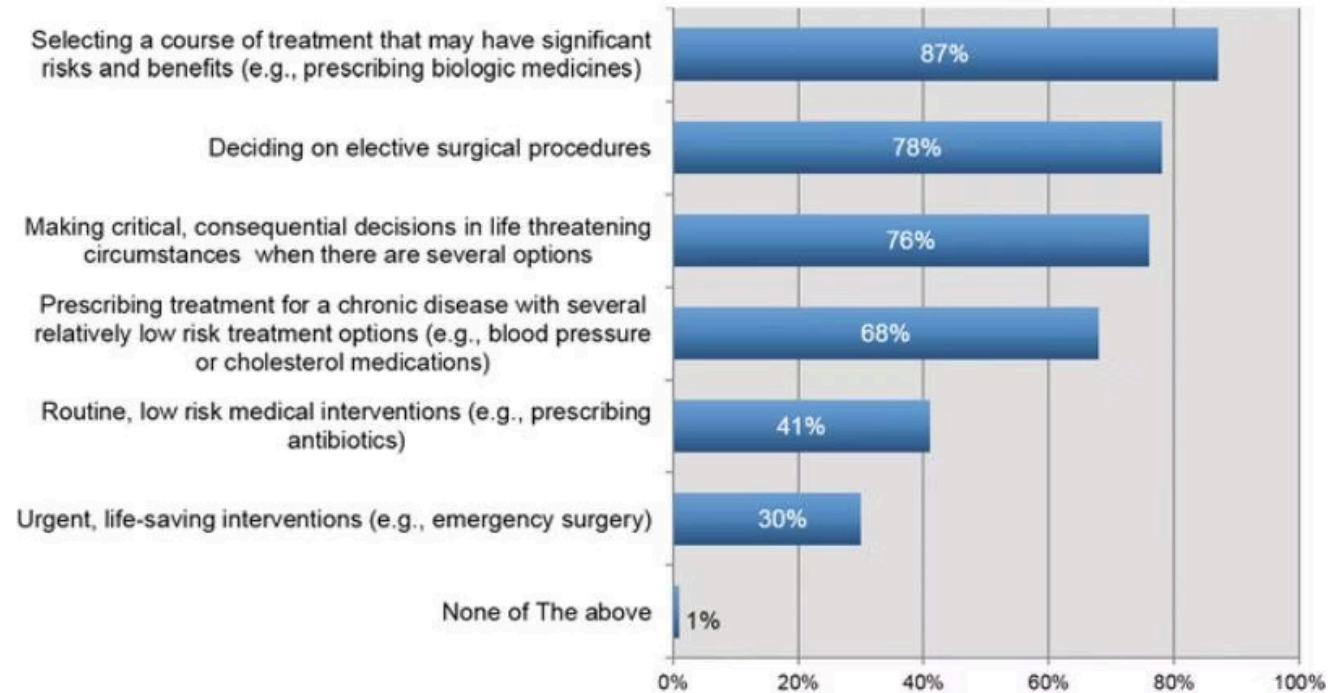
- Umfrage unter 106 Gastroenterolog:innen
- 88 % männlich; 55 % ≤ 50 Jahre alt
- **Erhöhte Patientenzufriedenheit (92 %)**
- **Bessere klinische Ergebnisse (80 %).**
- **Bedenken hinsichtlich der Qualifikation der Patient:innen**
- **Bedenken hinsichtlich des Zeitaufwands.**



Wann sollte Shared Decision-Making eingesetzt werden?

Shared Decision-Making ist am ehesten angemessen bei

- Entscheidungen mit hoher Tragweite
- Bei Risiken und Nutzen, wie z. B. die Auswahl von Biologika (87 %)
- Entscheidungen über elektive chirurgische Eingriffe (78 % und 76 %).
- Weniger angemessen bei risikoarmen, routinemässigen, Interventionen und dringenden, lebensrettenden Situationen.





Drei Typen von Gastroenterolog:innen



Skeptiker (47%)

Grösste Gruppe – unsicher bezüglich des Werts oder der Machbarkeit von partizipativer Entscheidungsfindung (SDM) in der Praxis.



Befürworter (20%)

Unterstützen SDM konzeptionell und versuchen es anzuwenden, jedoch nicht systematisch.



Enthusiasten (34%)

Leben SDM aktiv und nutzen regelmässig Entscheidungshilfen wie Arbeitsblätter.

Übereinstimmung und Divergenz

Bereiche der Übereinstimmung

- **Remission als primäres Ziel** — Priorisierung der Krankheitskontrolle
- **Minimierung von Steroiden** — Sorge wegen langfristiger Steroideinnahme
- **Transparente Kommunikation** — offener Dialog wird geschätzt
- **Bedarf an längeren Beratungen** — Anerkennung der zeitlichen Einschränkungen

Bereiche der Divergenz

- **Ärzt:innen betonen:** Objektive Endpunkte (Schleimhautheilung, Biomarker, Laborwerte)
- **Patienten priorisieren:** Müdigkeitsmanagement, soziale Funktion, emotionales Wohlbefinden, Auswirkungen auf den Lebensstil
- **Behandlungsfokus:** Ärzt:innen priorisieren klinische Erfahrung mit Medikamenten. Patient:innen konzentrieren sich auf Verabreichungsart und Komfort

Kritische Lücken zwischen Patienten und Ärzten

Nicht übereinstimmende Prioritäten

Nur **26 %** der Ärzte besprechen Lebensstilziele, obwohl die meisten Patienten diese als wichtig erachten

Informationsasymmetrie

72 % der Patienten wünschen sich bei Diagnose **mehr Information**, gleichzeitig fühlen sich **48 %** unwohl, emotionale Probleme anzusprechen

Klinischer Fokus vs. gelebte Erfahrung

Konsultationen sind weitgehend **krankheitszentriert** und betonen Testergebnisse und Medikamente, während Patienten **lebensqualitätsbezogene Anliegen** und Ängste vor Operationen priorisieren

Erwartungen vs. Realität

81 % der CED-Patienten bewerten eine aktive Beteiligung als „sehr wichtig“, dennoch berichteten viele von begrenzter Einbindung. **63 % der Patienten wünschen sich längere Termine**

Rubin DT, et al. Ulcerative Colitis Narrative Global Survey Findings: Communication Gaps and Agreements Between Patients and Physicians. Inflamm Bowel Dis. 2021 Jun 15;27(7):1096-1106. Karimi N, Ket al. Clinical communication in inflammatory bowel disease: a systematic review of the study of clinician-patient dialogue to inform research and practice. BMJ Open. 2021 Aug 27;11(8):e051053. Veilleux S, et al. Patients' perception of their involvement in shared treatment decision making: Key factors in the treatment of inflammatory bowel disease. Patient Educ Couns. 2018 Feb;101(2):331-339

Unterstützung für Shared Decision-Making

Eine effektive gemeinsame Entscheidungsfindung erfordert eine strukturierte Kommunikation und Hilfsmittel, um den partnerschaftlichen Prozess zwischen Patienten und Klinikern zu erleichtern.

1

Kommunikationstechniken

"Chunk and Check" (Informationen in überschaubare Teile zerlegen und das Verständnis überprüfen) und **"Teach-Back"** (Patienten die Informationen wiederholen lassen, um das Verständnis sicherzustellen) sind empfohlene bewährte Verfahren.

2

Entscheidungshilfen

Informationsmaterial und Patienten-Entscheidungshilfen wie "IBD and Me" oder CCS Brochuren

3

Strukturierte SDM-Rahmenkonzepte

Das **"Three-Talk"-Modell** unterteilt das Beratungsgespräch in Phasen: (1) Auswahlgespräch (Choice talk) – Einführung, dass eine Entscheidung ansteht; (2) Optionsgespräch (Option talk) – Erörterung der Details jeder Option; (3) Entscheidungsgespräch (Decision talk) – Unterstützung des Patienten bei der Abwägung und dem Treffen einer präferenzbasierten Entscheidung.

4

Kommunikationshilfen

Fragebögen erinnern Patient:innen, dass ihre Fragen und Präferenzen im Beratungsgespräch willkommen sind (z. B. IBD Control)

Wichtige Erkenntnisse für Kliniker und Patienten



Präferenzen anerkennen

Patient:innen möchten grundsätzlich mitreden, sofern sie nichts anderes signalisieren.



Fokus erweitern

Nicht nur Laborwerte und endoskopische Befunde besprechen.



Individualisierte Kommunikation

Patientenwünsche dokumentieren und nachhaltig pflegen.



In Kommunikation investieren

Methoden wie "Chunk and Check" und "Teach-back". verwenden.
Vermeiden von Fachjargon.



Recht auf Teilhabe

Nicht zögern, Fragen zu stellen und Ihre Prioritäten zu äussern.



Vorbereitung auf Sprechstunde

Überlegen Sie: Was ist Ihnen am wichtigsten? Was sind Ihre Behandlungsziele? Was passt zu Ihrem Lebensstil?



Fragen stellen (z.B. mind 3)

"Welche Optionen habe ich? Was sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Optionen? Was ist unter Berücksichtigung meiner Prioritäten die beste Option für mich?"



Barrieren ansprechen

Fragen Sie bei Bedarf nach längeren Terminen oder Folgegesprächen.

Eine nationale Umfrage von medizinischen Fachkräften und Patienten

Wir stellen uns eine Welt vor, in der Menschen mit entzündlichen Darmerkrankungen eine personalisierte und wissenschaftlich fundierte Behandlung erhalten. Unser Ziel ist es, die Lücke zwischen medizinischem Fachwissen und den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten zu schliessen – für bessere, gemeinsam getroffene Behandlungsentscheidungen.



Wer wir sind

Wir sind ein Team aus medizinischen Fachkräften und Forschenden, die sich für die Verbesserung der Behandlungsentscheidungen für Menschen mit entzündlichen Darmerkrankungen einsetzen.

[> Zum Team](#)



Sie sind Patient?

Mit unserer Umfrage erfassen wir die Sichtweise der Patienten, um Behandlungsprioritäten, Risikotoleranz und Entscheidungsfindung bei der Behandlung von CED zu verstehen.

[> Mitmachen](#)



Sie sind Arzt?

Wir analysieren, wie medizinische Fachkräfte die Behandlungsmöglichkeiten bewerten und mit Patienten zusammenarbeiten, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu verbessern.

[> Mitwirken](#)



CHOOSE-Umfrage

Schweizer nationale Umfrage mit dem Ziel, die Entscheidungsprozesse von Ärzten und Patienten bei der Behandlung von CED zu vergleichen.

- Identifizierung der wichtigsten Behandlungsprioritäten von Patienten und Ärzten
- Verständnis der klinischen Prioritäten und Patientenerwartungen
- Untersuchung der Risikotoleranz, insbesondere bei Abwägungen zwischen Wirksamkeit und Sicherheit
- Aufzeigen von Bereichen mit Kommunikationslücken

Die Umfrage wird an alle Gastroenterologen in der Schweiz sowie an Patienten versandt (in Zusammenarbeit mit Crohn's Colitis Schweiz).

Website: www.choose-ibd.ch

Fazit: Auf dem Weg zu einer partnerschaftlichen Versorgung

- Shared-Decision Making bei IBD stellt einen grundlegenden Wandel zur partnerschaftlichen Versorgung dar
- Die meisten Patient:innen möchten an Entscheidungen bezüglich ihrer Erkrankung teilhaben
- Kritische Lücken zwischen Patient:innen und ärztlichem Personal müssen anerkannt werden
- Eine Angleichung der Präferenzen des ärztlichen Personals erhöht die Zufriedenheit und die Therapietreue
- Studiendaten zu verbesserten klinischen Ergebnissen und den langfristigen Auswirkungen Shared Decision-Making fehlen noch
- Es bestehen systematische und institutionelle Barrieren bei der Umsetzung in der klinischen Praxis