

Case Management

ISSN 1861-9192
D 15419
13. Jahrgang

1|2016

März (S. 1–48)

Schwerpunkt „Qualifikation“

- _ Historie: Zertifizierung der Weiterbildung
- _ Neue Impulse für die Weiterbildung
- _ Zuständigkeit und Kompetenzen
- _ Trägerzertifizierung
- _ Geteilte Entscheidungsfindung
- _ Modellkommunen
- _ Berichte aus den Fachgesellschaften





Katherine Heimgartner, Christine Rex

Entscheidungskonflikte im Akutspital – ein Fall für das Care Management

Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Thema der partizipativen Entscheidungsfindung und geht der Frage nach, wie Patientinnen/Patienten bei einem bevorstehenden Behandlungsentscheid durch das Care Management im Akutspital (vgl. Kasten) unterstützt werden können, um ihren Entscheidungskonflikt zu minimieren. Der vorliegende Beitrag skizziert den Wandel der Patientenrolle und die Bedeutung für das Care Management. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Entscheidungsfindung im Akutspital leitet zu wichtigen Erkenntnissen und Empfehlungen für die Praxis über.

Wandel der Patientenrolle

Die gesundheitspolitische Strategie in der Schweiz betont die verstärkte Selbstbestimmung und Partizipation der Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Mit dem gesellschaftlichen Wandel und dem Trend zur Individualisierung haben Patientinnen/Patienten zunehmend den Wunsch, ihre Gesundheitsversorgung auf die persönliche Wertvorstellung und Lebensführung abzustimmen, so dass sich ihre Rolle und ihre Beziehung zum Behandlungsteam im Sinne einer Zusammenarbeit verändert (Rieder & Giesing, 2011). Konzepte wie Patientenempowerment (vgl. Gauthier & Thunder, 2011) und Modelle der Koproduktion (Haslbeck, 2014) unterstützen diesen Wandel. Allerdings gibt es Patientinnen/Patienten, die diese Veränderung der Patienten-

rolle als Belastung empfinden (Hoeffert & Klotter, 2011) und Behandlungsentscheide weiterhin lieber den Ärztinnen/Ärzten überlassen.

Unterstützende Rolle der Care Managerin¹

Im Kantonsspital Baden arbeitet das Care Management nach den Verfahrensschritten des Case Management, wie sie vom Netzwerk Case Management Schweiz (2013) und auch im spitaleigenen Konzept (Bäbler, 2014) beschrieben werden. Bei der Zielgruppe für das Care Management handelt es sich vielfach um über 80jährige Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen. Eine entsprechende evidenzbasierte Behandlung sollte neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten, insbesondere deren Wertvorstellungen und Präferenzen be-

rücksichtigen (Loh & Simon, 2007). Bei der täglichen Arbeit der Care Managerinnen² erhält die Befähigung und Begleitung der Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit ihrem Selbstbestimmungsrecht daher einen hohen Stellenwert. Ein weiterer Fokus in ihrer Arbeit liegt auf der Zufriedenheit der Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen mit der Behandlung im Spital. Gemäss Kinnersley et al. (2013) sind Patientinnen/Patienten, die genügend informiert sind, so dass sie bezüglich ihrer Behandlung mitentscheiden können, zufriedener als andere.

Entscheidungskonflikte

Die Fortschritte in der Medizin generieren immer wirksamere Behandlungsstrategien. Patientinnen/Patienten werden vor Entscheidungen gestellt, bei denen es mehrere vergleichbare Optionen gibt. Dies erhöht das Risiko für die Entstehung eines Entscheidungskonflikts (Buch-

In der Schweiz wird der Begriff Case- und Care Management häufig synonym verwendet. Es wird auf der jeweiligen Organisationsebene entschieden, welcher Bezeichnung der Vorzug gegeben wird. Das Care Management betreut Patientinnen/Patienten nach bestimmten Intake-Kriterien während der Dauer des Spitalaufenthalts. Die Hauptziele sind, den Behandlungsprozess inklusive den interprofessionellen Informationsfluss durch gezielte Koordination zu unterstützen und eine nahtlose Nachbetreuung zu gewährleisten.

¹ Im Kantonsspital Baden wurde der Begriff Care Management bewusst für die Arbeit auf Patientenebene gewählt, in Anlehnung an den Begriff „to care“, sich kümmern.

² Am KS Baden arbeiten zurzeit ausschliesslich weibliche Personen im Care Management.



holz et al., 2011), welcher sich vor allem auf der emotionalen Ebene abzeichnet. Stresssymptome wie erhöhter Blutdruck, Schlafprobleme und Nervosität treten auf, und Betroffene äussern Unschlüssigkeit oder Sorgen. Personen, die sich in einem Entscheidungskonflikt befinden, schieben die Entscheidung entweder auf oder treffen unter Druck eine voreilige Entscheidung (Simon et al., 2008). Häufig wird diese Art von Entscheidungen später bereut. Auch kann sich die Adhärenz der Patientinnen/Patienten im Rahmen der weiteren Behandlung verschlechtern. Gemäss Knops et al. (2013) führt eine Senkung des Entscheidungskonflikts bei Patientinnen/Patienten zu weniger Ärger, Stress und Verschiebungen der Entscheidung. Dieser Aspekt ist sehr relevant für Behandlungsentscheide in einem Akutspital. Ein typisches Umfeld dafür ist die Chirurgie. Operationsentscheide müssen oft innerhalb eines genau definierten Zeitraums gefällt werden, weil davon eine Kaskade von Arbeits- und Planungsschritten abhängig ist.

Modelle zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen

Es wurden bisher verschiedene Modelle³ entwickelt, wie Patientinnen/Patienten durch Coaching oder andere Begleitung im Entscheidungsprozess unterstützt werden können (Stacey et al., 2013). Ein bedeutendes, heute international anerkanntes Konzept ist das „Ottawa Decision Support Framework“ (ODSF). Am Forschungsinstitut des Spitals in Ottawa/Kanada wird intensiv nach dem Nutzen von Entscheidungshilfen für Patientinnen/Patienten geforscht. Für Entscheidungshilfen, die neu entwickelt werden, gibt es internationale Standards, die „International Patient

³ Die hier aufgeführten Modelle haben keinen Anspruch auf eine abschliessende Aufzählung.

Tab. 1: Die vier Phasen des SDM

Einführung: Definition des medizinischen Problems und Vorstellen der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, inklusive Abwarten und Beobachten, durch die behandelnden Ärztinnen/Ärzte.
Informationsaustausch: Der aktuelle medizinische Wissensstand, die Risiken und Nutzen werden in Bezug zur individuellen Situation der Patientinnen/Patienten gebracht.
Abwägung: Risiken und Nutzen werden mit Bezug zu den Präferenzen von Patientinnen/Patienten gewichtet. Drittpersonen werden einbezogen.
Entscheid: Dieser soll gemeinsam zwischen den Behandelnden und den Betroffenen gefällt werden und ist im klinischen Alltag ein dynamischer Prozess.

Decision Aid Standards“ (IPDAS) (Joseph-Williams et al., 2013). Shared Decision Making (SDM) ist ein Modell zur Unterstützung der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patientinnen/Patienten und Behandelnden. Dieses Modell wurde ebenfalls im Forschungsinstitut des Universitätsspitals in Ottawa entwickelt und ist bisher in der Schweiz nur wenig bekannt (Hermann et al., 2014). Für eine einfache Anwendung wurde in der klinischen Praxis wurde das Modell von neun Schritten auf folgende vier Phasen reduziert (Gerber et al., 2014) (vgl. Tab. 1).

Gemäss der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH, 2014) ist die Anwendung von SDM nicht in allen klinischen Situationen sinnvoll, jedoch sollen die Patientenpräferenzen bei vergleichbaren Behandlungsoptionen berücksichtigt werden. Diese Präferenzen gilt es aktiv abzuholen. Im Alltag eines Akutspitals verbirgt sich hier ein Risiko. Der nötige Informationsfluss im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Einverständniserklärung verläuft zwar immer von den Behandelnden in Richtung Patientinnen/Patienten. Die Realität zeigt aber, dass Fragen, Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen häufig erst nachher auftauchen. Hier besteht die Chance, mit einem Care Management den Ent-

scheidungsprozess nutzbringend zu unterstützen.

Wirksame Interventionen zur Minimierung eines Entscheidungskonflikts

Im Rahmen dieser MAS Abschlussarbeit fand eine eingegrenzte Literaturrecherche und Analyse zum Thema partizipative Entscheidungsfindung und Entscheidungskonflikt statt (die Literaturliste kann auf Anfrage bei der Erstautorin angefordert werden). Die gefundenen wirksamen Interventionen zur Minimierung eines Entscheidungskonflikts können unter vier Schwerpunkten zusammengefasst werden (s. Abb. 1).

Erfassung der individuellen Bedürfnisse und des Unterstützungsbedarfs

Um Entscheidungskonflikte zu erkennen und den Unterstützungsbedarf einzuschätzen, empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen. Für das Screening eines Entscheidungskonflikts existiert ein Fragebogen mit nur vier Items, „SURE“ (Legaré et al., 2010). Es werden den Patientinnen/Patienten lediglich vier Fragen gestellt. Sobald eine Frage nicht mit Ja beantwortet wird, besteht ein Entscheidungskonflikt. Die vier Fragen zielen

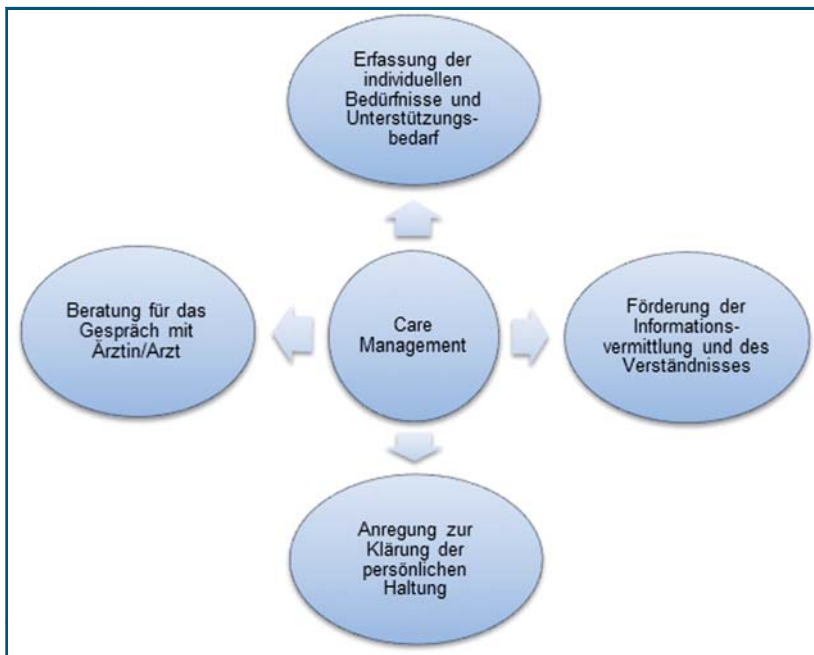


Abb.1: Interventionen zur Minimierung des Entscheidungskonflikts

Tab. 2: The SURE test (O'Connor & Légaré, 2008)

Sure of myself	Do you feel SURE about the best choice for you?
Understand information	Do you know the benefits and risks of each option?
Risk-benefit ratio	Are you clear about which benefits and risks matter most to you?
Encouragement	Do you have enough support and advice to make a choice?

darauf ab, ob sich jemand sicher ist, richtig entschieden zu haben, und ob ein Verständnis der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie der Vor- und Nachteile in Bezug zur eigenen Lebenssituation vorhanden ist. Ausserdem wird erfasst, ob sich die betroffene Person bei der Entscheidungsfindung genug unterstützt fühlt. Die englische und französische Version von „SURE“ wurden 2012 von Parayre et al. (2014) validiert und können für die Anwendung in der Praxis empfohlen werden (vgl. Tab. 2) Ein vorhandener Entscheidungskonflikt kann mit der „Decision Conflict Scale“ (DCS) objektiviert werden. Die deutsche Version wurde von Buchholz et al. (2011) validiert. Die Skala

beinhaltet 16 Items und fragt nach dem Informationsstand, der Klarheit der persönlichen Haltung, dem Unterstützungsbedarf, der Entscheidungssicherheit und der geschätzten Effektivität der Entscheidung im Zusammenhang mit einem Behandlungsentscheid. Das „Ottawa Decision Support Framework“ (ODSF, 2015) weist darauf hin, dass Gesundheitsfachpersonen zu Gunsten der reinen Wissensvermittlung andere Unterstützungsformen im Entscheidungsprozess vernachlässigen. Für die Begleitung während eines Entscheidungsprozesses existiert ein deutscher Leitfaden zur Entscheidungshilfe, der ebenfalls in Ottawa entwickelt worden ist (Ottawa Per-

sonal Decision Guide, 2015). Dieser kann als Grundlage für das Gespräch mit den Patientinnen/Patienten dienen und hilft beim Einschätzen des individuellen Unterstützungsbedarfs. Kremer et al (2007) beschreiben erhöhte Entscheidungskonflikte bei denjenigen Menschen, die gemäss ihren Bedürfnissen nicht genügend einbezogen wurden (Kremer et al., 2007). Daher soll der Wunsch nach Partizipation aktiv ermittelt und beim weiteren Vorgehen berücksichtigt werden. Hölzel et al. (2013) stellten fest, dass Patientinnen/Patienten mit einem höheren Wunsch nach Partizipation sich erstaunlicherweise nicht stärker bei der Entscheidungsfindung beteiligten als jene, deren Bedürfnis geringer ist. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass trotz vermehrtem Wunsch nach Partizipation bei schwierigen Entscheidungen die Tendenz besteht, die Verantwortung abzugeben. Hölzel et al. (2013) und Kremer et al. (2007) zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Partizipation, der Höhe des Entscheidungskonflikts und der Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung. Dies bestätigt die Forderung, Patientinnen/Patienten unbedingt darin zu unterstützen, sich wunschgemäss beteiligen zu können. Weiter sind Drittpersonen als mögliche Einflussfaktoren für einen Entscheidungskonflikt zu berücksichtigen, die es zu erfassen gilt. Gemäss Rini et al. (2011) beeinflussen Angehörige und andere Personen wie Freundinnen/Freunde oder Fachpersonen – insbesondere Ärztinnen/Ärzte, aber auch Pflegende – die Entstehung eines Entscheidungskonflikts. Ein sicheres, fachkompetentes Auftreten von Behandelnden hilft, einen Entscheidungskonflikt zu minimieren. Ebenso spielt die Beziehungsqualität eine wichtige Rolle. Eine betroffene Patientin schilderte die positiven Einflüsse von Drittpersonen folgendermassen: „Wichtig ist, dass der Arzt oder die Ärztin sicher und fachkompetent wirkt



und mich verständlich, ehrlich und transparent informiert. Weiter muss meinerseits ein Vertrauensverhältnis zu der beratenden Person vorhanden sein. Es ist auch hilfreich, wenn es im Bekanntenkreis Personen gibt, die zuhören können, und mit denen über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten diskutiert werden kann.“

Rini et al. (2011) beschreiben auch negative Einflüsse. Ein Entscheidungskonflikt kann entstehen, wenn nahestehende Menschen einen bestimmten Behandlungsentscheid erwarten, den die betroffene Patientin/Patient selbst so nicht fällen möchte.

Förderung der Informationsvermittlung und des Verständnisses

Mehrere Studienergebnisse zeigen klar, dass die verständliche Informationsvermittlung eine Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Entscheidungsprozess ist, bei dem Entscheidungskonflikte minimiert werden können. Dazu gehören das Verständnis der evidenzbasierten medizinischen Fakten sowie die Kenntnisse zu individuellem Nutzen und Risiken der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten.

Die dazu erforderliche Kommunikation in einem Akutspital ist primär die Aufgabe der behandelnden Ärztinnen/Ärzte (Leighl et al., 2011). In den Kriterien der International Patient Decision Aid Standards steht ausdrücklich, dass schriftliche Entscheidungshilfen das persönliche Gespräch mit dem Arzt/Ärztin nicht ersetzen. Sie dienen lediglich als Vorbereitung. Zusätzlich können Fachpersonen wie die Care Managerin Unterstützung bieten, um das Verständnis für die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen zu fördern (Rini et al., 2011). Dazu gehören Anregungen, das aktuelle Wissen und die persönliche Haltung zu reflektieren oder sich zu überlegen, welche Informationen seitens

der Patientinnen/Patienten für die Ärztinnen/Ärzte wichtig sein könnten. Schliesslich werden offene Fragen notiert (Hacking et al., 2012).

Anregung zur Klärung der persönlichen Haltung

Das verständliche und an die individuelle Situation angepasste Wissen leitet über zur Klärung der persönlichen Haltung. Diese Informationen sollen helfen, einerseits die eigenen Vor- und Nachteile, sowie allfällige Konsequenzen für die Zukunft abzuschätzen. Die Klärung der persönlichen Haltung ist

eine ideale Vorbereitung für das Gespräch mit Ärztinnen/Ärzten. Eine aktive Auseinandersetzung mit den bisherigen Wertvorstellungen und der aktuellen Lebenssituation führt dazu, dass sich Patientinnen/Patienten besser vorbereitet und sicherer fühlen (Sheridan et al., 2014; Simon et al., 2011). Diese persönliche Reflexion kann allerdings auch zu einer Verunsicherung führen (Berry et al., 2013; De Achaval et al., 2012). Trotzdem lohnt sich eine Klärung der persönlichen Haltung langfristig, weil der Entscheidungsprozess mit dem Entscheid selbst noch nicht abgeschlossen ist. Aus jedem Entscheid ergeben sich Konsequenzen. Patientinnen/Patienten, die vor einem Behandlungsentscheid ihre persönliche Haltung klären, bereuen den Entscheid weniger häufig (Feldmann-Stewart et al., 2012).

„Beim ersten Arztbesuch war ich sehr gestresst und fühlte mich unsicher, denn ich wusste, mein Leben wird sich verändern und ich hatte keine konkrete Vorstellung, auf welche Weise. Der zweite Arzt (Spezialist) sprach dann meine individuellen Nutzen und Risiken an. Ich musste mich gezielt mit den, für mich persönlichen, Konsequenzen auseinandersetzen. Ich fühlte mich dadurch sehr ernst

genommen und konnte mich dann klar für eine bestimmte Variante der Behandlung entscheiden“.

Beratung für das Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten

Das Gespräch mit einer Ärztin/einem Arzt ist die zentrale Intervention im Entscheidungsprozess. Dieses Gespräch soll durch erfahrene und sicher auftretende Ärztinnen/Ärzte geführt werden, denen Patientinnen/Patienten vertrauen können. Rini et

Das verständliche und an die individuelle Situation angepasste Wissen leitet über zur Klärung der persönlichen Haltung.

al. (2011) beschreiben hier eine starke Wechselwirkung des Gefühls der Unsicherheit. Unsichere Patientinnen/Patienten verunsicherten die Ärzte/Ärztinnen vermehrt und umgekehrt. Patientinnen/Patienten können auch verunsichert werden, wenn es zu viele Optionen gibt. Dies gilt gemäss der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2013) vor allem auch für ältere Menschen. Es sollten daher keine Behandlungen vorgeschlagen oder erwähnt werden, die in dem bestimmten individuellen Fall gar nicht angewendet werden können. Durch Beratung und die gezielte Vorbereitung auf die Gespräche mit den Ärztinnen/Ärzten wird der Entscheidungskonflikt signifikant minimiert (Sheridan et al., 2014) und die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess steigt (Leighl et al., 2011). Daher ist die Empfehlung der International Patient Decision Aid Standards (2006) sinnvoll, Patientinnen/Patienten Beratungsmöglichkeiten anzubieten, denen ein Arztgespräch bevorsteht.

Ein Entscheidungsprozess benötigt Zeit, insbesondere, wenn es um Veränderungen geht, die das gesamte Leben betreffen. Dieser Umstand wird in den analysierten Studien nicht explizit erwähnt. Es wird



lediglich der Zeitrahmen erwähnt, der für das Verarbeiten der Entscheidungshilfe bestand (De Achaval et al., 2012; Berry et al., 2013). Wie viel Zeit insgesamt für die Abwägung benötigt wurde, geht nicht klar hervor. Hingegen spielt der Faktor Zeit bei den Aussagen der Fachpersonen aus der Praxis⁴ eine wichtige Rolle. Im klinischen Alltag eines Akutspitals ist die Zeit meistens knapp bemessen. Trotzdem benötigen vor allem ältere Menschen (SAMW, 2013), aber auch Jüngere, genügend Zeit für den Entscheidungsprozess. Nicht selten sind wiederholte Erklärungen in verständlicher Sprache für Patientinnen/Patienten notwendig, um das Wissen zu den Behandlungsmöglichkeiten zu verdeutlichen. Eine transparente interdisziplinäre Kommunikations- und Handlungsstrategie soll das Vertrauen bei den Patientinnen/Patienten genauso wie beim Behandlungsteam stärken.

Fazit für die Praxis

Es lohnt sich, Entscheidungskonflikte im Zusammenhang mit den Behandlungsmöglichkeiten in einem Akutspital sorgfältig anzugehen. Negative Auswirkungen eines Entscheidungskonflikts auf den Behandlungserfolg können minimiert werden. **Ein implementiertes Care Management kann mit flankierenden Massnahmen in den vier beschriebenen Schwerpunkten unterstützend wirken** und auf die relevanten Gespräche zwischen den behandelnden Ärztinnen/Ärzten und den Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen vorbereitend und prozessbegleitend tätig sein.

Es ist sinnvoll, Entscheidungskonflikte zu screenen und als **Intakekriterium für ein Care Management** zu berücksichtigen. Während der jahrelangen Forschung in Ottawa wurden sehr viele Messinstrumente und Guidelines

entwickelt. Für die tägliche Praxis des Care Managements auf der chirurgischen Abteilung eines mittelgrossen Akutspitals in der Schweiz muss noch geprüft werden, ob und wie diese Hilfsmittel im Rahmen eines systematischen Ablaufprozesses implementiert werden können. Kurze praktikable Checklisten wie beispielsweise die SURE bieten sich dabei sicher an. Für die nachfolgende Begleitung eines Entscheidungsprozesses könnte sich der deutsche Leitfaden des ODSF eignen.

Es gilt, den **Faktor Zeit zu berücksichtigen** und durch einen kontinuierlichen und gezielten Informationsfluss Sicherheit zu vermitteln. Eine Hauptrolle des Care Managements ist dabei die Vermittlung und Übersetzung zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen. Dabei liegt ein Hauptaugenmerk auf der proaktiven Koordination der Termine zwischen der ersten Informationsabgabe und einem Entscheid. Dies geschieht zugunsten einer optimalen Vorbereitung und Partizipation der Beteiligten. Man kann davon ausgehen, je interprofessioneller, verzahnter und koordinierter die Prozesse in einem Akutspital geregelt sind und die Zusammenarbeit auf der Basis von einem gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsversorgung aufbaut, desto günstiger wirkt sich dies auf die Zufriedenheit der Beteiligten aus.

Das Entstehen von Entscheidungskonflikten hängt von verschiedenen Faktoren ab. Auch der weitere Prozess ist sehr individuell und variiert je nach Kontext und beteiligten Personen. Mit den hier skizzierten Massnahmen wird das Auftreten von Konflikten nicht verhindert, sondern sichtbar gemacht. Entscheidungskonflikte können somit eine Chance für alle Beteiligten sein, die individuellen Behandlungsbedürfnisse zu erkennen. Die Sensibilisierung für das Thema in einem Behandlungsteam und eine frühzeitige systematische Erfassung führt zu einer gesteigerten Partizipa-

tion der Betroffenen. Das Behandlungsteam entwickelt eine gemeinsame Kommunikationsstrategie und unerwünschte Unsicherheiten können somit reduziert und die Zufriedenheit der Betroffenen gesteigert werden.

Literatur

- Bäbler, B. (2014). Konzept Care Management und Patientenberatung. Unveröffentlichtes Manuskript. Spitalleitung Kantonsspital Baden AG.
- Berry, D. L., Halpenny, B., Hong, F., Wolpin, S., Lober, W. B., Russell, K. J. et al. (2013). The Personal Patient Profile-Prostate, Decision Support for Men With Localized Prostate Cancer: A Multi-center Randomized Trial. *Urologic Oncology*, 2013, 31(7), 1012–1021.
- Buchholz, A., Hölzel, L., Kriston, L., Simon, D. & Härter, M. (2011). Die Decisional Conflict Scale in deutscher Sprache (DCS-D) – Dimensionale Struktur in einer Stichprobe von Hausarztpatienten. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4.Jg., 15–30.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Gesundheit2020*. Zugriff 14.05.2015. Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=>
- De Achaval, S., Fraenkel, L., Volk, R. J., Cox, V. & Suarez-Almazor, M. E. (2012). Impact of Educational and Decision Aids on Decisional Conflict Associated with Total Knee Arthroplasty. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2012, 64(2), 229–237.
- Feldman-Stewart, D., Tong, C., Siemens, R., Alibhai, S., Pickles, T., Robinson, J. et al. (2012). The Impact of Explicit Values Clarification Exercises in a Patient Decision Aid Emerges After the Decision Is Actually Made: Evidence From a Randomized Controlled Trial. *Medical Decision Making*, 2012, 32, 616–626.

⁴ Teilnahme an Expertengesprächen für die Abschlussarbeit



- FMH/DDQ (2014). Die Meinung der FMH. Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung, 95, 50, 1890–1891.
- Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014). Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. Grundlagenpapier der DDQ. Schweizerische Ärztezeitung, 95:50, 1883–1889.
- Gouthier, M.H.J. & Thunder, R. (2011). Die Empowerment-Bewegung und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. In Hoefert, H. & Klotter, C., Wandel der Patientenrolle. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hacking, B., Wallace, L., Scott, S., Kosmala-Anderson, J., Belkora, J., & McNeill, A. (2012). Testing the feasibility, acceptability and effectiveness of a 'decision navigation' intervention for early stage prostate cancer patients in Scotland – a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22, 1017–1024.
- Haslbeck, J., Schumacher, S. & Kickbusch, I. (2014). Special 3: Careum Congress. Kompetenter Patient und Bürger– mehr Empowerment von Fachpersonen. *Clinicum* 2–14, 49–52.
- Hermann, H., Trachsel, M., Mitchell, C. & Biller-Andorno, N. (2014). Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 144: w14039.
- Hoefert, H. & Klotter, C. (2011). Wandel der Patientenrolle. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hölzel, L. P., Levente Kriston, L. & Härter, M. (2013). Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC Health Services Research*, 13, 231. Zugriff am 7.3.2015. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/231>
- Joseph-Williams, N., Newcombe, R., Politi, M., Durand, M., Sivell, S., Stacey, D. et al. (2013). Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. Zugriff 6.1.2015, Verfügbar unter http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf
- Kinnersley, P., Phillips, K., Savage, K., Kelly, M.L., Farrell, E., Morgan, B. et al. (2013). Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zugriff 2.1.2015. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/>
- Kremer, H., Ironson, G., Schneidermann, N. & Hautzinger, M. (2007). „It's My Body“: Does Patient Involvement in Decision Making Reduce Decisional Conflict? *Medical Decision Making*, 2007, 27, 522–532.
- Knops, A. M., Goossens, A., Ubbink, D. T., Legemate, D. A., Stalpers, L. J. & Bossuyt, P. M. (2013). Interpreting Patient Decisional Conflict Scores: Behavior and Emotions in Decisions about Treatment. *Medical Decision Making*, 2013, 78–84.
- Légaré, F., Kearing, S., Clay, K., Gagnon, S., D'Amours, D., Rousseau, M. et al. (2010). Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien*, Vol.56, 308–314.
- Leighl, N.B., Shepherd, H.L., Butow, P.N., Clarke, S.J., McJannett, M., Beale, P.J. et al. (2011). Supporting Treatment Decision Making in Advanced Cancer: A Randomized Trial of a Decision Aid for Patients With Advanced Colorectal Cancer Considering Chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 29, 2077–2084.
- Loh, A. & Simon, D. (2007). Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. *Managed Care* 2, 6–9.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2013). Definition und Standards Case Management. Zugriff am 30.12.2014 verfügbar unter www.netzwerk-cm.ch
- Ottawa Hospital Research Institute. Ottawa Personal Decision Guide (OPDG, 2015). Zugriff 10.6.2015. Verfügbar unter <https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>. Deutsche Version verfügbar unter <http://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html>
- Ottawa Hospital Research Institute. ODFS (2015). Letztes Update von O'Connor, A., Stacey, D. & Boland, L. (2015). Ottawa Decision Support Tutorial. Zugriff 10.6.2015. Verfügbar unter <https://decisionaid.ohri.ca/ODST/pdfs/ODST.pdf>
- Parayre, A.F., Labrecque, M., Rousseau, M., Turcotte, S. & Légaré, F. (2014). Validation of SURE, a Four-Item Clinical Checklist for Detecting Decisional Conflict in Patients. *Medical Decision Making*, 34, 54–62.
- Rieder, K. & Giesing, M. (2011). Der arbeitende Patient. In Hoefert, H. & Klotter, C., Wandel der Patientenrolle. (1. Aufl., S. 17–31). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rini, C., Jandorf, L., Goldsmith, R. E., Manne, S. L., Harpaz, N. & Itzkowitz S. H. (2011). Interpersonal influences on patients' surgical decision making: the role of close others. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(5), 396–407.
- SAMW (2013). Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Zugriff 14.05.2015. Verfügbar unter <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- Sheridan, S. L., Draeger L. B., Pignone, M. P., Rimer, B., Bangdiwala,



S. I., Cai, J., Gizlice, Z. et al. (2014). The effect of a decision aid intervention on decision making about coronary heart disease risk reduction: secondary analyses of a randomized trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 14. Zugriff am 7.3.2015. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/14/14>

Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2008). Die Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Förderung Partizipativer Entscheidungsfindung – Rahmenkonzept und Messinstrumente. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 2008, 149–159.

Simon, D., Kriston, L., von Wolff, A., Buchholz, A., Vietor, C., Hecke, T. et al. (2011). Effectiveness of a web-based, individually tailored decision aid for depression or acute low back pain: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 87, 360–368.

Stacey, D., Kryworuchko, J., Belkora, J., Davison, B.J., Durand, M., Eden, KB. et al. (2013). Coaching and guidance with patient decision aids: a review of theoretical and empirical evidence. *BMC*

Medical Informatics and Decision Making, 13 (Suppl2), S. 11. Zugriff am 2.1.2015. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/S2/S11>



Katharine Heimgartner

BScN, MAS in Care Management
Kantonsspital Baden
CH-Baden
katherine.heimgartner@ksb.ch



Christine Rex

MScN FH, Studiengangleitung MAS in Care Management,
Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
CH-Zürich
christine.rex@kalaidos-fh.ch

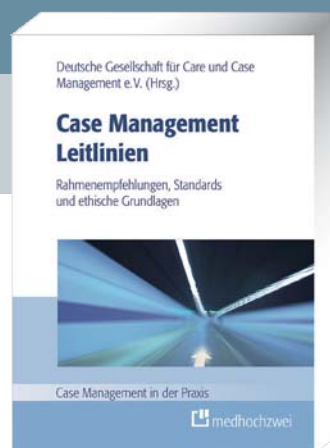


Case Management Leitlinien Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen

Die vorliegenden Leitlinien zum Handlungskonzept Case Management stellen größtenteils durch die DGCC für verbindlich erklärte fachliche Standards dar sowohl für Einrichtungen, die das Konzept Case Management anwenden, und für die in ihnen tätigen Case Manager und Case Managerinnen, als auch für gesetzliche Festlegungen und deren Umsetzung. Die Empfehlungen bleiben offen für handlungsfeldbezogene oder einrichtungbezogene Spezifika.

Die Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management enthalten nach grundlegenden fachlichen Einführungen zu Voraussetzungen und zum Verständnis des Handlungskonzeptes die Case Management Leitprinzipien und Qualitätsstandarddefinitionen.

Bestellung unter: www.medhochzwei-verlag.de, Tel.: 07953 / 7189076,
E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de



Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.)

Case Management Leitlinien Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen

2015. IX, 82 Seiten. Softcover. € 26,99.
ISBN 978-3-86216-236-9