

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Shared Decision Making im Krankenhaus – Eine Analyse der Implementierungsbarrieren und Handlungsempfehlungen für die Praxis

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

vorgelegt von: Medina Sayed

Matrikelnummer: [REDACTED]

Erstprüfer: Prof. Dr. (mult.) Dr. h.c. (mult.) Walter Leal

Zweitprüfer: Prof. Dr. Ingo Drachenberg

Ort und Datum: Hamburg, den 23.09.2025

Zusammenfassung

Einleitung: Shared Decision Making (SDM) beschreibt die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzt:innen und Patient:innen und gilt als zentrales Instrument einer patientenzentrierten Versorgung. Es fördert sowohl die Versorgungsqualität als auch die Patientensicherheit. Obwohl SDM rechtlich verankert ist, zeigen sich in der stationären Versorgung in Deutschland erhebliche Umsetzungslücken. Ziel dieser Arbeit ist es, die wichtigsten Barrieren bei der Implementierung von SDM zu identifizieren und bestehende Strategien zu deren Überwindung zu analysieren.

Methodik: Die Untersuchung erfolgte als systematische Literaturarbeit im Zeitraum von Juli bis August 2025. Eingeschlossen wurden nationale und internationale Publikationen aus den Jahren 1990–2025, die SDM im Kontext der stationären Versorgung thematisieren. Recherchiert wurde hauptsächlich in PubMed und im HAW-Katalog. Die Auswertung erfolgte themengeleitet sowie nach ergänzenden Umsetzungsstrategien.

Ergebnisse: Die Analyse zeigt, dass Zeitdruck, ökonomische Fehlanreize, hierarchische Entscheidungsstrukturen sowie Defizite in der interprofessionellen Kommunikation zentrale Barrieren darstellen. Hinzu kommen patient:innenbezogene Faktoren wie geringe Gesundheitskompetenz oder sprachliche Barrieren. Erfolgreiche Strategien umfassen Fort- und Weiterbildungsprogramme, die Integration von Entscheidungshilfen und den Aufbau einer partizipativen Organisationskultur. Praxisbeispiele wie SHARE TO CARE, MAGIC oder „Mit Asklepios nach VORN“ unterstreichen die praktische Relevanz.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass rechtliche Rahmenbedingungen allein nicht ausreichen, um SDM nachhaltig zu etablieren. Strukturelle Anpassungen, organisatorische Unterstützung und ein kultureller Wandel innerhalb der Kliniken sind zentrale Voraussetzungen.

Fazit: Die Arbeit trägt zum besseren Verständnis der Implementierungsbarrieren bei und leitet praxisorientierte Empfehlungen ab, um Patient:innenbeteiligung und Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern langfristig zu stärken.

Schlüsselwörter: Shared Decision Making, Patient:innenbeteiligung, Implementierungsbarrieren, stationäre Versorgung, Patientensicherheit

Abstract

Background/introduction: Shared decision-making (SDM) refers to the collaborative process in which physicians and patients jointly make healthcare decisions and is considered a key element of patient-centered care. It enhances both quality of care and patient safety. Although legally anchored in Germany, the implementation of SDM inpatient care remains inconsistent. The aim of this thesis was to identify the main barriers to SDM implementation and to analyze existing strategies for overcoming them.

Method: The study was conducted as a systematic literature review between July and August 2025. National and international publications from 1990 to 2025 focusing on SDM in inpatient care were included. Searches were carried out mainly in PubMed, and the HAW-Katalog. The analysis was structured thematically and categorized barriers into structural, organizational, professional, and patient-related levels, complemented by identified implementation strategies.

Results: The findings highlight that time constraints, financial disincentives, hierarchical structures, and insufficient professional communication are major obstacles to SDM. In addition, patient-related factors such as low health literacy and language barriers, further restrict participation. Effective strategies include targeted training programs, the integration of decision aids, and the development of a participatory organizational culture. Practice-oriented projects such as SHARED TO CARE, MAGIC and the Asklepios-„VORN“-Initiative demonstrate the practical relevance of these approaches.

Discussion: The results show that legal frameworks alone are insufficient. To establish SDM sustainably. Structural adjustments, organizational support, and cultural change within hospitals are essential prerequisites.

Conclusion: This thesis contributes to a deeper understanding of the barriers to SDM implementation and provides practice-oriented recommendations to strengthen patient participation and quality of care in German hospitals on a long-term basis.

Keywords: Share Decision Making, patient participation, implementation barriers, inpatient care, patient safety

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	IX
Tabellenverzeichnis.....	X
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz des Themas	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Shared Decision Making: Definition	3
2.2 Modelle des SDM.....	5
2.3 Bedeutung von SDM für die Versorgungsqualität	9
2.4 SDM im deutschen Gesundheitssystem: Status quo, Leitlinien, Projekte.....	11
2.5 Unterschiedliche Charakteristika und Perspektiven in der stationären Versorgung	14
3 Methodik	15
3.1 Forschungsdesign: literaturbasierte Analyse	15
3.2 Suchstrategien und Datenbanken.....	16
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	19
3.4 Thematische Auswertung	20
4 Ergebnisse	22
4.1 Identifizierte Barrieren bei der Implementierung von SDM	22
4.1.1 Strukturelle Barrieren	23
4.1.2 Organisatorische Barrieren	25
4.1.3 Berufskulturelle Barrieren	28
4.1.4 Patient:innenbezogene Barrieren	30
4.2 Strategien zur Überwindung der Barrieren.....	32
4.2.1 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	33
4.2.2 Integration von Entscheidungshilfen und SDM-Tools	36

4.2.3	Förderung einer partizipativen Organisationskultur	39
4.3	Beispiele aus der Praxis und Projekte.....	42
4.3.1	SHARE TO CARE	42
4.3.2	Asklepios – „Mit Asklepios nach VORN“	44
4.3.3	MAGIC	45
5	Diskussion.....	46
5.1	Interpretation und Einordnung der Ergebnisse.....	46
5.2	Bedeutung für die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem	49
5.3	Limitationen der Arbeit	51
5.4	Implikationen für Praxis und Forschung	53
6	Fazit	55
	Literaturverzeichnis.....	57
	Anhang	66
	Anhang A – VORN Karte (digital).....	66
	Anhang B – Zwischenbericht	68
	Anhang C – VORN Karte (Papier)	71
	Eigenständigkeitserklärung	72

Abkürzungsverzeichnis

A

ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

B

BGB Bürgerliches Gesetzbuch

BMG Bundesministerium für Gesundheit

C

CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CollaboRATE Kurzfragebogen zur wahrgenommenen Einbindung durch
Ärzt:innen

CPS Control Preference Scale

D

DMP Disease-Management-Programm

E

EBM Evidenzbasierte Medizin

EBPI Evidenzbasierte Patienteninformation

G

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss

GG Grundgesetz

I

IOM Institute of Medicine

IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswe-
sen

L

LIVIVO Literatur- und Informationssystem für die Lebenswissenschaf-
ten

M

MAGIC	Making Good Decisions in Collaboration
N	
NHS	National Health Service
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
O	
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
OPTION-5	Observing Patient Involvement (Bewertungsinstrument)
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
P	
PICOS	Population, Intervention, Comparison, Outcome, Setting
PICS	Perceived Involvement in Care Scale
PrepDM	Preparation for Decision Making Scale
PRISMA analyses	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-
Q	
QMS	Qualitätsmanagementsystem
R	
RCT	Randomized Controlled Trial
ROI	Return on Investment
S	
S2C	SHARE TO CARE
S3	Systematische Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SDM	Shared Decision Making
SDM: HOSP	Shared Decision Making im Krankenhausmodell (Dänemark)
SDM-Q-Doc S	Shared Decision Making Questionnaire - Doctor Version

SOP	Standard Operating Procedure
U	
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
V	
VORN	Vorteile, Optionen, Risiken, Nichts tun (Asklepios Projekt)
W	
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundprinzipien von Shared Decision Making (SDM) (eigene Darstellung).....	3
Abbildung 2: Das 3-Talk-Modell von Shared Decision Making, eigene Darstellung, in Anlehnung an Elwyn et al., 2012).....	6
Abbildung 3: Stufenmodell der Entscheidungsfindung (eigene Darstellung, basierend auf Charles et al., 1997)	7
Abbildung 4: Das Ottawa Decision Support Framework (eigene Darstellung, in Anlehnung an O'Connor et al., 1998).....	8

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrings pro Datenbank (eigene Darstellung, in Anlehnung an Higgins et al., 2019).....	18
Tabelle 2: Suchkomponenten und Schlagwörter nach dem PICOS-Schema (eigene Darstellung, in Anlehnung an Higgins et al., 2019).....	19
Tabelle 3: Übersicht der Kategorien mit Barrieren und Lösungsansätzen (eigene Darstellung).....	42

1 Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

„*No decision about me, without me.*“ Dieser Leitsatz des britischen National Health Service (NHS) verdeutlicht die zentrale Bedeutung der aktiven Einbindung von Patient:innen in medizinische Entscheidungsprozesse (Department of Health, 2012, S. 1 ff.). Er bringt den Anspruch zum Ausdruck, dass Behandlungsentscheidungen nicht ohne die Präferenzen und Bedürfnisse der Patient:innen getroffen werden sollen. Damit spiegelt er gleichzeitig den wachsenden Wunsch nach Selbstbestimmung und Partizipation in der Medizin wider (Coulter & Collins, 2011, S. vii).

Das paternalistische Modell verliert immer mehr an Bedeutung und eine Partnerschaft zwischen Patient:innen und Ärzt:innen wird immer weiter angestrebt (Emanuel & Emanuel, 1992, S. 2222 ff.; Charles et al., 1997, S. 683 f.). Das Bild der Patient:innen hat sich somit in den letzten Jahren von einem passiven Versorgungsempfänger zu einem aktiven Mitgestalter der eigenen Gesundheitsversorgung gewandelt (Vodermaier et al., 2009, S. 593; Scholl et al., 2021, S. 7 f.). Dies verdeutlicht den zunehmenden Stellenwert von Partizipation im medizinischen Kontext (Coulter & Collins, 2011, S. 35).

Auch in der WHO-Vision zu „integrated, people centered health services“ wird betont, dass Gesundheitssysteme so gestaltet sein sollten, dass Patient:innen aktiv mitentscheiden. Das heißt, es werden explizit die Beteiligung, Präferenzorientierung und Mitentscheidung als Leitprinzipien für die Gesundheitssysteme beschrieben (World Health Organization, 2016, S. 5 f.).

Die Medizin versucht, sich dieser Änderung entsprechend anzupassen. Deshalb gibt es inzwischen einige Methoden und erste Ansätze, die versuchen, diesen Wunsch nach Partizipation umzusetzen. Ein zentrales Konzept in diesem Zusammenhang ist „Shared Decision Making“ (SDM), ein moderner Ansatz, der den Fokus auf die partizipative oder partnerschaftliche Entscheidungsfindung setzt (Elwyn et al., 2012, S. 1361 ff.). SDM verfolgt eine patientenzentrierte Versorgung, die es den behandelnden Ärzt:innen sowie Patient:innen ermöglicht, gemeinsam und gleichberechtigt über Diagnose und Behandlungsoptionen zu entscheiden (Barry & Edgman-Levitan, 2012, S.

781; Elwyn et al., 2012, S. 1363 f.). Das fördert eine aktivere Rolle und mehr Eigenverantwortung im Entscheidungsprozess (Vodermaier et al., 2009, S. 593; World Health Organization, 2016, S. 5 f.).

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ist von grundlegender Bedeutung, da sie ermöglicht, die bestehenden Barrieren bei der Umsetzung von SDM systematisch zu analysieren und daraus konkrete Veränderungsansätze für die Praxis abzuleiten. Ziel von SDM ist es, die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zu stärken und langfristig eine bessere Versorgung zu fördern. Trotz des Potenzials ist diese Methode jedoch ein Ideal und lässt sich in einem durchstrukturierten und oft überlasteten Klinikalltag nicht immer einfach umsetzen (Miller et al., 2014, S. 644 ff.).

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die Problemstellung verdeutlicht den Forschungsbedarf und führt zur zentralen Fragestellung dieser Arbeit: „Welche Barrieren erschweren die Implementierung von SDM in der stationären Versorgung und welche Strategien zu deren Überwindung tragen zu einer verbesserten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem bei?“ Das übergeordnete Ziel der Arbeit ist es, auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur die zentralen Barrieren bei der Implementierung von Shared Decision Making in der stationären Versorgung in Deutschland zu identifizieren und zu analysieren. Dabei sollen nicht nur Barrieren auf Ebene der Organisation, der medizinischen Fachkräfte und der Patient:innen untersucht werden, sondern auch deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Eine kritische Bewertung von bereits erprobten Strategien zur Überwindung dieser Barrieren gehört ebenfalls zu einem spezifischen Ziel. Dabei werden unter anderem Versuche zur Anpassung von Leitlinien, digitalen Tools und Anreizsystemen analysiert. Durch die systematische Auswertung aktueller wissenschaftlicher Literatur und den Bezug zu laufenden Projekten sollen konkrete Empfehlungen für eine erfolgreiche Umsetzung von SDM im deutschen Gesundheitssystem abgeleitet werden. Dabei werden auch die Ursachen für die langsame Implementierung beleuchtet und es wäre somit auch eine gute Grundlage für die Versorgungsforschung. Im Endeffekt ist das Ziel, einen Beitrag für die nachhaltige Verbesserung der Patientenbeteiligung und der Versorgungsqualität im Krankenhaus zu leisten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Eine strukturierte Analyse der Barrieren ist fundamental, um positive Veränderungen anzustoßen und somit den Ärzt:innen und den Patient:innen eine angenehme und erfolgreiche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Zu Beginn der Arbeit wird der theoretische Rahmen beleuchtet, um SDM zu definieren und die Bedeutung dieses Konzeptes für die Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem herauszuarbeiten. Daran schließt die Beschreibung der Methodik an, die auf einer literaturbasierten Analyse beruht. Die Ergebnisse der Literatursauswertung setzen sich aus den identifizierten Barrieren bei der Implementierung von SDM und den Strategien zur Überwindung zusammen. Die darauffolgende Diskussion ordnet die Ergebnisse ein, reflektiert die Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem und gibt einen Ausblick auf den zukünftigen Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Abschließend wird das Thema in einer kurzen Schlussfolgerung zusammengeführt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Shared Decision Making: Definition

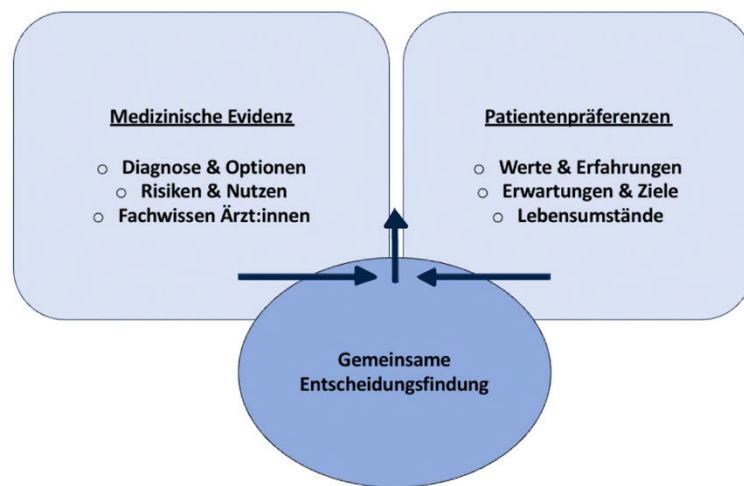


Abbildung 1: Grundprinzipien von Shared Decision Making (SDM) (eigene Darstellung)

Shared Decision Making (SDM) beschreibt einen kooperativen Entscheidungsprozess, bei dem Patient:innen und Ärzt:innen gemeinsam medizinische Entscheidungen treffen. Die deutsche Übersetzung lautet „gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. partizipative Entscheidungsfindung“. In der wissenschaftlichen Literatur hat sich jedoch

der englische Begriff SDM etabliert (Elwyn et al., 2012, S. 1361 f.). SDM unterscheidet sich klar von ähnlichen Konzepten wie informed consent, also der Einwilligung nach Aufklärung, oder allgemein der patientenzentrierten Versorgung. Während der Fokus bei informed consent primär auf der formalen Zustimmung nach Bereitstellung von Informationen liegt, umfasst SDM einen weitergehenden, interaktiven Austausch und geht über eine reine Aufklärung hinaus (Charles et al., 1997, S. 683 ff.; Emanuel & Emanuel, 1992, S. 2222 ff.). Die Entscheidungsfindung ist ein partnerschaftlicher Austausch und kein einseitiger Arztentscheid. Die Entscheidung über die Maßnahmen und die Wahl der bestmöglichen Option erfolgt dabei unter Berücksichtigung des medizinischen Fachwissens sowie der persönlichen Präferenzen, Werte und Lebensumstände der Patient:innen (Elwyn et al., 2012, S. 1363 f.; Johnson et al., 2025, S. 6 f.). Der Prozess setzt sich aus unterschiedlichen Kernmerkmalen zusammen. Dabei ist es die gleichberechtigte Kommunikation, die das Fundament dieses Konzeptes bildet. Die Ärzt:innen und Patient:innen agieren als Team, das sich offen über die relevanten Informationen austauscht (Charles et al., 1997, S. 685 ff.). Voraussetzung dafür ist, dass Patient:innen ausreichend über ihre Erkrankung und Behandlungsoptionen informiert sind (Kennedy et al., 2002, S. 22). Außerdem muss Transparenz in Bezug auf Risiken und Nutzen gewährleistet sein (Hess et al., 2016, S. 6 ff.). Der Kern dieses Ansatzes ist das Zusammenführen zweier gleichwertiger Komponenten. Einmal die medizinische Evidenz auf Seiten der Behandelnden und die Lebensumstände auf Seiten der Patient:innen. Erst aus diesem Zusammenspiel entsteht die gemeinsame Entscheidung, wie in Abbildung 1 dargestellt.

Ziel des SDM-Ansatzes ist es, eine Entscheidung zu finden, die sowohl medizinisch vertretbar ist als auch zu den Vorstellungen und Bedürfnissen der Patient:innen passt. Dieser Ansatz wurde in Deutschland rechtlich gestärkt durch die Verankerung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013. Damit wurde die Pflicht eingeführt, Patient:innen umfassend über alle relevanten diagnostischen und therapeutischen Optionen sowie deren Nutzen und Risiken zu informieren und ihnen eine aktive Mitsprache zu ermöglichen (Bundesministerium der Justiz, 2013, S. 277 f., §§ 630d–630e).

Die Grundprinzipien von SDM lassen sich dementsprechend in mehreren zentralen Punkten zusammenfassen. Der offene Umgang im Austausch von allen relevanten Informationen und Unsicherheiten gewährleistet Transparenz. Auch die evidenzbasier-

ten Informationen bilden einen Grundbaustein, da die Entscheidungen auf wissenschaftlich gesicherten Fakten beruhen, die dementsprechend verständlich für die Patient:innen aufbereitet werden müssen (Elwyn et al., 2012, S. 1363 ff.). Von der Seite der Ärzt:innen ist es äußerst wichtig, die Patient:innen und die Wünsche, Ängste und Prioritäten ernst zu nehmen. Auch die aktive Einbeziehung und die Stärkung der Patientenautonomie sind wichtig, denn dadurch wird den Patient:innen gezeigt, dass die individuellen Präferenzen respektiert werden (Charles et al., 1997, S. 685 ff.). Diese Prinzipien und die Zusammenarbeit beider Parteien auf Augenhöhe gehen einher und bilden die Grundprinzipien für SDM. Sie sind nicht nur theoretische Leitlinien, sondern werden durch evidenzbasierte Forschung gestützt. Studien zeigen, dass SDM die Patientenzufriedenheit erhöht, das Verständnis medizinischer Optionen verbessert und die Therapieadhärenz steigert (Kennedy et al., 2003, S. iv, S. 35; Hess et al., 2016, S. 6).

2.2 Modelle des SDM

In der wissenschaftlichen Literatur existieren viele Ansätze zur Umsetzung von Shared Decision Making. Das 3-Talk-Modell (Elwyn et al., 2012), das Stufenmodell von Charles et al. (1997) und das Ottawa Decision Support Framework (O'Connor et al., 1998) gehören zu den international am häufigsten zitierten und in der Praxis angewendeten Konzepten. Die Reihenfolge der Darstellung ist bewusst so gewählt: Sie beginnt mit dem 3-Talk-Modell als aktuell weit verbreitetem, praxisorientierten Rahmen und geht über zu dem Stufenmodell, welches als theoretisches Fundament dient. Zum Schluss kommt das Ottawa-Framework als spezialisiertes Modell zur Entscheidungsunterstützung bei komplexen Fällen.

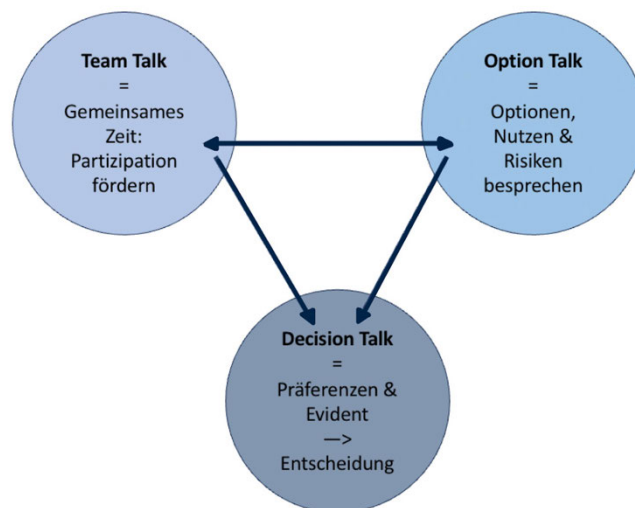


Abbildung 2: Das 3-Talk-Modell von Shared Decision Making, eigene Darstellung, in Anlehnung an Elwyn et al., 2012)

Das 3-Talk-Modell gliedert den Entscheidungsprozess in drei aufeinanderfolgende Gesprächsphasen. Einmal der Team-Talk, da wird das gemeinsame Team gebildet und der gemeinsame Entscheidungsprozess etabliert. Die Behandelnden verdeutlichen, dass es mehrere Handlungsoptionen gibt, und motivieren die Patient:innen aktiv zur Mitentscheidung. Dabei ist das Ziel, eine partnerschaftliche Haltung zu etablieren. In der Phase „Option Talk“ werden die verschiedenen Möglichkeiten besprochen bzw. medizinische Möglichkeiten abgewogen. Alle relevanten diagnostischen oder therapeutischen Optionen werden evidenzbasiert erläutert, auch einschließlich der Nutzen, Risiken und Unsicherheiten.

Die gemeinsame Entscheidung wird beim Decision Talk getroffen. Die individuellen Präferenzen der Patient:innen werden mit den medizinischen Fakten zusammengeführt, um eine Entscheidung zu treffen, die beide Seiten tragen (Elwyn et al., 2012, S. 1362 ff.). Für dieses Modell existiert eine international anerkannte Abbildung, die im Journal of General Internal Medicine veröffentlicht wurde und die drei Phasen grafisch darstellt (ebd., S. 1364 f.). Dieses Modell wird in Abbildung 2 mithilfe einer eigenen Visualisierung dargestellt.

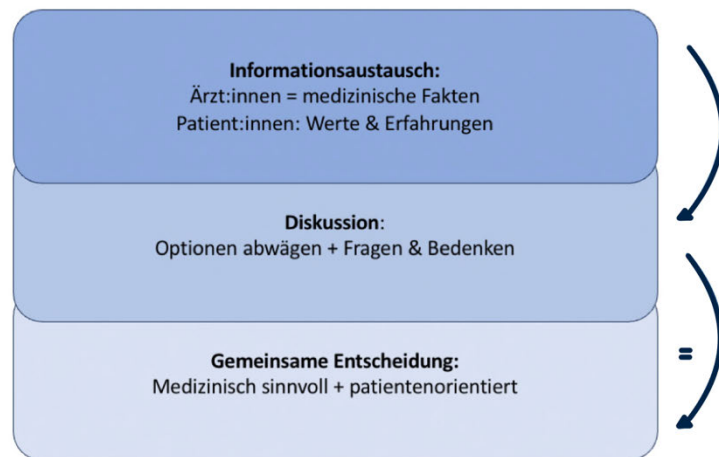


Abbildung 3: Stufenmodell der Entscheidungsfindung (eigene Darstellung, basierend auf Charles et al., 1997)

Das Stufenmodell versteht SDM als klar strukturierten und mehrstufigen Prozess. Es findet ein Informationsaustausch statt, in dem beide Seiten ihre Expertise einbringen. Die Ärzt:innen liefern medizinische Fakten und die Patient:innen ihre Werte und Erfahrungen. Danach findet eine Diskussion statt, es werden die Optionen gemeinsam besprochen, Fragen geklärt und auch Bedenken adressiert. Nach der Diskussion kommen die beiden Seiten zu einer gemeinsamen Entscheidung, die medizinisch sinnvoll ist und den Vorstellungen der Patient:innen entspricht. Dies läuft systematisch ab, betont den wiederkehrenden Charakter der Entscheidungsfindung und die Notwendigkeit eines beidseitigen Engagements (Charles et al., 1997, S. 682 ff.). Im Gegensatz zu den anderen Modellen wird dies in der Literatur primär textlich beschrieben und daher wird in Abbildung 3 eine eigene wissenschaftlich orientierte Visualisierung aufgeführt, die die drei Stufen strukturiert darstellt.

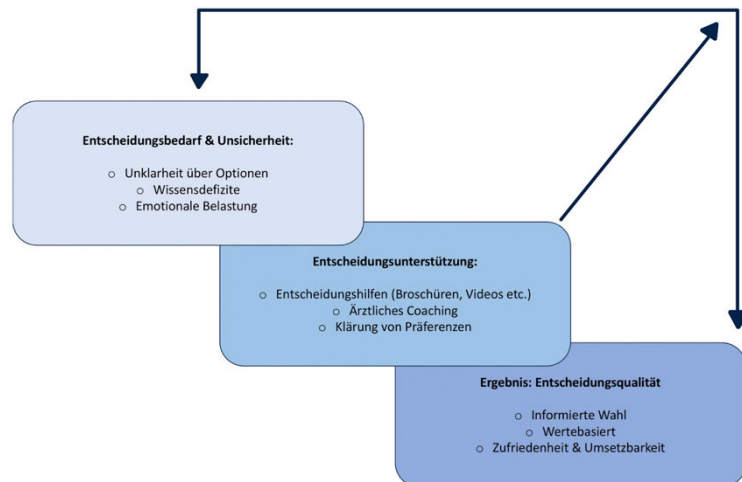


Abbildung 4: Das Ottawa Decision Support Framework (eigene Darstellung, in Anlehnung an O'Connor et al., 1998)

Das Ottawa Decision Support Framework legt den Fokus auf eine strukturierte Entscheidungsunterstützung und das vor allem bei komplexen Gesundheitsentscheidungen. Das heißt, der Schwerpunkt liegt auf Entscheidungsqualität und Hilfestellungen für Patient:innen, um informierte Entscheidungen treffen zu können. Damit ist gemeint, dass die Qualität hoch ist, wenn Entscheidungen sowohl auf relevanter Evidenz als auf klaren Werten der Patient:innen beruhen. Die zentralen Elemente dieses Modells sind das Erkennen und Reduzieren von Entscheidungsunsicherheit. Dazu gehören auch der Einsatz von strukturierten Entscheidungshilfen wie unter anderem Broschüren, interaktive Tools oder Entscheidungstabellen. Im Anschluss wird eine systematische Evaluation durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Patient:innen nach der Entscheidung zufrieden sind und die gewählte Option umsetzen können (O'Connor et al., 1998, S. 268 ff.). In der Literatur existieren mehrere Abbildungen dieses Modells, unter anderem vom Ottawa Hospital Research Institute, die Entscheidungsbedarfe, Unterstützungsangebote und resultierende Outcomes in einem Flussdiagramm darstellen (O'Connor et al., 1998, S. 269). In Abbildung 4 wird eine adaptierte eigene Version davon dargestellt.

Alle drei Modelle verfolgen im Endeffekt dasselbe Ziel, und zwar die gemeinsame Entscheidungsfindung. Sie alle haben einen klaren Ablauf und setzen den Fokus auf die Optionen und Werte des Patienten. Die Unterschiede liegen in dem Detailgrad der einzelnen Phasen und der Schwerpunktsetzung. Das 3-Talk-Modell fokussiert sich auf Gesprächsphasen, das Stufenmodell auf den Ablauf und die Rollenverteilung und das

Ottawa Decision Support Framework setzt stark auf methodische Hilfsmittel und Unterstützung bei komplexen Entscheidungen.

Der Ablauf bleibt im Idealfall jedoch immer gleich. Die Behandelnden erklären den Behandelten, dass es mehrere Behandlungsoptionen gibt. Diese werden ganz transparent mit ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt. Patient:in teilt eigene Bedenken, Präferenzen und vor allem Fragen. Diese werden ernst genommen, gemeinsam reflektiert und es wird besprochen, welche Option passt. Zum Schluss steht dann eine gemeinsam getragene Entscheidung an.

2.3 Bedeutung von SDM für die Versorgungsqualität

Die Vorteile von Shared Decision Making sind durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Gerade in den letzten Jahren hat das Thema im Kontext der stationären Versorgung zunehmend an Bedeutung in der Versorgungsforschung gewonnen (Scholl et al., 2021, S. 7 f.; Vodermaier et al., 2009, S. 593).

Die Versorgungsqualität beschreibt, inwieweit die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen der Patient:innen gerecht wird und welche Ergebnisse dadurch erzielt werden. Es gibt zur Bestimmung und Quantifizierung der Versorgungsqualität international anerkannte Rahmenwerke, das Donabedian-Modell und die Dimension des Institute of Medicine (IOM). Diese werden im weiteren Verlauf näher beleuchtet (Donabedian, 2005; Institute of Medicine, 2001).

Das Donabedian-Modell unterscheidet drei zentrale Dimensionen der Versorgungsqualität. Die Strukturqualität gehört zu den Dimensionen und bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Versorgung. Darunter fallen die allgemeine Ausstattung und die Qualifikationen des Personals (Donabedian, 2005, S. 704 ff.). Der Fokus liegt dementsprechend auf der Organisation der Einrichtung und der Ressourcenverwaltung. In der Dimension Prozessqualität werden die Abläufe und Aktivitäten der Versorgung überprüft. In diesen Aufgabenbereich fallen die Diagnosestellung, die Durchführung von Therapien sowie die Hygienevorkehrungen oder das Funktionieren der Kommunikation (ebd., S. 706 ff.). Diese werden ebenfalls auf Qualität überprüft. Die Überprüfung der Ergebnisqualität setzt sich aus den tatsächlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit der Patient:innen nach der Versorgung zusammen. Dabei werden sie anhand der Punkte wie Heilungsraten, Lebensqualität,

Komplikationen und auch die Erreichung von Therapiezielen gemessen (ebd., S. 708 ff.). Avedis Donabedian betrachtet diese drei Aspekte als Verbindung, denn gute Strukturen führen zu besseren Prozessen und diese wiederum zu besseren Ergebnissen (ebd., S. 711).

Das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM) hingegen hat sechs zentrale Dimensionen aufgestellt, um die Qualität der Versorgung umfassend zu bewerten. Punkt eins ist die Sicherheit, die gewährleistet, dass die Versorgung keine vermeidbaren Schäden verursacht und gleichzeitig Risiken und Nebenwirkungen minimiert werden (Institute of Medicine, 2001, S. 44). Dadurch, dass die Maßnahmen auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und das Ziel haben, den gewünschten gesundheitlichen Nutzen zu erzielen, steigt die Effektivität. Eine weitere Dimension ist die Patientenzentrierung. Damit wird deutlich, dass die individuellen Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Patient:innen im Vordergrund stehen (ebd. S. 45 f.). Mit der optimalen Nutzung der Ressourcen kann dafür gesorgt werden, dass Verschwendungen vermieden und die Effizienz gewahrt werden. Die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Versorgung ist äußerst wichtig, damit sie für alle Patient:innen gut und rechtzeitig erreichbar ist (ebd., S. 47 f.). Die letzte Dimension betrachtet die Gleichheit und Gerechtigkeit. Die Versorgungsqualität wird allen Menschen zugänglich gemacht und das unabhängig von Herkunft, Geschlecht oder sozialem Status. Die Versorgungsqualität kann sowohl durch das Donabedian-Modell als auch durch die IOM-Dimensionen strukturiert werden (ebd. S. 49).

Beide Herangehensweisen verfolgen das Ziel, die Gesundheitssysteme kontinuierlich zu verbessern und eine patientenorientierte, sichere, effektive und gerechte Versorgung sicherzustellen. Denn die Patientenzentrierung wird als Kernprinzip der modernen Versorgung betrachtet und SDM stellt ein wesentliches Instrument dar, um dieses Prinzip praktisch umzusetzen (Elwyn et al., 2012, S. 1363 f.; Barry & Edgman-Levitan, 2012, S. 781). Außerdem gibt es wissenschaftliche Evidenz, die aussagt, dass SDM zu einer besseren Adhärenz führt, unter anderem durch mehr Aufklärung und Wissen über verschiedene Optionen. Dies führt dann zu einer höheren Zufriedenheit und es kommt zur Verbesserung von klinischen Outcomes (Kennedy et al., 2002, S.

19 f.; Hess et al., 2016, S. 6 f.). SDM trägt zur Reduktion von Fehlversorgung bei, indem unnötige Behandlungen verringert und gleichzeitig evidenzbasierte Entscheidungen gefördert werden. Eine weitere wichtige Entwicklung liegt in der Stärkung der Patientensicherheit. Denn durch den Austausch und die Partizipation der Patientenseite minimieren sich Missverständnisse und sie fühlen sich in ihren Entscheidungen sicherer, da ihre individuellen Werte und Präferenzen miteinbezogen werden (Hess et al., 2016, S. 6; Scheibler et al., 2023, S. 89 ff.). Die ökonomische Dimension ist ein breites Feld und spielt eine wichtige Rolle. Durch SDM entstehen bessere Therapieentscheidungen, die dann mögliche Einsparungen ermöglichen und weniger Über- und Unterversorgung. Damit wird auch eine langfristige Versorgungsqualität gewährleistet, denn es entsteht ein nachhaltiger Effekt durch die allgemein gestärkte Gesundheitskompetenz (Kennedy et al., S. 25 ff.). Diese aktive Mitgestaltung im Entscheidungsprozess hat zudem nachweislich positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und stärkt die Patientenzufriedenheit (Kennedy et al., 2003, S. iv). Darüber hinaus trägt SDM dazu bei, Fehlentscheidungen zu reduzieren, Krankheitsverläufe zu verbessern und Komplikationen zu verringern (Hess et al., 2016, S. 5 f.).

Fazit ist, dass SDM eine sehr wichtige Bedeutung für die Versorgungsqualität hat, denn sie verbessert die Qualität in allen zentralen Qualitätsdimensionen (Scholl et al., 2021, S. 10 f.).

2.4 SDM im deutschen Gesundheitssystem: Status quo, Leitlinien, Projekte

Die politische und regulatorische Unterstützung gilt als zentrale Voraussetzung, damit SDM langfristig im deutschen Gesundheitssystem verankert werden kann.

Neben den medizinischen Vorteilen spielt auch das Recht auf Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Das Selbstbestimmungsrecht ist durch Art. 2 Abs. 1 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit) und in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG (Menschenwürde) verfassungsrechtlich geschützt (Grundgesetz, 1949/2023, Art. 1, Art. 2). Das Patientenrechtegesetz stärkt diese Vorgabe, indem es die umfassende Aufklärungspflicht und die aktive Einbindung von Patient:innen in medizinische Entscheidungen fest schreibt (Bundesministerium der Justiz, 2013, S. 277 f., §§ 630d–630e). Der rechtliche Rahmen wird durch das Patientenrechtegesetz und das Sozialgesetzbuch V (§ 137f) bestimmt.

Durch das Verabschieden des Patientenrechtegesetzes „Recht auf informierte und gemeinsame Entscheidung“ (§ 630e BGB) sind die Ärzt:innen zur Aufklärung und Einbindung von Patient:innen in Therapieentscheidungen verpflichtet (Bundesministerium der Justiz, 2013, S. 277 f.). Ergänzend verpflichtet das Sozialgesetzbuch Krankenhäuser, in ihren Qualitätsberichten Maßnahmen zur Patienteneinbindung darzustellen (SGB V, 2023, § 137f Abs. 4). Diese gesetzlichen Grundlagen schaffen zwar einen wichtigen Rahmen, garantieren jedoch keine automatische Umsetzung in der Praxis (Scheibler et al., 2023, S. 88 f.). Gesundheitspolitische Strategien betonen zusätzlich die Förderung von Patient Empowerment und Partizipation. Die Patient:innen in ihrer Mitentscheidung und eigenen Entscheidung zu fördern, ist ein erklärtes Ziel der nationalen Gesundheitspolitik und Teil des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2018, S. 7 ff.).

Die Nationalen Versorgungsleitlinien (*NVL*) werden von Fachgesellschaften und Institutionen gemeinsam erstellt und sind systematisch entwickelte und empfohlene Handlungsempfehlungen für die medizinische Versorgung. Sie dienen Ärzt:innen und Patient:innen als Orientierungshilfe bei der Entscheidungsfindung und sollen eine einheitliche, qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Deshalb fordern und unterstützen viele nationale Versorgungsleitlinien in Deutschland SDM aktiv. So enthält die NVL für unter anderem Depression und die S3-Leitlinie für Mammakarzinom explizite Passagen zu Shared Decision Making (NVL Unipolare Depression, 2022, S. 33 ff.; Leitlinienprogramm Onkologie, 2017, S. 34 f.). Darin werden ein partnerschaftlicher Entscheidungsprozess sowie der Einsatz evidenzbasierter Patienteninformationen (*EBPI*) empfohlen. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (*ÄZQ*) ist für die regelmäßige Aktualisierung dieser Empfehlungen zuständig, die im deutschen Gesundheitswesen verbindlich sind. EBPI gelten nach den NVL als zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Dabei liegt der Fokus auf der Bereitstellung von Informationen für Patient:innen und der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz (ebd.).

In Deutschland existieren verschiedene Initiativen und Projekte zur Förderung von Shared Decision Making, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Das SHARE-TO-CARE-Programm des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, gefördert durch den Innovationsfonds, ist ein prominentes Beispiel und zeigt, dass SDM auf Klinik-ebene in allen relevanten Abläufen umsetzbar ist (Innovationsausschuss G-BA, 2023, S. 2 f.). Dieses Implementierungsprogramm umfasst die Schulung von Ärzt:innen und

Pflegekräften und den Einsatz von zertifizierten Entscheidungshilfen (Geiger et al., 2023, S. 5 ff.). Eine Kernkomponente ist die strukturelle Integration in klinische Abläufe, sodass SDM als fester Bestandteil der Entscheidungsprozesse etabliert wird. Die Evaluation dieses Projektes zeigt auf, dass SDM zu Verbesserungen führt und die Patienteneinbindung einen massiven Einfluss hat (Franke et al., 2023, S. 26 ff.).

Auf nationaler Ebene sind außerdem die Disease-Management-Programme (DMPs) von Bedeutung (§ 137f SGB V). Sie sind gesetzlich vorgesehene, strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen, in die Elemente von SDM integriert sind. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Umsetzung je nach Indikation und regionaler Ausgestaltung stark variiert und somit den Einfluss von SDM in diesen Programmen begrenzt (SGB V, 2023, § 137f Abs. 2).

Auf der einzelbetrieblichen Ebene, also klinikintern, existieren ebenfalls innovative Ansätze. Asklepios Kliniken GmbH hat mit dem Projekt „Mit Asklepios nach VORN“ ein Instrument zur Gesprächsvorbereitung entwickelt. Diese Entscheidungshilfe unterstützt die Patient:innen dabei, ihre Fragen und Präferenzen strukturiert vorzubereiten und auch zu formulieren. Dies erleichtert ihnen die aktive Beteiligung am Arzt-Patienten-Gespräch und dem Entscheidungsprozess (Asklepios, 2025, o.S.).

Der Implementierungsstand beschreibt den aktuellen Grad, wie weit SDM in Deutschland in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt ist. Die Umsetzung ist heterogen, das heißt, es gibt starke Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Denn in spezialisierten Zentren ist SDM gut etabliert, doch in der Regelversorgung deutlich seltener systematisch integriert. Barrieren liegen vor allem in fehlenden Qualifikationen des Personals, unklaren Organisationsstrukturen und begrenzten Ressourcen (Scholl et al., 2021, S. 7 ff.). Maßnahmen wie qualitätsgesicherte Entscheidungshilfen, gezieltes Training und interprofessionelle Zusammenarbeit können die Umsetzung jedoch erheblich erleichtern (Scheibler et al., 2023, S. 89 ff.).

Studien zeigen also, dass gezieltes Training, qualitätsgesicherte Entscheidungshilfen und interprofessionelle Zusammenarbeit die Umsetzung von SDM erleichtern können. Diese Ansätze sowie konkrete Projektergebnisse, sowohl im deutschen Kontext als auch auf internationaler Ebene, werden in Kapitel 4 vertieft dargestellt.

2.5 Unterschiedliche Charakteristika und Perspektiven in der stationären Versorgung

Die stationäre Versorgung weist viele spezifische strukturelle Merkmale auf, die entscheidend für das Verständnis dieser Abteilung sind. Diese strukturellen Bedingungen sind jedoch auch oft Grund dafür, dass offene Diskussionen bzw. SDM nicht immer konsequent umsetzbar sind (Gurtner et al., 2024, S. 2; Steffensen et al., 2018, S. 229 f.). Zunächst ist es wichtig, die stationäre von der ambulanten Versorgung abzugrenzen. Die stationäre Versorgung umfasst alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen, die während eines Krankenhausaufenthalts mit mindestens einer Übernachtung erbracht werden. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung wird sie eingesetzt, wenn Krankheiten oder Verletzungen nicht ambulant behandelt werden können, und zeichnet sich durch eine 24-Stunden-Betreuung aus (OECD, 2022, S. 191 f.). Ein zentrales Merkmal ist der Einsatz von multidisziplinären Teams, also die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Berufsgruppen. Dies erfordert eine klare Koordination und Rollenverteilung, um die Entscheidungsprozesse effizienter zu gestalten (Gurtner et al., 2024, S. 3).

Der hohe Organisationsgrad mit standardisierten Abläufen in Bezug zur OP-Planung, zu Visiten oder auch zum Entlassmanagement strukturiert den Versorgungsprozess, kann sich jedoch negativ auf die Flexibilität bei Entscheidungsprozessen auswirken (Gurtner et al., 2024, S. 2; Steffensen et al., 2018, S. 233 f.). Dass die Verweildauer der Patient:innen in deutschen Krankenhäusern sehr kurz ist, führt zu einem erhöhten Zeitdruck für die Durchführung umfassender SDM-Prozesse und schränkt diese dabei ein (OECD, 2022, S. 190 f.; Siouta et al., 2023, S. 8 f.).

Die typischen Entscheidungssituationen in der stationären Versorgung sind komplex. Therapieentscheidungen, was unter anderem die Wahl zwischen operativer und konservativer Behandlung einbezieht, erfordern stets eine detaillierte Abwägung von Risiken und Nutzen (Keij et al., 2021, S. 571 f.; Gurtner et al., 2024, S. 5f.). In akuten klinischen Situationen, wie in der Notaufnahme, sind ausführliche Aufklärung und klare, transparente Kommunikation fundamental. Entscheidungen und Anpassungen müssen in Akutsituationen häufig unter Zeitdruck getroffen werden (Roodbeen et al., 2020, S. 6, 15; Schoenfeld et al., 2018, S. 721ff.).

Die Entscheidungsfähigkeiten der Patient:innen der stationären Versorgung stellen große Herausforderungen für SDM in diesem Setting dar. Die kognitive Aufnahme-

und Entscheidungsfähigkeit der Patient:innen kann in den akuten Krankheitsphasen stark eingeschränkt sein und sie somit nicht in der Lage sein, die für sie beste Option auszuwählen (Keij et al., 2021, S. 575; Gurtner et al., 2024, S. 6). Unterschiedliche Informationsstände und eine teilweise geringe Gesundheitskompetenz sind eine Herausforderung, die die aktive Beteiligung der Patient:innen an den Entscheidungen einschränkt. Vor allem dann, wenn die Entscheidungsprozesse oft zwischendurch oder in enge Zeitfenster eingebettet werden (Roodbeen et al., 2020, S. 1 f., 6; Siouta et al., 2023, S. 7 ff.).

Die verschiedenen Perspektiven auf den Versorgungsprozess bieten einen wertvollen Blick in die stationäre Versorgung. Die ärztliche Perspektive fokussiert sich auf die medizinische Evidenz und die Behandlungsleitlinien. Dabei gelten Zeit- und Ressourcendruck als zentrale Umsetzungsbarrieren durch den hektischen Klinikalltag (Siouta et al., 2023, S. 8; Steffensen et al., 2018, S. 234). Auf der Ebene der Pflege findet der engste Kontakt zu den Patient:innen statt und deshalb übernehmen sie meist auch die Rolle der Vermittler:innen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und unterstützen die Patient:innen bei der Informationsverarbeitung (Siouta et al., 2023, S. 3, 9). Die Patient:innen haben großes Bedürfnis nach einem klaren, verständlichen Informationsaustausch, den die Ärzt:innen nach dem Prinzip von SDM gewähren sollten. Auch wenn die emotionale Belastung eines Entscheidungsprozesses die Entscheidungsfähigkeit beeinflussen kann, ist es besonders wichtig, dass Ärzt:innen auf die individuellen Vorstellungen der Patient:innen eingehen, dabei aber die Objektivität und Transparenz nicht vergessen (Roodbeen et al., 2020, S. 2; Schoenfeld et al., 2018, S. 722).

Die letzte Perspektive findet auf Organisationsebene statt. Das Qualitäts- und Risikomanagement und auch die wirtschaftlichen Zielsetzungen prägen die Rahmenbedingungen für SDM und somit auch die Umsetzung in der stationären Versorgung (Härter et al., 2011, S. 264 ff.).

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign: literaturbasierte Analyse

Shared Decision Making (SDM) in der stationären Versorgung setzt ein komplexes Zusammenspiel klinischer, organisatorischer und kommunikativer Faktoren voraus. Eine systematische Literaturarbeit ermöglicht es, vorhandenes Wissen gebündelt zu

erfassen, kritisch zu bewerten und praxisrelevante Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die vorliegende Arbeit wurde daher als Literaturarbeit im Sinne einer systematischen, thematisch erweiterten Analyse durchgeführt. Ziel war es, auf Grundlage strukturierter Rechercheverfahren einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Shared Decision Making in der stationären Versorgung zu gewinnen. Diese Methode wurde bewusst gewählt, da das Ziel der Fragestellung war, die zentralen Barrieren bei der Implementierung von SDM herauszuarbeiten und deren Auswirkungen auf die Patientensicherheit zu diskutieren. Das Vorgehen orientierte sich an den Prinzipien eines systematischen Reviews, wurde jedoch aufgrund der thematischen Breite um narrative Elemente ergänzt. Auf diese Weise war es möglich, neben empirischen Studien auch theoretische Beiträge, Modelle und Konzepte einzubeziehen, die ebenfalls relevant für die Einordnung der Ergebnisse sind. Dadurch konnten Barrieren und bereits erprobte Umsetzungsansätze systematisch zusammengeführt und kritisch bewertet werden, um daraus dann ein konsistentes Bild des aktuellen Wissensstandes abzuleiten. Methodisch orientiert sich das Vorgehen an etablierten Empfehlungen zur Literaturarbeit sowie an aktuellen Leitlinien zur transparenten Darstellung von Literaturrecherchen laut den „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (PRISMA) (Moher et al., 2009, S. 1 f.). Auch wenn es sich nicht um ein vollumfängliches systematisches Review handelt, erhöht die Orientierung an PRISMA die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Methodik.

3.2 Suchstrategien und Datenbanken

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von Anfang Juli 2025 bis Mitte August 2025. Es wurden mehrere fachspezifische und interdisziplinäre Datenbanken genutzt, um internationale und auch nationale Studien zu SDM im Krankenhauskontext zu berücksichtigen bzw. zu identifizieren. Hierfür wurden mehrere Datenquellen systematisch genutzt. Zentrale medizin- und gesundheitswissenschaftliche Datenbanken wie PubMed für internationale Fachliteratur aus den Bereichen Medizin sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaften lieferten zunächst 302 Treffer, die nach Anwendung der definierten Filter auf 291 reduziert wurden. PubMed stellte die Hauptdatenbank dieser Recherche dar und wurde mehrfach herangezogen, da sie die größte Vielfalt an relevanter internationaler Literatur für das Thema SDM im Krankenhauskontext bot. Zur Abdeckung von deutschsprachigen Publikationen wurde LIVIVO herangezogen, eine

Datenbank für die Bereiche Medizin, Lebenswissenschaften und Gesundheitswesen. Das hatte vor der Filterung zehn Treffer und danach zwei relevante Publikationen. Die Datenbank CINAHL hat internationale Literatur aus Pflege- und Gesundheitsberufen. Sie ergab in dieser Recherche mit dem Suchstring keine Treffer. Dies ist vermutlich auf den thematischen Fokus der Datenbank oder auf eine geringe Publikationsdichte für den spezifischen Suchbereich zurückzuführen.

In der Cochrane Library gibt es systematische Reviews und Metaanalysen. Mit 2632 Treffern, von denen nach der Filterung 2605 als relevant verblieben, galt diese Datenbank als eine gute Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung. Zudem wurde ScienceDirect herangezogen, um die Volltexte von einschlägigen Zeitschriften zu finden, und diese Datenbank lieferte 6856 Treffer, die sich nach Anwendung der Filter nur geringfügig auf 6841 reduzierten. Außerdem wurde neben diesen Fachdatenbanken auch Google Scholar genutzt, denn dies galt als ergänzende Handsuche und es wurden 366 Treffer identifiziert, von denen nach der Filterung 349 verblieben. Der HAW-Katalog wurde ebenfalls verwendet, um über die Hochschulressourcen auf lizenzierte Zeitschriften, E-Books und weitere Datenbanken zugreifen zu können. Die Literatur berücksichtigte graue Literatur, wenn sie wissenschaftlichen Standards entsprach und bei der Beantwortung der Fragestellungen helfen konnte. Dazu zählten unter anderem Berichte von Fachgesellschaften, Veröffentlichungen des IQWiG und Ergebnisse aus Inno-Fonds-Projekten, die im deutschen Versorgungskontext praxisnahe Einblicke in Implementierungsbarrieren und Umsetzungsstrategien liefern können. Die Suchbegriffe wurden aus der Forschungsfrage abgeleitet und systematisch erweitert. Für die Recherche wurden deutsch- und englischsprachige Schlagwörter und Synonyme wie „Shared Decision Making“, „SDM“, „stationäre Versorgung“, „Implementation barriers“, „economic impact“, „Patientenbeteiligung“, „hospital communication“, „patient-centered care“, „patient safety“, „paternalism“, „Versorgungsqualität“ und „Qualitätsmanagement“ verwendet. Um eine präzise und gleichzeitig umfassende Suche zu gewährleisten, wurden boolesche Operatoren (AND, OR, NOT), Trunkierungen (patient*) und Anführungszeichen eingesetzt. So konnten verschiedene Synonyme kombiniert, Wortstämme abgedeckt und spezifische Abschnitte gesucht werden. Diese Techniken entsprechen anerkannten Standards der Informationsrecherche (Higgins et al., 2019, S. 80 f.).

Die Recherche verlief iterativ. Als Erstes wurde eine breite Suche durchgeführt, um die vorhandene Literatur abzubilden. In dem zweiten Schritt wurde die Strategie verfeinert, indem spezifische Synonyme ergänzt und irrelevante Begriffe ausgeschlossen wurden. So konnte die Treffermenge gezielt eingegrenzt werden, ohne, dass relevante Publikationen verloren gingen. Die Sprachfilter wurden auf Deutsch und Englisch gesetzt. Zunächst wurde der Publikationszeitraum etwas enger gefasst, dann jedoch auf 1990 bis 2025 erweitert, um die historische Entwicklung von SDM darzustellen und gleichzeitig aktuelle Evidenz zu berücksichtigen. Dies geschah aufgrund relevanter und teils grundlegender Arbeit. Zotero kam als Literaturverwaltungsprogramm zum Einsatz, um die Treffer zu dokumentieren und zu verwalten. Zur Transparenz der Suchstrategie sind in Tabelle 1 die finalen Suchstrings pro Datenbank dokumentiert. Diese geben exemplarisch wieder, mit welchen Kombinationen von Schlagwörtern und booleschen Operatoren gearbeitet wurde (Higgins et al., 2019, S. 80 ff.).

Tabelle 1: Suchstrings pro Datenbank (eigene Darstellung, in Anlehnung an Higgins et al., 2019)

Datenbank	Suchstring
PubMed	("Shared Decision Making" [Title/Abstract] OR „Patient Participation“ [Title/Abstract] OR „Patient Involvement“ [Title/Abstract]) AND („hospital“ [Title/Abstract] OR "inpatient care" [Title/Abstract] OR "stationäre Versorgung" [Title/Abstract] OR „Krankenhaus“ [Title/Abstract]) AND („patient safety“ [Title/Abstract] OR "quality of care" [Title/Abstract] OR "Versorgungsqualität" [Title/Abstract])
LIVIVO	("Shared Decision Making" OR "Patientenbeteiligung" OR "Patientenpartizipation") AND ("stationäre Versorgung" OR Krankenhaus OR Klinik) AND (Patientensicherheit OR Versorgungsqualität)
CINAHL	(„Shared Decision Making" OR „Patient Participation“ OR „Patient Involvement“) AND (hospital OR "inpatient care") AND („patient safety" OR „quality of care“)

Cochrane Library	(„Shared Decision Making" OR „Patient Participation") AND (hospital OR "inpatient care")
ScienceDirect	„Shared Decision Making" AND (hospital OR „inpatient care") AND ("patient safety" OR "quality of care")
Google Scholar	„Shared Decision Making“, „stationäre Versorgung" OR "Krankenhaus“, „Patientensicherheit“

Zur besseren Übersicht wurden die Suchbegriffe entlang von Suchkomponenten strukturiert, die an das PICOS-Schema angelehnt sind (Higgins et al., 2019, S. 24 ff.). Dadurch ließ sich die Recherche systematisch planen und gezielt kombinieren. Tabelle 2 zeigt die Komponenten für die verwendeten Schlagwörter.

Tabelle 2: Suchkomponenten und Schlagwörter nach dem PICOS-Schema (eigene Darstellung, in Anlehnung an Higgins et al., 2019)

Komponente	Schlagwörter/Synonyme
Population	Patient:innen, Gesundheitsfachkräfte, Ärzt:innen, Pflegekräfte
Intervention	Shared Decision Making, Patientenbeteiligung, Kommunikation, patient-centered care
Comparison	keine Intervention, keine Standardversorgung, übliche Praxis, Behandlungszufriedenheit
Outcome	Patientensicherheit, Versorgungsqualität, Partizipation, Behandlungszufriedenheit
Setting	Krankenhaus, stationäre Versorgung, Klinik, Hospital

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Qualität, Relevanz und wissenschaftliche Belastbarkeit der ausgewählten Literatur sicherzustellen, wurden vor Beginn der Recherche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Dies ermöglichte eine systematische, transparente und reproduzierbare Auswahl.

Berücksichtigt wurden Publikationen mit direktem Bezug zu Shared Decision Making im Kontext der stationären Versorgung. Eingeschlossen wurden sowohl empirische

Primärstudien, qualitative und quantitative, als auch systematische Reviews, Metaanalysen und Leitlinien mit Relevanz zum Thema und zur Fragestellung. Ein fundamentales Kriterium, um die wissenschaftliche Qualität zu gewährleisten, war es, lediglich Arbeiten aufzunehmen, die in peer-reviewten Berichten veröffentlicht wurden. Es wurden Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache einbezogen, um sowohl internationale als auch nationale Perspektiven abzubilden. Bevor die ausführliche Literaturrecherche begonnen hat, wurde noch einmal überprüft, wie weit die Quellen in die Vergangenheit reichen, und deshalb wurde der Publikationszeitraum von 1990 bis 2025 erweitert, um frühere Konzepte und grundlegende konzeptionelle Entwicklungen, aber auch aktuelle Evidenz einbeziehen zu können.

Zu den Ausschlusskriterien gehören Literaturquellen, die sich ausschließlich auf den ambulanten Sektor beziehen, oder rein theoretische Beiträge, die keinen Bezug zur klinischen Praxis darstellen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden nicht peer-reviewte Publikationen, da ihre wissenschaftliche Qualität und methodische Nachvollziehbarkeit nicht ausreichend gewährleistet sind. Populärwissenschaftliche Artikel wurden ausgeschlossen, da sie in der Regel nicht den methodischen Standards wissenschaftlicher Forschung entsprechen. Das trifft auch auf die sogenannte „graue Literatur“ zu, also interne Berichte oder unveröffentlichte Manuskripte, außer sie sind durch ausreichende wissenschaftliche Evidenz gestützt. Eine Ausnahme bildet in dieser Arbeit die Asklepios-„VORN-Karte“ (veröffentlichte sowie interne Version und Berichte). Obwohl es sich hierbei nicht um peer-reviewte Evidenz handelt, wurde sie aufgrund ihrer Praxisrelevanz ergänzend als Beispiel in die Analyse aufgenommen.

Mit diesen Ausschlusskriterien wird sichergestellt, dass grundsätzlich nur methodisch belastbare und thematisch relevante Quellen in die Auswertung aufgenommen werden.

3.4 Thematische Auswertung

Nach dem Export in das Literaturverwaltungsprogramm wurden Dubletten entfernt, um die Datenqualität zu sichern. Das heißt, wiederholende Datensätze oder Beiträge wurden gelöscht. Anschließend erfolgte ein mehrstufiges Auswahlverfahren nach dem PRISMA-Ansatz (Moher et al., 2009, S. 3). In der ersten Stufe wurden Titel und Abstract gescreent, um Publikationen ohne Bezug zu SDM oder Patientensicherheit

auszuschließen. Im nächsten Schritt wurden die Volltexte überprüft. Dabei wurden die verbliebenen Arbeiten anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Eingeschlossen wurden nur die Studien, die inhaltlich und methodisch als geeignet beurteilt wurden.

Die Auswertung der eingeschlossenen Literatur erfolgte themengeleitet. Zu Beginn wurden aus jeder Quelle relevante Merkmale extrahiert, darunter das Setting, die beteiligten Berufsgruppen, identifizierte Barrieren und gegebenenfalls beschriebene Umsetzungsstrategien. Daraufhin erfolgte eine synoptische Zusammenführung der Inhalte und eine Ordnung in thematische Kategorien, wie etwa strukturelle, organisationale und kommunikative Barrieren. Durch diese Herangehensweise konnten wiederkehrende Muster und auch Widersprüche ausgemacht werden.

Um die Aussagekraft der eingeschlossenen Publikationen sicherzustellen, wurden zusätzlich Kriterien zur Qualitätsbewertung herangezogen. Dabei spielte zunächst die Relevanz eine zentrale Rolle. Dabei sind Arbeiten mit einem direkten Bezug zu SDM, Kommunikation und Patientensicherheit im Krankenhaus als relevant eingestuft. Die methodische Qualität gehört ebenfalls dazu und prüft, ob die Studien ein nachvollziehbares Studiendesign aufweisen können und ob die Transparenz in der Datenerhebung und -analyse gegeben ist. In Bezug auf die Aktualität liegt der Fokus auf Publikationen ab den 2000er-Jahren. Ältere Arbeiten wurden nur bei inhaltlicher Relevanz berücksichtigt. Bezüglich der Quellenart wurden Primärquellen bevorzugt, während Sekundärquellen zur ergänzenden Kontextualisierung herangezogen wurden. Während der Recherche zeigte sich, dass viele ältere Studien aus den 1990er-Jahren noch Grundlagen zum Thema lieferten, jedoch methodisch nicht immer den heutigen Standards entsprachen. Diese wurden nur dann berücksichtigt, wenn sie für die historische Einordnung von SDM relevant waren. Neuere Publikationen bildeten hingegen den Schwerpunkt der Analyse, da sie aktuelle Entwicklungen, Rahmenbedingungen und Barrieren im deutschen und internationalen Kontext abbilden. Die gewählte Vorgehensweise ermöglichte eine umfassende Darstellung des Forschungsstandes. Nichtsdestotrotz sind gewisse Limitationen zu berücksichtigen. Die Trefferlage hängt stark von den gewählten Suchmethoden, Suchbegriffen und Datenbanken ab. Trotz Einsatz verschiedener Synonyme bestand die Möglichkeit, dass relevante Publikationen nicht identifiziert wurden. Eine weitere Herausforderung bestand darin, zwischen Primärquellen und Se-

kundärquellen zu differenzieren. Empirische Studien und Reviews zum Beispiel überschneiden sich häufig in der Literatur. Ein wichtiger Faktor der Auswertung war die strukturierte Extraktion der Barrieren, aber auch die erfolgreichen Strategien zur Umsetzung von SDM. Darüber hinaus wurden die Wirksamkeit und Übertragbarkeit der verschiedenen Strategien kritisch bewertet.

Die literaturbasierte Analyse ist gut geeignet, um den aktuellen Stand der Forschung und Best-Practice-Beispiele systematisch abzubilden. Diese Art der Analyse bietet einen Überblick über zentrale Barrieren, bereits erprobte Strategien und identifizierte Forschungslücken. Durch die Berücksichtigung unterschiedlicher nationaler und internationaler Studien und Berichte konnten verschiedene Perspektiven zusammengeführt und empirische und theoretische Erkenntnisse miteinander verknüpft werden. Dies schafft eine gute Grundlage für zukünftige empirische Untersuchungen und liefert Impulse für die Weiterentwicklung bzw. zukünftige Forschung von SDM in der stationären Versorgung.

4 Ergebnisse

4.1 Identifizierte Barrieren bei der Implementierung von SDM

Heutzutage wird SDM als ein zentrales Element der modernen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung angesehen. Dieser Ansatz hat sich im wissenschaftlichen Diskurs fest verankert und auch in der gesundheitspolitischen Diskussion wird er immer stärker als Kriterium für eine qualitativ hochwertige Behandlung verwendet (Dimopoulos-Bick et al., 2019, S. 493). Trotzdem zeigt sich in deutschen Krankenhäusern weiterhin eine große Umsetzungslücke und es wird deutlich, dass die Etablierung von SDM komplex und herausfordernd ist. Die Implementierung erfolgt nicht in einer einheitlichen oder linearen Weise. Sondern wird von einer Vielzahl an Rahmenbedingungen beeinflusst und wird in unterschiedlichen Versorgungskontexten mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert. Diese Barrieren sind komplex und überlappen sich oft, wodurch ein komplexes Geflecht von Faktoren entsteht, die den Prozess signifikant verlangsamen oder sogar einstellen können (Munro et al., 2019, S. 11). Um eine differenzierte Betrachtung zu gewährleisten, ist eine systematische Analyse der beschriebenen Hindernisse in der Literatur erforderlich. Im Folgenden werden die re-

levanten Barrieren detailliert dargestellt und nach inhaltlichen Schwerpunkten geordnet. Den Ausgangspunkt bilden strukturelle Barrieren, die den Rahmen für viele weitere Einflussfaktoren schaffen.

4.1.1 Strukturelle Barrieren

Eine zentrale strukturelle Barriere bei der Umsetzung von SDM ist der Zeitmangel, der im Gesundheitssektor herrscht. Konsultationen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind oft sehr kurz, sodass eine umfassende Informationsvermittlung kaum möglich ist (Frosch et al., 2012, S. 1032; Scheffer et al., 2022, S. 1019). Dies führt dazu, dass Patient:innen nicht die Gelegenheit haben, ihre Erkrankung, mögliche Behandlungsoptionen und die damit zusammenhängenden Vor- und Nachteile zu verstehen. In der Folge kann die Voraussetzung von SDM nicht in dem erforderlichen Maße erfüllt werden (Seale et al., 2006, S. 2865). Viele Patient:innen berichten auch, dass die Ärzt:innen während der Gespräche einen Eindruck von Hektik oder Stress erwecken. Darüber hinaus wurde die Wahrnehmung geäußert, dass oft keine Möglichkeit besteht, Fragen zu stellen (Frosch et al., 2012, S. 1033). Dabei zeigt sich auch, dass Patient:innen in manchen Situationen befürchten, durch das Stellen von Fragen die ärztliche Expertise anzuzweifeln und dadurch als „schwierig“ wahrgenommen zu werden, obwohl dies nicht ihre Intention ist (ebd. S. 132 f.). Das Verständnis der Patient:innen ist jedoch stark abhängig davon, ob sie aktiv Fragen stellen und wie verständlich, empathisch und strukturiert die Kommunikation der Ärzt:innen ist. Studien zeigen nämlich, dass Patient:innen, die auch ihre Fragen stellen und versuchen, ihre Bedenken aufzuklären, ein besseres allgemeines Verständnis haben (Siminoff et al. S. 31).

In der Forschung wird der Zeitmangel als eine der signifikantesten Barrieren identifiziert (Munro et al., 2019, S. 5). Es konnte in systematischen Übersichtsarbeiten festgestellt werden, dass die Anwendung von SDM nicht zwingend die Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen verlängert. Der Zeitaufwand bzw. die Dauer variiert vielmehr in Abhängigkeit vom Kontext. Entscheidend ist, dass die Kommunikation klar strukturiert verläuft und Patient:innen ein besseres Verständnis der Behandlung entwickeln. In einigen Fällen wurden Konsultationen durch strukturierte Ent-

scheidungsprozesse und die Einbindung von Patient:innen sogar effizienter, da Missverständnisse vermieden und Entscheidungen besser vorbereitet werden konnten (Siminoff et al., 2000, S. 33; Elwyn et al., 1999, S. 755).

Die Fragmentierung der Versorgung spielt eine wichtige Rolle. In großen Kliniken ist es meist üblich, dass Patient:innen während eines Aufenthaltes von verschiedenen Teams oder Ärzt:innen behandelt werden. Die wechselnden Zuständigkeiten resultieren oftmals in der Störung der Effizienz und Informationsweitergabe (Larsson et al., 2011, S. 579 f.). SDM fokussiert sich auf stabile Beziehungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und diese Problematik erschwert die Etablierung eines kontinuierlichen Vertrauensverhältnisses (Ommen et al., 2008, S. 203; Entwistle et al., 2008, S. 367). Patient:innen müssen sich regelmäßig mit neuen Ansprechpartner:innen befassen, die möglicherweise nicht über alle vorherigen Informationen verfügen. Dies kann dazu führen, dass Entscheidungsprozesse wiederholt aufgenommen werden müssen, was sich als zeitintensiv erweisen kann, und beeinträchtigt zusätzlich den Aufbau eines stabilen Vertrauensverhältnisses (Larsson et al., 2011, S. 579 f.). Die Implementierung von SDM im Krankenhaus wird durch die inkonsistente Begleitung von Entscheidungsprozessen und mangelnden Beziehungsaufbau erheblich erschwert (Entwistle et al., 2008, S. 367 f.).

Eng damit verbunden sind die organisatorischen Rahmenbedingungen. Ressourcen, Strukturen und finanzielle Mittel bilden das Fundament des Gesundheitswesens und sind entscheidend für die Integration von Modellen wie SDM in die Praxis (Munro et al., 2019, S. 3). Ob SDM erfolgreich umgesetzt werden kann, hängt von drei Faktoren ab: Kapazität, Motivation und Gelegenheit. Unter Kapazität ist zu verstehen, dass ausreichend Personal, Zeitressourcen und Schulungsangebote bereitstehen. Motivation bezieht sich auf die institutionelle Unterstützung und Anreizsysteme, die die Anwendung von SDM fördern. Gelegenheit bedeutet, dass es wichtig ist, klare Prozesse zu etablieren und geeignete Entscheidungshilfen zur Verfügung gestellt werden (Munro et al., 2019, S. 3). Fehlen Personal, finanzielle Unterstützung oder eindeutige Erstattungsvorgaben, entstehen strukturelle Hindernisse für die Umsetzung (ebd., S. 5; O'Conner et al., 1997, S. 150). Auch mangelnde institutionelle Unterstützung und Defizite bei der Bereitstellung und Implementierung von Entscheidungshilfen, erschweren die nachhaltige Implementierung von SDM erheblich (Munro et al., 2019, S. 6).

Die Rahmenbedingungen des klinischen Settings haben einen Einfluss auf die Implementierung von SDM. Der laute und hektische Klinikalltag in Krankenhäusern schafft keine gute Umgebung für Patientengespräche. Ständige Unterbrechung, Lärm und fehlende Privatsphäre führen dazu, dass die Patient:innen ihre Anliegen nicht offen äußern können. Damit fehlt die Grundlage für ein vertrauensvolles Gespräch, das für eine gemeinsame Entscheidungsfindung jedoch fundamental ist (Larsson et al., 2011, S. 579 f.; Scheffer et al., 2022, S. 1019). Die vollen Stationen sind besonders problematisch, da dort durch die hohe Patientendichte und den kontinuierlichen Schichtbetrieb immer Zeitdruck herrscht (Frosch et al., 2012, S. 1033). In solchen Situationen sind vertrauliche Rückzugsorte und -gespräche kaum möglich, was die Umsetzung von SDM erschwert (Bakker et al., 2024, S. 4).

Systemische Faktoren sind von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung von SDM. Organisatorische Effizienz- und Leistungsziele können Spannungen erzeugen, da zeitintensive Gespräche zur gemeinsamen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag häufig schwer in bestehende Abläufe integrierbar sind (Munro et al. 2019, S. 2). In der Onkologie beispielsweise hat die Einhaltung strenger Fristen zum Therapiebeginn oft Vorrang vor ausführlichen Patientengesprächen über mögliche Behandlungsoptionen (Siminoff et al., 2000, S. 33). Deshalb ist es auch so wichtig, dass ein eindeutiges organisatorisches Bekenntnis für SDM vorliegt, um eine nachhaltige Implementierung zu erreichen (Munro et al., 2019, S. 2).

4.1.2 Organisatorische Barrieren

Auf organisatorischer Ebene erschweren eine Vielzahl von Hindernissen die nachhaltige Umsetzung von SDM. Ein zentraler Punkt sind die ökonomischen Rahmenbedingungen, insbesondere die Finanzierungs- und Vergütungssysteme. Studien zeigen, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung in vielen Ländern nicht bzw. nur unzureichend vergütet wird, sodass es sich aus finanzieller Sicht mehr lohnen würde, wenn Kliniken und Ärzt:innen eher viele lukrative Behandlungen durchführen, anstatt zeitintensive Entscheidungsprozesse zu fördern (Hofstede et al., 2013, S. 7 f.; Scholl et al., 2020, S. 4). Dadurch entstehen jedoch Fehlanreize, die SDM in der Praxis unattraktiv machen. Die fehlende Transparenz in Bezug auf die Behandlungskosten ist erschwerend für die Implementierung von SDM, da Patient:innen finanzielle Aspekte

nicht ausreichend in ihre Entscheidungen einbeziehen können (Hofstede et al., 2013, S. 7).

Neben ökonomischen Faktoren sind auch Zeitdruck und Ressourcenknappheit von großer Bedeutung. Obwohl SDM nicht zwangsläufig zu längeren Beratungen führen muss, empfinden viele Fachkräfte es dennoch als zeitaufwendig und schwierig, ihn in den klinischen Alltag zu integrieren (Dimopoulos-Bick et al., 2019, S. 495; Frerichs et al., 2016, S. 7 f.). Diese Wahrnehmung, zusammen mit einer hohen Arbeitsbelastung und strukturellen Einschränkungen, trägt dazu bei, dass SDM nicht erfolgreich und konsequent etabliert wird. Insbesondere Zeitmangel, ökonomischer Druck, hierarchische Strukturen und eine unzureichende interdisziplinäre Kommunikation werden als wesentliche Barrieren für die gemeinsame Entscheidungsfindung erlebt. Diese logistischen und administrativen Faktoren erschweren die nachhaltige Umsetzung von SDM (Frerichs et al., 2016, S. 7).

Die Organisationskultur stellt eine weitere Barriere dar. SDM wird oft nur auf der Grundlage von Leitbildern oder Projektinitiativen behandelt, ohne dass konkrete Ressourcen oder Strategien für die Umsetzung zur Verfügung stehen (Scholl et al., 2020, S. 6). Für eine erfolgreiche Implementierung sind jedoch eine eindeutige Unterstützung durch Führungskräfte und eine Kultur erforderlich, die Patientenwerte und Lebensqualität als Fundament sehen (Ankolekar et al., 2021, S. 7 ff.; Scholl et al., 2020, S. 4). Die Implementierung von SDM wird deshalb von vielen Organisationen auch als kultureller Wandel wahrgenommen, weil etablierte Routinen aufgebrochen und verändert werden müssen (Ankolekar et al., 2021, S. 7 f.). In traditionellen, hierarchisch geprägten Krankenhäusern sind die Rollen klar verteilt, denn die Entscheidungsgewalt liegt oft ausschließlich bei den Ärzt:innen und die Patient:innen nehmen eher eine passive Rolle ein und akzeptieren die Entscheidung. Dieses Modell wird jedoch von SDM angezweifelt, da es bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung darum geht, die Patient:innen aktiv in den Prozess einzubinden (Hofstede et al., 2013, S. 9). Außerdem ist dabei der Fokus, ihre Präferenzen ebenso zu berücksichtigen, wie die fachliche Expertise der Ärzt:innen. Zudem ruft die Abkehr vom paternalistischen Modell bei vielen Ärzt:innen Widerstände hervor, unter anderem aus Sorge, Autorität zu verlieren oder Entscheidungsprozesse zu verlangsamen (Ankolekar et al., 2021, S. 7 f.).

Darüber hinaus ist die Kommunikation und Koordination in multidisziplinären Teams herausfordernd. In komplexe klinische Situationen werden verschiedene Fachrichtungen in Entscheidungsprozesse eingebunden. Die Fachrichtungen bringen jeweils ihre eigenen Perspektiven und Behandlungsmöglichkeiten ein und führen oft dazu, dass Patient:innen mit inkonsistenten Informationen konfrontiert werden (Hofstede et al., 2013, S. 6 f.). Dadurch fällt es ihnen schwerer, Entscheidungen zu treffen, und kann auch das Vertrauen der Patient:innen in die beteiligten Ärzt:innen beeinträchtigen. Auch die Präferenzen von Patient:innen werden in interdisziplinären Fallbesprechungen häufig unzureichend berücksichtigt, da sie meist ohne Anwesenheit der Patient:innen stattfinden. In diesen Besprechungen werden oft schon konkrete Therapieentscheidungen getroffen und nicht nur Empfehlungen (Frerichs et al., 2016, S. 7). Diese Vorgehensweise steht jedoch im klaren Widerspruch zum Grundgedanken von SDM, weil die Entscheidung nicht gemeinsam, sondern innerhalb des Behandlungsteams getroffen wird (ebd., S. 9 f.; Hofstede et al., 2013, S. 9).

Unzureichende Prozesse und eine fehlende Infrastruktur erschweren ebenfalls die Integration von SDM in die Klinikabläufe. Zur Effizienzsteigerung und Vereinheitlichung nutzen viele Krankenhäuser standardisierte Patientenpfade, also festgelegte Behandlungsschemata. Diese sind zwar unterstützend für die Prozessqualität, lassen dadurch aber kaum Raum für individuelle Abweichungen. Das ist auch einer der Gründe, warum die Präferenzen der Patient:innen häufig in den Hintergrund geraten (van Veenendaal et al., 2018, S. 2099; Scholl et al., 2020, S. 4). Selbst technische Systeme wie elektronische Patientenakten, also digitale Systeme zur Dokumentation und Verwaltung medizinischer Daten, haben bisher nur einen geringen Einfluss auf die Förderung von SDM. Obwohl Entscheidungshilfen teilweise in diese Systeme integriert sind, bestehen sie oft nur aus einfachen Dokumentationsfeldern oder Checklisten. Diese oberflächlichen Lösungen fördern den Entscheidungsprozess nicht, sondern werden vom Personal oft als zusätzliche Belastung empfunden (Scholl et al., 2020, S. 5 f.).

Es kann also festgehalten werden, dass organisatorische Barrieren ein komplexes Geflecht bilden. Um SDM nachhaltig zu verankern, sind weitreichende Veränderungen auf institutioneller Ebene notwendig, die sowohl strukturelle Rahmenbedingungen als auch die Organisationskultur einbeziehen (Danner et al., 2020, S. 6).

4.1.3 Berufskulturelle Barrieren

Neben strukturellen und organisatorischen Barrieren wird die Umsetzung von SDM in der Praxis auch durch berufskulturelle Rahmenbedingungen beeinflusst. Wesentlich sind dabei die Selbstwahrnehmung der einzelnen Berufsgruppen, ihre Alltagsroutinen in der Klinik und die Art der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese kann entweder eine gemeinsame Entscheidungsfindung und die Implementierung des Modells SDM erleichtern oder durch bestehende Machtstrukturen eingeschränkt bleiben (Plantinga et al., 2024, S. 4659 f.).

Ein wiederkehrendes Muster ist die ungleiche Rollenverteilung zwischen Ärzt:innen und Pflegepersonal. Die Pflegekräfte beschreiben ihre eigene Funktion überwiegend als unterstützend oder vermittelnd, während sie sich in Bezug auf Entscheidungen weniger involviert und berücksichtigt fühlen (ebd., S. 4659 ff.). Auch in geriatrisch-onkologischen Versorgungsbereichen spiegelt sich diese Wahrnehmung wider, da dort die Entscheidungsmacht überwiegend bei den Ärzt:innen verbleibt und pflegerische Beiträge eher eine begleitende Funktion erfüllen. Zudem kommt es zu einer interprofessionellen Dynamik, in der Pflegekräfte eine Art „Übersetzer:innenrolle“ einnehmen, indem sie ärztliche Informationen für Patient:innen aufbereiten (Arends et al., 2022, S. 2888 f., Spinnewijn et al., 2020, S. 5 ff.). Währenddessen sehen sich die Ärzt:innen hingegen als die Hauptentscheidenden. Dadurch geraten Patientenpräferenzen leicht in den Hintergrund, da die Gesprächsführung asymmetrisch strukturiert ist, das heißt, die ärztliche Seite dominiert stark (Spinnewijn et al., 2020, S. 7). Dieses Ungleichgewicht zeigt sich besonders deutlich in interdisziplinären Fallbesprechungen, in denen Therapiepfade oft schon teamintern vorstrukturiert werden. Deshalb ist es auch nur eingeschränkt möglich, die Präferenzen der Patient:innen einzubringen (Frerichs et al., 2016, S. 8 f.).

Eine weitere Barriere ist, dass paternalistische Haltungen noch immer vorherrschend sind. Es besteht die Auffassung, dass Ärzt:innen ihre Patient:innen nicht als ausreichend kompetent wahrnehmen bzw. betrachten, um selbstständig komplexe Informationen und Risiken abzuwägen. Infolgedessen verbleibt die Entscheidungsverantwortung häufig bei den Ärzt:innen und das, obwohl theoretisch die Möglichkeit zur Partizipation gegeben ist und auch gefördert werden sollte (Torres-Castano et al., 2024, S. 6 ff.). Dieses Muster zeigt sich insbesondere im Bereich der Akutmedizin, denn da wird SDM oft als Risiko für den Verlust von Autorität und Kontrolle gesehen, was

dazu führt, dass Ärzt:innen zögern, die Verantwortung zu teilen oder Entscheidungen offen zu diskutieren (Schoenfeld et al., 2019, S. 350 f.). Dies führt zu einer Festigung der hierarchischen Gesprächsführung, in der Optionen lediglich präsentiert werden und die ärztlichen Präferenzen dominieren, während die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patient:innen in den Hintergrund gedrängt wird (ebd. S. 352 f.).

Das Verständnis von SDM spielt eine große Rolle, da es das Fundament einer modernen, patientenorientierten Gesundheitsversorgung widerspiegelt. Innerhalb der Ärzteschaft gibt es jedoch kein einheitliches Verständnis von SDM. Eine Studie hat aufgezeigt, dass einige Ärzt:innen SDM nur als erweiterte Aufklärung im Sinne von informed decision-making betrachten. Andere wiederum sehen es als partnerschaftlichen Prozess, in den Patient:innen auch aktiv mit einbezogen werden (Moleman et al., 2020, S. 927 f.). Diese verschiedenen Auffassungen haben direkte Auswirkungen auf die Praxis, denn wird SDM lediglich als Informationspflicht verstanden, bleibt das Gespräch einseitig. Wird es hingegen als Partnerschaft betrachtet, erfolgt eine gemeinsame Diskussion über Ziele, Risiken und Präferenzen. Dies führt zu einer deutlich höheren Partizipation der Patient:innen und steigert gleichzeitig die Patientenzufriedenheit (ebd., S. 928).

Solche Unterschiede werden auch im stationären Alltag sichtbar. Ärzt:innen, Pflegekräfte und Physician Assistants haben teils unterschiedliche Vorstellungen davon, wie SDM gestaltet sein sollte. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es bislang kaum verbindliche Ausbildungsinhalte zu SDM gibt. Dadurch herrscht in der Praxis eine große Uneinheitlichkeit, wie das Modell umgesetzt wird, und im Klinikalltag führt dies zu parallelen Herangehensweisen, die nicht immer aufeinander abgestimmt sind (Bakker et al., 2024, S. 4 ff.). Dies bedeutet für die Patient:innen, dass ihre Beteiligung davon abhängt, mit welcher Profession sie in Interaktion treten, was zu einer Inkonsistenz im Verlauf der gesamten Behandlung führt (ebd., S. 6 f.).

Dies resultiert in einem komplexen Zusammenspiel aus hierarchischen Rollenbildern, paternalistischen Einstellungen und divergierenden Professionsnormen, welches die systematische Integration und stabile Verankerung von SDM behindert (Plantinga et al., 2024, S. 4663 ff.; Schoenfeld et al., 2019, S. 352f.).

4.1.4 Patient:innenbezogene Barrieren

Als weitere relevante Barriere für die Umsetzung von SDM sind auch die patient:innenbezogenen Faktoren zu nennen. Sie beinhalten die individuellen Kompetenzen, Haltungen und Erfahrungen der Patient:innen, die ihre Partizipation an Entscheidungen beeinflussen.

Ein entscheidender patient:innenbezogener Aspekt ist die Gesundheitskompetenz, denn diese schließt neben dem Verstehen medizinischer Informationen auch die Fähigkeit ein, diese kritisch zu bewerten und für eigene Entscheidungen zu verwenden. Patient:innen, deren Gesundheitskompetenz gering ist, fällt es oft schwer, die Risiken und den Nutzen der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten miteinander zu vergleichen. Dies führt dazu, dass sie die Entscheidungsmacht an die Ärzt:innen abgeben, um Fehler zu vermeiden (Roodbeen et al., 2020, S. 2 f.; Keij et al., 2021, S. 573 f.). Eine qualitative Untersuchung zeigte, dass Patient:innen mit geringer Gesundheitskompetenz Schwierigkeiten hatten, Informationen über Behandlungsoptionen einzuordnen. Dies führt zu einer schnelleren Verunsicherung und einem Rückzug aus Entscheidungsprozessen (Roodbeen et al., 2020, S. 5 f.). Außerdem haben sie oft das Gefühl, dass Ärzt:innen mit ihrem Wissen und ihrer medizinischen Ausbildung die bessere Entscheidung treffen würden (Keij et al., 2021, S. 573). In einer Studie mit Patient:innen aus ländlichen australischen Gebieten wird ein weiterer Grund erläutert, und zwar verstehen viele Patient:innen die komplexen Materialien und digitalen Entscheidungshilfen nicht und verwenden sie somit auch nicht. Dadurch wurden die Entscheidungen den Ärzt:innen überlassen, anstatt gemeinsam zu einer Entscheidung zu kommen (Gray et al., 2025, S. 5 f.).

Auch die emotionale Belastung hat einen erheblichen Einfluss auf die Partizipation. In kritischen Situationen, wie in Notfällen oder Krisen, erschweren Stress, Angst und akute Schmerzen eine aktive Beteiligung von Patient:innen. Viele berichten, dass sie in derartigen Situationen Schwierigkeiten haben, rational zu bleiben, Informationen zu verarbeiten und dabei ihre Präferenzen klar zu formulieren. Dies führt häufig zu einer geringen Beteiligung am Entscheidungsprozess (Schoenfeld et al., 2018, S. 721 f.). In den meisten Fällen warten die Patientinnen darauf, dass sie ausdrücklich von den Ärzt:innen einbezogen werden, und stellen selbst keine Fragen. Damit wird ihre Mitwirkung im Entscheidungsprozess stark eingeschränkt und das, obwohl grundsätzlich das Interesse an Partizipation besteht (ebd., 2018, S. 723 f.).

Kulturelle und sprachliche Aspekte werden in verschiedenen empirischen Studien als wesentliche Hindernisse für SDM angesehen, da sie die aktive Beteiligung der Patient:innen direkt beeinflussen (Ahmad et al., 2021, S. 83 f.). Patient:innen mit Migrationshintergrund oder geringen Sprachkenntnissen berichten, dass sie häufig Unsicherheiten hinsichtlich der Formulierung von Fragen oder der Äußerung ihrer Präferenzen verspüren. Als Gründe hierfür werden die Befürchtung von Missverständnissen und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, angegeben. Zudem ist festzustellen, dass in vielen kulturellen Kontexten die ärztliche Autorität sehr hoch bewertet wird. Denn Ärzt:innen werden als Expert:innen betrachtet, deren Entscheidungen nicht hinterfragt werden sollten. Dies resultiert in einer passiven Rolle der Patient:innen (ebd., S. 84 f.). In bestimmten kulturellen Kontexten, wie beispielsweise in Malawi, tritt dieses Phänomen deutlich in Erscheinung. Dort ist es gängige Praxis, Entscheidungen im medizinischen Bereich als alleinige Verantwortung der Ärzt:innen zu betrachten. Die Patient:innen fokussieren sich in erster Linie auf die Befolgung ärztlicher Anweisungen und nicht darauf, bestimmte Alternativen zu erörtern und zu diskutieren (Makwero et al., 2022, S. 4 f.). In einer Studie äußern sich Patient:innen zu dieser Thematik und unterstreichen ihren Standpunkt, dass es nicht ihre Aufgabe sei, Therapieentscheidungen mitzutragen. Diese Denkweise steht im Widerspruch zu den Prinzipien von SDM und impliziert, dass trotz des vorhandenen Informationsangebots die Partizipation der Patient:innen nur in geringem Maße erfolgt (ebd. S. 5 ff.).

Darüber hinaus spielt die Bereitschaft der Patient:innen, auch aktiv mitzuwirken, eine signifikante Rolle. Studien haben ergeben, dass Patient:innen in unterschiedlichem Ausmaß partizipieren möchten. Einige bevorzugen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe und andere Patient:innen überlassen die Verantwortung bewusst den Ärzt:innen (Keij et al., 2020, S. 572 f.). Diese Unterschiede sind eng mit individuellen Faktoren verknüpft. Patient:innen, die über ein höheres Bildungsniveau verfügen und jüngeren Alters sind, demonstrierten eine größere Sicherheit, während ältere oder weniger gebildete Patient:innen häufiger eine passive Rolle einnahmen (ebd., S. 574). Erfahrungen im Gesundheitssystem haben einen direkten Einfluss auf die Art und Weise, wie die Patient:innen handeln. Personen, die positiv in Entscheidungen einbezogen wurden, zeigen eine höhere Bereitschaft, auch weiterhin mitzuwirken. Im Endeffekt ist das Vertrauen in die Ärzt:innen entscheidend, denn wenn das

nicht gegeben ist, dann fühlen sich Patient:innen unsicher und lehnen SDM eher ab (Keij et al., 2020, S. 575).

Ein weiterer patient:innenbezogener Aspekt betrifft auch die verfügbare Zeit in der Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Patient:innen entwickeln mehr Vertrauen und teilen ihrem Gegenüber ihre Präferenzen offener mit, wenn ihnen im Gespräch ausreichend Zeit gegeben wird. Dies bewirkt eine höhere Entscheidungssicherheit und eine intensivere Beteiligung im Prozess der Entscheidungsfindung (Edwards et al., 2004, S. 351). Auch aus qualitativen Untersuchungen wird ersichtlich, dass Patient:innen den Zeitdruck in Gesprächen direkt wahrnehmen. Dadurch halten sich viele Patient:innen zurück, Fragen zu stellen oder eigene Anliegen zu äußern (Frosch et al., 2012, S. 1033). Eine solche Wahrnehmung von Zeitmangel bzw. Zeitdruck hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Atmosphäre des Gesprächs, sondern führt ebenfalls dazu, dass weniger Patient:innen bereit sind, sich in den Entscheidungsprozess einzubringen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass patient:innenbezogene Faktoren in ihrer Gesamtheit die konsequente Einbindung von Patient:innen erschweren. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine Förderung von SDM nicht allein durch strukturelle und organisatorische Maßnahmen erfolgen kann. Eine gezielte Befähigung und Unterstützung von Patient:innen ist erforderlich, um eine gleichberechtigte Umsetzung zu gewährleisten (Roodbeen et al., 2020, S. 5 ff.; Ahmad et al., 2021, S. 83 f.).

4.2 Strategien zur Überwindung der Barrieren

Durch die dargestellten Barrieren wird deutlich, dass Shared Decision Making (SDM) im Klinikalltag nicht nur durch rechtliche Vorgaben oder Leitlinien umgesetzt werden kann. Es sind gezielte Strategien notwendig, die sowohl auf der individuellen Ebene der Fachkräfte als auch auf der institutionellen Ebene der Organisationen ansetzen. Dies wird besonders deutlich, wenn die Rolle der Ärzt:innen betrachtet wird und dass sie nicht alle SDM praktizieren möchten oder können (Schoenfeld et al., 2019, S. 350 ff.; Plantinga et al., 2024, S. 4659 f.). Partizipative Entscheidungsprozesse werden in der Praxis nur eingeschränkt umgesetzt, was qualitative Untersuchungen auf fehlende

Fähigkeiten, fest etablierte Routinen oder auch eine widerwillige Haltung zurückführen (Moleman et al., 2020, S. 926 f.). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine nachhaltige Implementierung von SDM nicht ohne strukturierte Unterstützung und Veränderungsmaßnahmen möglich ist. Dass mittlerweile qualitative Studien zur Effektivität von Maßnahmen zu SDM durchgeführt werden, unterstreicht, wie solche Strategien immer mehr in den Mittelpunkt rücken. Auch in Deutschland wurde ein randomisiertes kontrolliertes Studiendesign entwickelt, um den Effekt von Face-to-Face im Vergleich zu webbasierten Trainings zur Förderung von SDM-Kompetenzen bei Ärzt:innen zu untersuchen (Müller et al., 2019, S. 3 f.). Schon die Planung dieser Studie zeigt, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen als zentrale Ansatzpunkte angesehen werden, um SDM nachhaltig in die klinische Routine zu integrieren.

Im Folgenden werden die wesentlichen Strategien, die in der Fachliteratur dokumentiert und erprobt werden, dargestellt. Dazu gehören die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die das Rollenverständnis und die kommunikativen Kompetenzen von Ärzt:innen stärken. Anschließend wird aufgezeigt, wie Entscheidungshilfen und digitale Tools in Entscheidungsprozesse eingebunden werden können, um Patient:innen zu unterstützen. Als letzter Punkt wird zudem die Notwendigkeit einer partizipativen Organisationskultur zur strukturellen Implementierung von SDM erörtert.

4.2.1 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Ein wesentliches Hindernis für die Implementierung von Shared Decision Making im Bereich der stationären Versorgung ist das Fehlen von Schulungs- und Kommunikationsfähigkeiten bei den medizinischen Fachkräften (Bakker et al., 2024, S. 4 ff.). Wie bereits erläutert, sind zahlreiche Ärzt:innen und Pflegekraft:innen im Umgang mit partizipativen Methoden unzureichend vorbereitet und dies führt dazu, dass in alte traditionelle Gewohnheiten zurückfallen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind deshalb eine wichtige Strategie, um Ärzt:innen und Pflegekräfte gezielt in den Fähigkeiten zu schulen, die für eine gemeinsame Entscheidungsfindung fundamental sind.

Ein Ansatz für ein Trainingsformat, der sich besonders anbietet, sind digitale Lernangebote, denn diese stellen einen niedrigschwelligen Zugang dar. Sie können zeitlich flexibel genutzt werden und benötigen im Vergleich zu anderen Optionen nur wenige Ressourcen, was sie für den Klinikalltag ansprechend macht.

In einer randomisierten Untersuchung wurde ein kompaktes E-Learning-Programm getestet, das darauf abzielte, Grundlagen der Risikokommunikation und des SDM zu vermitteln. Dies bezieht sich darauf, den Patient:innen die Wahrscheinlichkeiten und möglichen Konsequenzen einer Behandlung so zu erläutern, dass sie nachvollziehbar sind (Hoffmann et al., 2021, S. 1 f.). Die Teilnehmenden berichteten nach Programmabschluss von einem Zuwachs ihres Wissens und von einem größeren Vertrauen in ihre eigene Gesprächsführung. Damit wurden Unsicherheiten in der Kommunikation und fehlendes Selbstvertrauen gezielt verringert, zwei weit verbreitete Barrieren für die Implementierung von SDM seitens der Ärzt:innen (ebd., S. 3; Munro et al., 2019, S. 6). Die Fähigkeit, komplexe statistische Informationen oder Wahrscheinlichkeiten klar und verständlich zu vermitteln, blieb jedoch weitgehend unverändert. Dadurch wird unterstrichen, dass digitale Kurse zwar einen vielversprechenden Einstieg zur Förderung von Basiskompetenzen darstellen, aber für herausfordernde Aufgaben wie die transparente Risikokommunikation notwendig ist (Hoffmann et al., 2021, S. 3 f.).

Praxisnahe Ansätze mit direktem Feedback können diese Lücke effektiver schließen. Für ein multizentrisches Projekt wurden Ärzt:innen während realer Konsultationen gefilmt und diese Aufnahmen wurden danach gemeinsam analysiert (Geiger et al., 2017, S. 2333). Das Videofeedback führte zu einer messbaren Verbesserung der beobachteten Gesprächsabläufe. Vor allem beim Darstellen von Behandlungsoptionen und ebenfalls beim Einbeziehen von Patientenpräferenzen (ebd., S. 2336). Auch die Patient:innen gaben an, dass sie stärker in Entscheidungen einbezogen wurden. Dadurch erleben sie ihre Rolle weniger passiv und fühlten sich als aktiver Teil des Entscheidungsprozesses. Das zeigt, dass die Maßnahmen bzw. Effekte nicht nur auf Seiten der Ärzt:innen messbar waren, sondern auch von den Patient:innen direkt wahrgenommen wurden. Damit wird deutlich, dass praxisorientierte Formate einen positiven Einfluss auf die Gesprächsqualität aus professioneller Perspektive haben, aber auch zu einer verstärkten Patientenbeteiligung beitragen (ebd. S. 2331 ff.).

Darüber hinaus belegen Prä-Post-Studien, dass auch kurze interaktive Schulungsformate einen deutlichen Wissenszuwachs bewirken können. In Norwegen nahmen Gesundheitsfachkräfte an einem Projekt namens „Ready for SDM“ teil und das Modul umfasste ein bis zwei Stunden (Kienlin et al., 2020, S. 614 f.). Das Wissen der Teilnehmenden wurde anhand eines Fragebogens erfasst, der mehrere Items zu den Kern-

elementen von SDM beinhaltete. Dazu gehörten die Definition von SDM, die einzelnen Schritte der Gesprächs- und Entscheidungsprozesse und zusätzlich die Rolle der Patient:innen in Entscheidungsprozessen. Die Fragebögen wurden vor und nach den theoretischen Inputs und interaktiven Elementen wie Rollenspielen und Gruppendiskussionen abgefragt. Die Ergebnisse belegten, dass der Anteil richtiger Antworten je nach Item vor dem Training zwischen 25 % und 78 % lag und nach dem Training auf Werte zwischen 85 % und 95 % angestiegen ist. Dieser Unterschied war hochsignifikant ($p \leq 0,001$). Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der Wissenszuwachs zufällig entstanden ist und nicht durch das Modul, bei unter 0,1 % liegt (ebd., S. 610). Die Teilnehmenden äußerten zudem, dass die Inhalte verständlich und praxisnah waren. Dies deutet darauf hin, dass auch kurze Trainingsmodule geeignet sein können, um Gesundheitsfachkräfte effizient mit den Grundprinzipien von SDM vertraut zu machen. Deshalb stellen sie ein unterstützendes Element in einem umfassenderen Implementierungskonzept dar (ebd., S. 616).

Auch die Verknüpfung von Shared Decision Making mit evidenzbasierter Medizin (EBM) wird zunehmend wichtig. EBM basiert darauf, medizinische Entscheidungen auf wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Erfahrung und den Bedürfnissen der Patient:innen aufzubauen (Sackett et al., 1996, S. 71). So entsteht in Verbindung mit SDM ein Konzept, das es den Patient:innen ermöglicht, Informationen über die bestmögliche Behandlung zu erhalten und andererseits aktiv eigene Präferenzen einzubringen. Assistenzärzt:innen berichteten in qualitativen Interviews von einem verbesserten Verständnis für die alltägliche Anwendung durch ein kombiniertes EBM-SDM-Training (Simons et al., 2024, S. 6). Trotzdem seien Zeitdruck und hierarchische Strukturen einer der Gründe für die erschwerte Implementierung von SDM (ebd., S. 7). Die Unterstützung durch erfahrene Oberärzt:innen hatte hingegen einen positiven Effekt, da sie die Anwendung der gelernten Methoden erleichterte. Dies verdeutlicht, dass Trainingseinheiten, die EBM und SDM kombinieren und die organisatorischen Rahmenbedingungen berücksichtigen, Wissen und Haltung verändern können (ebd., S. 10).

Interprofessionelle Trainings sind für die stationäre Versorgung besonders wichtig, da Entscheidungen im Krankenhaus oft im Team getroffen werden. In einem Kurs, an dem Ärzt:innen, Pflegekräfte:innen und andere Gesundheitsfachkräfte teilgenommen haben, konnten Verbesserungen in Bezug auf das Wissen, die Haltung und praktische

Fertigkeiten festgestellt werden. Diese Verbesserungen wurden in realitätsnahen Prüfungen gemessen, den sogenannten Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs). Es handelt sich hierbei um standardisierte Tests mit simulierten Patient:innen, die typische Situationen realistisch nachstellen und so eine praxisnahe und vergleichbare Bewertung kommunikativer Fähigkeiten ermöglichen (Hsiao et al., 2022, S. 3289). Zusätzlich fand eine Evaluation des Trainings anhand spezifischer Messinstrumente statt. Ein Instrument, das herangezogen wurde, ist das OPTION-5-Tool (Observing Patient Involvement). Dies wird von externen Beobachter:innen genutzt, um zu evaluieren, ob Ärzt:innen den Patient:innen mehrere Behandlungsoptionen vorstellen, die Risiken und den Nutzen dieser Optionen erklären und die Präferenzen der Patient:innen erfragen. Der SDM-Q-Doc (Shared Decision Making Questionnaire – Doctor Version) war ein weiteres Instrument dieser Evaluation und ermöglichte es den Ärzt:innen, ihre eigene Gesprächsführung zu bewerten und anzugeben, in welchem Ausmaß sie SDM-Elemente umgesetzt haben. Nach der Schulung wiesen beide Messinstrumente signifikante Fortschritte im SDM-Verhalten der Teilnehmenden auf (ebd., S. 3290 f.). Die Ergebnisse zeigen, dass interprofessionelle Lernformate die individuellen Kompetenzen der Fachkräfte fördern und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen verbessern können. Da Entscheidungen in der stationären Versorgung oft in multidisziplinären Teams getroffen werden, scheint dieser Ansatz geeignet zu sein, um SDM in diesem Setting zu fördern (ebd., S. 3289 ff.).

4.2.2 Integration von Entscheidungshilfen und SDM-Tools

Der Einsatz strukturierter Entscheidungshilfen und SDM-Tools stellt eine weitere Möglichkeit dar, SDM voranzubringen. Mit diesem Begriff sind spezielle Hilfsmittel gemeint, die Patient:innen bei der Entscheidung für eine von mehreren medizinischen Optionen helfen. Die bereitgestellten Hilfen umfassen ein breiteres Spektrum als lediglich allgemeine Patienteninformation, da sie Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und deren Wahrscheinlichkeiten bieten, aber auch dabei helfen, persönliche Werte und Präferenzen zu klären (Elwyn et al., 2006, S. 1 f.).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) betont ebenfalls, dass Entscheidungshilfen ein wesentlicher Bestandteil qualitätsgesicherter Patienteninformation sind und sich von allgemeinen Gesundheitsinformationen durch ihren Fokus auf konkrete Entscheidungsprozesse unterscheiden (IQWiG, 2018, S. 44

f.). Um solche Hilfen in der Versorgung nutzen zu können, müssen Sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Dies umfasst Transparenz in Bezug auf die Offenlegung der Autorenschaft, der verwendeten Quellen und möglicher Interessenkonflikte (ebd., S. 46). Die Verständlichkeit ist ein weiteres Kriterium, welches beispielsweise durch verständliche Sprache, Visualisierung und die Darstellung von Zahlen in relativer und absoluter Form gefördert werden kann (ebd., S. 47). Des Weiteren ist eine fundierte Evidenzbasis erforderlich für Entscheidungshilfen. Diese muss auch auf wissenschaftlich geprüften, aktuellen und nachvollziehbaren Daten beruhen, da dies die Voraussetzungen für die Integration in die Versorgung darstellen (ebd., S. 68 f.). Das IQWiG verlangt zudem eine ausgewogene und nutzerorientierte Darstellung, in der die Vor- und Nachteile bzw. Risiken und Nutzen der verschiedenen Behandlungsoptionen neutral präsentiert und die individuellen Präferenzen der Patienten berücksichtigt werden (ebd., S. 70 f.).

In einer US-amerikanischen Studie wurde eine Entscheidungshilfe für Patientinnen mit Arthrose zur Auswahl einer Kniegelenkoperation verwendet (Ibrahim et al., 2017, S. 3 f.). Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bekamen ein ca. 40-minütiges Video über Operations- und Nicht-Operationsoptionen, während in der Kontrollgruppe lediglich eine Broschüre verteilt wurde. Nach einem Jahr zeigte sich ein signifikanter Unterschied, denn 14,9 % der Patient:innen in der Interventionsgruppe entschieden sich für einen Gelenkersatz und in der Kontrollgruppe waren es lediglich 7,7 %. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p = 0,04$), was bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis zufällig entstanden ist, nur 4 % beträgt. Das zeigt noch einmal, dass Entscheidungshilfen nicht nur die Informiertheit und das Wissen steigern, sondern auch reale Behandlungsentscheidungen beeinflussen und gleichzeitig bestehende Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung abbauen können (ebd. S. 5 f.).

Auch bei der Krebsfrüherkennung konnten Entscheidungshilfen ihre Effektivität unter Beweis stellen. In einer randomisierten Studie wurden Personen untersucht, die sich über eine Telefon-Hotline zur Raucherentwöhnung registriert hatten (Volk et al., 2020, S. 1 f.). Die Teilnehmenden bekamen entweder ein knapp zehnminütiges Video, das die Vor- und Nachteile des Lungenkrebscreenings erläuterte, oder das standardmäßige Informationsmaterial (ebd., S. 3). Das Ziel bestand darin, den Patient:innen die

Möglichkeit zu geben, eine informierte Entscheidung über ihre Teilnahme am Screening zu treffen, da dies sowohl die Chance auf eine frühzeitige Tumorerkennung als auch Risiken wie Überdiagnosen und nicht notwendige Behandlung mit sich bringt (ebd. S. 2 f.). Die Ergebnisse zeigen, dass die Patient:innen, die das Video gesehen hatten, besser informiert waren und auch ihre persönlichen Werte in Bezug auf Nutzen und Risiken klarer identifizieren und benennen konnten. Außerdem haben sie angegeben, dass ihre Entscheidungsunsicherheit im Vergleich zur Kontrollgruppe geringer war. Dies verdeutlicht, dass Entscheidungshilfen bei komplexen Präventionsentscheidungen dazu beitragen können, Informationen besser aufzubereiten und die aktive Beteiligung von Patienten zu fördern (ebd., S. 4 f.).

Die Optionen für Entscheidungshilfen beschränken sich jedoch nicht nur auf traditionelle Broschüren oder Videos. In Kanada wurde mit MyDiabetesPlan ein webbasiertes Tool entwickelt, das Menschen mit Typ-2-Diabetes bei der Festlegung von Zielen und der Therapieplanung unterstützt. In einer Cluster-RCT-Studie, an der mehrere interdisziplinäre Primärversorgungseinrichtungen teilgenommen haben, wurde geprüft, ob dieses digitale Hilfsmittel in den Praxisalltag integriert werden kann (Yu et al., 2021, S. 2 f.). Die Ergebnisse zeigten, dass die Nutzung grundsätzlich möglich war, die Umsetzung aber stark von Faktoren wie der technischen Ausstattung, den verfügbaren Zeitressourcen und auch der Motivation der beteiligten Fachkräfte abhängt. Die Entscheidungshilfe hat einen positiven Einfluss auf die Gestaltung der Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Die Gespräche waren individueller und Patient:innen wurden stärker in die Zielsetzung einbezogen, was die Kommunikation zwischen den Ärzt:innen und den Patient:innen erleichterte. Damit macht die Studie deutlich, dass digitale Entscheidungshilfen eine wertvolle Ergänzung darstellen können, wenn sie strukturell unterstützt und in bestehende Prozesse integriert werden (ebd., S. 6 f.).

Eine Untersuchung mit älteren Schlaganfallpatient:innen beschäftigte sich damit, welchen Einfluss eine Entscheidungshilfe auf den Entscheidungsprozess hat. Während die Vergleichsgruppe die übliche Informationsbroschüre erhalten hat, nutzte die Interventionsgruppe eine Entscheidungshilfe, die Informationen zu verschiedenen Entlassungsoptionen, deren Vor- und Nachteile und Fragen zur Klärung persönlicher Präferenzen enthielt (Aoki et al., 2024, S. 3 f.). Bei dem gemessenen Entscheidungskonflikt, also dem Ausmaß an Unsicherheit und Belastung bei der Wahl einer Option, wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt (ebd., S.

7). Dennoch berichteten die Patient:innen, die die Entscheidungshilfe in Anspruch genommen hatten, dass sie sich stärker in den Entscheidungsprozess eingebunden fühlten. Dies wurde durch die Control Preference Scale (CPS), die die Rolle von Patient:innen im Entscheidungsprozess erfasst, und eine visuelle Analogskala, die die wahrgenommene Beteiligung misst, ermittelt (ebd., S. 8). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Entscheidungshilfen auch dann vorteilhaft sein können, wenn sie Entscheidungsunsicherheiten nicht verringern. Sie fördern nämlich trotzdem die aktive Beteiligung von Patient:innen und dies ist ein zentrales Merkmal von SDM (Elwyn et al., 2006, S. 1).

Insgesamt wird deutlich, dass Entscheidungshilfen die Patient:innen bei einer aktivierenden Beteiligung im Entscheidungsprozess unterstützen können, auch wenn ihre Wirksamkeit vom jeweiligen Kontext und Setting abhängt (IQWiG, 2018, S. 44 f.; Aoki et al., 2024, S. 8).

4.2.3 Förderung einer partizipativen Organisationskultur

Um Shared Decision Making (SDM) über individuelle Trainingsmaßnahmen oder Entscheidungshilfen hinaus nachhaltig im Versorgungsalltag zu verankern, ist eine partizipative Organisationskultur erforderlich. Dies bezieht sich auf eine institutionelle Einstellung, in der die gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesse von Führungskräften, Fachkräften, Patient:innen und deren Angehörigen gefördert, unterstützt und aktiv begünstigt werden. Eine solche Kultur umfasst nicht nur individuelles Engagement, sondern auch klare organisatorische Rahmenbedingungen. Die Studie von Steffensen et al. betrachtet SDM in diesem Zusammenhang als einen Prozess des kulturellen Wandels, der nur erfolgreich ist, wenn Führungskräfte, klinische Teams und Strukturen gemeinsam koordiniert werden (Steffensen et al., 2023, S. 2 f.). Auch empirische Studien zeigen, dass die Umsetzung von SDM durch Fachkräfte erfolgreicher ist, wenn die Organisation eine deutliche Vision und Prioritäten definiert und eine offene Kultur schafft (Bakker et al., 2024, S. 3). Fehlende kulturelle Unterstützung, paternalistische Einstellungen und enge Strukturen können hingegen die Partizipation der Patient:innen stark einschränken (Torres-Castano et al., 2024, S. 5 f.).

Ein wesentlicher Bestandteil einer partizipativen Organisationskultur ist die aktive Unterstützung von Führungskräften. Ohne eine deutliche Verpflichtung der Leitungs-

ebene bleibt SDM oft lediglich ein Vorhaben bzw. ein Projekt von engagierten Einzelpersonen. Fachkräfte auf den Stationen geben an, dass die Umsetzung erleichtert wird, wenn SDM klar als Ziel formuliert ist und eine gemeinsame Vision für die Entscheidungsprozesse existiert. Ohne diese Aspekte können solche Initiativen schnell in den Hintergrund treten (Bakker et al., 2024, S. 3). Ebenfalls eine wichtige Rolle spielt die Struktur der Arbeitsabläufe, denn diese spiegelt die Einstellung der Organisation wider. Daher hat es auch Auswirkungen auf das Wesen der Entscheidungsfindung, ob Visiten unter anderem im Patient:innenzimmer gemeinsam oder erst ohne die Betroffenen vorbereitet werden (ebd., S. 3). Darüber hinaus belegen die Ergebnisse einer Implementierungsstudie im Bereich der Onkologie, dass eine wirksame Verankerung des SDM nur möglich ist, wenn es in Qualitätsmanagementsysteme (QMS) und Standardarbeitsprozesse (SOPs) integriert wird. Im Rahmen dieses Projekts beinhaltete dies die Überarbeitung von Dokumenten und die Analyse und Reflexion von Entscheidungsprozessen in Tumorkonferenzen und inwiefern Patient:innen tatsächlich einbezogen wurden (Scholl et al., 2021, S. 3). Gleichzeitig wurde offensichtlich, dass solche Maßnahmen durch begrenzte Ressourcen und mangelnde Unterstützung und Rückhalt durch die Leitungsebene nur begrenzte Wirkung aufweisen. Denn im Endeffekt nahmen nur 44 % der vorgesehenen Fachkräfte an den geplanten SDM-Schulungen teil. Dies zeigt, dass eine partizipative Organisationskultur nicht nur Werte und Ziele definiert, sondern auch durch Rückhalt der Führung und notwendige zeitliche, personelle und finanzielle Mittel gestützt werden muss, um SDM im Alltag umzusetzen (ebd., S. 10).

Eine partizipative Organisationskultur erfordert zudem eine offene Teamkultur mit einer transparenten Atmosphäre, die durch interdisziplinäre Zusammenarbeit gekennzeichnet ist (Plantinga et al., 2024, S. 4656; Torres-Castano et al., 2024, S. 5 f.). Pflegekräfte betonen in diesem Zusammenhang, dass sie als Vertreter:innen für Patient:innen und deren Familien agieren. In der Betreuung von Menschen mit Demenz bedeutet dies, nicht nur gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, sondern auch aktiv sicherzustellen, dass Angehörige systematisch einbezogen werden und ihre Perspektiven berücksichtigt werden (ebd., S. 4656 f.). Dabei wird deutlich, dass eine Kultur, die Partizipation ernsthaft fördert, ebenfalls Strukturen und Richtlinien benötigt, die die Beteiligung von Angehörigen garantieren und auch institutionell absichern (ebd. S. 4657

f.). Außerdem zeigen qualitativ erhobene Daten aus der Primärversorgung, dass paternalistische Einstellungen innerhalb von Teams eine wesentliche Hürde darstellen, denn wenn Ärzt:innen Entscheidungen „für“ und nicht „mit“ den Patienten treffen, wird SDM vernachlässigt. In einer virtuellen Praxisgemeinschaft, also einer digitalen Austauschplattform für Fachkräfte, berichtete die Mehrheit, dass kontinuierliches Lernen, interprofessioneller Austausch und Unterstützung durch die Führung entscheidend sind, um eine partizipative Haltung im Team zu etablieren (Torres-Castano et al., 2024, S. 5 f., 8).

Das in Dänemark entwickelte SDM:HOSP-Modell zeigt, wie eine partizipative Organisationskultur systematisch aufgebaut werden kann. SDM wird nicht als isolierte Maßnahme, sondern als ein kultureller Veränderungsprozess verstanden, der auf mehreren Ebenen gleichzeitig wirkt. Bestandteile des Konzepts sind Leadership-Trainings, die Führungskräfte auf ihre Rolle bei der Umsetzung von SDM vorbereiten, und Schulungen für Lehrende sowie Gesundheitsfachkräfte, die den direkten Patient:innenkontakt haben. Dies ist essentiell, um ihre Kompetenzen in Gesprächsführung, Risikokommunikation und im Einsatz von Entscheidungshilfen zu stärken. Außerdem spielt die Anpassung organisatorischer Prozesse ebenfalls eine wichtige Rolle, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu verinnerlichen. Mit diesem Ansatz sollte SDM nicht als zusätzliche Aufgabe, sondern als integraler Bestandteil der täglichen Praxis etabliert werden (Steffensen et al., 2023, S. 2 f.). Dass so ein mehrstufiger Ansatz erforderlich ist, belegen qualitative Erkenntnisse, denn strikte Strukturen wie zeitlich festgelegte Konsultationen oder leitlinienbedingte Prioritäten hindern oft die Partizipation von Patient:innen (Molemann et al., 2020, S. 926 ff.). Das SDM:HOSP-Modell geht auf diese Hindernisse ein, indem es Abläufe anpasst und Führungspersonen dazu befähigt, Spielräume für die gemeinsame Entscheidungsfindung zu schaffen. Eine partizipative Organisationskultur bedeutet somit nicht nur, Werte wie Partizipation hervorzuheben, sondern auch konkret die organisatorischen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass eine Patient:innenbeteiligung in der Praxis ermöglicht wird (Steffensen et al., 2023, S. 2 f.).

Tabelle 3: Übersicht der Kategorien mit Barrieren und Lösungsansätzen (eigene Darstellung)

Kategorie	Zentrale Barrieren	Lösungsansätze
Strukturell	Zeitmangel, fragmentierte Versorgung	Strukturierte Gespräche, feste Teams, klare Prozesse
Organisatorisch	Fehlanreize durch Vergütung, hohe Arbeitslast	Anpassung der Vergütung, Prozessoptimierung
Berufskulturell	Ärztliche Dominanz, paternalistische Haltung	Interprofessionelle Trainings, Kulturwandel
Patient:innenbezogen	Geringe Gesundheitskompetenz, Sprachbarrieren	Einfache Sprache, kultursensible Kommunikation

4.3 Beispiele aus der Praxis und Projekte

Die zuvor dargestellten Strategien zur Überwindung von Barrieren bei der Implementierung von Shared Decision Making (SDM) bilden die theoretische Grundlage für eine erfolgreiche Etablierung in der Versorgung. Zur Erläuterung der praktischen Relevanz werden im nächsten Abschnitt Projekte präsentiert, die verschiedene Ansätze zur Implementierung von SDM in der klinischen Praxis demonstrieren. Diese Beispiele stellen nicht nur dar, sondern bieten auch die Möglichkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit theoretische Strategien in der Praxis auch wirklich Wirkung zeigen. Im Fokus stehen das deutsche Innovationsfondsprojekt Shared Decision Making, das interne Programm der Asklepios Kliniken und das britische MAGIC-Projekt.

4.3.1 SHARE TO CARE

Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) wurde das Projekt „MAKING SDM A REALITY“ im Rahmen des Innovationsfonds durchgeführt. Ziel war es, Shared Decision Making (SDM) auf der Ebene ganzer Krankenhäuser flächendeckend zu implementieren und systematisch zu evaluieren. Das multimodulare SHARE TO CARE (S2C)-Programm bildete die Grundlage, mit dem Ziel, die strukturelle und kulturelle Verankerung von SDM in der klinischen Versorgung zu erreichen. Das Programm beinhaltete ein mehrstufiges Training für Ärzt:innen, die Entwicklung und Einführung von insgesamt 80 evidenzbasierten Online-Entscheidungshilfen, eine umfas-

sende Kampagne zur Patientenaktivierung sowie die Einbeziehung von Pflegepersonal, das teilweise zu sogenannten Decision-Coaches ausgebildet wurde, um sich somit zu qualifizieren (Geiger et al., 2023, S. 13 ff.).

Die Bewertung fand in 22 der 25 Kliniken des UKSH Kiel im Rahmen eines Prä-Post-Designs statt. Der Hauptfokus lag auf dem SDM-Level, der sowohl aus der Perspektive der Patient:innen mit der Perceived Involvement in Care Skala (PICS) als auch aus der Sicht der Beobachter:innen mithilfe des Instruments MAPPIN'SDM erfasst wurde (Franke et al., 2023, S. 26 ff.). Darüber hinaus wurden die Vorbereitung auf die Therapieentscheidungen (PrepDM) sowie die wahrgenommene Einbindung durch die Ärzt:innen (CollaboRATE) untersucht. Die gesundheitsökonomische Analyse basierte auf den Routinedaten der Techniker Krankenkasse und verglich die Entwicklung der Kosten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (Franke et al., 2023, S. 29 f.).

Die Resultate wiesen auf einen signifikanten Anstieg des SDM-Levels in Kliniken mit vollständiger Implementierung hin. Dieser Effekt war aus der Perspektive der Beobachter:innen ausgeprägter als aus der Perspektive der Patient:innen. Jedoch blieb er in beiden Perspektiven auch sechs bis 18 Monate nach Projektabschluss stabil (Franke et al., 2023, S. 34 ff.). Außerdem ergab die gesundheitsökonomische Analyse eine Reduktion der stationären Notfallanweisung um 13 % sowie signifikant geringere Krankenhauskosten im Jahresvergleich. Die durchschnittlichen Implementierungskosten beliefen sich auf 122 € pro Patient:in, während die Einsparung etwa 826 € pro Fall betrug. Dies entspricht einem Return on Investment (ROI) von rund 7 : 1. Der ROI ist eine Kennzahl zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen und dieser beschreibt das Verhältnis zwischen den eingesetzten Kosten und dem dadurch erzielten Nutzen bzw. auch den Einsparungen und ein ROI von 7:1 bedeutet, dass jeder investierte Euro durchschnittlich sieben Euro an Einsparungen generiert (Geiger et al., 2023, S. 35 f.).

Im Februar 2023 empfahl der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage dieser Ergebnisse die Integration in die Regelversorgung. Die Ergebnisse des Projekts wurden an zentrale Institutionen wie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Bundesärztekammer und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) weitergeleitet, um die entwickelten Entscheidungshilfen und Trainingskonzepte bundesweit verfügbar und nutzbar zu machen (Innovationsausschuss G-BA, 2023, S. 2 f.). Eine erste Umsetzung

fand bereits im Bundesland Bremen statt, wo das SHARE-TO-CARE-Programm in die hausarztzentrierte Versorgung integriert wurde. Darüber hinaus konnte am UKSH die Weiterführung durch einen Selektivvertrag gemäß § 140a SGB V in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse gesichert werden. Dadurch wurde SDM erstmals in Deutschland als verfügbare bzw. abrechnungsfähige Leistung in die Gesundheitsversorgung aufgenommen (Geiger et al., 2023, S. 42 ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass SHARE TO CARE die bisher umfassendsten empirischen Belege für eine erfolgreiche Implementierung von SDM in Deutschland liefert. Das Programm stellte sich nicht nur als praktikabel und effektiv heraus, sondern auch als kosteneffizient. Daher stellt dies auch ein Modell dar, das sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich richtungsweisend für die Weiterentwicklung einer patientenzentrierten Versorgung sein kann (Geiger et al., 2023, S. 41 f.).

4.3.2 Asklepios – „Mit Asklepios nach VORN“

Ein aktuelles Praxisbeispiel stellt das Projekt „Mit Asklepios nach VORN“ dar, das konzernweit eingeführt wird, um Patient:innen stärker in medizinische Entscheidungen einzubeziehen. Die VORN-Karte ist das zentrale Hilfsmittel, mit dem Patient:innen eine strukturierte Vorbereitung auf das Arztgespräch ermöglicht wird. „VORN“ ist eine Abkürzung für Vorteile, Option, Risiken und das Nichts-Tun. Sie bezieht sich auf die vier grundlegenden Dimensionen, die bei einer fundierten Entscheidung berücksichtigt werden sollten. Die Karte leitet Patientinnen dazu an, die Vorteile einer Behandlung, die verfügbaren Alternativen, mögliche Risiken sowie die Konsequenzen eines Nicht-Handelns systematisch zu reflektieren und in das Gespräch einzubringen (Asklepios, 2024a, o.S.; Asklepios, 2024b, o.S.; s. Anhang).

Im Rahmen des Projekts werden Patientinnen motiviert, ihre Präferenzen und Fragen zu den genannten Aspekten im Voraus festzuhalten. Das Ziel besteht darin, die Gespräche mit behandelnden Ärzt:innen transparenter, strukturierter und partizipativer zu gestalten. Vom 01.11.2015 bis zum 30.11.2025 wurde begleitend eine Schulungsphase durchgeführt. Parallel dazu folgte eine Analyse der Webseite. Im Zwischenbericht wird vermerkt, dass die „VORN-Webseite online seit dem 29.11.2025“ geringe Zugriffszahlen aufweist, und daraufhin wurde ein Ist- und Soll-Prozess erhoben und eine Verbesserung vorgenommen (Asklepios, 2025, o.S.; s. Anhang).

Erste Rückmeldungen aus der Implementierung zeigen, dass Patientinnen und Personal eine hohe Akzeptanz aufweisen und die Gesprächsführung verbessert wurde. Jedoch wurden auch Herausforderungen deutlich, wie etwa ein zusätzlicher Zeitaufwand im klinischen Alltag, die Notwendigkeit kontinuierlicher Schulungen und die bisher geringe Nutzung der begleitenden Webseite. Diese Aspekte verdeutlichen also, dass neben der Entwicklung von Entscheidungshilfen auch die nachhaltige Integration in Abläufe und digitale Systeme entscheidend ist (Asklepios, 2025, o.S.; s. Anhang).

Eine wissenschaftlich publizierte Evaluation des Projekts liegt bisher nicht vor. Die Ergebnisse sind nämlich im internen Zwischenbericht dokumentiert und somit als graue Literatur zuzuordnen. Die VORN-Karte selbst wurde jedoch veröffentlicht und ist für Patient:innen frei zugänglich, und das digital und vor Ort, was bedeutet, dass das Instrument bereits praktisch genutzt wird. Dennoch zeigt “Mit Asklepios nach VORN“, dass große Klinikträger eigenständig Instrumente entwickeln, um SDM im klinischen Alltag zu fördern und zu verankern (Asklepios, 2024a; Asklepios, 2024b; s. Anhang).

4.3.3 MAGIC

Auch international gibt es bedeutsame Praxisbeispiele. Essentiell ist das britische Projekt MAGIC – Making Good Decisions in Collaboration. Dies wurde von der Health Foundation zwischen 2010 und 2013 gefördert. Das Ziel war, SDM systematisch in der klinischen Routine zu etablieren und sowohl Patient:innen als auch Gesundheitsfachkräfte in die gemeinsame Entscheidungsfindung einzubeziehen (Joseph-Williams et al., 2017, S. 1 ff.).

Das Projekt wurde in den Pilotregionen Newcastle und Cardiff umgesetzt und kombinierte mehrere Maßnahmen. Dazu gehören unter anderem der Einsatz von Option Grids, also kurzen tabellarischen Entscheidungshilfen für den direkten Einsatz im Gespräch, begleitende Schulungen für Ärzt:innen, die Förderung einer patientenzentrierten Gesprächskultur und organisatorische Schritte zur nachhaltigen Etablierung von SDM. Außerdem stellen die Optionen die Vor- und Nachteile verschiedener Therapieoptionen in leicht verständlicher Sprache dar und sollten auch direkt im Gespräch genutzt werden (Elwyn et al., 2013, S. 208 ff.).

Die Evaluation ergab, dass die Akzeptanz unter Patient:innen hoch war. Bei den Ärztinnen gab es jedoch teilweise Bedenken hinsichtlich des Zeitaufwandes und der veränderten Gesprächsstrukturen. Nichtsdestotrotz konnte eine deutliche Verbesserung der Patienteneinbindung und ein Anstieg des Verständnisses für Therapieoptionen beobachtet werden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Verwendung von Entscheidungshilfen nicht zwangsläufig zu längeren Konsultationen führte, sondern die Gespräche strukturierter und effizienter gestaltet wurden (Elwyn et al., 2013, S. 210 f.; Joseph-Williams et al., 2017, S. 2 f.).

Das MAGIC-Projekt wird als eines der ersten groß angelegten internationalen Beispiele für die Umsetzung von SDM angesehen, weil es wesentliche methodische Grundlagen geschaffen hat. Die Option Grids verbreiteten sich global und finden heute in vielen Gesundheitssystemen Anwendung. Damit macht das Projekt deutlich, dass die erfolgreiche Implementierung von SDM nicht nur von einzelnen Maßnahmen, sondern von einem umfassenden Kulturwandel in der medizinischen Entscheidungsfindung abhängt (Joseph-Williams et al., 2017, S. 42 f.).

5 Diskussion

5.1 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine systematische Literaturschau durchgeführt, um zu untersuchen, welche Barrieren die Implementierung von Shared Decision Making in der stationären Versorgung erschweren und welche Strategien geeignet sind, diese zu überwinden. Grundlage der Diskussion sind die im vorherigen Kapitel dargestellten Ergebnisse, die auf einer Analyse aktueller internationaler und nationaler Studien basieren. Die Auswertung der Literatur hat gezeigt, dass sowohl strukturelle als auch organisatorische, berufskulturelle und patient:innenbezogene Einflussgrößen eine Rolle spielen. Außerdem wurden in der Literatur verschiedene Ansätze beschrieben, die dazu beitragen können, diese Hindernisse abzubauen und SDM in der klinischen Praxis stärker zu verankern.

Ein zentrales Hindernis ist der wahrgenommene Zeitmangel, denn viele Studien beschreiben, dass Fachkräfte SDM als zusätzliche Belastung empfinden und es daher oft nicht in die Routine integriert wird (Frosch et al., 2012, S. 1032; Scheffer et al., 2022, S. 1019; Seale et al., 2006, S. 2865). Empirische Untersuchungen zeigen, dass SDM

nicht zwangsläufig zu längeren Konsultationen führen muss und unter Umständen sogar effizienter sein kann (Siminoff et al., 2000, S. 33; Elwyn et al., 1999, S. 755). Diese Diskrepanz verdeutlicht, dass es weniger um tatsächliche Zeitressourcen und eher um Wahrnehmungen und die etablierten Routinen geht. Daraus lässt sich ableiten, dass Implementierungsmaßnahmen nicht nur organisatorische Rahmenbedingungen, sondern auch die Einstellungen von medizinischen Fachkräften betrachten sollten.

Eng verbunden mit dem Zeitdruck ist die Fragmentierung der Versorgung. Durch die wechselnden Behandlungsteams wird die Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung häufig unterbrochen, was den Aufbau von Vertrauen und die Umsetzung partizipativer Entscheidungsprozesse erheblich erschwert (Larsson et al., 2011, S. 579 f.; Ommen et al., 2008, S. 203). Diese Ergebnisse bestätigen Befunde internationaler Studien, die auch ähnliche Probleme in hoch arbeitsteiligen Gesundheitssystemen beschreiben (Entwistle et al., 2008, S. 367). Für den deutschen Kontext bedeutet dies, dass eine stärkere Kontinuität und klare Verantwortlichkeiten im Behandlungsprozess geschaffen werden müssen, damit SDM nicht an organisatorischen Barrieren scheitert.

Auf organisatorischer Ebene wird deutlich, dass ökonomische Rahmenbedingungen einen entscheidenden Einfluss haben. Vergütungssysteme, die vor allem auf Fallzahlen und lukrative Eingriffe ausgerichtet sind, schaffen Fehlanreize, anstatt zeitintensive Entscheidungsprozesse zu fördern (Hofstede et al., 2013, S. 7 f.; Scholl et al., 2020, S. 4). Eine rein technische Einführung von SDM reicht nicht aus, wenn kein begleitender Kulturwandel erfolgt, denn in hierarchisch geprägten Strukturen wird SDM häufig nur oberflächlich implementiert (Ankolekar et al., 2021, S. 7 f.; Scholl et al., 2020, S. 4). Dieses Spannungsfeld zwischen ökonomischem Druck und Veränderungen der Organisationskultur ist ein wiederkehrendes Muster in der Literatur und verweist auf die Notwendigkeit struktureller Reformen.

Auch die berufskulturellen Barrieren unterstreichen, dass ein traditionelles Rollenverständnis weiterhin fest verankert ist. Ärzt:innen behalten oft die Entscheidungsmacht, während Pflegekräfte eine eher vermittelnde Rolle einnehmen und Patient:innen oft noch immer lediglich passiv beteiligt sind (Plantinga et al., 2024, S. 4659 f.; Spinnewijn et al., 2020, S. 7). Außerdem besteht innerhalb der Ärzteschaft bzw. unter den medizinischen Fachkräften kein einheitliches Verständnis von SDM. Einige sehen dies als einen partnerschaftlichen Prozess und andere reduzieren es auf eine erweiterte Aufklärung der Patient:innen (Moleman et al., 2020, S. 927 f.).

Patient:innenbezogene Faktoren stellen eine erhebliche Herausforderung dar. Vor allem eine geringe Gesundheitskompetenz führt dazu, dass Betroffene Schwierigkeiten haben, Risiken und Nutzen medizinischer Optionen zu verstehen und ihre Präferenzen klar zu äußern (Roodbeen et al., 2020, S. 5 f.; Keij et al., 2021, S. 573 f.). Hinzu kommen emotionale Belastungen, kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren, die die Beteiligung zusätzlich erschweren (Schoenfeld et al., 2018, S. 721 f.; Ahmad et al., 2021, S. 83 f.; Makwero et al., 2022, S. 4 f.). Diese Ergebnisse unterstreichen, dass SDM nicht allein durch strukturelle Maßnahmen verbessert werden kann, sondern dass gezielte Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz und patientenzentrierter Kommunikation notwendig sind.

Die Analyse der Strategien verdeutlicht schließlich, dass nachhaltige Veränderungen nur dann möglich sind, wenn Maßnahmen auf mehreren Ebenen ineinandergreifen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen fördern die kommunikativen Fähigkeiten und das Rollenverständnis der Fachkräfte und können helfen, tief verankerte Rollenbilder zu hinterfragen. Insbesondere praxisnahe Formate wie ein gemeinsames Videofeedback oder kurze interaktive Trainings, auch als Team, haben sich als sehr wirksam erwiesen, um eine stärkere Einbindung der Patient:innen zu fördern (Geiger et al., 2017, S. 2333; Kienlin et al., 2020, S. 614 f.). Auch Entscheidungshilfen und digitale Tools können die Patient:innen bei der aktiven Beteiligung unterstützen, sofern diese qualitätsgesichert und evidenzbasiert sind. Dabei ist jedoch entscheidend, die Bedürfnisse der medizinischen Fachkräfte zu wahren, damit diese Maßnahmen nicht als Zusatzbelastungen wahrgenommen werden (IQWiG, 2018, S. 44 f.; Ibrahim et al., 2017, S. 3 f.; Volk et al., 2020, S. 2 f.). Schließlich zeigt sich, dass SDM nachhaltig etabliert werden kann, wenn es in Qualitätsmanagementsystem und Standardprozessen verankert ist (Scholl et al., 2021, S. 3; Steffensen et al., 2023, S. 2 f.).

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen die internationale Evidenz größtenteils, heben aber gleichzeitig die spezifischen Herausforderungen im deutschen Versorgungskontext hervor. Vor allem die Wechselwirkung zwischen strukturellen Schwächen, ökonomischen Fehlanreizen und kulturellen Widerständen erklärt, weshalb SDM trotz rechtlicher Verankerung bisher nur eingeschränkt umgesetzt wird.

5.2 Bedeutung für die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass SDM im deutschen Gesundheitssystem nicht nur ein kommunikatives Instrument zwischen Ärzt:innen und Patient:innen ist, sondern ein zentrales Qualitätsmerkmal der stationären Versorgung darstellt. SDM hat dabei eine doppelte Bedeutung, denn auf der einen Seite stärkt es das Selbstbestimmungsrecht der Patient:innen, das rechtlich durch das Patientenrechtegesetz und das Grundgesetz verankert ist (Bundesministerium der Justiz, 2013, S. 277 f.; Grundgesetz, 1949/2023, Art. 1, 2). Auf der anderen Seite trägt es unmittelbar zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei, indem es Fehl- und Überversorgung reduziert und die Patientensicherheit erhöht (Hess et al., 2016, S. 6; Scholl et al., 2021, S. 7 f.).

Die Einordnung anhand der Qualitätsdimensionen nach Donabedian (2005, S. 704 ff.) und des Institute of Medicine (IOM) (2001, S. 44 ff.) macht deutlich, dass SDM systematisch wirksam ist.

Auf Struktur-Ebene schafft die institutionelle Verankerung von Entscheidungshilfen, Fortbildungen und interprofessionellen Trainings langfristig stabile Rahmenbedingungen. SDM führt auf Prozessebene zu klaren Kommunikationsabläufen, besserer Risiko-Nutzen-Abwägung und einer stärkeren Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, was nachweislich die Zufriedenheit und Adhärenz der Patientinnen erhöht (Kennedy et al., 2002, S. 19 f.; Geiger et al., 2017, S. 2333). Zudem wirkt sich SDM positiv auf die Outcome-Ebene aus, indem es die Patientensicherheit, die Therapietreue und die langfristige Versorgungsqualität fördert (Scholl et al., 2021, S. 10 f.; Hess et al., 2026, S. 5). Damit wird deutlich, dass SDM in allen Qualitätsdimensionen ansetzt und einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten kann.

Die ökonomischen Implikationen stellen eine besonders relevante Bedeutung dar, denn es gibt Belege dafür, dass SDM nicht nur die Patientenzufriedenheit erhöht, sondern auch nachweisbare Kosteneffekte erzielen kann. Mit einem Return on Investment von 7:1 zeigte das Projekt SHARE TO CARE, dass die Implementierung von SDM langfristig Einsparungen durch die Vermeidung unnötiger Behandlungen und Krankenhausaufenthalte ermöglicht (Geiger et al., 2023, S. 35 f.). Diese Erkenntnisse sind essentiell, da sie belegen, dass Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit nicht im Widerspruch stehen müssen. Durch eine konsequente Integration von SDM können

sowohl Qualitäts- als auch Effizienzziele im deutschen Gesundheitssystem unterstützt werden.

Gleichzeitig wird deutlich, dass der rechtliche Rahmen allein nicht ausreicht, um eine nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten. Nationale Versorgungsleitlinien wie die NVL Depression oder die S3-Leitlinie Mammakarzinom fordern explizit SDM als Standard (NVL Unipolare Depression, 2022, S. 33 ff.; Leitlinienprogramm Onkologie, 2017, S. 34 f.) Dennoch bleibt die praktische Umsetzung weiterhin heterogen und ist stark von Ressourcen und gegenwärtigen Strukturen abhängig (Scheibler et al., 2023, S. 88 f.; Scholl et al., 2021, S. 7 ff.). Damit wird deutlich, dass zwischen regulatorischer Vorgabe und dem klinischen Alltag eine erhebliche Lücke besteht, und es weist auch auf die Notwendigkeit verbindlicher Steuerungsinstrumente, die über freiwillige Empfehlungen hinausgehen.

Ein weiteres wesentliches Ergebnis betrifft die Bedeutung von SDM für die Patientensicherheit. Durch eine transparente Kommunikation und die aktive Einbindung der Patient:innen können Missverständnisse, Fehlentscheidungen und unnötige Interventionen reduziert werden (Hess et al., 2016, S. 5 f.; Scheibler et al., 2023, S. 89 ff.). Vor allem in der stationären Versorgung, die durch hohe Komplexität, Multidisziplinarität und Zeitdruck geprägt ist, trägt SDM dazu bei, Risiken zu minimieren, die Versorgung auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen auszurichten und die Verlässlichkeit von Entscheidungsprozessen zu erhöhen.

Es lässt sich also festhalten, dass SDM im deutschen Gesundheitssystem eine fundamentale Rolle spielt, um rechtliche Ansprüche, Qualitätsanforderungen und ökonomische Ziele miteinander zu verbinden. Die Bedeutung für die Versorgung liegt dementsprechend nicht nur in der theoretischen Stärkung der Rechte der Patient:innen, sondern vor allem in der praktischen Verbesserung der Versorgungsprozesse und -ergebnisse. Die Herausforderung besteht also darin, die vorhandenen Erkenntnisse in eine flächendeckende und nachhaltige Umsetzung zu überführen. Durch geeignete Anreizsysteme, verbindliche Qualitätskriterien und eine stärkere Integration in die Versorgungsstrukturen kann dies erreicht werden.

5.3 Limitationen der Arbeit

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig, die methodischen Grenzen dieser Arbeit transparent und kritisch zu reflektieren. Ein erster zentraler Punkt betrifft das Forschungsdesign, denn es handelt sich um eine literaturbasierte Analyse und es wurden keine eigenen Primärdaten erhoben. Dies bedeutet, dass die Arbeit ausschließlich auf bereits publizierten Befunden beruht und die Aussagekraft daher von der Qualität und Validität der einbezogenen Studien abhängt. Auch wenn durch die Orientierung an etablierten Standards wie PRISMA eine hohe Nachvollziehbarkeit gewährleistet wurde, besteht die Möglichkeit, dass trotz systematischer Recherche relevante Ergebnisse nicht identifiziert wurden (Moher et al., 2009, S. 1 f.).

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der Heterogenität der Studienlage, denn die ausgewerteten Quellen unterscheiden sich in Bezug auf Studiendesign, Setting und Zielgruppe. Viele Studien stammen aus internationalen Kontexten, deren Ergebnisse nur eingeschränkt auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar sind (Munro et al., 2019, S. 11; Hofstede et al., 2013, S. 7). Diese Unterschiede im Gesundheitssystem, in den rechtlichen Rahmenbedingungen und in den Vergütungsmechanismen erschweren eine direkte Vergleichbarkeit. Dadurch besteht das Risiko, dass Schlussfolgerungen kontextabhängig sind und nicht immer für Deutschland verallgemeinert werden können.

Darüber hinaus ist die zeitliche Dimension der untersuchten Studien zu berücksichtigen. Ein Teil der eingeschlossenen Literatur bezieht sich nämlich auf kurzfristige Evaluationen von Implementierungsmaßnahmen und dabei werden langfristige Effekte auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und ökonomische Ergebnisse häufig nicht belegt (Franke et al., 2023, S. 34 f.; Hoffmann et al., 2021, S. 3). Dies schränkt die Aussagekraft über die Nachhaltigkeit der Strategien etwas ein und belegt die Stabilität der Ergebnisse über längere Zeiträume hinweg nur bedingt.

Ein methodisches Limit stellt außerdem die Nutzung von grauer Literatur dar. Zwar wurden interne Berichte, wie das Asklepios-Projekt „Mit Asklepios nach VORN“, berücksichtigt, um praxisrelevante Einblicke zu gewinnen, doch fehlt diesen Berichten die wissenschaftliche Qualitätssicherung durch Peer-Review (Asklepios 2025, o.S.; s. Anhang). In diesem Zusammenhang ist auch ein möglicher Publikationsbias zu berücksichtigen. Studien oder Projekte, deren Ergebnisse nicht veröffentlicht oder nur

schwer zugänglich sind, können in wissenschaftlichen Analysen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dadurch entsteht eine Verzerrung, da bestimmte praxisnahe Erfahrungen zwar bereits existieren, aber in der veröffentlichten Literatur nicht sichtbar werden. Ihre Ergebnisse sind daher vorsichtig zu interpretieren und eher als praxisnahe Ergänzung zu verstehen und nicht als belastbare Evidenz.

Darüber hinaus ist die Qualität der einbezogenen Literatur kritisch zu betrachten, da sich Studien zum Teil stark in ihrer methodischen Qualität und in der Detailtiefe ihrer Analysen unterscheiden. Kleinere qualitative Arbeiten, wie Interviewstudien, liefern wertvolle Einblicke in individuelle Erfahrungen und Sichtweisen, sind jedoch nur eingeschränkt übertragbar (Keij et al., 2021, S. 571 f. ; Roodbeen et al., 2020, S. 5 f.). Andere Studien sind im Gegensatz dazu breit angelegte quantitative Untersuchungen, die häufig Trainingsprogramme oder digitale Formate evaluieren und dabei auf standardisierte Befragungen oder Routinedaten zurückgreifen. Diese Arbeiten ermöglichen zwar eine breitere Erfassung, geben jedoch weniger konkrete Einblicke in die praktische Umsetzung von SDM (Geiger et al., 2017, S. 2333; Hoffmann et al., 2021, S. 3 f.). Diese Unterschiede erschweren den direkten Vergleich und führen dazu, dass die Ergebnisse je nach Studiendesign unterschiedlich belastbar sind.

Außerdem ist auch die Begriffsvielfalt und die unklare Abgrenzung von SDM zu berücksichtigen. In der Literatur wird SDM nicht einheitlich definiert und überschneidet sich unter anderem bzw. wird gleichgesetzt mit den Begriffen erweiterte Aufklärung oder informierte Entscheidung (Moleman et al., 2020, S. 927 f.). Dies führt dazu, dass in Publikationen nicht immer eindeutig ist, ob tatsächlich dasselbe Konzept gemeint ist und diese uneinheitlichen Definitionen können dazu führen, dass die Ergebnisse inhaltlich nicht immer vollständig vergleichbar sind.

Trotz dieser Einschränkungen weist die Arbeit zentrale Stärken auf, die ihre Aussagekraft unterstreichen. Besonders hervorzuheben ist die breite Literaturbasis, die verschiedene methodische Ansätze und Kontexte umfasst. Durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Studien, die messbare Effekte und Outcomes dokumentieren und die auf Interviews beruhen, entsteht ein differenziertes Bild. Vor allem die qualitativen Studien bieten einen wertvollen Einblick in die Sichtweisen von Ärzt:innen, Pflegekräften und Patient:innen. Diese Perspektiven verdeutlichen, dass Barrieren wie Zeitdruck, hierarchische Strukturen oder unklare Rollen nicht nur theoretisch beschrieben, sondern von den untersuchten Personengruppen im klinischen Alltag erlebt

werden. Damit wird sichtbar, dass die Umsetzung von SDM auch für die Handelnden und Behandelten selbst eine Herausforderung darstellt. Diese multiperspektivische Herangehensweise erhöht die Praxisrelevanz der Arbeit, da sich Maßnahmen zur Förderung von SDM so gezielter an den tatsächlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Ärztinnen orientieren können. Darüber hinaus unterstreicht die Arbeit die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Barrieren, denn es wird aufgezeigt, dass strukturelle Defizite wie Zeitmangel eng mit patient:innenbezogenen Faktoren wie geringer Gesundheitskompetenz verbunden sind und sich gegenseitig verstärken können. Dieses Zusammenspiel wird in vielen einzelnen Studien am Rande erwähnt, aber selten systematisch analysiert. Indem die Arbeit diese Zusammenhänge sichtbar macht, trägt sie zu einem tieferen Verständnis bei und bietet Ansatzpunkte für umfassendere Lösungsstrategien.

Die Einbeziehung aktueller Praxisprojekte verstärkt die Relevanz für den deutschen Kontext und die Arbeit bleibt somit nicht nur auf einer theoretischen Ebene, sondern zeigt, wie SDM bereits erprobt und umgesetzt wird. Auch die Aktualität der ausgewählten Literatur, die bis in die Jahre 2024/2025 reicht, spiegelt den aktuellen Forschungsstand wider und ist für Praxis, Politik und Wissenschaft von Bedeutung.

Im Großen und Ganzen lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit wertvolle Einblicke in Barrieren und Strategien zur Implementierung von SDM liefern. Ihre Stärken liegen insbesondere in der systematischen Methodik, der multiperspektivischen Betrachtung, der Analyse von Wechselwirkungen und der praxisnahen Einbettung in den deutschen Versorgungskontext. Diese Aspekte verleihen den Ergebnissen Belastbarkeit und Relevanz und machen sie zu einer fundierten Grundlage für weitere Forschung und praktische Implementierung.

5.4 Implikationen für Praxis und Forschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die erfolgreiche Implementierung von SDM im deutschen Versorgungskontext nicht durch einzelne Maßnahmen, sondern nur durch ein Zusammenspiel verschiedener Ebenen erreicht werden kann. Dar- aus ergeben sich mehrere konkrete Implikationen für die Praxis.

SDM muss in bestehende Strukturen integriert werden, um nachhaltig wirken zu können. Die Einbettung in Qualitätsmanagementsysteme und Standard Operating Procedures ist notwendig, damit SDM nicht als zusätzliches Projekt verstanden wird und vom individuellen Engagement der Fachkräfte abhängt, sondern institutionell verankert ist (Scholl et al., S. 3; Steffensen et al., 2023, S. 2f.).

Darüber hinaus zeigt die Analyse, dass die Kompetenzen der medizinischen Fachkräfte eine entscheidende Rolle spielen. Fort- und Weiterbildungen müssen nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern konkrete Kommunikationsfertigkeiten und den Umgang mit schwierigen Entscheidungssituationen fördern. Die Einbindung verschiedener Berufsgruppen ist dabei wichtig, um die unterschiedlichen Rollen zu berücksichtigen und die Zusammenarbeit im Team zu stärken. Trainingsformate, die praxisnah sind und Feedback ermöglichen, können zu einem Kulturwandel beitragen. Dabei ist wichtig, dass solche Angebote nicht einmalig, sondern kontinuierlich stattfinden, um die Nachhaltigkeit von SDM zu fördern (Geiger et al., 2017, S. 2333; Kienlin et al., 2020, S. 614 f.).

Ein weiteres Handlungsfeld betrifft die Patient:innen, denn die Arbeit hat gezeigt, dass eine geringe Gesundheitskompetenz eine zentrale Barriere darstellt. Für die Praxis bedeutet dies, dass SDM nur dann erfolgreich sein kann, wenn Patientinnen gezielt unterstützt werden. Dies erfordert verständliche Informationsmaterialien, kultursensible Ansätze und die systematische Förderung von Gesundheitskompetenzen. Dabei bieten Entscheidungshilfen und digitale Tools ein großes Potenzial, sie müssen jedoch qualitätsgesichert sein und in den Kommunikationsprozess eingebettet werden, um ihre Wirkung auch entfalten zu können (IQWiG, 2018, S. 44 f.; Volk et al., 2020, S. 2f.).

Außerdem ergeben sich auch Implikationen für die Forschung und Gesundheitspolitik. Da viele bisherige Studien auf kurzfristige Ergebnisse fokussieren, besteht ein erheblicher Bedarf an Langzeitstudien, die die Nachhaltigkeit von SDM-Maßnahmen belegen. Zudem sollte verstärkt untersucht werden, wie Kontextfaktoren wie die Unterschiede zwischen den Fachrichtungen, Variationen in der Arbeitsbelastung oder die Rolle interprofessioneller Teamstrukturen die Implementierung beeinflussen (Hoffmann et al., 2021, S. 3 ff.). Auch die Perspektive der Patient:innen verdient mehr Aufmerksamkeit, vor allem im Hinblick auf Gesundheitskompetenzen, Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede (Makwero et al., 2022, S. 4 f.).

Für die Gesundheitspolitik stellt sich die Frage, wie SDM nicht nur auf Ebene einzelner Kliniken, sondern im deutschen Gesundheitssystem verankert werden kann. Rechtliche Vorgaben und Leitlinien bilden eine wichtige Grundlage, reichen jedoch nicht aus, um eine flächendeckende Umsetzung zu sichern (Scheibler et al., 2023, S. 88 f.). Politische Entscheidungsträger:innen sollten prüfen, wie SDM in Anreizsystemen und Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden kann, um Fehlanreize abzubauen und eine stärkere Implementierung zu fördern.

Aufgrund dessen lässt sich festhalten, dass die Implikationen für Praxis und Forschung gleichermaßen zeigen, dass SDM nur dann erfolgreich sein kann, wenn es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird. Dies erfordert strukturelle Anpassungen, eine konsequente Förderung von Kompetenzen und die Entwicklung einer patientenzentrierten Kultur, die sich im Alltag der stationären Versorgung widerspiegelt. Damit wird SDM von einem theoretischen Anspruch zu einem praktisch wirksamen Bestandteil einer patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

6 Fazit

Die vorliegende Arbeit hat untersucht, welche Barrieren die Implementierung von SDM in der stationären Versorgung erschweren, und welche Strategien geeignet sind, diese Barrieren zu überwinden. Dabei wurde deutlich, dass die Umsetzung von SDM durch ein komplexes Zusammenspiel struktureller, organisatorischer, berufskultureller und patient:innenbezogener Faktoren behindert wird. Im Zentrum stehen der Zeitmangel, fragmentierte Behandlungsprozesse, ökonomische Fehlanreize, hierarchische Strukturen und geringe Gesundheitskompetenz. Diese Barrieren wirken nicht isoliert, sondern verstärken sich gegenseitig, sodass SDM trotz rechtlicher Verankerung bisher nur eingeschränkt umgesetzt wird.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass Strategien existieren, die dazu beitragen können, diese Barrieren abzubauen. Besonders bedeutsam sind kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die nicht nur Wissen, sondern auch kommunikative Kompetenzen und interprofessionelles Handeln fördern. Die Entwicklung qualitätsgesicherter Entscheidungshilfen und digitaler Tools ermöglicht den Patient:innen, aktiver an Entscheidungen teilzuhaben. Nachhaltig wirksam wird SDM jedoch nur dann, wenn es nicht als Zusatzaufgabe verstanden, sondern in Qualitätsmanagementsysteme, Leitlinien und Versorgungsprozesse integriert wird. Die derzeitige Evidenzlage zeigt

jedoch auch Grenzen, denn viele Studien evaluieren nur kurzfristige Effekte, während die Nachhaltigkeit von Implementierungsmaßnahmen unzureichend untersucht ist. Außerdem bleibt offen, wie sich Kontextfaktoren wie Fachrichtung oder Teamstrukturen konkret auf die Wirksamkeit auswirken. Trotz Forschungslücken bestätigt die Arbeit, dass SDM einen wesentlichen Beitrag zu Patientenzentrierung, Sicherheit und Versorgungsqualität leisten kann, wenn es konsequent umgesetzt wird.

Aus den Ergebnissen lassen sich sowohl wissenschaftliche als auch praktische Handlungsempfehlungen ableiten. Für die Forschung besteht die dringende Notwendigkeit, langfristige Studien durchzuführen, die die Stabilität von SDM-Maßnahmen über mehrere Jahre hinweg überprüfen. Für die Praxis ergibt sich, dass das SDM nicht auf freiwillige Einzelinitiativen reduziert werden darf. Es bedarf eher einer verbindlichen Verankerung in Routinen und einer Stärkung der Patient:innen durch verständliche Informationen, kultursensible Ansätze und eine gezielte Förderung von Gesundheitskompetenz. Werden medizinische Fachkräfte und Patient:innen gleichermaßen unterstützt, kann SDM zu einem zentralen Element einer sicheren, qualitativ hochwertigen und patientenzentrierten Versorgung werden. Damit gewinnt SDM auch eine hohe Public-Health-Relevanz, denn es verbindet medizinische Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit und trägt dazu bei, das deutsche Gesundheitssystem langfristig zukunftsfähig zu machen.

Literaturverzeichnis

- Ahmad, T., Hari, S., Cleary, D., & Yu, C. (2021). "I Had Nobody to Represent Me": How Perceptions of Diabetes Health-Care Providers' Age, Gender and Ethnicity Impact Shared Decision-Making in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 45(1), 78-88.e2. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.06.002>
- Ankolekar, A., Dahl Steffensen, K., Olling, K., Dekker, A., Wee, L., Roumen, C., Hansannejadasl, H., & Fijten, R. (2021). Practitioners' views on shared decision-making implementation: A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(11), e0259844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259844>
- Aoki, Y., Nakayama, K., & Yonekura, Y. (2024). A randomized controlled trial on the effects of decision aids for choosing discharge destinations of older stroke patients. *PLOS ONE*, 19(1), e0272115. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272115>
- Arends, S. A. M., Thodé, M., De Veer, A. J. E., Pasman, H. R. W., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2884–2893. <https://doi.org/10.1111/jan.15223>
- Bakker, J., Huntink, E. M., Peters, L. J., Brugman, I. M., Ubbink, D. T., & Schoonhoven, L. (2024). Factors influencing shared decision-making on hospital wards as perceived by healthcare professionals: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 81, 151892. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151892>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making—The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, Version 3.2*. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). https://register.awmf.org/assets/guidelines/nv1-005k_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hrsg.) (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20. Februar 2013. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013, Teil I Nr. 9, S. 277-282. Bonn: Bundesanzeiger Verlag. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=/*%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D
- Bundesrepublik Deutschland. (1988/2025). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten*. In: Bundesgesetzblatt Teil I, S. 2477, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. März 2025 (BGBl. I Nr. 94). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137f.html

- 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). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. London: The King's Fund. ISBN 9781857176247. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/making-shared-decision-making-reality>
- Danner, M., Geiger, F., Wehkamp, K., Rueffer, J. U., Kuch, C., Sundmacher, L., Skjelbakken, T., Rummer, A., Novelli, A., Debrouwere, M., & Scheibler, F. (2020). 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*, 10(10), e037575. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037575>
- Department of Health. (2012). *Liberating the NHS: No decision about me, without me – Government response*. London: Department of Health. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216980/Liberating-the-NHS-No-decision-about-me-without-me-Government-response.pdf
- Dimopoulos-Bick, T., Osten, R., Shipway, C., Trevena, L., & Hoffmann, T. (2019). Shared decision making implementation: A case study analysis to increase uptake in New South Wales. *Australian Health Review*, 43(5), 492–499. <https://doi.org/10.1071/AH18138>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3, Pt.2), 166-203. Reprinted in *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Edwards, A. (2004). Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*, 21(4), 347–354. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh402>
- Elwyn, G. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. *BMJ*, 333(7565), 417–0. <https://doi.org/10.1136/bmj.38926.629329.AE>
- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R., & Grol, R. (1999). Towards a feasible model for shared decision making: Focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 319(7212), 753–756. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.753>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Elwyn, G., Lloyd, A., Joseph-Williams, N., Cording, E., Thomson, R., Durand, M.-A., & Edwards, A. (2013). Option Grids: Shared decision making made easier. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.036>

- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 267(16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Entwistle, V., Prior, M., Skea, Z. C., & Francis, J. J. (2008). Involvement in treatment decision-making: Its meaning to people with diabetes and implications for conceptualisation. *Social Science & Medicine*, 66(2), 362-375. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.001>
- Franke, S., Coors, M., Kropp, S., Bock, T., Novelli, A., Schütting, W., & Sundmacher, L. (2023). *Evaluationsbericht: Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus (MAKING SDM A REALITY)* Förderkennzeichen 01NVF17009. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf
- Frerichs, W., Hahlweg, P., Müller, E., Adis, C., & Scholl, I. (2016). Shared Decision-Making in Oncology – A Qualitative Analysis of Healthcare Providers’ Views on Current Practice. *PLOS ONE*, 11(3), e0149789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149789>
- Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A. S., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian Physicians And Patients’ Fear Of Being Labeled ‘Difficult’ Among Key Obstacles To Shared Decision Making. *Health Affairs*, 31(5), 1030-1038. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0576>
- Geiger, F. (2023). *Ergebnisbericht: Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus (MAKING SDM A REALITY)*. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Förderkennzeichen: 01NVF17009. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf
- Geiger, F., Liethmann, K., Reitz, D., Galalae, R., & Kasper, J. (2017). Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making – Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2331-2338. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.022>
- Gray, H., Kittos, T., & Muscat, D. M. (2025). ‘It’s Putting All the Burden on the Patient’: A Qualitative Study of Health Literacy and Shared Decision-Making in Rural Australian Communities. *Australian Journal of Rural Health*, 33(4), e70084. <https://doi.org/10.1111/ajr.70084>
- Bundesrepublik Deutschland. (1949/2025). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2025 (BGBl. I Nr. 94)*. Bonn/Berlin: Bundesministerium der Justiz. https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html

- Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., & Hahn, S. (2024). Patients' and health professionals' perspectives regarding shared decision making in the psychiatric inpatient setting – A multiple qualitative case study. *PEC Innovation*, 5, 100352. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100352>
- Härter, M., Müller, H., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Bieber, C., & Eich, W. (2011). Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 105(4), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.002>
- Hess, E. P., Hollander, J. E., Schaffer, J. T., Kline, J. A., Torres, C. A., Diercks, D. B., Jones, R., Owen, K. P., Meisel, Z. F., Demers, M., Leblanc, A., Shah, N. D., Inselman, J., Herrin, J., Castaneda-Guarderas, A., & Montori, V. M. (2016). Shared decision making in patients with low risk chest pain: Prospective randomized pragmatic trial. *BMJ*, i6165. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6165>
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2nd ed). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Hoffmann, T. C., Del Mar, C., Santhirapala, R., & Freeman, A. (2021). Teaching clinicians shared decision making and risk communication online: An evaluation study. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26(5), 253–253. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111521>
- Hofstede, S. N., Marang-van De Mheen, P. J., Wentink, M. M., Stiggelbout, A. M., Vleggeert-Lankamp, C. L., Vliet Vlieland, T. P., Van Bodegom-Vos, L., & for the DISC study group. (2013). Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: A qualitative study. *Implementation Science*, 8(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-95>
- Hsiao, C.-Y., Wu, J.-C., Lin, P.-C., Yang, P.-Y., Liao, F., Guo, S.-L., & Hou, W.-H. (2022). Effectiveness of interprofessional shared decision-making training: A mixed-method study. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3287–3297. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.010>
- Ibrahim, S. A., Blum, M., Lee, G.-C., Mooar, P., Medvedeva, E., Collier, A., & Richardson, D. (2017). Effect of a Decision Aid on Access to Total Knee Replacement for Black Patients With Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 152(1), e164225. <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2016.4225>
- Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. (2023). *Beschluss zum abgeschlossenen Projekt MAKING SDM A REALITY (01NVF170009) vom 23. Februar 2023*. Berlin: G-BA https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/373/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY.pdf
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2018). *Konzept für ein nationales Gesundheitsportal. Konzeptentwurf P17-02, Version 2.0 (13.02.2018)*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln: IQWiG. https://www.iqwig.de/download/p17-02_konzept-fuer-ein-nationales-gesundheitsportal_konzeptentwurf_v2-0.pdf
- Johnson, J. A., Itiola, A. J., Rahman, S., Smith, C., Soprovich, A., Wozniak, L. A., & Marshall, D. A. (2025). Usability testing of an individualized decision aid for total knee arthroplasty. *PEC Innovation*, 7, 100421. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2025.100421>
- Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Edwards, A., Stobbart, L., Tomson, D., Macphail, S., Dodd, C., Brain, K., Elwyn, G., & Thomson, R. (2017). Implementing shared decision making in the NHS: Lessons from the MAGIC programme. *BMJ*, j1744. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1744>
- Keij, S. M., Van Duijn-Bakker, N., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2021). What makes a patient ready for Shared Decision Making? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 571–577. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.031>
- Kennedy, A., Sculpher, M., Coulter, A., Dwyer, N., Rees, M., Horsley, S., Cowley, D., Kidson, C., Kirwin, C., Naish, C., Bidgood, K., Cullimore, J., Kerr-Wilson, R., Abrams, K., & Stirrat, G. (2002). A multicentre randomised controlled trial assessing the costs and benefits of using structured information and analysis of women's Preferences in the Management of Menorrhagia. *Health Technology Assessment*, 7(8), 1-76. <https://doi.org/10.3310/hta7080>
- Kienlin, S., Nytrøen, K., Stacey, D., & Kasper, J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 610–621. <https://doi.org/10.1111/jep.13380>
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 575–582. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x>
- Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.). (2017). *Interdisziplinäre S-3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms* (Kurzversion 4.0, AWMF-Registernummer 032-045OL). Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. Verfügbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.0/LL_Mammakarzinom_Kurzversion_4.0.pdf
- Makwero, M., Muula, A. S., Anyanwu, F. C., & Igumbor, J. (2022). An insight into patients' perspectives on barriers affecting participation in shared decision making among patients with diabetes mellitus in Malawi. *BMC Primary Care*, 23(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01635-9>

- Miller, M. J., Allison, J. J., Coughlin, D. J., Ray, M. N., & Saag, K. G. (2014). A group-randomized trial of shared decision making for non-steroidal anti-inflammatory drug risk awareness: Primary results and lessons learned. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(5), 638–648. <https://doi.org/10.1111/jep.12193>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moleman, M., Regeer, B. J., & Schuitmaker-Warnaar, T. J. (2021). Shared decision-making and the nuances of clinical work: Concepts, barriers and opportunities for a dynamic model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 926–934. <https://doi.org/10.1111/jep.13507>
- Müller, N., Gschwendtner, K. M., Dwinger, S., Bergelt, C., Eich, W., Härter, M., & Bieber, C. (2019). Study protocol of a randomized controlled trial on two new dissemination strategies for a brief, shared-decision-making (SDM) training for oncologists: Web-based interactive SDM online-training versus individualized context-based SDM face-to-face training. *Trials*, 20(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3112-7>
- Munro, S., Manski, R., Donnelly, K. Z., Agusti, D., Stevens, G., Banach, M., Boardman, M. B., Brady, P., Bradt, C. C., Foster, T., Johnson, D. J., Norsigian, J., Nothnagle, M., Shepherd, H. L., Stern, L., Trevena, L., Elwyn, G., & Thompson, R. (2019). Investigation of factors influencing the implementation of two shared decision-making interventions in contraceptive care: A qualitative interview study among clinical and administrative staff. *Implementation Science*, 14(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0941-z>
- O'Connor, A. M., Llewellyn-Thomas, H. A., Sawka, C., Pinfold, S. P., To, T., & Harrison, D. E. (1997). Physicians' opinions about decision aids for patients considering systemic adjuvant therapy for axillary-node negative breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 30(2), 143–153. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(96\)00948-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(96)00948-2)
- O'Connor, A. M., Tugwell, P., Wells, G. A., Elmslie, T., Jolly, E., Hollingworth, G., McPherson, R., Bunn, H., Graham, I., & Drake, E. (1998). A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support framework and evaluation. *Patient Education and Counseling*, 33(3), 267–279. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00026-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00026-3)
- OECD & European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Ommen, O., Thuem, S., Pfaff, H., & Janssen, C. (2008). The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: A cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 255–260. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.016>

- Plantinga, A., Roodbol, P. F., Van Munster, B. C., & Finnema, E. J. (2024). Nurses' perspectives on shared decision-making in the daily care of hospitalized patients with dementia: An exploratory qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(11), 4654–4664. <https://doi.org/10.1111/jan.16107>
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., Van Den Muijsenbergh, M., Noordman, J., & Van Dulmen, S. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLOS ONE*, 15(6), e0234926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234926>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312 (7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. 1. Auflage, Berlin: KomPart. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung und dem AOK-Bundesverband. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775446063/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf?t=1734597384>
- Scheffer, M., Menting, J., Roodbeen, R., Van Dulmen, S., Van Hecke, M., Schlingemann, R., Van Nispen, R., & Boeije, H. (2022). Patients' and health professionals' views on shared decision-making in age-related macular degeneration care: A qualitative study. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 42(5), 1015–1022. <https://doi.org/10.1111/opo.13016>
- Scheibler, F., Geiger, F., Wehkamp, K., Danner, M., Debrouwere, M., Stolz-Klingenberg, C., Schuldt-Joswig, A., Sommer, C. G., Kopeleva, O., Bünzen, C., Wagner-Ullrich, C., Koch, G., Coors, M., Wehking, F., Clayman, M., Weymayr, C., Sundmacher, L., & Rüffer, J. U. (2024). Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany: A pre-post trial. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 29(2), 87–95. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112462>
- Schoenfeld, E. M., Goff, S. L., Downs, G., Wenger, R. J., Lindenauer, P. K., & Mazor, K. M. (2018). A Qualitative Analysis of Patients' Perceptions of Shared Decision Making in the Emergency Department: "Let Me Know I Have a Choice". *Academic Emergency Medicine*, 25(7), 716–727. <https://doi.org/10.1111/acem.13416>
- Schoenfeld, E. M., Goff, S. L., Elia, T. R., Khordipour, E. R., Poronsky, K. E., Nault, K. A., Lindenauer, P. K., & Mazor, K. M. (2019). Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: An exploratory analysis. *Emergency Medicine Journal*, 36(6), 346–354. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-208242>
- Scholl, I., Hahlweg, P., Lindig, A., Frerichs, W., Zill, J., Cords, H., Bokemeyer, C., Coym, A., Schmalfeldt, B., Smeets, R., Vollkommer, T., Witzel, I., Härter, M., & Kriston, L. (2021). Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: Results of a stepped wedge cluster randomized

- trial. *Implementation Science*, 16(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01174-4>
- Scholl, I., Kobrin, S., & Elwyn, G. (2020). “All about the money?” A qualitative interview study examining organizational- and system-level characteristics that promote or hinder shared decision-making in cancer care in the United States. *Implementation Science*, 15(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01042-7>
- Seale, C., Chaplin, R., Lelliott, P., & Quirk, A. (2006). Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: A qualitative study of psychiatrists’ experiences. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2861–2873. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.002>
- Siminoff, L. A., Ravdin, P., Colabianchi, N., & Sturm, C. M. S. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations*, 3(1), 26–36. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2000.00074.x>
- Simons, M., Fisher, G., Spanos, S., Zurynski, Y., Davidson, A., Stoodley, M., Rapport, F., & Ellis, L. A. (2024). Integrating training in evidence-based medicine and shared decision-making: A qualitative study of junior doctors and consultants. *BMC Medical Education*, 24(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05409-y>
- Siouta, E., Olsson, U., & Waldréus, N. (2023). Nurses’ perceptions of patient involvement in shared decision-making in cardiovascular care. *Heliyon*, 9(12), e22890. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22890>
- Spinnewijn, L., Aarts, J., Verschuur, S., Braat, D., Gerrits, T., & Scheele, F. (2020). Knowing what the patient wants: A hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*, 10(3), e032921. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032921>
- Steffensen, K. D., Hansen, D. G., Espersen, K., Lauth, S., Fosgrau, P., Pedersen, A. M., Groen, P. S., Sauvr, C., & Olling, K. (2023). “SDM:HOSP”- a generic model for hospital-based implementation of shared decision making. *PLOS ONE*, 18(1), e0280547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280547>
- Steffensen, K. D., Vinter, M., Crüger, D., Dankl, K., Coulter, A., Stuart, B., & Berry, L. L. (2018). Lessons in Integrating Shared Decision-Making Into Cancer Care. *Journal of Oncology Practice*, 14(4), 229–235. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00019>
- Torres-Castaño, A., Perestelo-Pérez, L., Koatz, D., Ramos-García, V., González-González, A. I., Toledo-Chávarri, A., Bermejo-Caja, C. J., Gonzalez-Pacheco, H., Abt-Sack, A., Pacheco-Huergo, V., & Orrego, C. (2024). Healthcare Professionals’ Perceptions about the Implementation of Shared Decision-Making in Primary Care: A Qualitative Study from a Virtual Community of Practice. *International Journal of Integrated Care*, 24, 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.6554>
- Van Veenendaal, H., Van Der Weijden, T., Ubbink, D. T., Stiggelbout, A. M., Van Mierlo, L. A., & Hilders, C. G. J. M. (2018). Accelerating implementation of shared

- decision-making in the Netherlands: An exploratory investigation. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2097–2104. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.021>
- Vodermaier, A., Caspari, C., Koehm, J., Kahlert, S., Ditsch, N., & Untch, M. (2009). Contextual factors in shared decision making: A randomised controlled trial in women with a strong suspicion of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 100(4), 590–597. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604916>
- Volk, R. J., Lowenstein, L. M., Leal, V. B., Escoto, K. H., Cantor, S. B., Munden, R. F., Rabius, V. A., Bailey, L., Cinciripini, P. M., Lin, H., Houston, A. J., Luckett, P. G., Esparza, A., Godoy, M. C., & Bevers, T. B. (2020). Effect of a Patient Decision Aid on Lung Cancer Screening Decision-Making by Persons Who Smoke: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(1), e1920362. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20362>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat* (A69/39, Provisional agenda item 16.1, 15 April 2016). Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva: WHO. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1%26ua=1
- Yu, C. H., Medleg, F., Choi, D., Spagnuolo, C. M., Pinnaduwa, L., Straus, S. E., Cantarutti, P., Chu, K., Frydrych, P., Hoang-Kim, A., Ivers, N., Kaplan, D., Leung, F.-H., Maxted, J., Rezmovitz, J., Sale, J., Sodhi, S., Stacey, D., & Telner, D. (2021). Integrating shared decision-making into primary care: Lessons learned from a multi-centre feasibility randomized controlled trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01673-w>

Anhang

Anhang A – VORN Karte (digital)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie mit dieser Karte bei Ihrer Entscheidung hinsichtlich der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen, denn manchmal fällt es nicht leicht, die richtigen Fragen zu stellen.

Vor einem ersten Gespräch sollten Sie sich daher überlegen **was Ihnen im Hinblick auf die geplante Behandlung wichtig ist** und **welches Ziel Sie mit der Behandlung erreichen möchten**.

Vielleicht möchten Sie auch die Perspektiven Ihrer Familie oder Freunde zu den jeweiligen Behandlungsoptionen in Betracht ziehen. Die unterschiedlichen Blickwinkel können Ihnen dabei helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen, die am besten zu Ihren persönlichen Bedürfnissen und Umständen passt.

Wenn Sie sich zunächst gegen eine Behandlung entscheiden sollten, heißt das nicht, dass Sie Ihre Meinung zu einem späteren Zeitpunkt nicht ändern können. Uns ist bewusst, dass sich sowohl Ihre persönlichen Umstände als auch Ihre Erkrankung verändern können.

Ihr Asklepios Team





Welche VORTEILE hat eine Behandlung für mich?

- Welche Erfolgchancen hat eine Behandlung in meinem speziellen Fall?
- Wie würde die Behandlung meine Lebensqualität verbessern?

Welche Behandlungs-OPTIONEN gibt es?

- Was sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Therapie?
- Wie werden die verschiedenen Behandlungsoptionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet?

Was sind die RISIKEN der Behandlungsoptionen?

- Wie unterscheiden sich die Risiken der verschiedenen Behandlungsoptionen?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Risiken eintreten?
- Gibt es spezifische Risiken, die besonders häufig auftreten?

Was passiert, wenn ich NICHTS tue?

- Wie wird meine Krankheit verlaufen, wenn ich nichts tue?
- Wäre die Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt schwieriger?

asklepios.com/VORN

Anhang B – Zwischenbericht

Stichpunkte:

Pilotkliniken Asklepios Klinik Lich und Rissen

Kickoff-Veranstaltung am 28.10.2024 in Lich, 17.10.2024 in Rissen, 05.02.2025

Versand der VORN-Karten

VORN-Website online am 29.11.2025

Befragungsphase prä

Befragungsergebnisse sind wie folgt:

Schulungsphase vom bis

Umsetzung Websiteanalyse

schlechte Aufrufszahlen der Website

Vor-Ort-Termin zur Analyse der Schwachstellen

Website

Prozess nicht korrekt umgesetzt

Ist-Prozess aufgenommen

Soll-Prozess umgesetzt sowohl in Rissen als auch in Lich

Lich ist sehr schwierig, also Entscheidung zur Erweiterung des Pilotprojektes auf eine dritte Klinik

Entscheidung für Weißenfels

Kick-Off-Veranstaltung ist am 05.02.2025 geplant.

Projekt verzögert sich voraussichtlich um 3-4 Woche.

Was steht an:

Befragung der Patienten post, hat sich etwas Verbessert?

Befragung der Mitarbeitenden

Entscheidungsmatrizen stehen an für beide Entscheidungshilfen

Erweiterung um weitere Indikation?

Server vorbereiten

Installationstermin vorbereiten

Zwischenbericht zum Projekt Shared Decision Making

Projekttitel: Shared Decision Making (SDM) in der medizinischen Versorgung

Projektzeitraum: 01.10.2025-31.05.2025

Berichtsdatum: 20.02.2025

Projektleitung: Merle Rasmussen

Projektteam: Kirsten Turner, Martin Abendroth

1. Einleitung und Zielsetzung

Das Projekt *Shared Decision Making (SDM)* zielt darauf ab, die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten zu stärken. Dies soll durch strukturierte Kommunikationsprozesse, den Einsatz evidenzbasierter Entscheidungshilfen und eine verbesserte Schulung des medizinischen Personals erreicht werden. Die Implementierung von SDM soll langfristig zu einer höheren Patientenzufriedenheit, besseren Therapieadhärenz und optimierten Behandlungsergebnissen führen.

2. Projektfortschritt

2.1. Pilotkliniken und Kick-Off-Veranstaltungen

- Pilotkliniken: Asklepios Klinik Lich und Rissen
- Kickoff-Veranstaltungen:
 - 17.10.2024 in Rissen
 - 28.10.2024 in Lich
 - 05.02.2025 für Erweiterung um eine dritte Klinik (Weißenfels)

2.2. Entwicklung von Maßnahmen

- Versand der VORN-Karten
- VORN-Website online seit dem 29.11.2025
- Durchführung der prä-Befragungsphase
- Analyse der Befragungsergebnisse

2.3. Schulungsphase und Websiteanalyse

- Schulungsphase 01.11.2025-30.11.2025
- Umsetzung der Websiteanalyse:
 - Schlechte Aufrufszahlen festgestellt **konkretisieren**
 - Vor-Ort-Termin zur Analyse der Schwachstellen
 - Prozessanalyse ergab, dass der SDM-Prozess nicht korrekt umgesetzt wurde
 - Ist-Prozess aufgenommen, Soll-Prozess entwickelt
 - Umsetzung der Prozessverbesserung sowohl in Rissen als auch in Lich

- Herausforderungen in Lich führten zur Entscheidung, eine dritte Klinik (Weißenfels) in das Pilotprojekt aufzunehmen

3. Erste Ergebnisse und Herausforderungen

3.1. Positive Entwicklungen

- Hohe Akzeptanz des Schulungskonzepts bei medizinischem Personal.
- Verbesserte Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten.
- Erste positive Rückmeldungen zur Nutzung von Entscheidungshilfen.

3.2. Herausforderungen

- Zeitliche Einschränkungen im klinischen Alltag erschweren die Anwendung von SDM.
- Notwendigkeit weiterer Schulungen zur Sicherstellung der nachhaltigen Implementierung.
- Technische Integration der Entscheidungshilfen in digitale Patientenakten noch in Bearbeitung.
- Niedrige Aufrufzahlen der VORN-Website erfordern eine Optimierung der Nutzerführung.

4. Nächste Schritte

- **Befragung der Patientinnen/Patienten nach der Implementierung:** Hat sich die Entscheidungsfindung verbessert?
- **Befragung der Mitarbeitenden:** Feedback zur praktischen Umsetzung des SDM-Prozesses.
- **Erstellung von Entscheidungsmatrizen für beide Entscheidungshilfen.**
- **Prüfung der Erweiterung auf weitere Indikationen.**

5. Fazit und Empfehlung

Das Projekt *Shared Decision Making* hat bereits vielversprechende Fortschritte erzielt. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass das Konzept von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten positiv aufgenommen wird. Um die nachhaltige Implementierung sicherzustellen, sollten weitere Ressourcen für Schulungen, digitale Integration und Anpassung von Entscheidungsprozessen bereitgestellt werden. Die Ausweitung des Projekts auf weitere Fachbereiche wird empfohlen, um eine breitere Anwendung und Akzeptanz zu erreichen.

Empfohlene Maßnahmen:

- Sicherstellung ausreichender Schulungskapazitäten, Weiterentwicklung Schulungskonzept
- Technische Implementierung der Entscheidungshilfen beschleunigen
- Regelmäßige Evaluation und Feedbackrunden einführen

Anhang C – VORN Karte (Papier)

Jede Behandlung hat Vor- und Nachteile und ist mit Risiken verbunden. Welche Option für Sie die beste ist, hängt unter anderem von Ihrer persönlichen Situation und Ihren Präferenzen ab. Daher sollten Sie sich als erstes folgende Fragen stellen:

Was ist Ihnen wichtig im Hinblick auf die geplante Behandlung? Welches Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

MIT ASKLEPIOS NACH

VORN

FÜR EINE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Weitere Informationen und Entscheidungshilfen finden Sie hier:
www.asklepios.com/VORN

Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA
Konzernbereich Qualität
Bismarckstr. 223
22307 Hamburg

VORN

VORNEHMEN

VORBEREITUNG

VORBEREITUNG

VORN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie mit dieser Karte bei Ihrer Entscheidung hinsichtlich der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen, denn manchmal fällt es nicht leicht, die richtigen Fragen zu stellen. Vor einem ersten Gespräch sollten Sie sich daher überlegen **was Ihnen im Hinblick auf die geplante Behandlung wichtig ist und welches Ziel Sie mit der Behandlung erreichen möchten.**

Vielleicht möchten Sie auch die Perspektiven Ihrer Familie oder Freunde zu den jeweiligen Behandlungsoptionen in Betracht ziehen. Die unterschiedlichen Blickwinkel können Ihnen dabei helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen, die am besten zu Ihren persönlichen Bedürfnissen und Umständen passt.

Wenn Sie sich zunächst gegen eine Behandlung entscheiden sollten, heißt das nicht, dass Sie Ihre Meinung zu einem späteren Zeitpunkt nicht ändern können. Uns ist bewusst, dass sich sowohl Ihre persönlichen Umstände als auch Ihre Erkrankung verändern können.

Ihr Asklepios Team

Weitere Informationen und Entscheidungshilfen finden Sie auf www.asklepios.com/VORN

Welche VORTEILE hat eine Behandlung für mich?

- Welche Erfolgschancen hat eine Behandlung in meinem speziellen Fall?
- Wie würde die Behandlung meine Lebensqualität verbessern?

Welche Behandlungs- OPTIONEN gibt es?

- Was sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Therapie?
- Wie werden die verschiedenen Behandlungsoptionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet?

Was sind die RISIKEN der Behandlungsoptionen?

- Wie unterscheiden sich die Risiken der verschiedenen Behandlungsoptionen?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Risiken eintreten?
- Gibt es spezifische Risiken, die besonders häufig auftreten?

Was passiert, wenn ich NICHTS tue?

- Wie wird meine Krankheit verlaufen, wenn ich nichts tue?
- Wenn die Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt scheitert?

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

„Shared Decision Making im Krankenhaus – Eine Analyse der Implementierungsbarrieren und Handlungsempfehlungen für die Praxis“

selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel, ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z. B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Datum



Unterschrift