

„Shared Decision-Making“ mit Bluthochdruckpatienten Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland

Shared decision-making in hypertension: results of implementation in Germany

Autoren

A. Deinzer¹ H. Babel² R. Veelken¹ R. Kohnen³ R. E. Schmieder¹

Institut

¹ Institut für Präventive Medizin der Nieren-, Hochdruck- und Herzerkrankungen an der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

² Soziologie, Universität Konstanz

³ IMEREM, Institut für medizinisches Forschungsmanagement und Biometrie GmbH, Nürnberg

Hypertensiologie

Schlüsselwörter

- Shared Decision-Making
- Blutdruck
- Adhärenz
- antihypertensive Therapie

Key words

- shared decision making
- blood pressure control
- adherence
- antihypertensive treatment

Hintergrund und Fragestellung: Die misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielt eine wichtige Rolle für das Ausbleiben eines Therapieerfolgs. In der hier vorgestellten Studie wurde analysiert, inwieweit zwischen Arzt und Patient partnerschaftlich getroffenen Entscheidungen (sog. „Shared Decision-Making“=SDM) die Blutdrucktherapie und -kontrolle beeinflussen.

Patienten und Methodik: Verglichen wurden eine Interventionsgruppe mit 39 Hypertonikern (26 Frauen, 13 Männer, 61 ± 10 Jahre) sowie eine Kontrollgruppe mit 45 Hypertonikern (29 Frauen, 14 Männer). Die Interventionsgruppe wurde von 15 Studienärzten (9 Männer, 7 Frauen, 43 ± 7 Jahre) behandelt, die im Rahmen eines Kommunikationstrainings in Gesprächstechniken zum partnerschaftlichen Einbezug der Patienten trainiert worden waren. Für alle Patienten war die Teilnahme an mindestens einem Modul der Patientenschulung „Modulare Bluthochdruckschulung IPM“ des Instituts für Präventive Medizin (IPM) an der Universität Erlangen verpflichtend.

Ergebnisse: Nach einem Jahr wurde bei der Patientenselbstmessung in der Interventionsgruppe

mit $-9,3 \pm 10,2 / -5,3 \pm 9,5$ mmHg ($p < 0,001$) und in der Kontrollgruppe mit $-6,0 \pm 11,8 / -3,0 \pm 8,3$ mmHg ($p < 0,05$) eine signifikante Blutdrucksenkung erzielt. Nur bei einer Untergruppe von Patienten, die primär ein höheres Bedürfnis nach Partizipation angaben, bestand ein direkter Zusammenhang zwischen der Zunahme an SDM in der Arzt-Patienten-Interaktion und der Höhe der systolischen Blutdrucksenkung ($p = 0,016$). Die Medikamenteneinnahme nahm in der Interventionsgruppe signifikant mehr zu als in der Kontrollgruppe ($p = 0,022$). Gleichzeitig ließ sich in der Interventionsgruppe ein Wissenszuwachs nachweisen ($p = 0,006$), nicht jedoch in der Kontrollgruppe.

Folgerung: Ein Zusammenhang zwischen „Shared Decision-Making“ und verbesserter Blutdruckkontrolle lässt sich nur für Patienten mit einem hohem Bedürfnis nach Teilhabe am Entscheidungsprozess nachweisen. Für die Praxis ist es daher bedeutsam, die Patienten zu identifizieren, die ein hohes Partizipationsbedürfnis haben, um sie in die Therapieentscheidungen mit einzubeziehen und die Therapieadhärenz zu verbessern.

eingereicht 5.4.2006

akzeptiert 14.9.2006

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-956254
Dtsch Med Wochenschr 2006;
131: 2592–2596 · © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. Roland E. Schmieder
Universitätsklinikum Erlangen
Medizinische Klinik 4
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen
Tel. 09131/8536245
Fax 09131/8539209
eMail roland.schmieder@rz-
mail.uni-erlangen.de

Einleitung

Die arterielle Hypertonie ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen. Auch neuere Studien belegen, dass weniger als 20% der Patienten mit bekanntem Hypertonus in der Bundesrepublik Deutschland ausreichend und mindestens eine gleich große Anzahl von Patienten überhaupt nicht behandelt werden [12, 15]. Verschiedene Faktoren werden als Ursache angesehen, unter anderem von ärztlicher Seite eine unzureichende Compliance der Patienten. Vermeintlich „gute“ Patienten werden dabei an ihrer Bereitschaft gemessen, ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Um diese einseitige Bewertung zu vermeiden, wird die Therapietreue neuerdings mit „Adhärenz“ bezeichnet, einem Begriff, der beiden Gesprächspartnern Verantwortung für das Gelingen des Therapieprozesses zu-

schreibt [16]. Im Zeitalter des „mündigen“, informierten Patienten, dem auch medizinische Fachinformationen via Internet zugänglich sind, hat das klassische Rollenmodell des Arztes, der von den Patienten weitgehend kritikloses Vertrauen fordert, zunehmend ausgedient. Demgegenüber steht oft das unzureichende Wissen der Bluthochdruckpatienten über die konkreten Bedingungen und den praktischen Ablauf einer Bluthochdrucktherapie, um mitentscheiden zu können [9]. Nichtsdestotrotz besteht der ethisch berechnete Anspruch, Patienten mehr in die Therapieentscheidungen einzubeziehen. Doch wie kann dies sinnvoll in die Praxis umgesetzt werden?

Das Institut für Präventive Medizin (IPM; www.ipm-aktuell.de), dessen Zielsetzung seit seinem 10-jährigen Bestehen die Förderung der Partizipation von Patienten in die Therapieentscheidungen ist, hat sich diesem Ziel verschrieben.

gen Bestehen die Entwicklung modellhafter praxisnaher Konzepte zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen ist, beschäftigte sich in dem Modellprojekt „Partnerschaftliche Entscheidungsfindungen in der Behandlung der arteriellen Hypertonie“ eingehend mit dieser Thematik. Der Begriff des „Shared Decision-Making“ (SDM) wurde in den 70er Jahren in den angloamerikanischen Ländern entwickelt und fand dort zuerst vor allem im nicht-medizinischen Bereich Verbreitung. Die partnerschaftliche oder partizipative Entscheidungsfindung zielt auf einen zwischen Patient und Arzt geteilten medizinischen Entscheidungsprozess ab, wobei beide Partner gleichberechtigt sein sollen. SDM stellt damit gegenüber dem traditionellen paternalistischen Rollenverständnis des Arztes eine Interaktionsform dar, in der eine ausgewogene Darstellung der verschiedenen Behandlungsoptionen, eine für Patienten anschauliche und verständliche Risikokommunikation, das Explorieren von Präferenzen, persönlichen Wertvorstellungen, Erwartungen und Ängsten der Patienten durch den Arzt und der Einbezug dieser in die gemeinsame medizinische Entscheidung eingehen [8].

Definition von Shared-Decision-Making-Kriterien [5]

Der Arzt/die Ärztin sollte:

- ▶ mit dem Patienten einen Konsens finden, dass ein Problem existiert und eine Entscheidung notwendig ist
- ▶ Patienten in den Entscheidungsprozess involvieren
- ▶ Ideen, Ängste und Erwartungen des Patienten explorieren
- ▶ die verschiedenen Behandlungsoptionen darstellen
- ▶ Informationen zu den Behandlungsrisiken anbieten und eine Abwägung dieser unter Einbezug der individuellen Patientenbedürfnisse vornehmen
- ▶ Prozess des Informationsverständnisses (Reaktionen des Patienten) überprüfen
- ▶ Entscheidungsprozess des Patienten und Rolle beider Partner im Entscheidungsprozess akzeptieren
- ▶ dem Patienten aktiv Gelegenheit zur nochmaligen Überprüfung der Entscheidung geben

Im Rahmen der Studie wurde SDM anhand der oben genannten Kriterien für die Anwendung in der Behandlung der arteriellen Hypertonie operationalisiert. Das Ausmaß von SDM und die Effekte auf die erreichte Blutdrucksenkung, die Arzt-Patienten-Beziehung und das Gesundheitsverhalten der Patienten, Entscheidungspräferenzen und deren Lebensqualität sowie auf die Adhärenz der Patienten wurden untersucht.

Patienten und Methodik

In einer nicht-randomisierten, prospektiven, kontrollierten Kohortenstudie wurden insgesamt 84 Bluthochdruckpatienten in der aktiven Projektphase über 12 Monate begleitet. In der Interventionsgruppe erhielten 15 an SDM interessierte niedergelassene Ärzte ein spezielles Kommunikationstraining mit anschließenden regelmäßigen Supervisionen, als Mindestteilnahme wurden 16 Stunden Schulung gefordert. Ziel war es, den Ärzten praktikable Umsetzungsstrategien für SDM an die Hand zu geben und den Lernprozess im Praxisalltag der Ärzte zu begleiten [2]. Diese Studienärzte rekrutierten aus ihrem Klientel 39 Studienpatienten. Mit diesen trafen sie in bis zu sechs SDM-Gesprächen während des Studienverlaufs gemeinsame Entscheidungen über die weitere Bluthochdrucktherapie. Kontroll- sowie Studienpatienten nahmen an der „Modularen Bluthochdruckschulung IPM“ teil [1,7]. Diese ermöglicht die individuelle Wahl aus fünf thematischen Schwerpunktmodulen zur Bluthochdruckbehandlung, wobei als Minimum die Teilnahme an dem

Grundlagenmodul „Ursachen, Folgen und Behandlung der arteriellen Hypertonie“ für alle Studienteilnehmer verpflichtend war.

Die 45 Kontrollpatienten wurden über ihre Teilnahme an der Hypertonieschulung rekrutiert und von nicht SDM-geschulten Ärzten betreut. Diese wurden über die Studienteilnahme ihrer Patienten schriftlich informiert, um Effekte, die durch erhöhte Aufmerksamkeit der Behandler in der Interventionsgruppe vermutlich waren, auszugleichen. Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme waren eine medikamentöse Dreifach-Therapie oder ein Blutdruck >160/110 mm Hg [3].

Zur Beurteilung des Therapieerfolges wurde als primärer Zielparame- ter die Blutdruckeinstellung (Patientenselbstmessung) festgelegt. Die Patientenselbstmessung erfolgte nach den Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga und wurde in der Hypertonieschulung eingeübt und standardisiert. Weiterhin wurden spezifische Laborparameter (Cholesterin), Umsetzung der nicht-pharmakologischen Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Zunahme der körperlichen Aktivität, Reduktion des Alkoholkonsums), die Adhärenz (Medikamentenanzahl, selbst eingeschätzte Adhärenz, Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente), der Wissensstand der Patienten zum Thema Bluthochdruck und deren subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes erfasst. Das IPM griff zu keiner Zeit in das therapeutische Regime der behandelnden Ärzte ein.

Als Messinstrumente wurden folgende standardisierte Fragebogen eingesetzt: Autonomy Preference Index (API) zur Erfassung der Informations- und Partizipationspräferenzen [6], SF-36 zur Selbst-einschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität [13], ein Fragebogen zur Wissenserfassung [1] und ein Patientenfragebogen zur Krankheitsanamnese [1,7]. Darin wurden die Patienten auch gebeten, Angaben zu der Erkrankungsdauer, der Familienanamnese für kardiovaskuläre Erkrankungen, bekannten Endorgankomplikationen (wie koronare Herzerkrankung, Linksherzhypertrophie, pAVK, Nierenbeteiligung) und dem Vorliegen eines diätetisch behandelten Diabetes mellitus zu machen.

Für die Studienärzte wurde ein Fragebogen zum Arzt-Patienten-Gespräch (FAPG-Arztversion) und zur Schwierigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung (DDPRQ) [8] eingesetzt. Der Fragebogen zum Arzt-Patienten-Gespräch (FAPG) wurde in zwei Versionen (Patienten- und Arztversion) im Rahmen des Projektes entwickelt und testpsychologisch validiert (IMEREM). Er beurteilt das Arzt-Patienten-Gespräch bezüglich der Kriterien für SDM, der Güte der Arzt-Patienten-Beziehung und der Konsultationscharakteristika (Dauer, Gefühl des Zeitdrucks, Zufriedenheit mit Gespräch). Als bereits standardisierter Fragebogen zu SDM wurde zusätzlich COMRADE eingesetzt [4]. Aus den COMRADE-Werten und der FAPG-Skala für SDM wurde ein faktorenanalytisch ermittelter Summenscore zur Erfassung von SDM gebildet.

Der Operationalisierung von SDM für die praxisrelevante Bluthochdrucktherapie gingen folgende Überlegungen voraus: Die klassische Indikation für SDM besteht bei Krankheitsbildern, für die medizinisch gleichwertige Therapieoptionen existieren oder die aktuelle Studienlage widersprüchliche Empfehlungen gibt, d.h. ein objektiver Ermessensspielraum auch aus ärztlicher Sicht besteht. Dies ist bei der arteriellen Hypertonie nicht der Fall. Da die Option der Nicht-Therapie eine von Patienten häufig gewählte ist, jedoch explizit kaum im Arzt-Patienten-Gespräch thematisiert wird, wurde diese neben der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie in das SDM-Gespräch mit aufgenommen. Weitere thematisierte Optionen waren die Wahl der weiteren Schulungsmodule, der Ein-

satz medikamentöser oder nicht-medikamentöser Therapieoptionen, deren zeitliche Abfolge und Zielvereinbarungen.

Die Datenerhebung in der Interventionsgruppe (Ärzte und Patienten) fand unmittelbar zu Beginn, nach einem Monat, nach 3, nach 6 und 12 Monaten statt. In der Kontrollgruppe wurden zu Beginn, nach 6 und 12 Monaten Daten erhoben und nur die Patienten befragt.

Statistik: Zur Anwendung kamen der Vorzeichentest („signed rank test“), der t-Test für unabhängige Stichproben und der Chi-Quadrat-Test. Die Daten wurden als Mittelwert \pm Standardabweichung dargestellt. Eine statistische Signifikanz war bei einem Wert von $p < 0,05$ (zweiseitig) gegeben.

Ergebnisse

Von insgesamt 167 Patienten, die primär ihr Einverständnis zur Studienteilnahme erklärten, wurden 47 ausgeschlossen, da weniger als ein SDM-Gespräch stattfand oder weniger als 80% der Items der Fragebogen angekreuzt wurden. Als Hauptgrund für die hohe Anzahl an Studienaussteigern wurde von den Teilnehmern die Menge der zu bearbeitenden Fragebogen genannt. Von den 120 kontinuierlich eingeschlossenen Patienten konnten bei 84 Patienten (57 Frauen, 27 Männer, 61 ± 10 Jahre) vollständige Datensätze für alle Studienvisiten bis zum Ablauf des ersten Studienjahres erhoben werden.

Blutdrucksenkung

Der klinische Hauptparameter, die Blutdrucksenkung in der Patientenselbstmessung betrug in der Interventionsgruppe nach einem Jahr $-9,3 \pm 10,2 / -5,3 \pm 9,5$ mm Hg (systolisch $p < 0,001$ / diastolisch $p < 0,001$) und in der Kontrollgruppe $-6,0 \pm 11,8 / -3,0 \pm 8,3$ mm Hg (systolisch $p < 0,01$ / diastolisch $p < 0,05$). Der Blutdruck war damit in beiden Gruppen gegenüber dem Studienbeginn signifikant gesenkt, jedoch war diese Senkung zwischen beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich (systolisch $p = 0,24$; diastolisch $p = 0,19$).

Shared Decision-Making

Das Ausmaß an SDM war zu Beginn der Erhebung und zu allen anderen Untersuchungszeitpunkten in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). In der Interventions- wie auch in der Kontrollgruppe ließ sich ein Zuwachs an „Shared Decision-Making“ verzeichnen ($p < 0,001$), wobei die Kontrollgruppe nie das Niveau der Interventionsgruppe erreichte. Eine Subgruppenanalyse der Interventions- und der Kontrollpatienten mit einem besonders hohen Bedürfnis nach „SDM“ (ermittelt mit dem Mediansplit des Autonomy Preference Index, API Teil II) zeigte, dass die systolische Blutdrucksenkung mit der Zunahme an SDM ($p = 0,016$) korrelierte. Das heißt, je höher die Zunahme an SDM bei dieser Patientengruppe war, umso größer war die systolische Blutdrucksenkung. Dies galt für Interventions- und Kontrollpatienten gleichermaßen.

Die Studienärzte nahmen im Mittel 28 Stunden an dem SDM-Kommunikationstraining teil, bewerteten das Training als gut und lagen mit der in Anspruch genommenen Teilnahme deutlich über der Mindestanforderung von 16 Stunden.

Adhärenz

In der Interventionsgruppe zeigte sich nach einem Jahr im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant bessere Medikamentenadhärenz ($p = 0,022$): In der Interventionsgruppe stieg die Einnahme von Medikamenten von durchschnittlich $1,2 \pm 0,7$ Wirk-

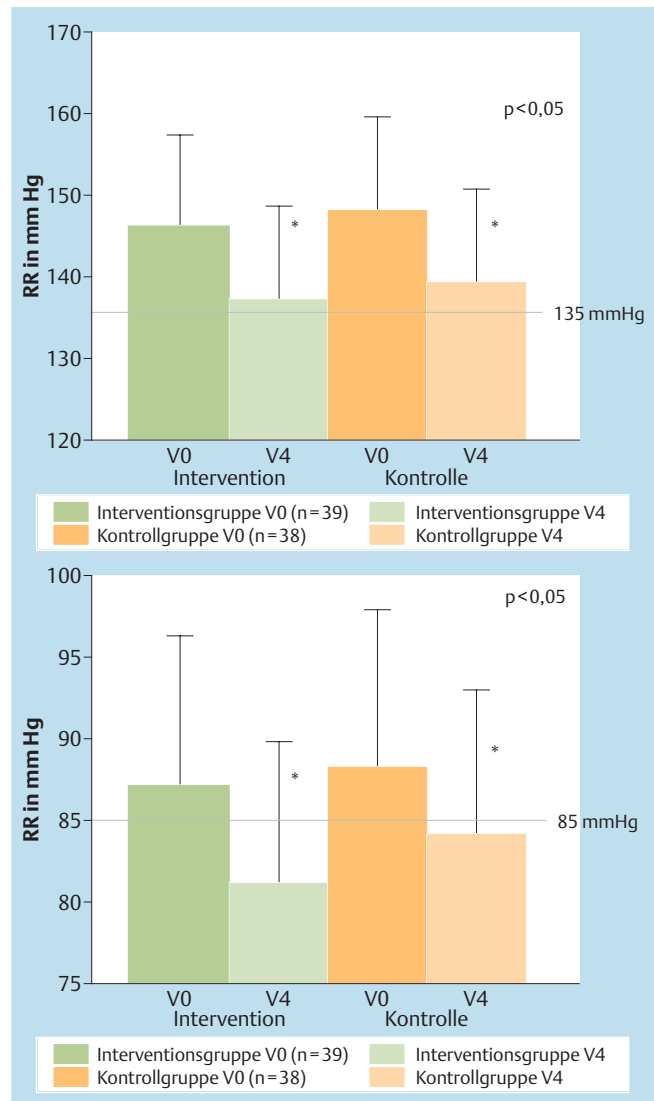


Abb. 1 Systolischer (oben) und diastolischer (unten) Blutdruck zu Beginn (V_0) und nach einem Jahr (V_4) in der Interventions- und Kontrollgruppe. Oberer Normwert bei der Patientenselbstmessung: 135/85 mmHg.

stoffen auf $2,0 \pm 0,8$ ($p < 0,001$), nicht jedoch in der Kontrollgruppe ($1,4 \pm 0,96$ vs. $1,5 \pm 0,82$; $p = 0,32$).

Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Blutdrucksenkung

Bei Studienbeginn fanden sich keine Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen den Untersuchungsgruppen. Dies war unverändert nach einem Jahr der Fall und auch innerhalb der Gruppen kam es durch die Interventionen nicht zu einer signifikanten Veränderung des Gesundheitsverhaltens (z. B. Gewichtsabnahme, Ernährung, Alkoholkonsum, Anteil der Raucher).

Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patienten-Beziehung aus Sicht der Patienten wurde in der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie signifikant günstiger eingeschätzt als in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Dies war auch am Ende der Studie unverändert der Fall ($p < 0,001$). Aus Sicht der Studienpatienten zeigte sich keine signifikante Änderung der Arzt-Patienten-Beziehung ($p = 0,16$), bei den Kontrollpatienten hingegen zeigte sich nach einem Jahr eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung ($p = 0,045$).

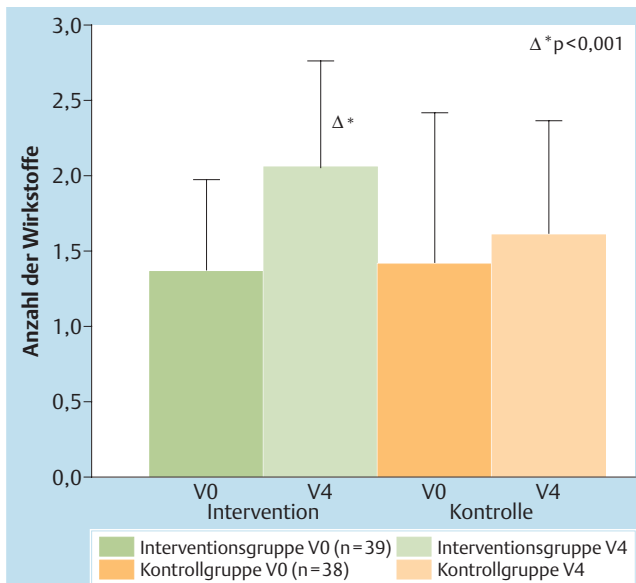


Abb. 2 Einnahmezahl von Medikamenten zu Beginn (V0) und nach einem Jahr (V4) in der Interventions- und Kontrollgruppe.

Wissensstand

Der Wissensstand zur Bluthochdruckkrankheit nahm nur in der Interventionsgruppe signifikant zu ($p=0,006$). Die Kontrollgruppe zeigte bereits zu Beginn der Studie einen signifikant besseren Wissensstand ($p=0,005$). Am Ende der Studie bestand kein Unterschied mehr im Wissensstand zwischen den beiden Gruppen.

Lebensqualität

Keine Änderungen der Lebensqualität ließen sich in beiden Gruppen für die folgenden Bereiche nachweisen: allgemeine Gesundheitswahrnehmung, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden, soziale Funktionsfähigkeit, Vitalität und sexuelle Lebensqualität. Lediglich die Wahrnehmung körperlicher Schmerzen nach einem Jahr zeigte sich in den beiden Gruppen signifikant unterschiedlich ($p=0,03$): In der Kontrollgruppe fand sich eine Zunahme der wahrgenommenen körperlichen Schmerzen, in der Interventionsgruppe hingegen nicht ($p=0,023$ bzw. $p=0,66$).

Geschlechtsspezifische Effekte

In der Gesamtgruppe zeigten Frauen eine deutlichere systolische Blutdrucksenkung als Männer ($-10,6 \pm 11$ mm Hg; $p < 0,001$ vs. $-3,3 \pm 9,7$ mm Hg; $p < 0,09$). In der Interventionsgruppe fand sich bei den Frauen eine vermehrte Einnahme von Wirkstoffen (bei Frauen $+0,92 \pm 0,7$ $p < 0,01$ bzw. bei Männern $+0,63 \pm 0,7$, $p < 0,12$) und eine Gewichtsabnahme im Gegensatz zu den Männern, die an Gewicht zunahmen ($-1,69 \pm 4,0$ kg vs. $+1,62 \pm 2,8$ kg; $p=0,02$). Bezüglich des Ausmaßes an SDM bestanden keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Diskussion

Hauptziel des Projektes war die Erfassung der therapeutischen Auswirkungen von SDM in der alltäglichen ärztlichen Praxis. In der Interventionsgruppe kam es nach 12 Monaten Projektteilnahme zu einer ausgeprägten und signifikanten Blutdrucksenkung, sowohl systolisch als auch diastolisch. Auch in der Kontrollgruppe zeigte sich während der Studienphase eine signifikante Blutdrucksenkung. Beide Gruppen wiesen einen Zuwachs des Ausmaßes an

SDM in der Arzt-Patienten-Interaktion aus Sicht der Patienten auf, wobei auffällig war, dass bereits zu Beginn in der Interventionsgruppe partnerschaftlicher entschieden wurde als in der Kontrollgruppe. Da das SDM-Niveau der Interventionsgruppe primär absolut hoch bewertet wurde, ist eine weitere Zunahme an SDM aufgrund der hohen Ausgangsbewertung nicht mehr zu erwarten. Die hohe Motivation der beteiligten Ärzte spiegelte sich in der sehr positiven Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehungen wider und in der unbewussten Auswahl von motivierten Patienten durch die Studienärzte. In einer Untergruppe von Patienten mit primär hohem Bedürfnis nach SDM korrelierte der Zuwachs an SDM mit der erzielten systolischen Blutdrucksenkung nach 12 Monaten. Ein positiver Effekt des Ausmaßes an SDM auf die Blutdruckkontrolle konnte somit nur für diese Subgruppe nachgewiesen werden.

Die Kontrollpatienten, die an der Bluthochdruckschulung teilnahmen, steigerten ebenfalls das Ausmaß an SDM im medizinischen Entscheidungsprozess. Der Zuwachs an SDM ist in der Kontrollgruppe wohl als ein Effekt der Hypertonieschulung IPM zu sehen. Diese setzt durch entsprechende Unterstützung Patienten in die Lage den partnerschaftlichen Miteinbezug in Therapieentscheidungen von ihren Ärzten aktiv einzufordern. Über den bloßen Wissenszugewinn und den Verlust unrealistischer Erwartungen hinausgehend scheint die Kompetenz als Patient unterstützt zu werden, was als so genanntes „Patientenempowerment“ bezeichnet wird [11].

Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen ist in der Zunahme der Medikamentenadhärenz zu finden. Patienten haben sich offensichtlich häufiger für eine medikamentöse Therapie entschieden, wenn sie nicht nur Informationen zur Therapie erhielten (Schulung), sondern auch die explizit angebotene Möglichkeit, diese mit ihrem Arzt zu besprechen. Dies könnte kritisch auch als Effekt einer verstärkten Einflussnahme des Arztes interpretiert werden, da die Darstellungsweise von Gesundheitsrisiken in hohem Maße Therapieentscheidungen von Patienten beeinflusst [10]. Dies ist von der tatsächlichen partizipativen Entscheidung (SDM) zu differenzieren. SDM bietet für die Patienten eine nachvollziehbare Risikokommunikation an und soll Patienten zu einer eigenständigen Entscheidungsbildung befähigen. Diese zentrale Unterscheidungswirkung wurde innerhalb des Kommunikationstrainings mit den Studienärzten wiederholt thematisiert.

Das Gesundheitsverhalten (Nikotin- und Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, Gewichtsverlauf) der beiden Untersuchungsgruppen war – soweit erfassbar – unbeeinflusst von den Studienabläufen. Allerdings fand sich ein geschlechtsspezifisch unterschiedliches Gesundheitsverhalten im Rahmen der Studie: Frauen erzielten eine deutlichere Blutdrucksenkung bei besserer Adhärenz und eine Gewichtsreduktion. Die Ursache hierfür kann sowohl in unterschiedlicher Empfänglichkeit für die SDM-Interventionen als auch in geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Motivation und Gesundheitsbewusstsein liegen.

Die Lebensqualität war in der Interventionsgruppe für die Einschätzung der körperlichen Schmerzen unverändert im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die eine höhere Schmerzempfindung nach einem Jahr angab. Die Studienlage zur Beeinflussung der Lebensqualität durch Bluthochdruck ist widersprüchlich, Einflüsse werden vor allem bei dem Auftreten von Symptomen beschrieben [14]. Eventuell ging die numerisch geringer ausgeprägte Blutdrucksenkung der Kontrollgruppe mit einer Zunahme an körperlichen Symptomen einher.

Fazit

Das Ausmaß an „Shared Decision-Making“ nahm in beiden Untersuchungsgruppen zu. Ferner war in beiden Gruppen eine Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks zu verzeichnen. Bei Patienten mit hohem SDM-Bedürfnis bestand ein Zusammenhang zwischen der Zunahme an SDM und der Abnahme des systolischen Blutdrucks. Interessanterweise nahm nicht nur in der Interventionsgruppe, sondern auch in der Kontrollgruppe das Ausmaß an SDM zu. Wir vermuten, dass sich dies auf die Teilnahme an der modularen Hypertonieschulung IPM zurückführen lässt.

„Shared Decision-Making“ ist für Patienten, die dies wünschen, sinnvoll einsetzbar, um eine effektiveren Umgang mit der Bluthochdruckerkrankung zu erzielen. Für die alltägliche Praxis des Arztes könnte es somit sinnvoll sein, die Entscheidungspräferenzen des Patienten mehr zu beachten und im individuellen Fall in einem Gespräch mit dem Patienten vorab zu klären. Die Hypertonieschulung IPM® mit dem daraus verbunden „Empowerment“ stellt ein Mittel dar, um die Ziele der Blutdruckkontrolle zu erreichen.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Partnerschaftliche Entscheidungsfindung in der Hypertonie ist bei den Patienten effektiver, die es wünschen.
- ▶ Die modulare Hypertonieschulung IPM® unterstützt eine effektive Blutdruckeinstellung.
- ▶ Die Effekte waren bei Frauen ausgeprägter.

Autorenerklärung: Die Studie wurde in den Jahren 2001 bis 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung im Rahmen des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ finanziert.

Wir danken den **Studienärztinnen und -ärzten** für ihre engagierte Teilnahme und Mitarbeit: Frau Dr. Linder, Denisstr.7, 90429 Nürnberg; Frau Dr. Lindner-Funk, Eibacher Hauptstr. 45, 90451 Nürnberg; Frau Spiegel, Albrecht-Dürer Platz 9, 90403 Nürnberg; Frau Dr. Porta-Jacob, Schwabacher Str. 34, 90537 Feucht; Frau Dr. Reinfelder-Wenniger, Marktplatz 4, 91054 Erlangen; Frau Dr. Röttges, Gostenhofer Hauptstr. 21, 90443 Nürnberg; Frau Dr. Weichlein, Marktplatz 4, 91054 Erlangen; Herrn Dr. Mauer, Münchner Str. 31, 91154 Roth; Herrn Dr. Poljanskzy, Gleiwitzer Str. 35, 91058 Erlangen; Herrn Dr. Remold, Kopernikusplatz 13, 90459 Nürnberg; Herrn Dr. Scholz, Euckenweg 31, 90471 Nürnberg; Herrn Dr. Sessner, Zengerstr. 24, 90471 Nürnberg; Herrn Dr. Seiler, Marktplatz 2, 91284 Pegnitz; Herrn Dr. Waszak, An der Radrunde 160, 90455 Nürnberg; Herrn Dr. Zinecker, Olgastr. 9, 90441 Nürnberg.

Ferner danken wir dem **Kooperationspartner** Dr. Thomas Hegemann, Kommunikationstrainer, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Institut für systemische Therapie und Organisationsberatung (ISTOB) München, Sandstr. 41, 80335 München, www.istob.de

Abstract

Abstract: Shared decision-making in hypertension: results of implementation in Germany

Background and objective: Lack of compliance is a common problem in the treatment of hypertension. Ineffective physician-patient-communication and a lack of patients' involvement can play a crucial role. We tested the hypothesis that shared decision-making (SDM) results in higher involvement of

patients in their blood pressure lowering therapy and evaluated the effects of SDM on the control of blood pressure.

Patients and methods: Two groups of 84 hypertensives were compared: an intervention group (26 women and 13 men, age 61 ± 10 years) treated by 15 specially SDM-trained primary care physicians, and a control group of 45 hypertensives. All 84 patients were enrolled in a patient education programme. Changes of blood pressure were assessed after one year by self-measurements. Questionnaires about their attitude to patient autonomy, the SDM process, quality of life, physician-patient-relationship and life-style changes were analysed as well.

Results: After one year the blood pressure had decreased in both the intervention group ($-9.26 \pm 10.2/-5.3 \pm 9.5$ mmHg, $p < 0.001$) and in the control group ($-6.0 \pm 11.8/-3.0 \pm 8.3$ mmHg, $p < 0.05$), without a significant difference between the two groups. Among a subgroup of patients with a marked preference for SDM there was a close correlation between an increase of SDM and a decrease in systolic blood pressure ($p = 0.016$). Also, the numbers of antihypertensive drugs increased more in the intervention group ($p = 0.022$) than in control patients. Furthermore, increase in knowledge about hypertension and its treatment was greater in the intervention group ($P = 0.006$).

Conclusion: Implementation of SDM had a significant effect on systolic blood pressure control only in the subgroup of patients with marked preference for SDM. Thus, the identification of patients with a preference for SDM may improve blood pressure control and their adherence to the prescribed drug therapy.

Literatur

- 1 Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Dtsch Med Wochenschr 2000; 125: 1385-1389
- 2 Deinzer A, Hegemann T, Veelken R, Schmieder RE. An einem Strang ziehen – Partnerschaftliche Entscheidungsfindung bei der Hypertoniebehandlung. MMW Fortschr Med 2004; 16: 291-293
- 3 Deinzer A, Veelken R, Schmieder RE. Partnerschaftliche Entscheidungsfindungen in der Behandlung der arteriellen Hypertonie. Juventa Verlag Weinheim und München, Shared Decision-Making (Hrsg.) Scheibler F, Pfaff H. 2003: 118-130
- 4 Edwards A, Elwyn G, Hood K et al. The development of COMRADE – a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. Patient Educ Couns 2003; 50: 311-322
- 5 Elwyn G, Edwards A, Mowle S et al. Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. Patient Educ Couns 2001; 43: 5-22
- 6 Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring Patients Desire for Autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. J Gen Internal Medicine 1989; 4: 23-30
- 7 Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E. Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. J Hum Hypertens 2004; 18: 127-131
- 8 Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol 1994; 47: 647-657
- 9 Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Saljo R. Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 188-192
- 10 Mc Alister FA, O'Connor A, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? CMAJ 2000; 163: 403-408
- 11 Schwartz FW. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage (Hrsg). Urban & Fischer Verlag München, Jena, 2003: 182
- 12 Steckelings UM, Stoppelhaar M, Sharma AM et al. HYDRA Study Group. HYDRA: possible determinants of unsatisfactory hypertension control in german primary care patients. Blood Press 2004; 13: 80-88
- 13 Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Med Care 1992; 30: 473-483
- 14 Williams Gordon H. Quality of life and its impact on hypertensive patients. Am J Med 1987; 82: 98-105
- 15 Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003; 289: 2363-2369