

Gemeinsame Stellungnahme zu dem HTA-Bericht „Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen?“

Projekt: HT22-01 Version: 1.0 Stand: 04.09.2023

Die DDG und die mit ihr kooperierenden Verbände VDBD und diabetesDE halten es für sinnvoll, dass das IQWiG sich mit der wichtigen Frage der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PE) beschäftigt und damit das Anliegen von Bürger*innen ernst nimmt und begrüßen es ausdrücklich, dass das IQWiG sich mit dieser wichtigen Fragestellung auseinandersetzt.

Die PE ist eine Grundvoraussetzung für eine gelungene Kommunikation zwischen Health Care Professionals und Patient*innen in der Diabetologie und dem Patientenrechtegesetz entsprechend verpflichtend.

- Allerdings ist die PE kein neues „Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ (was die Voraussetzung für ein Health Technology Assessment darstellt), sondern die Grundvoraussetzung einer vertrauensvollen Interaktion zwischen Health Care Professionals und Patient*innen, die nicht unbedingt neu ist, sondern von einer Reihe gesellschaftlicher, kultureller Faktoren sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen (Patientenrechtegesetz) abhängt. Somit stellt die PE keinesfalls eine isolierte Intervention, sondern eine komplexe Intervention dar. Ähnlich wie das im Bericht zitierte NICE-Institut würden wir PE als eine komplexe Intervention und nicht als ein neues „Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ bezeichnen.
- Zudem wird entsprechend der Fragestellung in dem Bericht nicht untersucht, ob eine PE im Vergleich zu einer Nicht-PE-Kommunikation mehr Vor- oder Nachteile hat, sondern es wird eine „Nutzenbewertung verschiedener Shared Decision Making-Interventionen“ (S. 25) vorgenommen. Diese Unterscheidung ist sehr wichtig, da in der Presseerklärung des IQWiG der Eindruck vermittelt wird, als ob überprüft wurde, ob der Ansatz von PE allgemein effektiv und effizient ist.

Um diesen Punkt zu verdeutlichen, müsste es in der Überschrift der Presseerklärung „Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztin und Patient zu besseren Behandlungsergebnissen“ korrekt heißen: „Führen verschiedene Interventionen zur Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Ärztin und Patient zu besseren Behandlungsergebnissen.“ Oder statt „ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen führen

kann“ richtigerweise „ob verschiedene Interventionen zur Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen führen“.

- Es wird daher dringend empfohlen, die Begrifflichkeit in dem Bericht und in der Kommunikation des Berichtes zu überprüfen. Es ist wichtig zu vermitteln, dass es in dem Bericht nicht um kontrollierte, randomisierte Studien zur Überprüfung der Effektivität und Effizienz der PE, sondern um Maßnahmen zur Steigerung der PE geht. Auch sollten die Limitationen des gewählten Ansatzes deutlicher hervorgehoben werden und auch auf die Problematik der Übertragung der Ergebnisse aus Publikationen mit älterem Publikationsdatum, anderen Ländern und Kulturkreisen deutlicher hervorgehoben werden.
- In dem Bericht werden nur Methoden berücksichtigt, die direkt auf die gemeinsame Entscheidungsfähigkeit fokussieren, was alle andere Interventionen ausschließt, die dieses Ziel auch verfolgen (z.B. Patientenschulungen, Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit). So gibt es beispielsweise eine Fülle von Literatur zur Verbesserung der allgemeinen Kommunikationsfähigkeit von HCP, die in diesem Zusammenhang nicht erwähnt wird. So führt die DDG beispielsweise verpflichtend in der Weiterbildung zum/zur „Diabetolog*in DDG“ Kommunikationskurse (5 Tage) durch, in denen es allgemein um eine verbesserte Kommunikation und natürlich auch um PE geht. Angehende Diabetesberater*innen DDG erlernen in ihrer Weiterbildung zur Diabetesberater*in DDG viele Elemente von PE. Unabhängig vom Diabetes und der Diabetologie als Fach der sogenannten sprechenden Medizin wird dem SDM in der Ausbildung von Mediziner*innen allgemein in der ärztlichen Gesprächsführung eine zentrale Bedeutung im aktuellen NKLM zugewiesen.
- Der Bericht hat sich zum Ziel gesetzt „Maßnahmen zur Patientenaktivierung (zum Beispiel Drei-Fragen-Intervention, Ask 3, Patientenschulungen, SDM-Kommunikationsschulungen zu bewerten): Mit diesen Maßnahmen werden Patientinnen und Patienten dazu motiviert und in die Lage versetzt, sich aktiv an ihren Therapieentscheidungen zu beteiligen. Dazu gehören zum Beispiel als Leitfaden für das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt die „Drei Fragen“: 1. Welche Möglichkeiten habe ich (inklusive Abwarten und Beobachten)?; 2. Was sind die Vorteile und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten?; 3. Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vorteile und Nachteile bei mir auftreten)“.

In der Diabetologie ist die wichtigste Maßnahme zur Patientenaktivierung die strukturierte Patientenschulung, die zu den am besten untersuchten Interventionen in der Diabetologie zählt (> 300 RCT). Diese findet in dem Bericht keine Erwähnung, da die Fragestellung und

Suchstrategie diese ausschließt. Hier finden sich sehr wohl eine Fülle von Ergebnissen zu den im Bericht auf Seite 25/26 genannten patientenrelevante Endpunkten.

- Es ist schwer nachvollziehbar, warum die in Bezug auf diabetologische Fragestellungen in dem Bericht zitierten Studien ausgewählt wurden und diese sich auf die Empowerment-Skala mit völlig unterschiedlichen Definitionen bezieht („Setzen und Erreichen von Zielen“, „Entscheidungshilfe mit gemeinsamer Zielvereinbarung vs. Standardversorgung“, „Bereitschaft zur Veränderung“, „psychosoziales Krankheitsmanagement“, „Bewertung der Qualität der Diabetes-Versorgung durch den Patienten“ S. 201). Dies sind völlig unterschiedliche Konstrukte und verdeutlichen die Problematik der gewählten, sehr engen Suchstrategie, welche die für die Diabetologie relevanten Studien völlig außer Acht lässt.

Berlin, 2023-10-05