UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL

Allgemein- und Familienmedizin

Kommunikative Umgebungen und Strategien: was benötigen wir für eine gute Entscheidung?

Christiane Muth

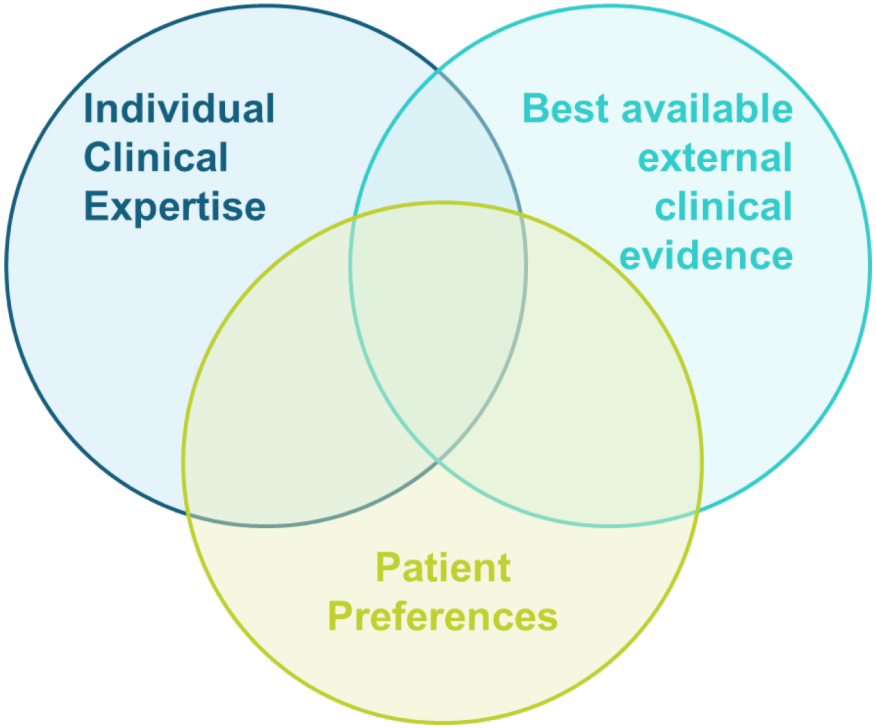
5. arriba-SYMPOSIUM, Berlin, 1. April 2022

Interessenkonflikte

Herausgeberschaft mit
Unter Mitwirkung von
39 (inter-)nationalen Autor*innen
und einem belgischen Karikaturisten

- **Keine Verflechtungen** mit der Pharmaindustrie oder Herstellern von medizinischen Geräten

Evidenzbasierte Entscheidungsfindung



Ursprüngliche Idee der EbM hatte 3 Säulen[1]

- häufig reduziert auf externe Evidenz:
  Bsp. AWMF-Wording bei Empfehlungen
  „sollen/sollten/können erhalten“

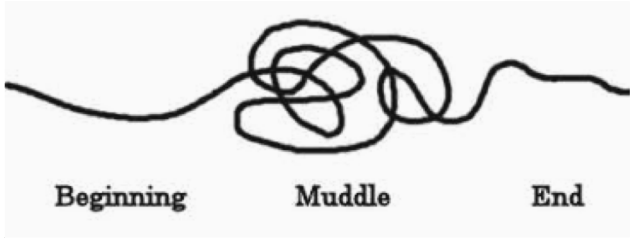
  Erst seit kurzem:
  „sollen/sollten/können angeboten bekommen“
- Methoden der EbM fokussiert auf Evidenzbewertung,
  wenig zur Integration von klinischer Expertise und zu Patientenpräferenzen

[1] Sackett et al. BMJ 1996;312(7023):71-2.

Multimorbidität erhöht die Komplexität der Entscheidungsfindung

- ~ 80% der hausärztlichen Konsultationen mit multimorbiden Patient*innen [1] → "***To neglect does not help***"
- Aktuelle (krankheitszentrierte) Leitlinien berücksichtigen MM nicht ausreichend :

  Unkritische Anwendung multipler krankheitsorientierter Leitlinien bei einem multimorbiden Patienten
  → **Interaktionen, Multimedikation**[2] (bspw. "**therapeutischer Reflex**" nach "labelling" von Diagnosen[3])
- Konsultationen meist im 'additiv-sequentiellen Modus'[4] (d.h. "muddling through")



[1] Salisbury et al. Br J Gen Pract 2011;61(582):e12-e21; [2] Boyd et al., JAMA 2005;294(6):716-24; [3] Glasziou https://blogs.bmj.com/bmj/2013/07/22/paul-glasziou-beware-the-hyperactive-therapeutic-reflex/; [4] Bower et al. Fam Pract 2011; 28:579–587

Fallbeispiel: Herr M, 72 Jahre:[1]

- Erhebliche Presbyakusis
- Benigne Prostatahypertrophie
- M. Parkinson
- Aktuell: rezidivierende Gingivitis und Kariesprobleme

Scenario 1: Parkinson-Symptomatik hat sich über die letzten Monate deutlich verschlechtert (eingeschränkte Mobilität, Sturzneigung)

[1] Pers. Komm. Prof. Paul Glasziou, Prof. Ulrich Thiem

Fallbeispiel: Herr M, 72 Jahre:

- Erhebliche Presbyakusis
- Benigne Prostatahypertrophie
- M. Parkinson
- Aktuell: rezidivierende Gingivitis und Kariesprobleme

Scenario 2: Ehefrau verstarb vor 3 Jahren, Pat. lebt allein und hat bislang unerkannte Parkinson-assoziierte Demenz mit Einschränkung aller (instrumentellen) Aktivitäten des tägl. Lebens aufgrund kognitiver Dysfunktion

Fallbeispiel: Herr M, 72 Jahre:

- Erhebliche Presbyakusis
- Benigne Prostatahypertrophie
- M. Parkinson
- Aktuell: rezidivierende Gingivitis und Kariesprobleme

Scenario 3: Patient leidet unter oralen Beschwerden und Schmerzen, besonders beim Essen u. Trinken; wünscht Beschwerdelinderung, Mundtrockenheit wird als quälend empfunden

Fallbeispiel: Herr M, 72 Jahre – Behandlungsoptionen:[1]

- Erhebliche Presbyakusis
- Benigne Prostatahypertrophie
- M. Parkinson
- Aktuell: rezidivierende Gingivitis und Kariesprobleme

→ Scenario 1 (Parkinson-Verschlechterung): Intensivierung der Therapie

→ Scenario 2 (soziales Umfeld, Demenz): vorw. psycho-soziale Intervention

→ Scenario 3 (trockener Mund): Verbesserung der Mundhygiene (z.B. elektrische Zahnbürste), ggf. De-Intensivierung der Anti-Parkinson-Therapie

[1] Pers. Komm. Prof. Paul Glasziou, Prof. Ulrich Thiem

Patientenzentrierte Entscheidungsfindung bei Multimorbidität

Ariadne-Prinzipien[1] für Konsultationen mit multimorbiden Patienten in der Hausarztpraxis (Multi-Konsultationsmodell):

- **Interaktionsbewertung**: Konditionen, Konstitution, Behandlung des Patienten und (psychosozialer) Kontext
- **Patientenpräferenzen erheben**, **Prioritäten setzen** u. realistische **Behandlungsziele vereinbaren**
- **Individualisierung des Vorgehens** (Diagnostik, Therapie, Prävention), um die vereinbarten Ziele zu erreichen
- **Überprüfung der Zielerreichung** sowie ggf. unerwarteter Effekte in Folgekontakten

[1] Muth & van den Akker et al. BMC Med. 2014;12:223. [2] Leiva-Fernández et al. Mech Ageing Dev. 2020;192:111354

Patientenzentrierte Entscheidungsfindung bei Multimorbidität

Ariadne-Prinzipien[1] für Konsultationen mit multimorbiden Patienten in der Hausarztpraxis (Multi-Konsultationsmodell):

- **Interaktionsbewertung**: Konditionen, Konstitution, Behandlung des Patienten und (psychosozialer) Kontext
- **Patientenpräferenzen erheben**, **Prioritäten setzen** u. realistische **Behandlungsziele vereinbaren**
- **Individualisierung des Vorgehens** (Diagnostik, Therapie, Prävention), um die vereinbarten Ziele zu erreichen
- **Überprüfung der Zielerreichung** sowie ggf. unerwarteter Effekte in Folgekontakten

[1] Muth & van den Akker et al. BMC Med. 2014;12:223. [2] Leiva-Fernández et al. Mech Ageing Dev. 2020;192:111354

Patientenpräferenzen „erheben“?

- GRADE working group definiert Präferenzen als Entscheidungen, die Patienten treffen ‘considering the potential benefits, harms, costs, limitations and inconveniences of the management options in relation to one another’.[1]

[1] Andrews et al. *J Clin Epidemiol* 2013;66:726–35.

Patientenpräferenzen „erheben“? – Ein Rückgriff auf Entscheidungstheorien

Rational Choice Theory: Individuen treffen rationale Entscheidungen zwischen verschiedenen Alternativen auf der Basis konsistenter Präferenzen, um möglichst beste Ergebnisse zu erzielen:

	homo oeconomicus	***Prospect-Theorie***	***Bounded Rationality***
Zieldefinition	Nutzen	Erwartungen	Nutzenmaximierung unter Einschränkungen
Entscheidungsregeln	Zielmaximierung		Auswahl befriedigender Alternativen („Satisfazierung“) Heuristiken*
Informiertheit	Vollständige Kenntnis der Alternativen	Entscheidungen unter Unsicherheit	
Objektivität	objektive Rationalität ist Voraussetzung		Berücksichtigung subjektiven Handelns

*Heuristiken (Goldstein und Gigerenzer, 1999): Theorie des „Ignoranzbasierten Entscheidens“, bei der eine Wiedererkennung die Wahl bestimmt und zu schnellen und befriedigenden Entscheidungen führt.

Patientenpräferenzen „erheben“?

- GRADE working group definiert Präferenzen als Entscheidungen, die Patienten treffen ‘considering the potential benefits, harms, costs, limitations and inconveniences of the management options in relation to one another’.[1]
- Präferenzen umfassen auch Überzeugungen, Erwartungen, Wünsche, Perspektiven und Ziele!
- „Angeborene“ Präferenzen (z.B. Schmerzvermeidung) vs. erworbene / erlernte Präferenzen
- Patientenpräferenzen in medizinischen Entscheidungssituationen: müssen i.d.R. „konstruiert“ werden[2]

[1] Andrews et al. *J Clin Epidemiol* 2013;66:726–35. [2] Lichtenstein S, Slovic P. The construction of preference. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2006.

Patientenpräferenzen „erheben“? – Einfluss des Interpretationsrahmens[1]

Kahneman und Tversky (Prospect-Theorie) : Individuen bewerten Alternativen abhängig vom Interpretationsrahmen (***Framing***)

- Unterbewertung von denjenigen Alternativen, die „wahrscheinlich“ eintreten, wenn gleichzeitig Alternativen präsentiert werden, die „gewiss“ eintreten (*certainty effect*)
- Ausblendung derjenigen Komponenten, die bei allen Alternativen auftreten (*isolation effect*)

→ Inkonsistenz von Präferenzen

[1] Tversky, A.; Kahneman, D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science 1981, 211, 453–458.

Patientenpräferenzen „erheben“?

- GRADE working group definiert Präferenzen als Entscheidungen, die Patienten treffen ‘considering the potential benefits, harms, costs, limitations and inconveniences of the management options in relation to one another’.[1]
- Präferenzen umfassen auch Überzeugungen, Erwartungen, Wünsche, Perspektiven und Ziele!
- „Angeborene“ Präferenzen (z.B. Schmerzvermeidung) vs. erworbene / erlernte Präferenzen
- Patientenpräferenzen in medizinischen Entscheidungssituationen: müssen i.d.R. „konstruiert“ werden[2]
- Entscheidungen bei Multimorbidität:[3]
  - oft unter **Unsicherheit** (fehlende Evidenz),
  - Ggf. **trade-offs**: zum Erreichen eines Behandlungsziels müssen Einbußen an anderer Stelle hingenommen werden, wenn sich die gewählte Therapiealternative z.B. ungünstig auf eine andere Kondition auswirkt.

[1] Andrews et al. *J Clin Epidemiol* 2013;66:726–35. [2] Lichtenstein S, Slovic P. The construction of preference. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2006.
[3] González-González *et al*. *BMJ Open* 2019;9:e029724.

Open access Original research

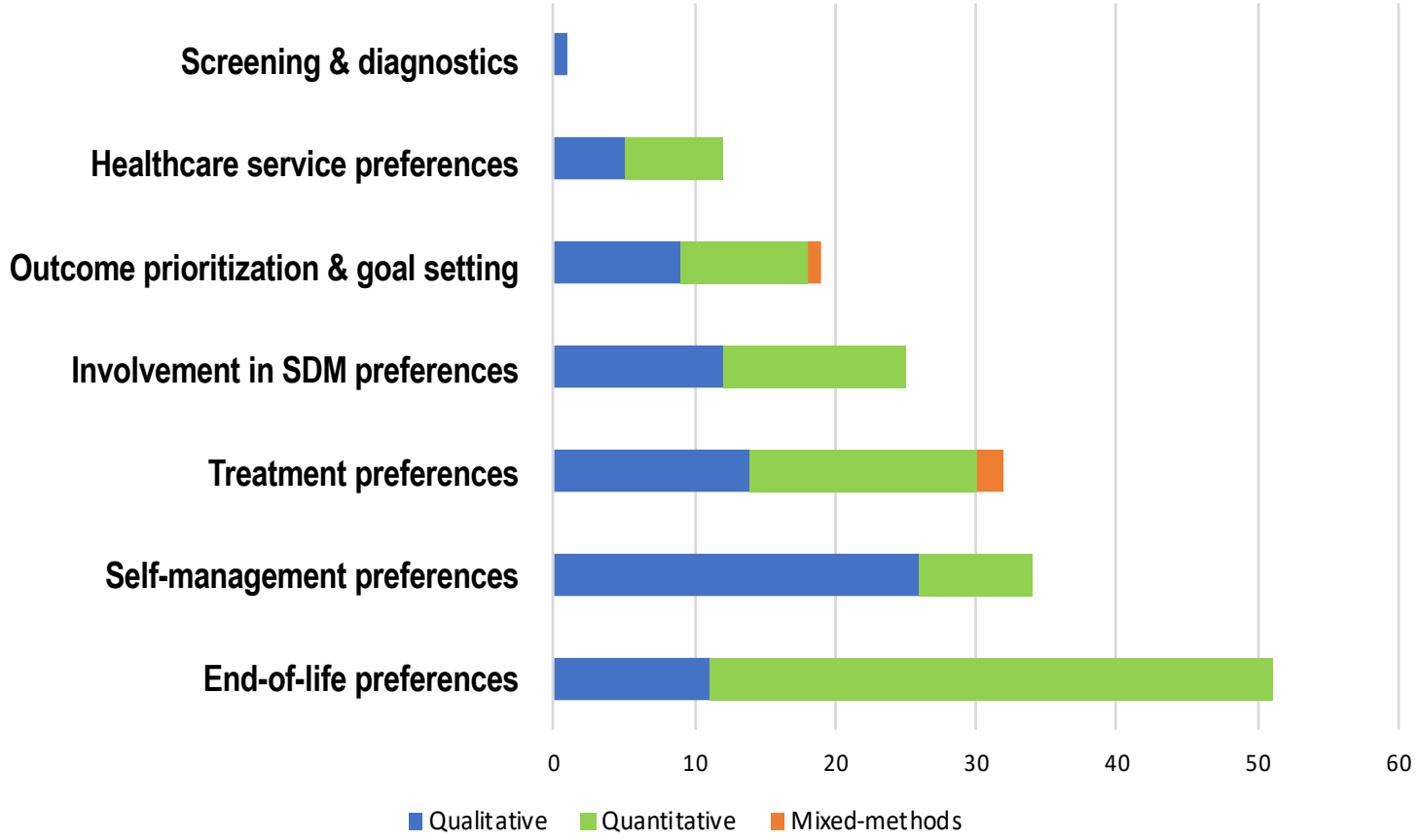
BMJ Open

Health-related preferences of older patients with multimorbidity: an evidence map

Ana Isabel Gonzalez ,[1,2] Christine Schmucker,[3] Julia Nothacker,[3] Edith Motschall,[4] Truc Sophia Nguyen,[1] Maria-Sophie Brueckle,[1] Jeanet Blom,[5] Marjan van den Akker,[1,6] Kristian Röttger,[7] Odette Wegwarth ,[8] Tammy Hoffmann,[9] Sharon E Straus,[10] Ferdinand M Gerlach,[1] Joerg J Meerpohl,[3] Christiane Muth[1]

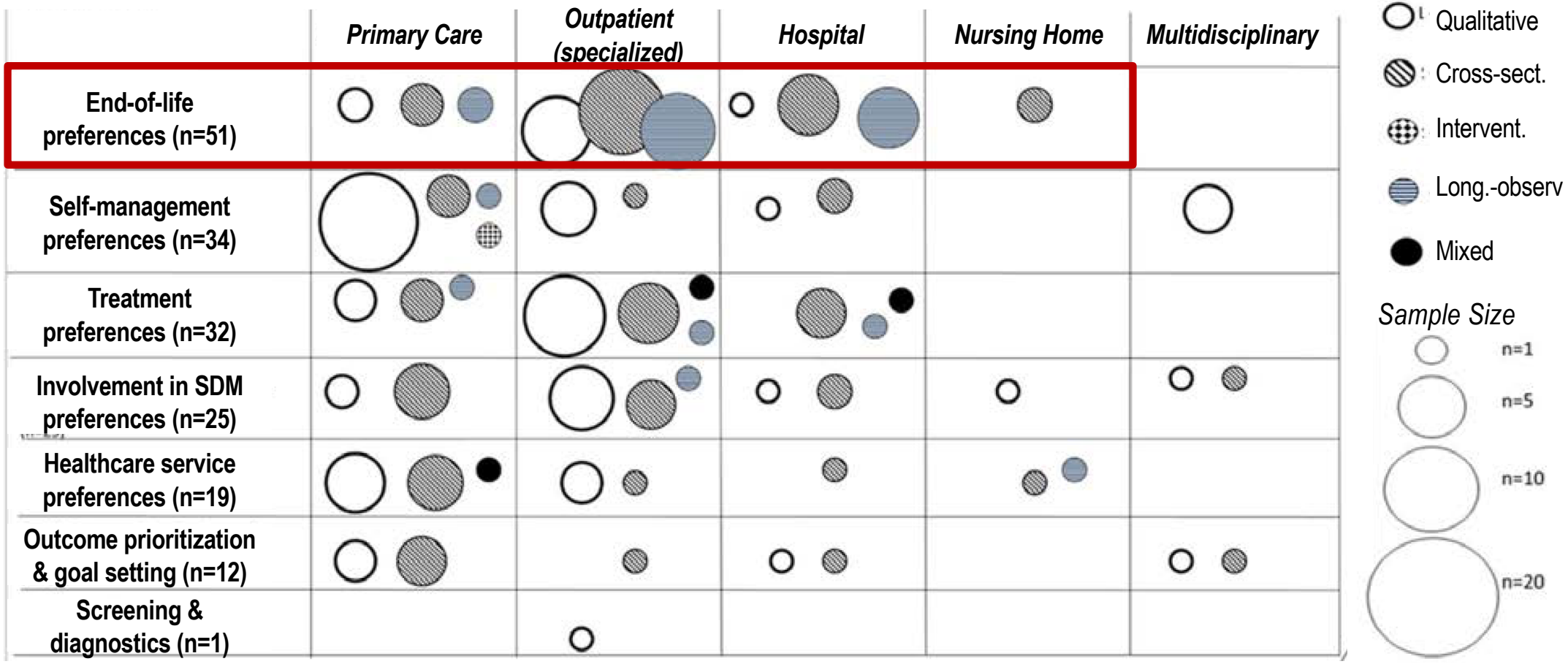
- **Ziel**: Systematische Identifizierung von Wissensclustern und Forschungslücken bei gesundheitsbezogenen Präferenzen von älteren Patienten mit Multimorbidität durch Kartierung aktueller Evidenz
- **Methoden**: 7 Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, PSYNDEX, CINAHL, Science Citation Index/Social Science Citation Index/-Expanded) bis 2018, Doppelreview, thematische Clusterung
- **Ergebnisse**: N=152 Studien, N=57 093 Patienten (Range 9–9105):
  - Setting: 62% Nordamerika, 28% Europa; 56% spezialisierte Versorgung, 36% Hausarztpraxen
  - Design: n=1 Intervention, n=151 Beobachtungsstudien (qualitative: 41%, quantitative: 57%)

Evidence map[1]



[1] González-González *et al*. *BMJ Open 2019;9:e034485.*

Evidence map[1]



[1] González-González *et al*. *BMJ Open 2019;9:e034485.*

Journal of
Clinical Medicine

Review

End-of-Life Care Preferences of Older Patients with Multimorbidity: A Mixed Methods Systematic Review

Ana I. González-González [1,2,*], Christine Schmucker [3], Julia Nothacker [3], Edris Nury [3], Truc Sophia Dinh [1], Maria-Sophie Brueckle [1], Jeanet W. Blom [4], Marjan van den Akker [1,5,6], Kristian Röttger [7], Odette Wegwarth [8], Tammy Hoffmann [9], Ferdinand M. Gerlach [1], Sharon E. Straus [10], Joerg J. Meerpohl [3,11] and Christiane Muth [1,12]

- Definition E-o-L Care: i.d.R. letztes Lebensjahr
- **Ziel**: Bereitstellung von Entscheidungsunterstützung für *advanced care planing* in emotional schwieriger Situation
- **Methoden**: Datenbankrecherche; Einschluss qualitativer und quantitativer Studien zu E-o-L Präferenzen, Patient*innen ≥ 60 Jahre, ≥ 2 Krankheiten; Risk of Bias: Mixed Method Appraisal Tool (MMAT)[1]; Datenextraktion; Synthese: konvergenter integrierter Ansatz (qual.: thematische Inhaltsanalyse, quant.: deskriptiv + Metaanalyse, Integration n. Joanna Briggs Institute-Ansatz[2])

[1] Pluye & Hong. Annu. Rev. Public Health 2014, 35, 29–45. [2] Lizarondo *et al. JBI Manual for Evidence Synthesis, Chapter 8. JBI, 2020. https://synthesismanual.jbi.global.*

End-of-Life Care Präferenzen bei älteren Patient*innen mit Multimorbidität[1]

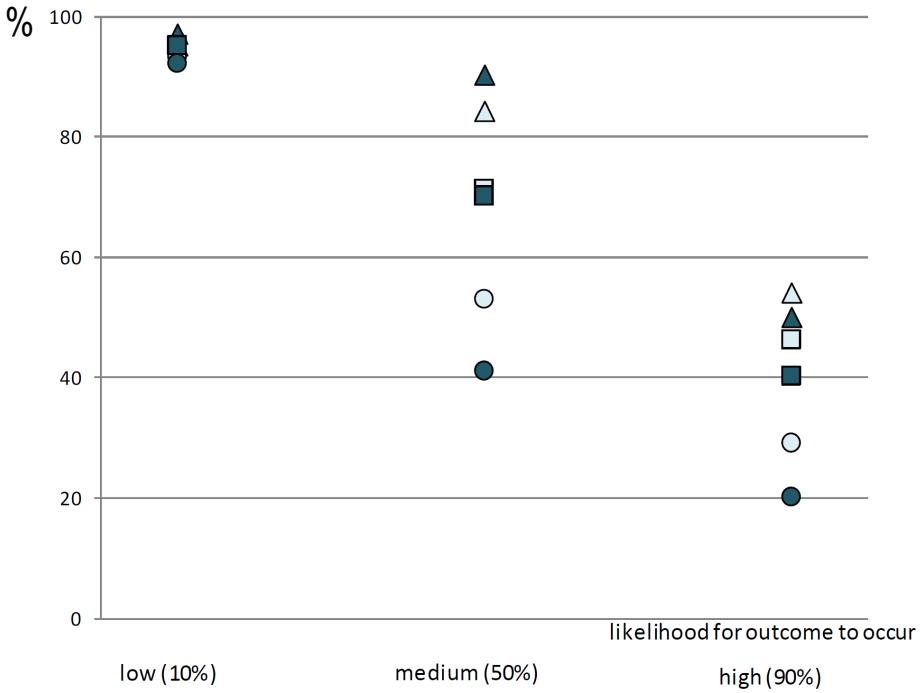
- **N=22** Studien (N=3.243 Patient*innen, Range: 12-682)
  - **Region**: USA/CAN: **8**, NL: **5**, restl. Europa: **5**, Asien: **4** Studien
  - **Setting**: Spezialärztlich (ambulant u. stationär): **18**, Pflegeheim: **3**, Allgemeinmedizin: **1** Studie(n)
  - **Design**: qual / quant / mixed: **3** / **15** / **3**; davon longitudinale Beobachtungsstudien: **1**
  - **Kontext**: reales Scenario: **9**, hypothetisches Scenario: **6**, kombiniert: **7** Studien
  - **Population**: 58% Männer, Alter: 60-84 J.; Pat. mit MM: **9**, Pat. m. Indexerkrankung: **13** Studien
  - **RoB**: niedrig: 10, moderat: 1, hoch: 11 Studien (non-responder bias)
  - **Präferenzen**: (multiple E-o-L Care-Präferenzen: **16** Studien)
    - Bereitschaft, lebenserhaltende Behandlungen zu erhalten (allg., spezifisch: Beatmung, CPR, Bluttransfusion, Dialyseabbruch, Abbruch ICD-Behandlung): **19** Studien
    - Ort E-o-L Care: **6**, Einbezug in SDM über E-o-L Care: **8**, Wahlmöglichkeit für Symptompalliation: **6** Studien

[1] González-González *et al. J. Clin. Med. 2020, 10, 91.*.

Bereitschaft, lebenserhaltende Behandlungen in verschiedenen Szenarien zu erhalten[1]

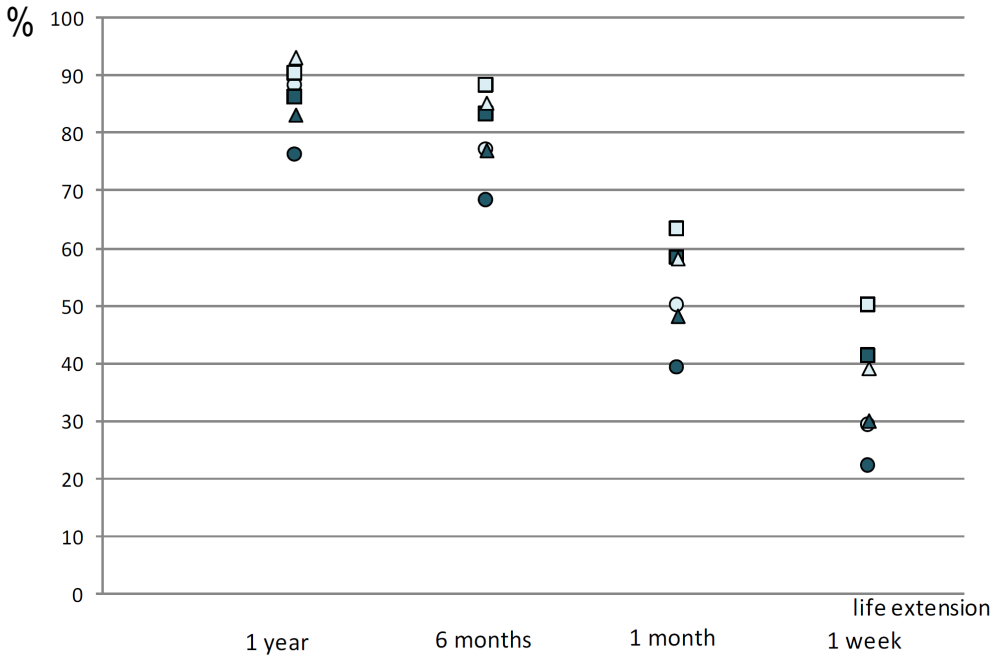
WALT-Instrument (Willingness to Accept Life-Sustaining Treatment) zur Ermittlung der Präferenzen mit Bezug auf

Eintrittswahrscheinlichkeit des Outcomes



△- Tod, ○- funktionelle Beeinträchtigung, □ - kognitive Beeinträchtigung

Lebensverlängerung und *treatment burden*

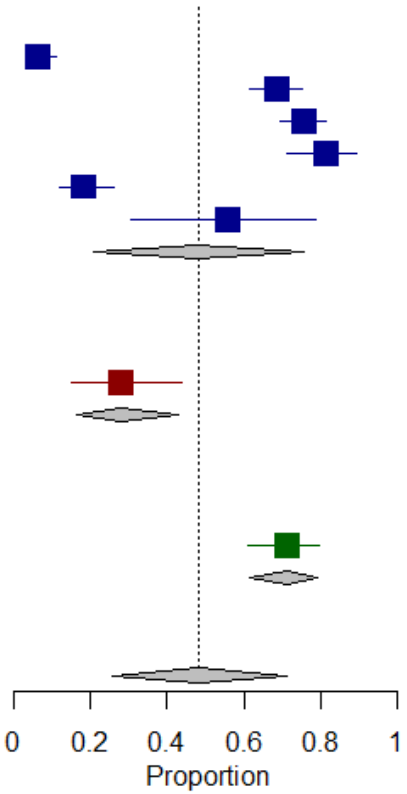


■ - high treatment burden, ■ - low treatment burden

[1] González-González *et al. J. Clin. Med. 2020, 10, 91.*.

Bereitschaft zur mechanischen Beatmung in Abhängigkeit zum Kontext[1]

Study	Yes	Total	Prop	95%-CI
Real				
Fuseya 2019	10	160	0.06	[0.03; 0.11]
Janssen 2011	127	185	0.69	[0.61; 0.75]
Janssen 2012	156	206	0.76	[0.69; 0.81]
Janssen 2013b	65	80	0.81	[0.71; 0.89]
Parr 2010	23	126	0.18	[0.12; 0.26]
Nath 2008	10	18	0.56	[0.31; 0.78]
Random effects model		775	0.48	[0.21; 0.76]
Heterogeneity: I^2 = 98%, τ^2 = 2.2603, p < 0.01				
Hypothetical				
Carlucci 2016	12	43	0.28	[0.15; 0.44]
Random effects model		43	0.28	[0.17; 0.43]
Heterogeneity: not applicable				
Real + Hypothetical				
Lee 1992	71	100	0.71	[0.61; 0.80]
Random effects model		100	0.71	[0.61; 0.79]
Heterogeneity: not applicable				
Random effects model		**918**	**0.48**	**[0.26; 0.71]**
Heterogeneity: I^2 = 97%, τ^2 = 1.8968, p < 0.01				
Residual heterogeneity: I^2 = 97%, p < 0.01				



[1] González-González *et al. J. Clin. Med. 2020, 10, 91.*.

Präferenzstabilität in E-o-L Care

- **Kontext**: Bereitschaft, lebenserhaltende Behandlungen zu erhalten, steigt häufig in realen Szenarien[1]
- **Longitudinal**: > 1/3 der Patient*innen änderte Präferenz für lebenserhaltende Maßnahmen in 1 Jahr follow-up
  ABER: signifikant höhere Präferenzstabilität bei Teilnahme in advanced care program[1]
- **Morbiditätsstatus**: höhere Präferenzstabilität bei erwachsenen Krankhauspatient*innen (80%)[2] und schwerkranken Patient*innen der ambulanten Versorgung (75%[2]...93%[3]) als bei multimorbiden Patient*innen (63%)[2]
- **Krankheitsschwere**: Mehrzahl der Patient*innen möchte E-o-L Care zu Hause erhalten – mit zunehmender Krankheitsschwere ändern bis zu 60% diese Präferenz (Krankenhaus, Hospiz)[1,4]

[1] González-González *et al. J Clin Med 2020, 10, 91;* [2] Auriemma et al. JAMA Intern Med 2014, 174, 1085–1092.; [3] Emanuel et al. Arch Intern Me. 1994, 154, 209–217;
[4] Gomes et al. BMC Palliat. Care 2013, 12, 7.

Zwei letzte Beispiele: Unterstützung bei der Konstruktion von Präferenzen

- Entwicklung einer Reihe von einfachen visuellen Unterstützungen bei der Formulierung von Therapiezielen

Patientenpräferenzen & Therapieziele

6.1 Was sollen die Medikamente in Ihrer derzeitigen Lebenssituation bewirken?

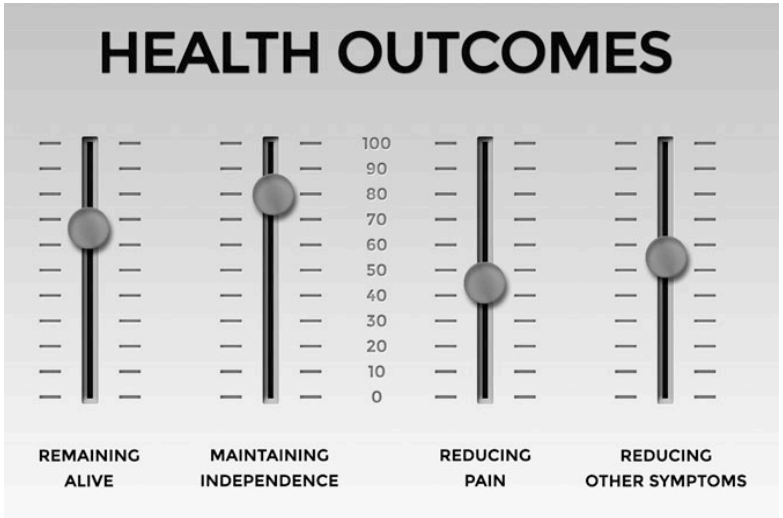
Benutzen Sie bitte für Frage 6.1 nur die blauen Kästchen. ***Mehrfachantworten!***

- ☐ Eine Verlängerung des Lebens?
- ☐ Weniger Krankenhausaufenthalte?
- ☐ Weniger Schmerzen?
- ☐ Bessere Bewältigung des Alltags (Einkaufen, etc.)?
- ☐ Mehr Freude am Leben?
- ☐ Andere: _____

6.2 Was ist Ihnen davon das wichtigste?

Benutzen Sie für die Antwort nun die gelben Kästchen von Frage 6.1.
Achtung: hier ist nur eine Antwort möglich!

Ausschnitt aus MediMoL (PRIMUM-Studie, D)[1,2]

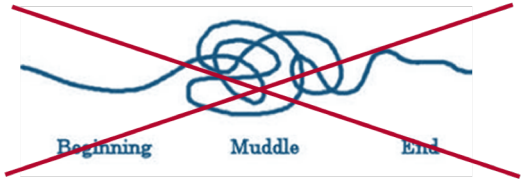


OPT-Tool (NL)[3,4]

→ Einsatz machbar

[1] Muth *et al. BMJ Open. 2016;6(7):e011613;*
[2] Muth et al. BMJ Open. 2018;8(2):e017740;
[3] van Summeren et al. J Am Geriatr Soc 2016;
[4] Gomes et al. Br J Gen Pract 2017; DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp17X690485.

Zusammenfassung



→ **Strukturiertes, proaktiv geplantes Vorgehen** anstelle von ‚*muddling through*‘

Gesundheitsbezogene **Präferenzen** mit Patient*innen **„konstruieren“** zur gemeinsamen Abstimmung von **Therapiezielen**

in Behandlungsprozess longitudinal integrieren, um gute Entscheidungen für ein **Individualisiertes Management** zu treffen (ggf. Verwendung von Priorisierungstools)

konsequente **Nachverfolgung**