

Shared Decision Making: Krise der gemeinsamen Entscheidung

Autor: Wolfram Klatt

Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

Shared Decision Making scheitert im deutschen Gesundheitssystem oft an Zeitmangel und Fehlanreizen. Der entmündigte Patient sucht oft in pseudomedizinischen Angeboten nach scheinbarer Augenhöhe.

Wenn der Arzt entscheidet und der Patient schweigt: Die Krise der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) im deutschen Gesundheitssystem

Das moderne Medizinsystem ist zweifellos ein Wunderwerk der Technik und der wissenschaftlichen Innovation. Ob minimalinvasive Chirurgie, personalisierte Onkologie, hochpräzise Bildgebung oder molekularbiologische Therapien – die evidenzbasierte Medizin rettet täglich unzählige Leben und lindert Leid auf einem Niveau, das noch vor wenigen Jahrzehnten unvorstellbar war. Doch an einer entscheidenden, hochsensiblen Schnittstelle zeigt das System gravierende Verschleißerscheinungen: der menschlichen Kommunikation. Im Spannungsfeld zwischen ökonomischen Zwängen, technologischer Hochrüstung und straffen Behandlungsabläufen droht das wichtigste Element jeder medizinischen Handlung in den

Hintergrund zu geraten – der betroffene Mensch mit seinen individuellen Werten, Ängsten und Lebensentwürfen.

1. Das Problem: Die entmündigte Medizin im Minutentakt

Der klassische "Gott in Weiß" – jener unfehlbare Arzt, der paternalistisch über die Köpfe seiner Patientinnen und Patienten hinweg die vermeintlich einzig richtige Entscheidung trifft – gilt in der modernen Medizinethik längst als Auslaufmodell. Offiziell befinden wir uns in der Ära des mündigen, informierten Patienten, der aktiv über seinen eigenen Körper mitbestimmt. Doch betrachtet man die alltägliche Versorgungsrealität in deutschen Arztpraxen und Krankenhäusern, zeigt sich oft ein ernüchterndes Bild.

Das Gesundheitssystem ist in weiten Teilen einer rein ökonomischen Durchsatzlogik unterworfen. In den Krankenhäusern diktieren Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) den Rhythmus: Verweildauern sind knapp bemessen, Prozeduren müssen sich rentieren und jeder Behandlungsschritt ist zeitlich eng kalkuliert. In den ambulanten Praxen führt das System der Quartalsbudgets und die strukturelle Unterfinanzierung rein verfahrensunabhängiger Gesprächsleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) dazu, dass Ärztinnen und Ärzte unter enormem Zeit- und Frequenzdruck arbeiten müssen. Das Resultat ist eine Medizin im Minutentakt.

In diesem hektischen Umfeld bleibt kaum noch Raum für das Konzept des **Shared Decision Making (SDM)** – auf Deutsch: *Gemeinsame Entscheidungsfindung*. SDM definiert medizinische Entscheidungen als einen kooperativen Prozess, an dem zwei gleichberechtigte Experten beteiligt sind:

- **Der Arzt / die Ärztin** bringt das fachliche Expertenwissen ein: medizinische Evidenz, diagnostische Befunde, Erfolgswahrscheinlichkeiten und Risikoprofile verschiedener Behandlungsoptionen.
- **Der Patient / die Patientin** bringt das existenzielle Expertenwissen ein: persönliche Werte, Lebensumstände, individuelle Risikotoleranz, Alltagsprioritäten und emotionale Belastungsgrenzen.

Erst wenn diese beiden Perspektiven systematisch zusammengeführt werden, entsteht eine Behandlungsstrategie, die nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern für das individuelle Leben des Menschen maßgeschneidert ist. Doch im Praxisalltag scheitert dieser Prozess regelmäßig an der verstreichenden Zeit. Wenn es etwa darum geht, ob ein beschwerdefreier älterer Patient ein

Prostatakrebscreening durchführen lässt, ob bei einer Arthrose konservativ oder operativ vorgegangen wird, oder welche Nebenwirkungen bei einer Chemotherapie in Kauf genommen werden können, werden Betroffene oft mit Fachbegriffen überrollt. Der Arzt präsentiert in aller Eile die medizinischen Daten, händigt den Aufklärungsbogen aus und bittet um eine zügige Unterschrift. Aus dem potentiellen Partner wird so ein passiver Empfänger ärztlicher Anordnungen.

MODELLE DER MEDIZINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG =====

1. PATERNALISTISCHES MODELL	2. INFORMIERTES MODELL	3. SHARED
-----	-----	-----
[ARZT] (entscheidet alleine) v [PATIENT] (folgt Anweisung)	[ARZT] (übergibt reine Daten) v [PATIENT] (überfordert allein)	[ARZT] \ v [GEMEIN] (Fakten

2. Was Shared Decision Making wirklich bedeutet: Die Metapher des Zwei-Piloten-Cockpits

Um das Wesen des Shared Decision Making greifbar zu machen, hilft ein Vergleich aus der Luftfahrt: **Die Metapher des Zwei-Piloten-Cockpits.**

Stellen wir uns ein Flugzeug vor, das durch ein schwieriges Unwetter fliegen muss.

- Der **Arzt** übernimmt die Rolle des *Navigations- und Technik-Piloten*. Er kennt das Radar, versteht die Triebwerksleistung, liest die Witterungsdaten und weiß genau, welche Flugrouten physikalisch und sicherheitstechnisch machbar sind.
- Der **Patient** hingegen ist der *Kapitän des Flugzeugs*, der das finale Reiseziel bestimmt und die Verantwortung für den eigenen Lebensweg trägt. Er weiß, wo er ankommen möchte, welche Turbulenzen er bereit ist durchzustehen und welche Risiken für seine persönliche Reise unakzeptabel sind.

Im alten, paternalistischen Modell übernimmt der Navigations-Pilot eigenmächtig das Steuer, ohne den Kapitän nach seinem gewünschten Reiseziel zu fragen. Er fliegt einfach dorthin, wo er es für richtig hält. Im sogenannten "informierten Modell" (Consumer-Modell) wiederum lädt der

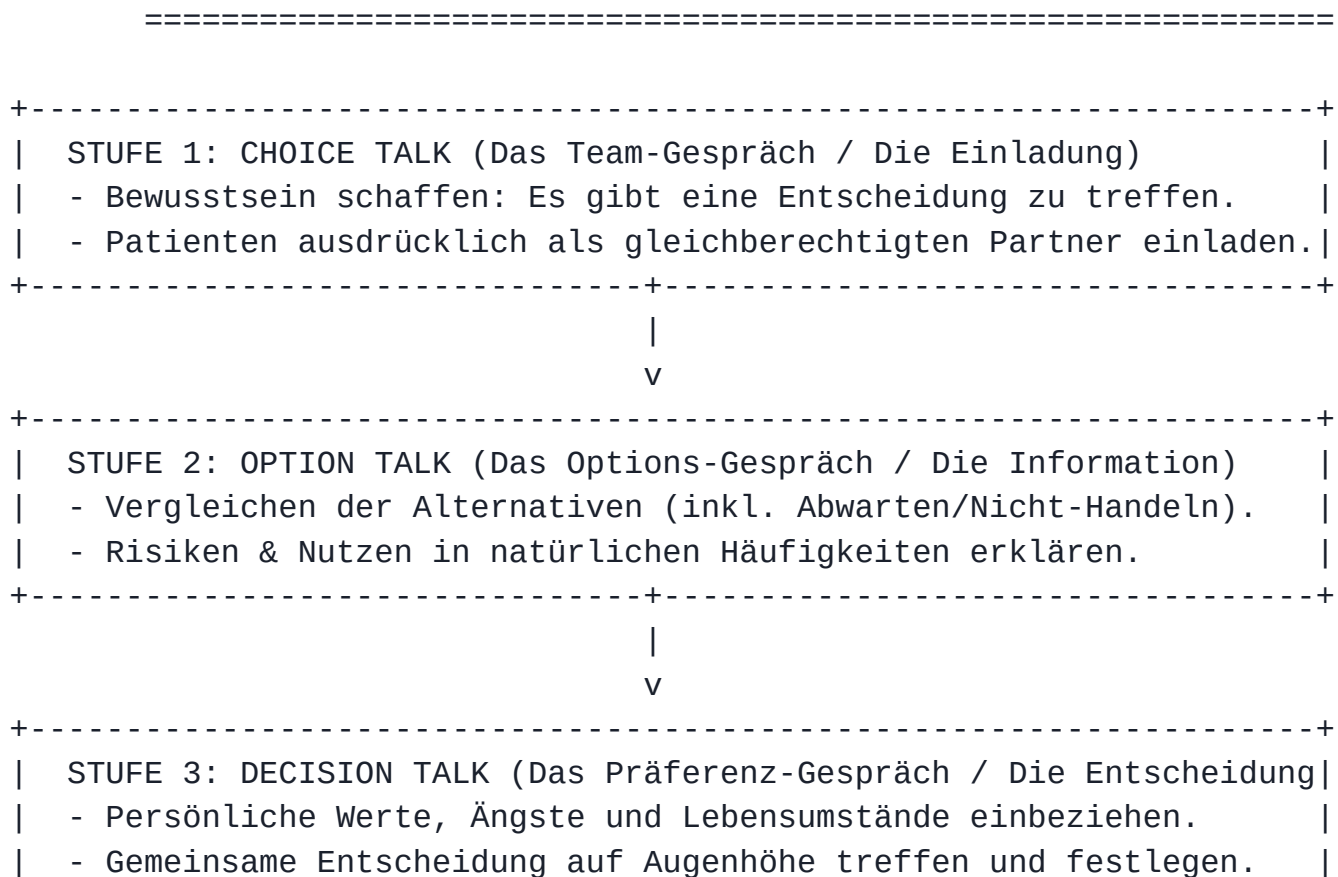
Navigations-Pilot dem Passagier alle technischen Handbücher und Radardaten auf den Schoß und sagt: *"Hier sind die Daten, entscheiden Sie selbst, wie wir fliegen."* Dies führt beim Passagier zu massiver Überforderung und Hilflosigkeit.

Shared Decision Making ist das gemeinsame Handeln im Cockpit: Der Navigator erklärt verständlich die flugtechnischen Optionen inkl. Risiken und Chancen (*"Wir können das Unwetter umfliegen, das dauert länger, verbraucht aber weniger Kraft – oder wir fliegen hindurch, was schneller geht, aber heftige Turbulenzen bringt"*). Der Kapitän wiegt dies gegen seine persönlichen Prioritäten ab. Erst im Dialog einigen sich beide auf den gemeinsamen Kurs.

3. Das pädagogische 3-Stufen-Modell der Entscheidungsfindung

Um Shared Decision Making im klinischen Alltag verlässlich umzusetzen, hat die medizinische Versorgungsforschung strukturierte Abläufe entwickelt. Ein international anerkanntes Modell ist das **3-Stufen-Modell nach Glyn Elwyn et al.**, das den Entscheidungsprozess in drei aufeinander aufbauende Phasen gliedert:

DAS 3-STUFEN-MODELL DES SHARED DECISION MAKING (Elwyn et al.)



1. **Choice Talk (Das Team-Gespräch):** In diesem ersten Schritt geht es darum, Transparenz darüber zu schaffen, dass überhaupt eine Wahlmöglichkeit besteht. Der Arzt signalisiert dem Patienten explizit: *"Es gibt hier nicht nur den einen Weg. Ihre persönliche Meinung und Ihre Werte sind entscheidend dafür, welchen Weg wir wählen."*
 2. **Option Talk (Das Options-Gespräch):** Hier werden die Behandlungsalternativen gleichberechtigt nebeneinandergestellt – ausdrücklich einschließlich der Option des kontrollierten Abwartens (*Watchful Waiting*). Die Vor- und Nachteile werden verständlich aufbereitet, ohne den Patienten mit medizinischem Jargon zu überfordern.
 3. **Decision Talk (Das Präferenz-Gespräch):** Im letzten Schritt unterstützen Ärztin und Arzt den Betroffenen dabei, die eigenen Präferenzen zu ordnen. Fragen wie *"Was bedeutet dieses Risiko für Ihren Alltag?"* oder *"Was ist Ihnen bei der Behandlung am wichtigsten?"* stehen im Mittelpunkt. Auf dieser Basis wird die finale Entscheidung gemeinsam getroffen.
-

4. Die wissenschaftliche Faktenlage: Wunsch, Wirklichkeit und verständliche Daten

Die gesundheitswissenschaftliche Evidenz zu Shared Decision Making zeigt ein klares Bild:

- **Der Wunsch der Menschen:** Studien der Bertelsmann Stiftung (u. a. im Rahmen des *"Faktencheck Gesundheit"*) belegen durchgehend, dass 70 bis 80 Prozent aller Patientinnen und Patienten den ausdrücklichen Wunsch haben, aktiv an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Sie möchten verstehen, warum eine Therapie empfohlen wird und welche Alternativen existieren.
- **Die Realität im System:** Erhebungen zum Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und Befragungen des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) verdeutlichen, dass dieser Wunsch im Praxisalltag häufig unerfüllt bleibt. Ein maßgeblicher Grund ist die eingeschränkte Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) großer Teile der Bevölkerung, kombiniert mit einer Risikokommunikation, die Verwirrung stiften kann.

- **Der Nutzen evidenzbasierter Entscheidungshilfen:** Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (z. B. Stacey et al., 2017) mit über 105 randomisierten kontrollierten Studien belegen: Wenn Patienten strukturierte Entscheidungshilfen (*Decision Aids*) nutzen, verbessert sich ihr Wissen drastisch, ihre Risikowahrnehmung wird realistischer, sie fühlen sich seltener verunsichert und entscheiden sich häufiger für konservativere, ihren Werten entsprechende Behandlungen.

Die Didaktik der Risikokommunikation: Prozent-Illusion vs. Natürliche Häufigkeiten

Ein zentraler Schwachpunkt der traditionellen Patientenaufklärung ist die Darstellung medizinischer Risiken. Wenn ein Arzt sagt: *"Diese Behandlung senkt Ihr Infarktrisiko um 50 Prozent"*, klingt das spektakulär. Man spricht hier von der **relativen Risikoreduktion**.

Für eine echte informierte Entscheidung ist jedoch die **absolute Risikoreduktion** in Form von **natürlichen Häufigkeiten** entscheidend:

RISIKOKOMMUNIKATION: PROZENT VS. NATÜRLICHE HÄUFIGKEITEN =====

[Relatives Risiko: "50 % Risikoreduktion!"] --> Wirkt riesig, verzerrt

[Natürliche Häufigkeit: Darstellung pro 100 Personen]

Ohne Behandlung: [X][X] (2 von 100 Personen erkranken)

Mit Behandlung: [X] (1 von 100 Personen erkranken)

Absoluter Nutzen: Genau 1 von 100 Personen hat einen direkten Nutzen von

Wird das Risiko so kommuniziert, versteht der Patient sofort: 99 von 100 Personen haben durch die Einnahme des Medikaments bezüglich dieses Endpunkts keinen individuellen Nutzen, tragen aber eventuell Nebenwirkungen. Erst diese Transparenz ermöglicht eine fundierte Abwägung.

5. Das Entstehen der Vertrauenslücke: Wie Pseudomedizin die Illusion von Augenhöhe verkauft

Wo das evidenzbasierte Gesundheitssystem durch Zeitnot, Sprachbarrieren und emotionale Distanz ein Vakuum hinterlässt, entsteht eine gefährliche Lücke. Menschen, die sich mit ihren

Sorgen entmündigt oder nicht gehört fühlen, suchen nach Alternativen. Dieser Mechanismus erfordert eine empathische und differenzierte Betrachtung.

DIE VERTRAUENSLÜCKE UND DAS TROJANISCHE PFERD DER PSEUDOMEDIZIN =====

SYSTEM-ENGPASS IN DER MEDIZIN

- Zeitdruck (Minutentakt)
- Technische Fachsprache
- Gefühl der Entmündigung

=====>

VERMEINTLICHE ZUFLUCHT (PSEUDOMEDIZIN)

- 60 Min. ausführliche Erstanamnese
- Gefühl von Wertschätzung & Aufmerksamkeit
- Versprechen von Selbstwirksamkeit

||
v

[TROJANISCHES PFERD DER SCHEINHEILUNG
(Keine Wirkbelege, finanzielle Belastung,
Gefahr von Therapieverzögerungen)

Warum Menschen pseudomedizinische Angebote aufsuchen

Wenn Patientinnen und Patienten sich Angeboten aus dem Bereich der Homöopathie, Heilpraktik oder Esoterik zuwenden, tun sie dies in den seltensten Fällen aus Naivität oder Wissenschaftsfeindlichkeit. Es handelt sich vielmehr um eine zutiefst menschliche, verständliche Reaktion auf das Erleben von Hilflosigkeit. Wer eine schwere Diagnose erhält oder unter chronischen Beschwerden leidet, befindet sich psychologisch in einer Ausnahmesituation. Das Bedürfnis nach Zuwendung, nach Erklärung und nach aktiver Mitgestaltung des eigenen Heilungsprozesses ist ein natürliches Grundrecht.

Anbieter pseudomedizinischer Methoden nutzen dieses Bedürfnis gezielt aus:

1. **Zeit und Raum:** Eine pseudomedizinische Erstanamnese dauert oft 60 bis 90 Minuten. Der Patient erfährt ein Ausmaß an ungeteilter Aufmerksamkeit, das im Kassenarztsystem schlicht nicht vorgesehen ist.
2. **Validierung von Emotionen:** Ängste und Sorgen werden nicht vorschnell mit Fachbegriffen abgetan, sondern aufmerksam aufgegriffen.
3. **Das Versprechen der Selbstwirksamkeit:** Dem Patienten wird das Gefühl vermittelt, die Kontrolle zurückzuerlangen.

Die Rhetorik der "Schein-Augenhöhe" (*False Empowerment*)

Die Problematik liegt darin, dass diese Aufmerksamkeitszuwendung als **Trojanisches Pferd** dient. Unter dem Deckmantel der "Ganzheitlichkeit" und der "Partnerschaftlichkeit" wird eine Illusion von Shared Decision Making erzeugt. In Wahrheit findet jedoch oft keine echte informierte Entscheidung statt:

- Den Betroffenen werden Scheinursachen (z. B. "Fehlende Energieflüsse", "Toxinbelastungen") präsentiert, die wissenschaftlich jeder Grundlage entbehren.
- Es wird eine Entscheidungssituation vorgetäuscht, bei der fundierte Risiken wirksamer Behandlungen verharmlost und die Unwirksamkeit der angebotenen Methode verschwiegen werden.

Aus einem echten Shared Decision Making wird so ein manipulative Rhetorikmuster, das dem Patienten zwar das *Gefühl* von Mitsprache gibt, ihn aber inhaltlich täuscht.

6. Medizinische und psychologische Konsequenzen für Patientinnen und Patienten

Die Folgen fehlender Einbeziehung in der wissenschaftlichen Medizin und der anschließenden Ausweichbewegungen sind vielschichtig:

1. **Therapie-Non-Adhärenz:** Betroffene, die den Sinn einer verordneten Medikation nicht verstanden haben oder deren Bedenken im Arztgespräch übergangen wurden, setzen Arzneimittel (z. B. Blutdrucksenker, Statine) häufig eigenmächtig ab.
 2. **Nocebo-Effekte:** Fühlt sich ein Patient einer Behandlung hilflos ausgeliefert und begegnet ihr mit Misstrauen, verstärken sich subjektive Nebenwirkungen nachweislich.
 3. **Gefährliche Behandlungsverzögerungen:** In schwerwiegenden Fällen – etwa in der Onkologie – führt das Vertrauen in scheinbar einfühlsame Alternativbehandler dazu, dass lebensrettende, evidenzbasierte Therapien (Operationen, Chemotherapien) aufgeschoben oder ganz abgelehnt werden.
 4. **Finanzielle Belastung (*Financial Toxicity*):** Da pseudomedizinische Verfahren in der Regel Privatleistungen sind, investieren Patienten oft erhebliche Summen eigener Ersparnisse in wirkungslose Diagnostik- und Therapieverfahren.
-

7. Evidenzbasierte Lösungsansätze: Wie das Gesundheitssystem partizipativ werden kann

Um Shared Decision Making vom Leitbild zur flächendeckenden Versorgungsrealität zu machen, sind strukturelle Maßnahmen auf mehreren Ebenen erforderlich:

A. Reform der Vergütungsstrukturen (Sprechende Medizin)

Die Zeit für ausführliche Beratung, das gemeinsame Abwägen von Behandlungsoptionen und die verständliche Risikokommunikation muss im EBM sowie im stationären Rahmen angemessen honoriert werden. Solange rein apparative Diagnostik und operative Prozeduren ökonomisch bevorzugt werden, bleibt das Gespräch ein Mangelfach.

B. Systematischer Einsatz von Entscheidungshilfen (*Decision Aids*)

Standardisierte, wissenschaftlich evaluierte Entscheidungshilfen – etwa die *Option Grids* des IQWiG (abrufbar u. a. auf gesundheitsinformation.de) – müssen flächendeckend in den Praxisalltag integriert werden. Diese Hilfsmittel bereiten wissenschaftliche Fakten in leicht verständlichen Texten und Piktogrammen auf und dienen als gemeinsame Arbeitsgrundlage im Gespräch.

C. Verankerung der Gesprächsführung in der Aus- und Weiterbildung

Kommunikation ist eine erlernbare klinische Fertigkeit. Das Medizinstudium und die fachärztliche Weiterbildung müssen strukturierte Kommunikationstrainings (z. B. mit Simulationspatientinnen und -patienten) verbindlich integrieren. Schwerpunkte bilden hierbei das Erklären komplexer Evidenz und der Umgang mit emotionalen Belastungssituationen.

D. Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz

Initiativen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz unterstützen Patientinnen und Patienten darin, aktive Fragen im Arztgespräch zu stellen. Ein einfaches, hochwirksames Werkzeug ist das Prinzip der "**Drei Fragen für meine Gesundheit**":

1. *Welche Möglichkeiten habe ich?*
2. *Was sind die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten?*
3. *Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vor- und Nachteile bei mir auftreten?*

8. Ein Plädoyer für Empathie und Würde: Keine Verurteilung der Suchenden

In der Aufklärung über Pseudomedizin und Systemmängel gilt ein eiserner Grundsatz: **Patientinnen und Patienten dürfen niemals für ihr Suchen nach Hilfe, Empathie und Mitsprache verurteilt oder verspottet werden.**

Ein Tonfall, der Betroffene als "naiv" herabsetzt, verletzt nicht nur die ethischen Grundlagen einer respektvollen Gesundheitskommunikation, sondern verstärkt das Problem: Er treibt verunsicherte Menschen erst recht in die Isolation und in die Arme von Anbietern, die ihnen Wertschätzung versprechen.

Die Notwendigkeit zur Veränderung liegt nicht beim suchenden Patienten, sondern bei den Strukturen des Medizinsystems. Die wissenschaftliche Medizin muss ihren eigenen hohen Anspruch ernst nehmen: Wissenschaftliche Exzellenz und menschliche Zuwendung dürfen keine Gegensätze sein, sondern gehören unrennbar zusammen.

9. Fazit: Für eine Medizin der echten Teilhabe

Shared Decision Making ist kein verzichtbarer Luxus für ruhige Zeiten, sondern ein zentrales Qualitätselement einer modernen, evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Echte Patientenautonomie entsteht weder durch paternalistische Bevormundung noch durch das Verlassen des wissenschaftlichen Bodenraums.

Sie entsteht dort, wo hochstehende medizinische Evidenz in verständlicher Sprache mit den individuellen Werten und Lebensumständen des Menschen zusammengeführt wird. Wenn das Gesundheitssystem die Rahmenbedingungen schafft, damit Ärztinnen, Ärzte und Betroffene gemeinsam im Cockpit der Behandlung Platz nehmen können, wird die Medizin nicht nur menschlicher, sondern nachweislich auch besser.
