

Newsletter des Förderschwerpunktes "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess"

No.2
13.10.2004

Herzlich willkommen! Hier finden Sie - gestützt auf deutsch- und englischsprachige Quellen - Informationen zur Partizipativen Entscheidungsfindung/Shared Decision Making und allen im engeren und weiteren Sinne damit in Verbindung stehenden Themen, wie z.B. Transparenz im Medizinsystem, Patientensicherheit usw. Die Informationen erhalten Sie in Form von Links, Meldungen und Abstracts sowie gelegentlich als Dateianhang. Der Newsletter richtet sich an alle Personen und Institutionen, die zur Stärkung der Rolle der Patienten im Gesundheitswesen beitragen wollen.

I.

3. Fachtagung des Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess"

Nach Durchführung der im Förderschwerpunkt realisierten Modellvorhaben zur Patientenbeteiligung stellen die einzelnen Projekte ihre Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit vor.

Diese Tagung richtet sich gleichermaßen an Ärzte und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens, Patientenvertreter, Selbsthilfeorganisationen, Kostenträger, Vertreter der Gesundheitspolitik, Wissenschaftler und Patienten.

23.-25. Mai 2005 in Berlin, Charité

II.

Tagung "Patientenverfügung"

Gültigkeit - Wirksamkeit - geeignete Formen

10. bis 11. Dezember 2004 in Tutzing

Zu Fragen der Gültigkeit, Wirksamkeit und zu geeigneten Gestaltungsformen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, mutmaßlichem bzw. tatsächlichem Patientenwillen und danach zu treffenden Entscheidungen herrscht weithin große Unsicherheit. Die Tagung soll zu Klärungen beitragen. Zur Teilnahme eingeladen sind Ärztinnen, Ärzte, Juristinnen, Juristen und andere, die ggf. entscheiden müssen oder bei der Erstellung von Verfügungen beraten wollen bzw. müssen, sowie alle sonst Interessierten.

<http://www.ev-akademie-tutzing.de/doku/programm/detail.php3?lfdnr=703&=detail>

III.

Family Practice Vol. 21, No. 4, 337-346

Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice

G Elwyn, A Edwards, K Hood, M Robling, C Atwell, I Russell, M Wensing, R Grol and the Study Steering Group

Abstract:

<http://fampra.oupjournals.org/cgi/content/abstract/21/4/337>

IV.

BMJ 2004;329:47-50 (3 July), doi:10.1136/bmj.329.7456.47

Education and debate

Making decisions about benefits and harms of medicines

Trisha Greenhalgh, professor of primary health care, Olga Kostopoulou, Department of Health

R&D/PPP national primary care postdoctoral fellow, Clare Harries, lecturer

Volltext:

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7456/47>

V.

Schwerpunktheft CPSO Member's Dialogue September/October '04
Maintaining Boundaries with Patients
<http://www.cpso.on.ca/Publications/Dialogue/0904/toc.htm>

VI.

So what has the Cochrane Collaboration ever done for us? A report card on the first 10 years
Jeremy Grimshaw
Canadian Medical Association Journal 28 September 2004; Vol. 171, No. 7
Volltext:
<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/7/747>

VII.

DIMDI Arzt und Patient
Willkommen im Bereich Arzt und Patient des DIMDI! Diese speziell für Ärzte und Patienten konzipierte Rubrik beinhaltet leicht zugängliche Informationsangebote des *DIMDI und* *anderer Anbieter* aus den Themengebieten Medizin und Gesundheit. Hier finden Sie umfassende Informationen zu Krankheiten, Diagnosemöglichkeiten, Therapieformen, Arzneimitteln, Fachliteratur und medizinischem Bildmaterial sowie medizinische Adressen.
Unser Angebot wird kontinuierlich erweitert, so dass sich ein regelmäßiger Besuch für Sie lohnen wird.
<http://www.dimdi.de/de/arztpatient/index.htm>

VIII.

VERMISCHTES

Gynäkologie: Patientinnen wünschen sich mehr Zeit für Beratung

BERLIN. Budgetzwänge und bürokratische Vorgaben in der Versorgung beklagt der Berufsverband der Frauenärzte. Zuvor hatte eine Umfrage im Auftrag der Zeitschrift "Brigitte" ergeben, dass viele Frauen sich eine einfühlsamere Behandlung und individuellere Beratung beim Frauenarzt wünschen.

"Wir versorgen unsere Mitglieder regelmäßig mit aktuellen Informationen zur Frauenheilkunde und setzen uns für ein umfassendes Qualitätsmanagement ein - der Gynäkologe ist also ein kompetenter Ansprechpartner für die Frau", erklärte Dr. Manfred Steiner, Präsident des Berufsverbandes. Doch solange das persönliche Gespräch mit den Patientinnen nur minimal vergütet werde, bleibe eine ausführliche, individuelle Beratung ein Luxus und sei vom Arzt sehr schwer zu leisten.

/hil

IX.

BMJ 2004;329:507-510 (28 August)
Use of decision aids to support informed choices about screening
Alexandra Barratt, senior lecturer in epidemiology, Lyndal Trevena, lecturer, Heather M Davey, PhD candidate, Kirsten McCaffery, senior research fellow
Volltext:
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7464/507>

X.

5 July 2004 Medical Journal of Australia
Health service reforms in the United Kingdom after Bristol
Donald Irvine.
Med J Aust 2004; 181 (1): 27-28.
Volltext:
http://www.mja.com.au/public/issues/181_01_050704/irv10378_fm.html

XI.

5 July 2004 Medical Journal of Australia

What conflict of interest?

Mabel Chew.

Med J Aust 2004; 181 (1): 4-5.

Volltext:

http://www.mja.com.au/public/issues/181_01_050704/che10414_fm.html

XII.

19 July 2004 Medical Journal of Australia

How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study

Fernando A Infante, Judith G Proudfoot, Gawaine Powell Davies, Tanya K Bubner, Chris H Holton, Justin J Beilby and Mark F Harris.

Med J Aust 2004; 181 (2): 70-73.

Volltext:

http://www.mja.com.au/public/issues/181_02_190704/inf10185_fm.html

XIII.

2 Aufsätze über ärztliche Fortbildung und die Rolle der Pharmazeutischen Industrie

Canadian Medical Association Journal 20 July 2004; Vol. 171, No. 2

CME and the pharmaceutical industry: two worlds, three views, four steps

David A. Davis

CMAJ 2004;171 149-150

Volltext:

<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/2/149?etoc>

XIV.

The future sponsorship of CME in Canada: Industry, government, physicians or a blend?

Bernard Marlow

CMAJ 2004;171 150-151

Volltext:

<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/2/150?etoc>

XV.

Canadian Medical Association Journal July 20, 2004; 171 (2). doi:10.1503/cmaj.1041037.

Patient Safety

Medical error affects nearly 25% of Canadians

Louise Gagnon, Ottawa

Medical errors in Canada are common, and there are significant regional disparities in how the health care system performs, according to a June 9 report by the Canadian Institute for Health Information (CIHI)./Health Care in Canada 2004/, CIHI's annual report on the health care system, found almost 1 of every 4 Canadians (5.2 million people) say they or a family member has experienced a preventable, adverse event in 2003. The adverse events range from receiving the wrong dose or type of medication, to having foreign objects left in the body after surgery. One in 9 adults with health problems said a health professional or hospital gave them the wrong medication or dosage, while 1 in every 6667 surgical patients had a foreign object left in their body. The errors are associated with 1.1 million extra days in hospital. "Some errors can be avoided through simple solutions, such as marking a knee with a pen to ensure the correct knee is operated on," said Dr. Indra Pulcins, manager of health indicators at CIHI. "Other possible solutions, such as implementing electronic prescribing to avoid medication errors, are more complex." There were substantial differences across Canada in some health performance indicators. In Nova Scotia, for example, 24.2% of patients who suffered a stroke died in hospital within 30 days, while in Alberta, the rate was 15.5%. It's difficult to say why provinces perform differently, says Pulcins. "It may be related to the quality of care in hospital, or the medication that was prescribed, or whether or not the appropriate diagnostic workup was done. The statistic acts as a flag to the health region. If there is a high mortality rate, they can try to identify how to address it.

XVI.

Reporting about health care quality: A guide to the galaxy

Seven basic principles should be followed when reporting information about health care quality to consumers or other audiences.

Citation: Reporting about Health Care Quality: A Guide to the Galaxy, Kanouse DE, Spranca M, Vaiana M, /Health Promotion Practice,/ Vol. 4, No. 3, July 2004, pp. 222-231,

Abstract:

http://www.rand.org/health/feature/quality/kanouse_063004.html

XVII.

Effect of patient socioeconomic status on perceptions of first- and second-year medical students

James K.H. Woo, Sahar H. Ghorayeb, Cheong K. Lee, Harpreet Sangha and Suzanne Richter

Background: Physician decision-making and perceptions of patients are affected by a patient's socioeconomic status (SES). We sought to determine if the perceptions of first- and second-year medical students are similarly affected. We also wanted to determine whether a student's own SES affects his or her perceptions of patients from a low or high SES background.

Methods: Two similar videos of a physician-patient interview were created. One video featured a patient of apparently high SES and the other featured a patient of apparently low SES. Differences in SES were portrayed by means of clothing, accessories and dialogue. First- and second-year medical students at the University of Western Ontario were recruited to view 1 of the videos and to answer a questionnaire using a 5-point Likert scale.

Results: Responses were obtained from 205 (89%) of the 231 medical students invited to participate. Respondents' perceptions of the low SES and high SES patients were significantly different in the following respects. The low SES patient was perceived to be less compliant in taking medications and less likely to return for follow-up visits; was perceived to have a lower level of social support, poorer overall health and a worse prognosis; and was perceived to be more adversely affected in his occupational duties by illness ($p < 0.05$). Furthermore, second-year students who watched the video with the low SES patient were less inclined to want that patient in their practice than second-year students who watched the video with the high SES patient ($p = 0.032$). One hundred and six students (52%) were categorized as having high SES and 37 (18%) as having low SES (the remaining students were categorized as having mid-level SES). Among students who watched the video with the low SES patient, the level of agreement with the statement "This person is the kind of patient I would like to have in my practice" was greater among low SES students than among high SES students ($p = 0.012$).

Interpretation: First- and second-year medical students have negative perceptions of low SES patients on several dimensions

Volltext:

<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/13/1915>

XVIII.

Über-, Unter-, Fehlversorgung:

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT ONLINE 24.06.2004

M E D I Z I N

USA: Pap-Abstriche auch bei Hysterektomierten die Regel

HANOVER/NEW HAMPSHIRE. Was kann es unsinnigeres geben als eine Krebsfrüherkennung auf einen Tumor, der gar nicht entstehen kann, weil es sein Ursprungsorgan nicht mehr gibt? Doch genau dies ist bei etwa zehn Millionen hysterektomierten Amerikanerinnen der Fall. Sie lassen nach einer Studie im amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2004; 291: 2990-2993) regelmäßig einen Pap-Abstrich durchführen, obwohl sie gar keine Cervix uteri mehr haben.

Die US-Centers of Disease Control and Prevention führen jedes Jahr Telefonumfragen durch, um sich einen Überblick über die Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung zu verschaffen. Im Rahmen dieses Behavioral Risk Factor Surveillance Systems werden Frauen auch gefragt, ob ihnen der Uterus entfernt wurde und ob sie Abstriche zur Früherkennung des Zervixkarzinoms durchführen. Die Analyse

der Daten von Brenda Sirovich von der Dartmouth Medical School in Hanover zeigt, dass US-Gynäkologen zwischen beidem keinen Widerspruch sehen. Der Anteil der hysterektomierten Frauen, die in den vorangehenden drei Jahren einen Pap-Abstrich durchführen ließen, betrug 1992 etwa 68,5 Prozent und ist im Jahr 2002 sogar noch auf 69,1 Prozent angestiegen. Zwischen diesen beiden Daten hatte eine U.S. Preventive Services Task Force Empfehlungen herausgegeben, die sich gegen das Pap-Screening bei hysterektomierten Frauen aussprach, offenbar ohne Erfolg.

Da in den USA etwa 22 Millionen Frauen hysterektomiert werden - das ist immerhin jede fünfte Frau im gebärfähigen Alter - lässt sich aus den Zahlen auf etwa zehn Millionen Frauen hochrechnen, die einen unnötigen Test zum Preis von jeweils etwa 20 bis 40 US-Dollar durchführen lassen. Das wären 12 Prozent von 85 Millionen in den USA jährlich durchgeführten Pap-Abstriche. In dieser Hochrechnung sind wohlwissend etwa 1,1 Millionen Frauen ausgeschlossen, bei denen eine Hysterektomie ohne Entfernung der Cervix uteri durchgeführt wurde. Ausgeschlossen sind auch jene 2,2 Millionen Frauen, bei denen Uterus und Cervix wegen eines Cervixkarzinoms entfernt wurden. In beiden Gruppen ist ein Pap-Abstrich weiter notwendig. Im ersten Fall, weil die Cervix noch vorhanden ist und im zweiten Fall, um Lokalrezidive frühzeitig zu erkennen.

Die Frage lautet nun, warum US-Gynäkologen die Abstriche weiter durchführen. Die Autoren vermuten, dass dies häufig auf Wunsch der Frauen geschehe, die vielleicht nicht verstünden, dass sie keine Cervix mehr haben. Ein anderer Grund könnte ein Missverständnis bei den Ärzten sein, die möglicherweise glauben, mit dem Abstrich, der dann von der Vaginaschleimhaut entnommen wird, könnten Vaginalkarzinome frühzeitig entdeckt werden. Für diese Indikation gibt es aber keine wissenschaftliche Evidenz. Eine dritte Möglichkeit wäre, dass Arzt und Patientin einer alten Gewohnheit folgen und ihren langjährigen Kontakt, der auf den jährlichen Pap-Abstrichen beruht, aufrechterhalten, obwohl es hierfür keine medizinischen Gründe gibt. /rme

Links zum Thema

Abstract der Studie im JAMA

[http://jama.ama-](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/291/24/2990?lookupType=volpage&vol=291&fp=2990&view=short)

[assn.org/cgi/content/abstract/291/24/2990?lookupType=volpage&vol=291&fp=2990&view=short](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/291/24/2990?lookupType=volpage&vol=291&fp=2990&view=short)

Behavioral Risk Factor Surveillance System

<http://www.cdc.gov/brfss/>

Disclaimer/Impressum

Der Inhalt dieser Nachricht ist ausschließlich für den bezeichneten Adressaten bestimmt. Die Nachricht wurde durch einen Virenschanner auf Viren und sonstigen schädlichen Inhalt geprüft, jedoch wird keinerlei Haftung für Schäden wegen Viren übernommen. Auch wird keine Haftung für Schäden übernommen, die aus einer Veränderung des Inhalts dieser Nachricht durch Dritte entstehen können.

Für den Inhalt der Nachrichten übernehmen wir keinerlei Gewähr. Sie sind nicht als Meinungsäußerung des Förderschwerpunktes oder einzelner Mitglieder zu verstehen.

Erscheinungsweise: unregelmäßig

Redaktion, ViSdP:

Prof. Dr. med. David Klemperer

Kontaktadresse Newsletter:

Fachhochschule Regensburg, Fachbereich Sozialwesen

Seybothstraße 2

93053 Regensburg

Email: klemperer@klemperer.com

Website: <http://www.klemperer.com>

Kontaktadresse Förderschwerpunkt"Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess":

PD Dr. Dr. Martin Härter

Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5
79104 Freiburg
Email: martin_haerter@psyallg.ukl.uni-freiburg.de
Website: <http://www.patient-als-partner.de>