



Partizipative Entscheidungsfindung – nice to have oder unabdingbar für den Erfolg?

Der Patient zwischen Autonomie
und Krankheitsaufgabe



Burkhard Matthes
Stv. Leitung Onkologisches Zentrum
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe





Offenlegung potentieller Interessenskonflikte

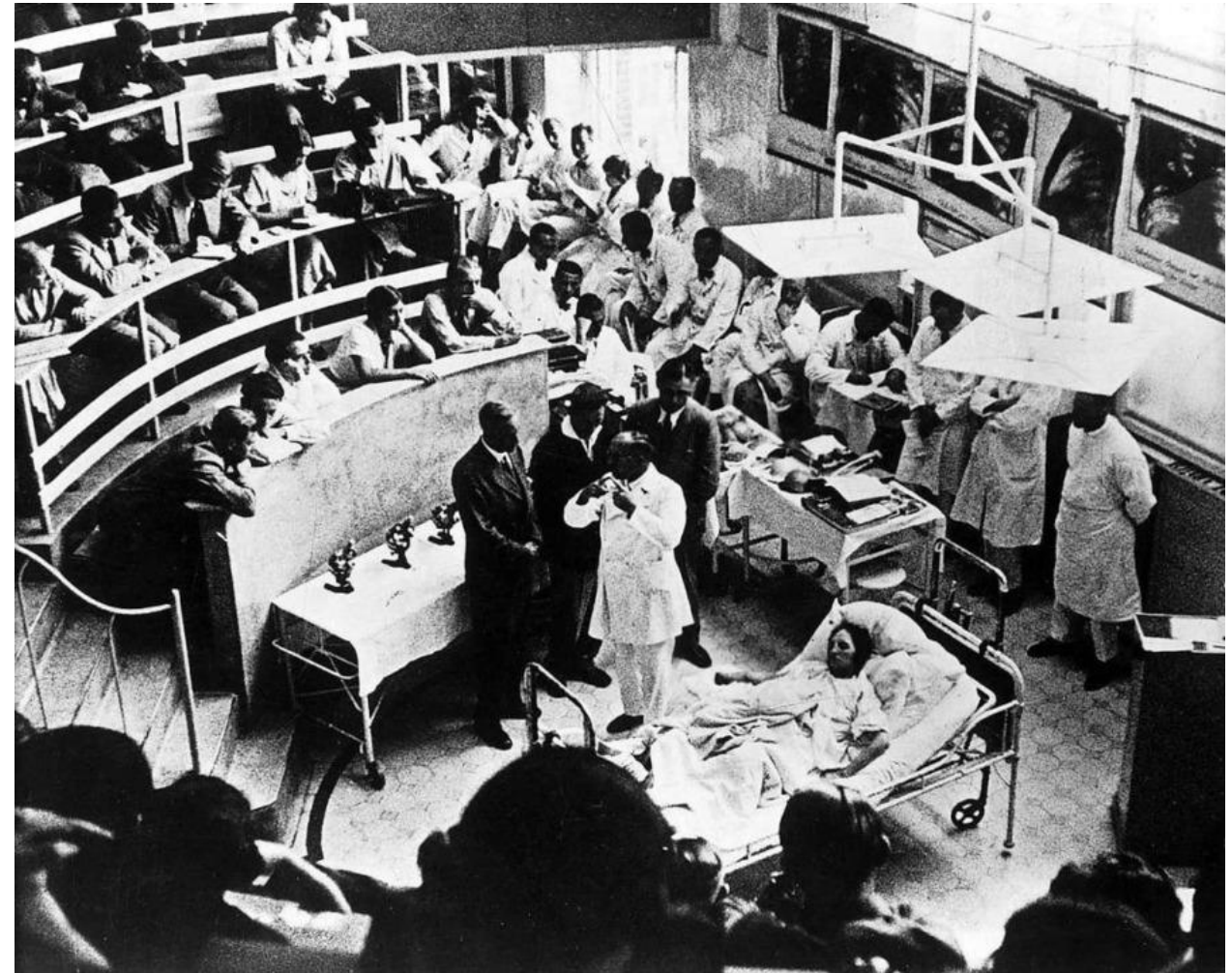
1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition:
Mit-Geschäftsführer Forschungsinstitut Havelhöhe
2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit:
Astra-Zeneca, Boehringer-Ingelheim, Gilead, Lilly, Takeda,
3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds: *Keine*
4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz: *Keine*
5. Honorare oder Reisekostenerstattungen:
Astra-Zeneca, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myer-Squibb, Gilead, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Takeda, Verein für Krebsforschung
6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen
Boehringer-Ingelheim, Helixor
7. Andere finanzielle Beziehungen: *Keine*
8. Immaterielle Interessenkonflikte: *Keine*





Historie der Entscheidungen in der Onkologie

- Paternalistisches Modell
 - Der Arzt (Priester, Elternteil) weiß, was für den Patienten (...) gut ist





Was spricht für dieses Modell?

- Im Regelfall ist die Ärztin die Expertin
 - Natürlich besteht ein Informations- und Wissensvorsprung zugunsten des Arztes in Bezug auf Diagnose und Prognose
 - druwids (Singular), ältere Form do-are-wid-s („Voraussehender“) war der „besonders weit Sehende“ oder „besonders viel Wissende“
 - Arzt kommt von ἀρχίατρος *archiatros* zusammengesetzt aus ἀρχή (*arche*) = Kommando und ἰατρός *iatros* = Arzt





Was spricht dagegen?

- Fehlende Augenhöhe

- Wo ist der Arzt NICHT der Experte?
 - Was kann die Ärztin nicht wissen?





Die evidenzbasierte Medizin

Aktueller Stand der klinischen
Forschung

Individuelle klinische Erfahrung des
Arztes

Werte und Wünsche des Patienten





Aktueller Stand der klinischen Forschung

- Leitlinien
- Empfehlungen
- Nationaler Krebsplan Handlungsfeld 2 mit
- Bildung von onkologischen Zentren
- Etablierung von Tumorkonferenzen

- Ermittelt, was die **wirksamste Therapie** ist
- ABER: sie ermittelt nicht, was die beste Therapie für die Patienten ist!





Die evidenzbasierte Medizin

Aktueller Stand der klinischen
Forschung

Individuelle klinische Erfahrung der
Ärztin

Werte und Wünsche des Patienten



Individuelle klinische Erfahrung des Arztes

- Der Großteil der Entscheidungen im Therapieverlauf sind nicht durch Leitlinien vorgegeben
- Anpassung von
 - Dosen,
 - Zeiten,
 - Frequenzen
 - usw.
- Um so größer die Erfahrung der Ärztin, um so weniger starr muss eine Therapie geführt sein



Die evidenzbasierte Medizin

Aktueller Stand der klinischen
Forschung

Individuelle klinische Erfahrung des
Arztes

Werte und Wünsche des Patienten



Werte und Wünsche der Patientin

- Hier sind die Patienten die Experten!
- Was ist das Therapieziel?
- Insbesondere bei palliativen Krankheitsbildern, aber auch in der Adjuvans oder Kuration!



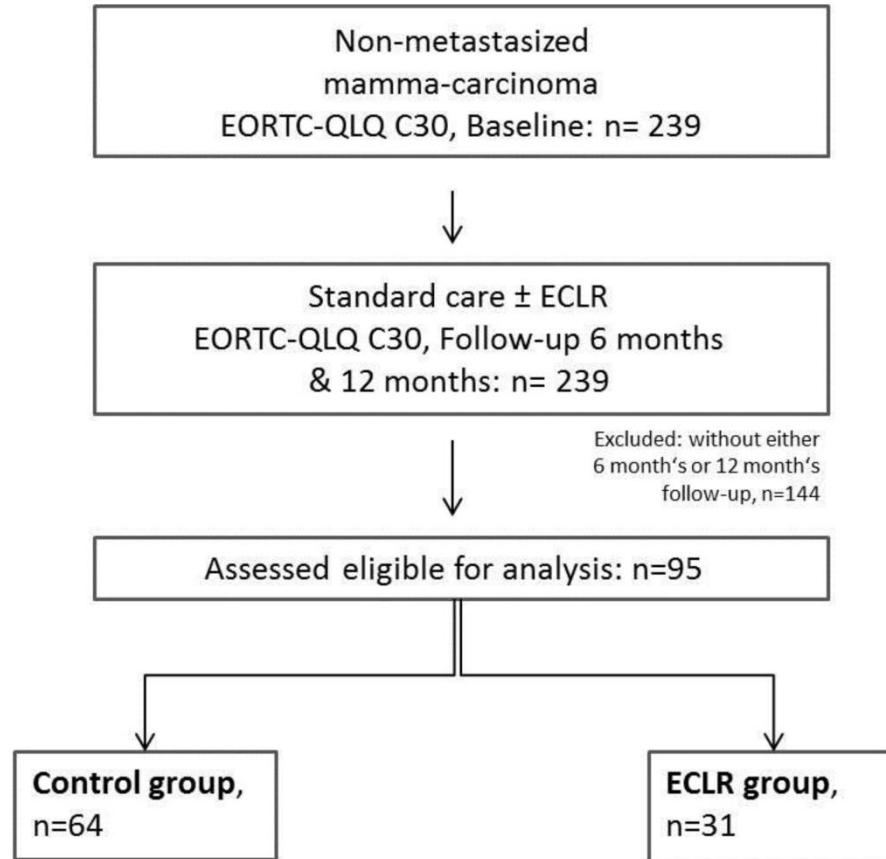
Therapieziel

- Möglichst langes overall-survival
- Möglichst wenig Behinderung
- Methusalem-typ
 - Alle lebensverlängernden Therapie sollen ausgekostet werden
 - Dafür werden mühsame Therapien in Kauf genommen
- Keltischer Helden-typ
 - Möglichst wenig Behinderung im Alltag
 - Projekte sollen noch fertig gebracht werden





Elaborate Life Review Consultations (ECLR)



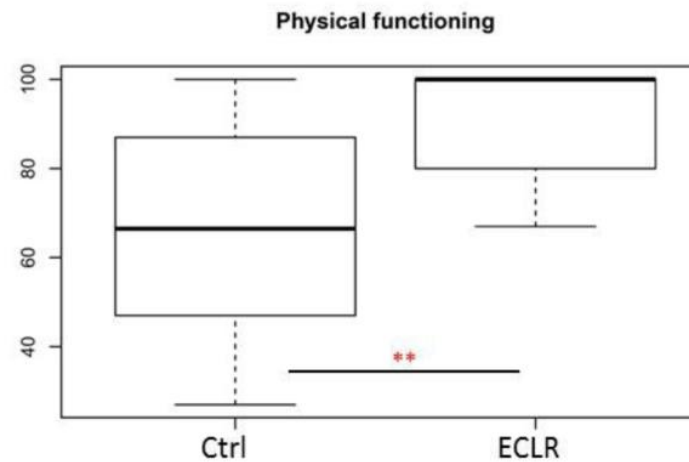
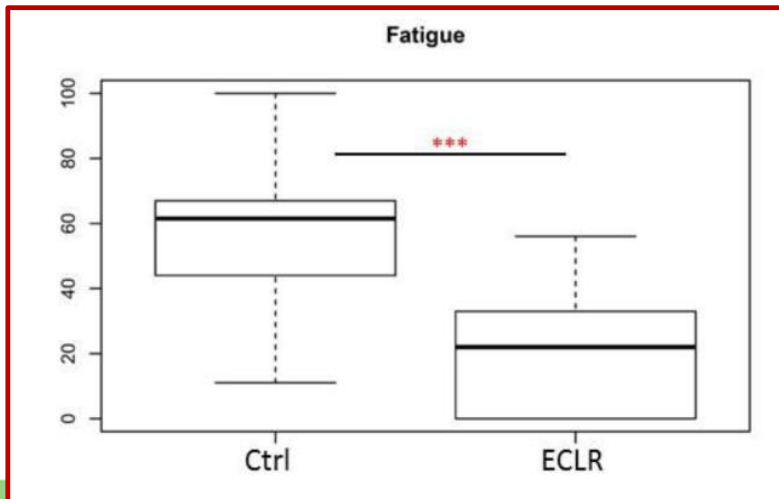
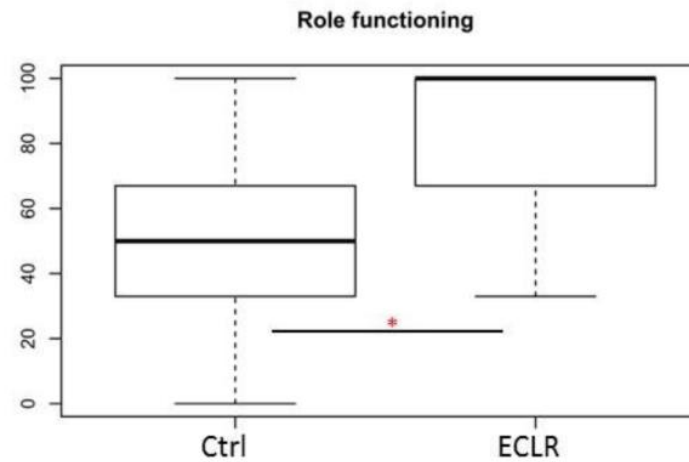
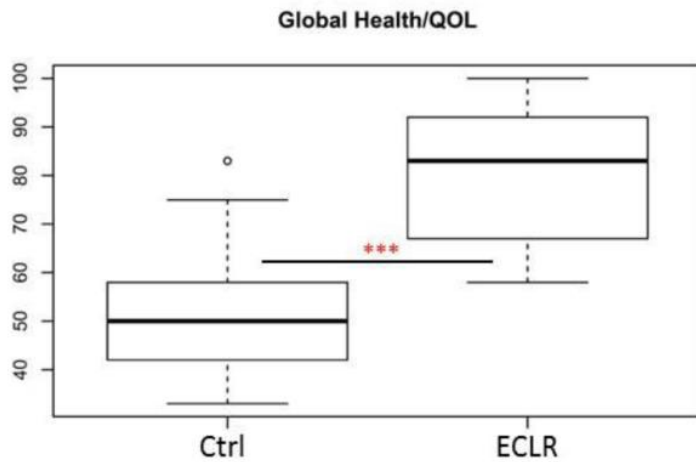
Thronicke A, Kröz M, Merkle A, Matthes H, Herbstreit C, **Schad F.** Psychosocial, cognitive and physical impact of elaborate consultations and life review (ECLR) in people with non-metastasized breast cancer. Complement Med Res; under review since 27/07/2017





HRQL in CTx-treated Patients with Stage I – III Breast Cancer

ECLR (elaborate life review consultation) improves HRQL after 6 Monate





HRQL in CTx-treated Patients with Stage I – III Breast Cancer

ECLR (elaborate life review consultation) shows improvement after 12 Months

Table 5. Differences in patient-reported outcomes (functioning) between groups and association with ECLR

QoL or function	Score questionnaire (mean ± SE)		Difference (\$ or * p<0.05, §§ or ** p<0.01)	Estimate (β) (error S, t-value) for ECLR *p<0.05, **p<0.01
	Control	ECLR Treatment group		
<u>Global health status/QoL</u>				
0.5 year's follow-up (T1)	63.9±2.3	69.4±3.5	5.5	4.1(4.6;0.9)
1 year's follow-up (T2)	64.3±2.5	76.0±2.8	11.7 §§**	11.0*(4.7;2.3)
<u>Physical functioning</u>				
0.5 year's follow-up (T1) ^e	77.1±2.5	84.1±2.8	6.9	4.8(4.0;1.2)
1 year's follow-up (T2) ^f	75.6±2.6	83.2±2.6	7.6	2.1(4.5;0.5)
<u>Role functioning</u>				
0.5 year's follow-up (T1)	68.3±3.5	72.0±4.6	3.8	5.0(6.9;0.7)
1 year's follow-up (T2)	67.5±3.8	74.7±4.8	7.2	2.1(7.0;0.3)
<u>Emotional functioning</u>				
0.5 year's follow-up (T1) ^g	61.2±3.0	66.1±3.7	4.9	4.3(5.6;0.7)
1 year's follow-up (T2) ^h	60.8±3.1	74.7±3.2	13.9 §§**	12.1**(5.7;2.1)
<u>Cognitive functioning</u>				
0.5 year's follow-up (T1)	73.4±2.8	78.5±4.0	5.0	6.2(5.8;1.1)
1 year's follow-up (T2)	71.3±3.0	85.4±3.1	14.4 §§**	12.6* (5.5;2.3)
<u>Social functioning</u>				
0.5 year's follow-up (T1)	66.2±3.8	78.4±3.6	12.3*	9.8(6.9;1.4)
1 year's follow-up (T2)	64.6±3.9	80.6±3.8	16.1 §*	15.2* (7.0;2.7)

Thronicke A, Kröz M, Merkle A, Matthes H, Herbstreit C, Schad F. Psychosocial, cognitive and physical impact of elaborate consultations and life review (ECLR) in people with non-metastasized breast cancer. Complement Med Res; under review since 27/07/2017





Die evidenzbasierte Medizin

Aktueller Stand der klinischen
Forschung

Individuelle klinische Erfahrung der
Ärztin

Werte und Wünsche des Patienten

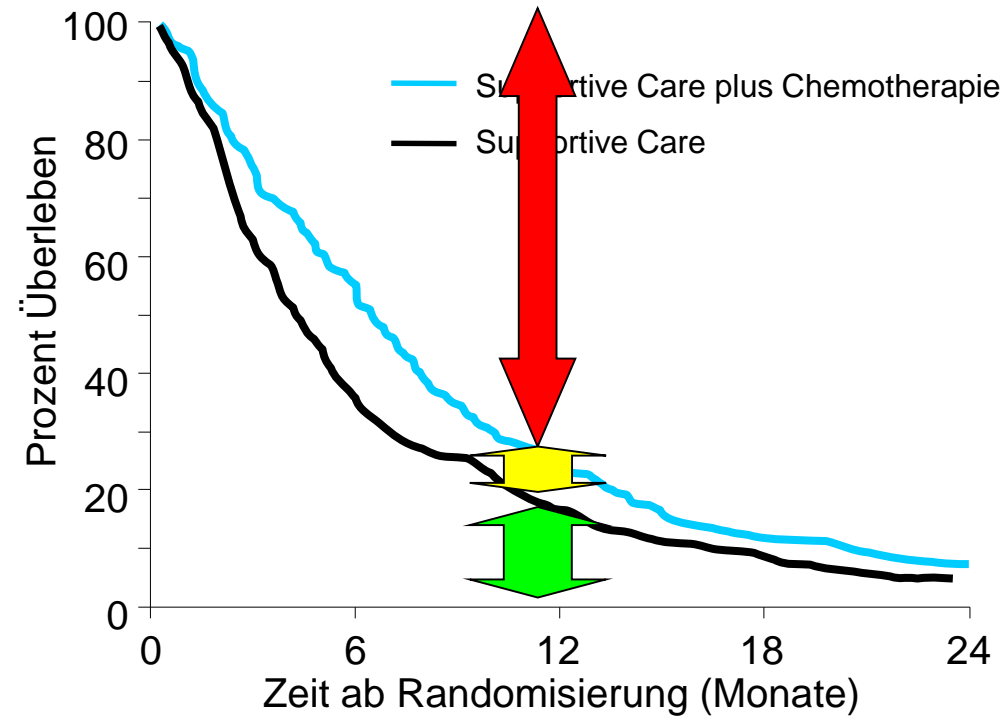




NSCLC Stadium IV Polychemotherapie vs. Best Supportive Care

- insgesamt 9.387 Patienten
- 778 Patienten in Vergleichsstudien mit platinhaltiger Chemotherapie
- **Überlebensvorteil nach einem Jahr 10%**
- Verlängerung der medianen Überlebenszeit um 1,5 Monate (6 vs. 8 Monate)
- signifikante Reduktion der führenden Symptome

Meta-Analyse von 52 randomisierten Untersuchungen

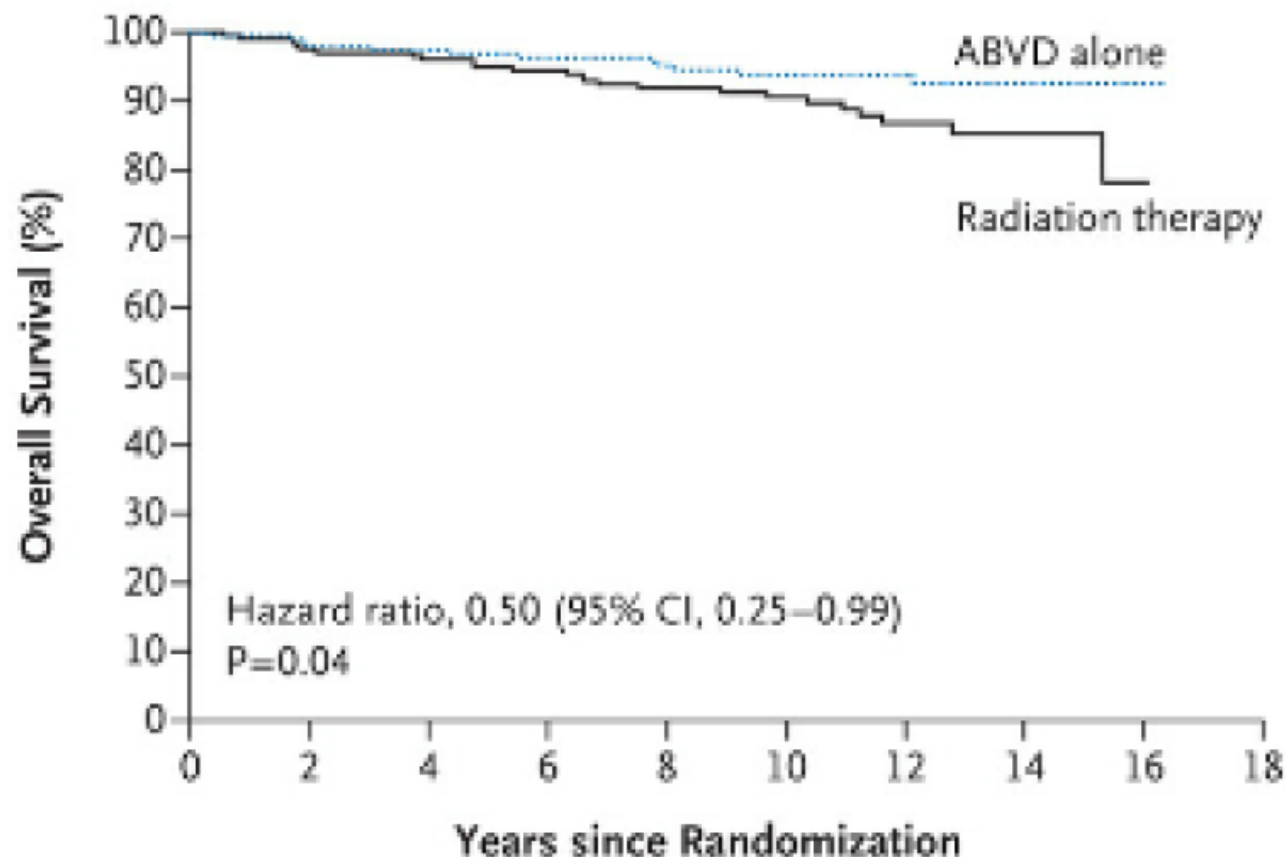


n „at risk“

416	219	98	47	28
362	125	55	28	16



Morbus Hodgkin



No. at Risk

Radiation therapy	203	196	190	180	167	124	76	29	2	0
ABVD alone	196	185	181	173	163	126	75	30	3	0





Sind wir Onkologen anders als Patient?

Table II Oncologists' willingness to take anti-cancer therapies

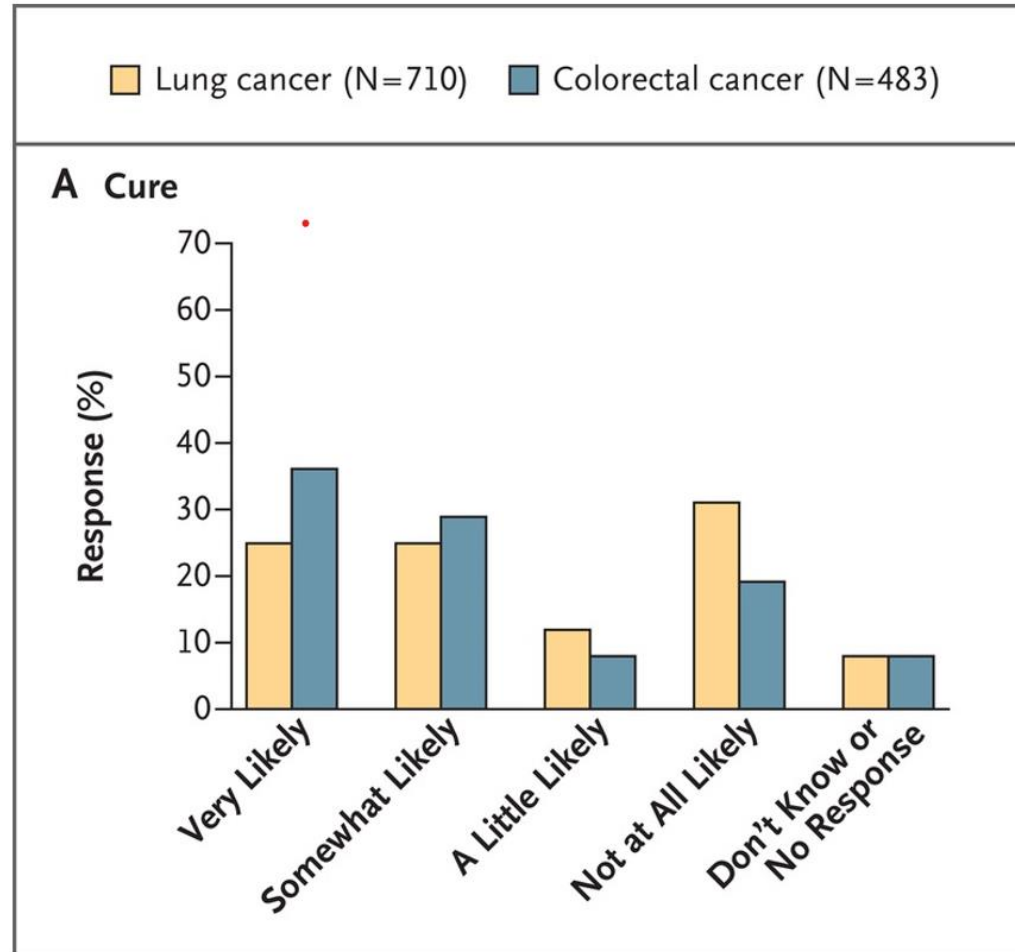
	<i>Probably or definitely no %</i>	<i>Uncertain %</i>	<i>Probably or definitely yes %</i>	<i>Group mean score</i>	<i>Intergroup variation P</i>
a Chemotherapy for:					
Hodgkin's disease, stage IV	0	2	98	4.80 ± 0.45	0.04
Diffuse histiocytic lymphoma, stage III–IV	0	6	94	4.68 ± 0.59	0.001
Acute lymphocytic lymphoma	2	4	94	4.76 ± 0.62	NS
Multiple myeloma	0	6	94	4.51 ± 0.61	0.001
Non-seminomatous testicular cancer, stage III	0	10	90	4.72 ± 0.64	NS
Limited stage small cell lung carcinoma	6	6	88	4.46 ± 0.86	0.002
Metastatic breast carcinoma (to liver)	6	14	80	4.04 ± 0.99	NS
Ovarian cancer, stage III	8	14	78	4.04 ± 1.3	NS
Extensive stage small cell lung carcinoma	20	8	72	3.84 ± 1.2	NS
Metastatic gastric carcinoma (to liver)	53	16	31	2.71 ± 1.3	NS
Non-small cell lung carcinoma, stage III	53	20	27	2.63 ± 1.2	0.003
Unresectable pancreatic cancer	71	11	18	2.22 ± 1.1	NS
Glioblastoma multiforme (brain)	55	28	17	2.43 ± 1.2	NS
Metastatic melanoma (to lung)	77	12	11	1.96 ± 1.1	NS
Colon cancer, resectable	84	8	8	1.80 ± 1.1	NS

Lind SE, DeVecchio MJ, Minkovitz CS, et al: Oncologists vary in their willingness to undertake anti-cancer therapies. Br J Cancer 64:391-395, 1991





Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer Stage IV



•Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S., Matthew D. Finkelman,





partizipative Entscheidungsfindung

- Setzt ehrliches Interesse an der Haltung der Patientin voraus
- Dazu muss die Ärztin sich zuvor von der Tumorkonferenz-Empfehlung freimachen
 - Die Tumorkonferenz empfiehlt die wirksamste Therapie, aber nicht die beste
- Respektiert die Wünsche und sucht sie mit der Tumorkonferenz-Empfehlung zu vereinigen





Und dann, alles gut?

- Der Mensch ist ein sich entwickelndes Wesen
- Auch unter einer Diagnose und Therapie sollte Freiraum für die Entwicklung gehalten werden
- Dies muss der Arzt in Zukunft berücksichtigen, wenn die „richtigen Entscheidungen“ treffen will





Zusammenfassung

1. Paternalistisches Beziehungsmodell
2. Partizipative Entscheidungsfindung
3. Verantwortliche Entwicklungsbegleitung



