



Entscheidungsfindung und Entscheidungsunterstützung in der Herzmedizin

Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), des Bundes Niedergelassener Kardiologen (BNK), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGPflege), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGPalliativ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Mark Weber-Krüger¹ · Moritz Blum² · Bernd Alt-Epping³ · Marc Dittrich⁴ · Franz Goss⁵ · Tanja Henking⁶ · Hashim Abdul-Khaliq⁷ · Ingrid Kindermann^{8,9} · Dorit Knappe¹⁰ · Volker Köllner¹¹ · Gerald Neitzke¹² · Christian Perings¹³ · Harald Rittger¹⁴ · Jürgen in der Schmitten¹⁵ · Daniel Schwittek¹⁶ · Henrikje Stanze¹⁷ · Klaus K. Witte¹⁸ · Jochen Dutzmann^{19,20}

Zusammenfassung



Die partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making [SDM]) stellt einen strukturierten Prozess dar, der medizinische Expertise und Indikationsstellung mit den Werten, Präferenzen und Lebenszielen von Patienten verbindet. Sie basiert auf rechtlichen Anforderungen an Aufklärung und Einwilligung, ethischen Konzepten der Patientenautonomie sowie einer wachsenden Evidenzbasis. Dieses interdisziplinäre Konsensuspapier der herzmedizinischen Fachgesellschaften beschreibt die rechtlichen, ethischen und praktischen Grundlagen von SDM in der Herzmedizin. Neben der Bedeutung von Präferenzklärung und informierter Einwilligung werden strukturelle Herausforderungen der Umsetzung diskutiert. Ein besonderer Fokus liegt auf Decision Aids als standardisierten Instrumenten der Entscheidungsunterstützung. Internationale Studien zeigen, dass strukturierte Entscheidungshilfen Wissen verbessern, Entscheidungskonflikte reduzieren und die aktive Beteiligung von Patienten fördern können. Das Papier stellt das Three-Talks-Modell als praktikablen Rahmen für die Integration von Decision Aids in klinische Versorgungspfade vor und formuliert Empfehlungen für deren qualitätsgesicherte Entwicklung und Anwendung in der Herzmedizin. Die beteiligten Fachgesellschaften sehen die Förderung partizipativer Entscheidungsprozesse als wichtigen Bestandteil einer patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Schlüsselwörter

Shared Decision Making · Herzinsuffizienz · Herzklappenerkrankungen · Vorhofflimmern · Informed Consent

1 Einleitung

Voraussetzung jeder Therapie ist die Zustimmung der betroffenen Person nach hinreichender Aufklärung über Indikation, Durchführung, Risiken, Erfolgschancen und mögliche Behandlungsalternativen. Aufklärung ist nicht nur rechtliche Voraussetzung, sondern bildet ein zentrales Element der Behandler-Patient-Beziehung. Nur wenn Patienten ein verständliches, vollständiges Informationsbild erhalten und sich als aktiv Beteiligte statt als „Außenstehende“ ihrer Erkrankung erleben, werden Entscheidungen tragfähig und Maßnahmen mitgetragen. Dem Recht, über die eigene medizinische Versorgung zu entscheiden, liegt das medizinethische Prinzip der Autonomie zugrunde.

Für eine selbstbestimmte Entscheidung müssen Patienten die für sie wichtigen Informationen erhalten, verstehen, bewerten und auf ihre individuelle Situation übertragen können. Anwendungsbezogene Hürden im herzmedizinischen Versorgungsalltag sind häufig ein höheres Lebensalter, Multimorbidität sowie funktionelle oder kognitive Einschränkungen. Viele Patienten wünschen sich eine aktive Beteiligung an medizinischen Entscheidungen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß [7]. Es stellt sich daher die Frage, wie Entscheidungskompetenz so gestärkt werden kann, dass Entscheidungsprozesse

auch bei unterschiedlichen individuellen Voraussetzungen gelingen [12, 16].

„Shared decision making“ (SDM), also „gemeinsame Entscheidungsfindung“, ist ein strukturierter Prozess, der medizinische Expertise und Indikationsstellung mit Werten, Präferenzen und Lebenszielen der Betroffenen zusammenführt. Dabei stellt er den informierten, entscheidungsfähigen Patienten in den Mittelpunkt des Behandlungsprozesses und mündet in einer informierten Einwilligung, engl. „informed consent“ [11, 18, 28]. Ziel ist die Befähigung des Patienten, auf Grundlage transparenter Information und professioneller Unterstützung eine für ihn passende Entscheidung zu treffen [3].

Strukturierte Entscheidungsprozesse wurden bisher in der herzmedizinischen Versorgung nicht flächendeckend implementiert, obwohl strukturierte Unterstützungsangebote im Kontext chronischer kardiovaskulärer Erkrankungen im deutschen Versorgungssystem vermehrte Aufmerksamkeit erhalten [23]. Fachgesellschaften kommt hierbei eine besondere Verantwortung zu, um Unter-, Über- und Fehlinformation zu vermeiden und patientenzentrierte Entscheidungsprozesse strukturell zu fördern [30].

Vor diesem Hintergrund widmet sich dieses Konsensuspapier der Entscheidungsfindung und -unterstützung in der Herzmedizin. Es stellt Ansätze der Entscheidungsunterstützung dar und spannt den Bogen von konzeptionellen Grundlagen bis zu strukturierten Entscheidungshilfen („Decision Aids“) für den Versorgungsalltag.

2 Rechtlicher Rahmen

Vor jeder medizinischen Maßnahme müssen Behandelnde die Einwilligung des Patienten einholen (vgl. Patientenrechtegesetz, § 630d BGB). Eine wirksame Einwilligung erfordert u.a. die Einwilligungsfähigkeit des Patienten in Bezug auf die konkrete Maßnahme. Die Einwilligungsfähigkeit muss in Zweifelsfällen individuell überprüft werden. Zudem muss die Zustimmung frei von Willens- und Wissensmängeln erklärt werden. Das mündlich zu erfolgende Aufklärungsgespräch soll den Patienten in die Lage versetzen, eine für ihn persönlich richtige Entscheidung zu

treffen (vgl. § 630e BGB). Es muss kein medizinisches Detailwissen vermittelt werden, sondern es genügt die Aufklärung im Großen und Ganzen, die sich allerdings an den persönlichen Lebensumständen des Patienten und individuellen Gegebenheiten ausrichten muss. Dieses Gespräch zwischen Arzt und Patient soll wertschätzend und auf Augenhöhe erfolgen. Damit soll dem Patienten eine Informationsgrundlage gegeben werden, die es ihm erlaubt, das Für und Wider der Maßnahme anhand seiner persönlichen Vorstellungen abzuwägen. Die Aufklärung ist dem Verstandeshorizont des Patienten anzupassen. Strukturierte Entscheidungshilfen wie „Decision Aids“ können hierbei unterstützen (■ Tab. 1).

Das Entscheidungsrecht über die indizierte Maßnahme obliegt ausschließlich dem Patienten. Grundsätzlich gilt jeder Patient als einwilligungsfähig. Liegen Beeinträchtigungen der Entscheidungsfähigkeit vor, so soll zunächst versucht werden, diese durch unterstützende Maßnahmen – etwa durch verständlichere Aufbereitung der Informationen, Einräumung von Bedenkzeit oder kommunikative Entscheidungsassistenz – zu verbessern [39]. Die sonst notwendigen stellvertretenden Entscheidungen (durch Bevollmächtigte, Ehegatten oder vom Gericht bestellte rechtliche Betreuer) sollen so möglichst vermieden werden, um die Selbstbestimmung zu wahren.

3 Ethischer Rahmen

3.1 Wandel des Autonomieverständnisses

Im heute favorisierten deliberativ-interpretativen Modell – verstanden als dialogische Klärung von Patientenwerten und gemeinsame Abwägung medizinischer Optionen – dient ärztliche Beratung als professioneller Beitrag im Entscheidungsprozess dazu, Patienten zu befähigen, Entscheidungen nach eigenen Wünschen und Vorstellungen selbstbestimmt zu treffen [11, 14]. Interprofessionell wird dieser Prozess durch Pflegefachpersonen unterstützt, die im Sinne des ICN-Ethikkodex die Patientenperspektive im Entscheidungsprozess einbringen und zur Klärung von Werten und Präferenzen beitragen. Im Unterschied zum vormals gängigen

Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Bei der Verwendung des generischen Maskulinums als geschlechtsneutrale Form sind alle Geschlechter impliziert.

Dieses Konsensuspapier wird parallel in den Zeitschriften *Die Kardiologie* (Open access), *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* und *Zeitschrift für Palliativmedizin* publiziert.

Weitere Informationen zu den Affiliations der Autoren befinden sich auf der letzten Artikelseite.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Anforderungen an eine wirksame Einwilligung und Aufklärung		
Anforderungen an eine wirksame Einwilligung und Aufklärung (§§ 630d, 630e BGB)		
Formale Anforderungen	Inhaltliche Anforderungen	Kommunikation
Mündliche Aufklärung	Information „im Großen und Ganzen“ über Art, Umfang und Durchführung sowie Risiken, Chancen und Alternativen	Verständliche Sprache
Rechtzeitige Aufklärung (ausreichende Zeit zur wohlüberlegten Einwilligung)	Verständlich (Anpassung an individuellen Empfängerhorizont)	Möglichkeit zur Nachfrage
Einwilligungsfähigkeit, falls fehlend: rechtliche Stellvertretung		Ggf. Einsatz entscheidungsunterstützender Maßnahmen, je nach Bedürfnis (z. B. Decision Aids)

paternalistischen Modell wird die Entscheidung nicht nach ärztlicher Bewertung des mutmaßlich besten Patienteninteresses getroffen. Dieser Paradigmenwechsel markiert den Übergang von einer fürsorglich-paternalistischen hin zu einer fürsorglich-autonomiebasierten Entscheidungskultur im Sinne einer beziehungsbasierten, relationalen Autonomie (■ Abb. 1).

3.2 Indikation und Präferenzklärung als 2 Säulen

Im Zwei-Säulen-Modell der Entscheidungsfindung aus Indikation und Patientenwillen werden zunächst gemeinsam individuelle Therapieziele geklärt. Die Autonomie der betroffenen Person umfasst das Recht, Präferenzen bezüglich dieser Ziele zunächst zu entwickeln und dann in die Entscheidungsfindung einzubringen. Auf dieser Grundlage formulieren Behandelnde ein fachlich begründetes Behandlungsangebot unter Berücksichtigung von Prognose, Nutzen, Risiken und Alternativen. Die Indikationsstellung – also die Einschätzung der Realisierbarkeit eines Therapieziels durch eine gegebene Maßnahme – verbleibt dabei bei den Behandelnden. Aus Autonomie folgt kein Anspruch auf eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme. Gleichzeitig gilt zu bedenken, dass es auch zu fachlich unterschiedlichen Bewertungen kommen kann. Sowohl die Einholung einer Zweitmeinung durch den Patienten als auch die Ablehnung nicht vertretbarer Maßnahmen durch den Arzt sind legitim.

Bei chronischen Herzerkrankungen verändern sich Informationsbedürfnisse, Be-

lastungserleben und Therapiepräferenzen im Krankheitsverlauf häufig. Studien zeigen, dass Betroffene mit chronischem Koronarsyndrom oder Herzinsuffizienz symptomorientierte und lebensqualitätsbezogene Therapieziele teilweise lebensverlängernden Maßnahmen vorziehen, während behandelnde Ärztinnen und Ärzte diese Präferenzen nicht immer zutreffend einschätzen [6, 25]. Diese Diskrepanz unterstreicht die ethische Notwendigkeit einer wiederholten, strukturierten Präferenzklärung im Krankheitsverlauf.

3.3 Strukturelle Herausforderungen und Entscheidungsunterstützung

Trotz breiter normativer Zustimmung ist SDM im deutschen Gesundheitssystem bislang nicht flächendeckend implementiert. Ökonomischer Druck, zeitliche Ressourcenknappheit und implizite Erwartungshaltungen können Entscheidungsprozesse einseitig strukturieren und unangemessen beeinflussen. Studien weisen zudem darauf hin, dass Behandelnden die befähigenden Elemente von SDM nicht bewusst sind und sie zudem ihre kommunikativen Fähigkeiten überschätzen [4].

Strukturierte Entscheidungsunterstützung kann hier dazu beitragen, Transparenz, Zielklärung und Risikokommunikation systematisch zu verbessern. Der hierfür erforderliche zeitliche Mehraufwand scheint begrenzt: Der Einsatz strukturierter Entscheidungshilfen verlängert Konsultationen im Mittel nur geringfügig, bei vorgelagerter Anwendung zeigt sich kein relevanter Einfluss auf die Ge-

sprächsdauer [37]. Ein zentraler Aspekt von SDM ist die Darstellung der gegebenen Optionen mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken [11, 12]. Im angloamerikanischen Raum (z. B. durch das American College of Cardiology bereitgestellt) haben sich dafür Decision Aids etabliert, z. B. als Entscheidungshilfe zur Antikoagulation und Ablation, Risikokalkulation zur kardiovaskulären Prävention, ICD-Implantation oder zum interventionellen Aortenklappenersatz (www.cardiosmart.org). In Deutschland stellen Einrichtungen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Gesundheitsinformationen und teilweise auch Decision Aids zur Verfügung. Auch etablierte Risikorechner, wie z. B. ARriba und SCORE-2 können als Decision Aids im SDM-Prozess Verwendung finden.

4 Evidenz zu SDM

Die Effekte von SDM wurden in einer Vielzahl randomisierter und nicht randomisierter Studien untersucht [20, 29, 37]. Die ■ Tab. 2 gibt einen Überblick über exemplarische Studiendesigns und Entscheidungsszenarien.

4.1 Praktische Umsetzung von SDM in klinischen Studien

In klinischen Studien wird SDM auf unterschiedliche Weise umgesetzt. Am häufigsten erfolgt dies aufgrund ihrer Standardisierbarkeit und Skalierbarkeit über Decision Aids. Für deren Entwicklung gibt es internationale Qualitätsstandards [24], die unter anderem Transparenz, Evidenzbasierung und Beteiligung von Patienten vorsehen. Sie können in Papierform [38], als interaktive digitale Tools [8] oder auch als Video [10] eingesetzt werden. Sie können Patienten als Vorbereitung auf einen Arztkontakt ausgehändigt oder im Arzt-Patienten-Gespräch gemeinsam verwendet werden. Format und Darreichungsform unterschieden sich im Effekt nicht wesentlich [34].

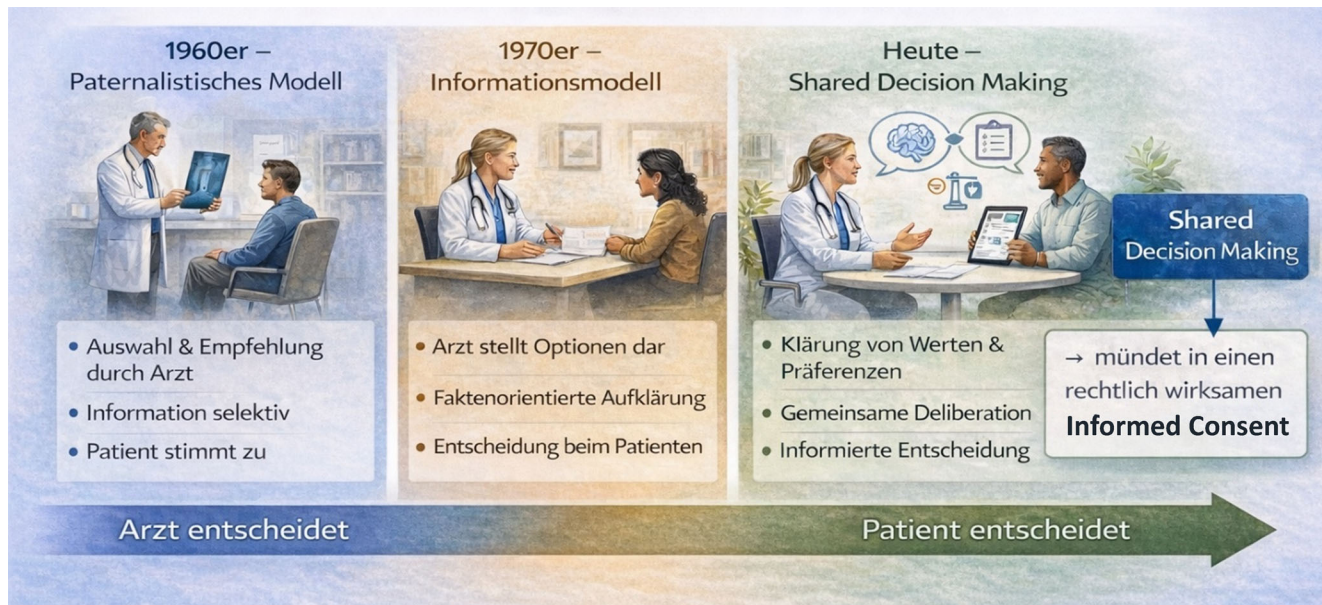


Abb. 1 ▲ Entwicklung ärztlicher Entscheidungsmodelle vom paternalistischen Ansatz der 1960er-Jahre über das Informationsmodell der 1970er-Jahre hin zum heutigen Shared Decision Making ([31, 33]; generiert mit künstlicher Intelligenz)

4.2 Endpunkte zur Quantifizierung der Effekte von SDM

Inhaltliches Wissen über die anstehende Entscheidung wird in fast allen Studien zu SDM gemessen. Die Qualität der Kommunikation wurde sowohl aus Patientensicht (z. B. Quality of Communication Scale, ColaboRATE Scale) als auch durch unabhängige Beobachtende (z. B. OPTION-Skala) erfasst [13, 15, 17]. Häufig werden aufseiten des Patienten Unsicherheit in Bezug auf die getroffene Entscheidung („decisional conflict“) und nachträgliches Bereuen der Entscheidung („decisional regret“) erfasst [5, 32]. Auch psychologische Outcomes wie Depressivität und Ängstlichkeit werden als sekundäre Endpunkte miteingefasst [1]. Als zentrales Qualitätskriterium gilt häufig die Konkordanz zwischen geäußerten Therapiezielen und der tatsächlich getroffenen Entscheidung [1].

4.3 Evidenz zu Effekten von SDM

Eine Cochrane-Analyse aus dem Jahr 2024 zählte 209 randomisierte kontrollierte Studien mit kumulativ 107.698 Teilnehmenden zur Effektivität von Decision Aids, von denen 22 Studien Entscheidungsszenarien aus der kardiovaskulären Medizin beinhalten. Diese Metaanalyse fand, dass Entscheidungshilfen mit moderater bis hoher

Evidenzsicherheit das Wissen verbessern, Entscheidungskonflikte reduzieren und die aktive Partizipation fördern [37].

Auch Metaanalysen, die sich ausschließlich mit kardiovaskulären Erkrankungen befassen, fanden positive Effekte [20, 29, 36]. Die metaanalysierten Studien unterscheiden sich dabei deutlich voneinander hinsichtlich Population, partizipativer Entscheidungsfindungsintervention, Vergleichsgruppe und Outcome-Parametern (s. ■ Tab. 2).

Insbesondere das Spektrum der untersuchten Entscheidungsszenarien ist breit. Darin finden sich unter anderem kardiovaskuläre Primärprävention, die Entscheidung zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern [27, 34]. Weitere Studien, in denen Decision Aids empirisch untersucht wurden, beziehen sich auf Behandlungsentscheidungen bei koronarer Herzerkrankung [8, 21], bei hochgradiger Aortenklappenstenose [38], zur Implantation eines linksventrikulären Unterstützungssystems [1], zur ICD-Implantation [26] sowie in Bezug auf intensivmedizinische Maßnahmen und Reanimation [10]. Insgesamt zeigen die vorliegenden Daten konsistente positive Effekte. SDM und strukturierte Entscheidungshilfen sind in internationalen Leitlinien verankert und gelten als Qualitätsmerkmal patientenzentrierter Versorgung [7].

5 Best Practice: SDM unter Nutzung von Decision Aids

Decision Aids bilden eine standardisierbare Grundlage für SDM [7, 24]. Illustrierende Beispiele für Decision Aids finden sich beispielsweise zur Entscheidung zwischen Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) und symptomorientiertem Vorgehen bei hochgradiger Aortenklappenstenose auf der Seite cardiosmart.org des American College of Cardiology [2], und die Entwicklung für den deutschen Sprachraum und in Einklang mit den hier geltenden Leitlinien durch die herzmedizinischen Fachgesellschaften wäre wünschenswert.

Qualitativ hochwertige Decision Aids sollten klar definierte Mindestmerkmale erfüllen. Hierzu gehören die transparente Benennung der Entscheidungssituation, die Darstellung aller relevanten Optionen einschließlich eines symptomorientierten oder nichtinterventionellen Vorgehens, eine ausgewogene Kommunikation von Nutzen und Risiken – möglichst unter Verwendung absoluter Häufigkeiten –, die Offenlegung bestehender Unsicherheiten sowie die Möglichkeit für den Patienten, Werte und Fragen zu formulieren. Darüber hinaus sind Angaben zur Evidenzbasis, zum Aktualisierungszeitpunkt und zu möglichen Interessenkonflikten erforderlich.

Tab. 2 Exemplarische Studien zur Wirksamkeit von partizipativer Entscheidungsfindung in verschiedenen Ausgestaltungen und klinischen Szenarien					
Autoren	N	Erkrankung	Entscheidung	Intervention + Kontrolle	Endpunkte und Ergebnisse
Kunne- mann et al. (2020) [27]	922	Vorhofflim- mern	Antikoagula- tion vs. keine Antikoagulati- on	Intervention Digitales Tool zur Entscheidungs- unterstützung	Höhere beobachtete Patientenbeteiligung bei der Entscheidungsfindung (OPTION12 Scale) nach Intervention (33,0 vs. 29,1, $p < 0,05$)
				Kontrolle: Standardtherapie	Häufiger korrekte Einschätzung des Schlagan- fallrisikos (6,7 % vs. 5,1 %, $p < 0,05$)
Ozanne et al. (2025) [34]: STEP- UP	1117	Vorhofflim- mern	VKA vs. OAK	Intervention Pat.-Broschüre oder digitales Tool zur Entscheidungs- unterstützung oder Pat.-Broschüre + Gesprächsleitfaden	Höhere beobachtete Qualität des Shared De- cision Making (OPTION12 Scale) mit Pat.-Bro- schüre (34,5), Gesprächsleitfaden (43,7) und Pat.- Broschüre + Gesprächsleitfaden (42,5) als Kon- trollgruppe (30,7, $p < 0,01$)
					Mehr Wissen mit Pat.-Broschüre (0,83), Ge- sprächsleitfaden (0,84) und Pat.-Broschüre + Gesprächsleitfaden (0,84) als Kontrollgruppe (0,75, $p < 0,01$)
				Kontrolle: Standardtherapie	Weniger Entscheidungskonflikt (DCS) mit Pat.- Broschüre (23,4), Gesprächsleitfaden (20,0) und Pat.-Broschüre + Gesprächsleitfaden (19,4) als Kontrollgruppe (25,8, $p < 0,01$)
Doll et al. (2019) [8]: PREPARED	203	Verdacht auf korona- re Herzer- krankung	Koronarinter- vention vs. By- passoperation vs. medikamen- töse Therapie	Intervention Digitales Tool mit Informationsvi- deos	Mehr Wissen nach Intervention (2,7 vs. 2,2, $p < 0,01$)
				Kontrolle: Standardtherapie	Mehr Patienten sagen „Mein Arzt und ich teilen Verantwortung für die Entscheidung“ (42,7 % vs. 24,0 %, $p < 0,01$)
Valentine et al. (2022) [38]	59	Hochgradi- ge Aorten- stenose	Chirurgischer Aortenklap- penersatz vs. TAVI	Intervention Pat.-Broschüre	Mehr Wissen nach Intervention (75,6 vs. 65,5, $p = 0,02$)
				Kontrolle: Standardtherapie	Bessere Qualität der Kommunikation (Collabo- RATE-Score) (67 % vs. 33 %, $p = 0,03$)
Allen et al. (2018) [1]: DECIDE- LVAD	248	Fortge- schrittene Herzinsuffi- zienz	LVAD vs. kein LVAD	Intervention Personalweiterbildung + Pat.-Broschüre + Informationsvideo	Wissenszuwachs bei Patienten größer nach Intervention: +10,1 % vs. +5,4 % ($p = 0,03$)
					Höhere Korrelation zwischen angegebenen Werten und angegebener Entscheidung („diffe- rence in Kendall's τ “ 0,28; 95 % CI 0,05–0,45)
				Kontrolle: Standardtherapie	Weniger LVAD-Implantationen nach Interven- tion: 52,4 % vs. 83,3 % ($p < 0,01$)
Goldstein et al. (2019) [19]: WIS- DOM	525	ICD-Träger	ICD-Deaktivie- rung	Intervention Personalweiterbildung + automatisierte Erinnerungen für Ärzte	Gespräche über ICD-Deaktivierung nicht häufi- ger nach der Intervention (13,6 % vs. 11,6 %, $p = 0,5$)
				Kontrolle: Aufmerksamkeitskontrolle	ICD-Deaktivierungen nicht häufiger nach der Intervention (11,0 % vs. 11,2 %, $p = 0,82$)
Doorenbos et al. (2016) [9]	80	Fortge- schrittene Herzinsuffi- zienz	Gespräche über Therapieziele während eines Ambulanztermi- ns	Intervention Telefonanruf zur Vorbereitung auf partizipative Entscheidungsfindung während des Ambulanztermins + Weitergabe einer schriftlichen Zu- sammenfassung des Telefonanrufs an den Arzt	Mehr Gespräche über Therapieziele nach Inter- vention (58,0 % vs. 2,6 %, $p < 0,01$)
				Kontrolle: Standardtherapie	Höhere Qualität der Kommunikation (QOC-EOL) nach Intervention (5,8 vs. 4,5, $p = 0,03$)
El-Jawahri et al. (2016) [10]	246	Fortge- schrittene Herzinsuffi- zienz	Therapieziele und Therapieli- mitierungen	Intervention Mündliche Information + Informationsvideo	Seltener Lebenserhaltung als Therapieziel (22 % vs. 41 %, $p < 0,01$) und Lebensqualität als Thera- pieziel (51 % vs. 30 %, $p < 0,01$)
				Kontrolle: mündliche Information	Häufiger Entscheidung zur DNR (68 % vs. 35 %; $p < 0,01$) und DNI (77 % vs. 48 %; $P < 0,001$)

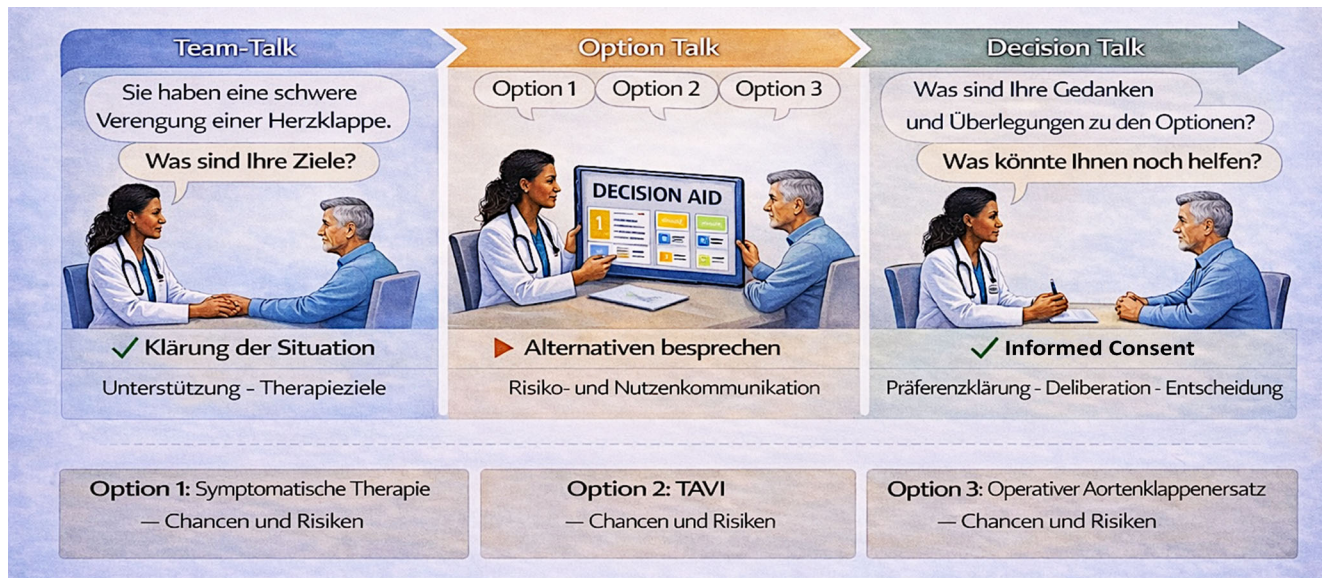


Abb. 2 ▲ Visualisierung des Shared-Decision-Making-Prozesses bei hochgradiger Aortenklappenstenose nach dem Three-Talks-Modell. (Nach [12], generiert mit künstlicher Intelligenz)

lich [24]. Nach Klärung der Situation und der individuellen Therapieziele (Team Talk) unterstützen Decision Aids die strukturierte Darstellung von Nutzen und Risiken der verfügbaren Alternativen (Option Talk). Anschließend können auf dieser Grundlage Präferenzen geklärt und der Patient kann zur informierten Entscheidung befähigt werden (Decision Talk) ([12]; ▣ Abb. 2). Die Umsetzung von SDM kann interprofessionell, etwa gemeinsam mit Heart Failure Nurses oder Advanced Practice Nurses, erfolgen [35].

6 Zusammenfassung

SDM ist kein optionales Zusatzangebot, sondern integraler Bestandteil qualitativ hochwertiger herzmedizinischer Versorgung. Rechtliche Vorgaben, ethische Überlegungen und die vorliegende Evidenz sprechen übereinstimmend dafür, Entscheidungsprozesse strukturiert, transparent und werteorientiert zu gestalten. Decision Aids stellen hierfür ein praktisches und skalierbares Instrument dar, das fachliche Indikationsverantwortung und individuelle Präferenzen systematisch zusammenführt. Die beteiligten Fachgesellschaften sehen es als gemeinsame Aufgabe an, entsprechende Instrumente zu entwickeln, qualitätsgesichert bereitzustellen und in bestehende Versorgungspfade zu integrieren.

Korrespondenzadresse



PD Dr. med. habil. Jochen Dutzmann

Praxisgemeinschaft – Hausärzte am Herrenhäuser Markt
Herrenhäuser Str. 76A, 30419 Hannover, Deutschland
jochen.dutzmann@uk-halle.de

Förderung. Für diese Arbeit wurde keine Förderung erhalten.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Datenverfügbarkeit. Alle dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten sind in diesem Artikel enthalten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Dutzmann, M. Weber-Krüger, H. Abdul-Khaliq, B. Alt-Epping, M. Blum, M. Dittrich, F. Goss, T. Henking, G. Neitzke, H. Rittger, H. Stanze und K.K. Witte sind Mitglieder der Projektgruppe „Ethik in der Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für

Kardiologie – Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK). H. Abdul-Khaliq ist Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, B. Alt-Epping der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, M. Blum der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, M. Dittrich der Sektion Assistenz- und Pflegepersonal der DGK und F. Goss des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e. V. D. Knappe vertritt die AG 10 (Herzinsuffizienz), I. Kindermann und V. Köllner vertreten die AG30 (Psychosoziale Kardiologie) und C. Perings und I. Kindermann die Kommission für Klinische Kardiologische Medizin der DGK. M. Dittrich und H. Stanze vertreten zudem die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. J. in der Schmitt ist Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. D. Schmittek ist Patientenvertreter und durch die Deutsche Herzstiftung benannt.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Allen LA, McIlvennan CK, Thompson JS et al (2018) Effectiveness of an Intervention Supporting Shared Decision Making for Destination Therapy Left Ventricular Assist Device: The DECIDE-LVAD Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 178(4):520–529
2. American College of Cardiology (ACC) (2025) CardioSmart Decision Aid: Aortic Stenosis – TAVR or Manage Symptoms? American College of Cardiology, Washington, DC
3. Barry MJ, Edgman-Levitan S (2012) Shared decision making—pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 366(9):780–781
4. Bieber C, Gschwendner K, Müller N, Eich W (2016) Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team [Shared Decision Making (SDM) - Patient and Physician as a Team]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 66(5):195–207
5. Brehaut JC, O'Connor AM, Wood TJ et al (2003) Validation of a decision regret scale. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak* 23(4):281–292
6. Dechend R (2022) Diagnostik, Therapie und die Bedeutung der Lebensqualität von Patienten mit chronischem Koronarsyndrom : Ergebnisse der hausärztlichen Versorgungsstudie ALTHEA. *MMW Fortschr Med* 164(Suppl 6):11–17
7. Himmelfarb D, Beckie CR, Allen TM, et al (2023) Shared Decision-Making and Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 148(11):912–931
8. Doll JA, Jones WS, Lokhnygina Y et al (2019) PRE-PARED Study: A Study of Shared Decision-Making for Coronary Artery Disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 12(2):e005244
9. Doorenbos AZ, Levy WC, Curtis JR, Dougherty CM (2016) An Intervention to Enhance Goals-of-Care Communication Between Heart Failure Patients and Heart Failure Providers. *J Pain Symptom Manage* 52(3):353–360
10. El-Jawahri A, Paasche-Orlow MK, Matlock D et al (2016) Randomized, Controlled Trial of an Advance Care Planning Video Decision Support Tool for Patients With Advanced Heart Failure. *Circulation* 134(1):52–60
11. Elwyn G, Frosch D, Thomson R et al (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361–1367
12. Elwyn G, Durand MA, Song J et al (2017) A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 359:j4891
13. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A et al (2005) The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy* 8(1):34–42
14. Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267(16):2221–2226
15. Engelberg R, Downey L, Curtis JR (2006) Psychometric Characteristics of a Quality of Communication Questionnaire Assessing Communication about End-of-Life Care. *J Palliat Med* 9(5):1086–1098
16. Entwistle VA, Watt IS (2006) Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns* 63(3):268–278
17. Forcino RC, Barr PJ, O'Malley AJ et al (2018) Using CollaborATE, a brief patient-reported measure of shared decision making: Results from three clinical settings in the United States. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy* 21(1):82–89
18. Frosch DL, Kaplan RM (1999) Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 17(4):285–294
19. Goldstein NE, Mather H, McKendrick K et al (2019) Improving Communication in Heart Failure Patient Care. *J Am Coll Cardiol* 74(13):1682–1692
20. Harris E, Benham A, Stephenson J et al (2024) Patient decision aids for aortic stenosis and chronic coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs* 23(6):561–581
21. Hess EP, Hollander JE, Schaffer JT et al (2016) Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *BMJ* 355:i6165
22. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Accessed May 7, 2026. <https://www.gesundheitsinformation.de/entscheidungshilfe-herz-kreislauf-erkrankungen-behandeln.htm>
23. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2024) Strukturierte Unterstützungsangebote für Herzinsuffizienzpatienten: Evidenzkategorisierung. Rapid Report, Bd Q24-01. IQWiG, Köln
24. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Accessed January 12, 2026. <https://decisionaid.ohri.ca/IPDAS/index.html>
25. Kindermann I, Köllner V, Albus C et al (2024) Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. *Kardiologie* 18:412–443
26. Knoepke CE, Wallace BC, Allen LA et al (2022) Experiences Implementing a Suite of Decision Aids for Implantable Cardioverter Defibrillators: Qualitative Insights From the DECIDE-ICD Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 15(11):e009352
27. Kunneman M, Branda ME, Hargraves IG et al (2020) Assessment of Shared Decision-making for Stroke Prevention in Patients With Atrial Fibrillation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 180(9):1215–1224
28. Makoul G, Clayman ML (2006) An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 60(3):301–312
29. Mitropoulou P, Grüner-Hegge N, Reinhold J, Papadopoulou C (2023) Shared decision making in cardiology: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 109(1):34–39
30. Mühlhauser I (2016) Unter-, Über- und Fehlinformation im Gesundheitswesen – Folgen und Lösungsansätze. *Gesundheits- und Sozialpolitik (GGW)* 16(4):7–14
31. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochtill H, Morrow GR, Bennett JM (1979) Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 241(9):897–900
32. O'Connor AM (1995) Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak* 15(1):25–30
33. Oken D (1961) What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA* 175:1120–1128
34. Ozanne EM, Barnes GD, Brito JP et al (2025) Effectiveness of shared decision making strategies for stroke prevention among patients with atrial fibrillation: cluster randomized controlled trial. *The BMJ* 388:e079976

Decision making and decision support in cardiovascular medicine. Consensus paper of the German Cardiac Society (DGK), the German Society for Thoracic, Cardiac and Vascular Surgery (DGTHG), the National Association of Cardiologists in Private Practice (BNK), the German Society for Pediatric Cardiology (DGPK), the German Society of Nursing Science (DGPflege), the German Association for Palliative Medicine (DGPalliativ) and the German Society for General Medicine and Family Medicine (DEGAM)

Shared decision making (SDM) is a structured process that integrates medical expertise and clinical indications with patients' values, preferences and life goals. It is grounded in legal requirements for informed consent, ethical concepts of patient autonomy and a growing body of empirical evidence. This interdisciplinary consensus statement from German cardiovascular societies outlines the legal, ethical and practical foundations of SDM in cardiovascular medicine. Particular attention is given to preference clarification, informed consent and the challenges of implementing SDM in routine care. Decision aids are highlighted as standardized tools that support patient participation and facilitate communication about benefits, risks and treatment alternatives. International studies demonstrate that decision aids can improve patient knowledge, reduce decisional conflict and enhance active involvement in decision making. The paper presents the three-talks model as a practical framework for integrating decision aids into clinical pathways and provides recommendations for the quality-assured development and implementation in cardiovascular care. The participating societies regard SDM as a key component of high-quality, patient-centered cardiovascular medicine.

Keywords

Shared decision making · Heart failure · Valvular heart disease · Atrial fibrillation · Informed consent

35. Rosca A, Monteverde S, Krones T (2022) Shared Decision-Making als genuin interprofessionelle Aufgabe. *Ther Umsch* 79(8):371–376
36. Sephien A, Dayto DC, Reljic T et al (2024) Efficacy of Decision Aids in The Use of Left Ventricular Assist Device in Patients With Advanced Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Am J Cardiol* 211:255–258
37. Stacey D, Lewis KB, Smith M et al (2024) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2024(1):CD001431
38. Valentine KD, Marques F, Selberg A et al (2022) Impact of Decision Aid on Decision-making of Patients With Severe Aortic Stenosis: Randomized Pilot Study. *J Soc Cardiovasc Angiogr Interv* 1(2):100025
39. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2016) Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. *Dtsch Arztebl* 113:A1–A6

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Affiliations

¹ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ² Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Deutsches Herzzentrum der Charité (DHZC), Berlin, Deutschland; ³ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; ⁴ Klinik für Innere Medizin 2, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland; ⁵ Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V., München, Deutschland; ⁶ Professur für Gesundheits- und Medizinrecht und Strafrecht, Institut für Angewandte Sozialwissenschaften, Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, Deutschland; ⁷ Klinik für Kinderkardiologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg (Saar), Deutschland; ⁸ Innere Medizin III (Kardiologie, Angiologie), Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland; ⁹ Kommission für Klinische Praxis und Leitlinien, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Düsseldorf, Deutschland; ¹⁰ Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Asklepios Klinikum St. Georg, Hamburg, Deutschland; ¹¹ Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ¹² Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ¹³ Klinik für Kardiologie, Elektrophysiologie, Pneumologie und Intensivmedizin, St. Marien Hospital Lünen, Lünen, Deutschland; ¹⁴ Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland; ¹⁵ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; ¹⁶ Espelkamp, Deutschland; ¹⁷ Professur für Pflegewissenschaft und Palliative Care, Hochschule Bremen, Bremen, Deutschland; ¹⁸ Leeds Institute of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Leeds, Leeds, Großbritannien; ¹⁹ Klinik für Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin, Universitätsmedizin Halle (Saale), Halle (Saale), Deutschland; ²⁰ Praxisgemeinschaft – Hausärzte am Herrenhäuser Markt, Hannover, Deutschland