



# MSD Gesundheitspreis 2019

SDM in der Bremer HzV – Verbesserte Versorgung  
von Menschen mit chronischen Erkrankungen  
durch Shared Decision Making

# SDM IN DER BREMER HZV – VERBESSERTE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN DURCH SHARED DECISION MAKING

Autoren: Matthias Metz, Sven Saß und Friedemann Geiger

## SDM IN DER BREMER HZV

### SDM in der Bremer HzV – Verbesserte Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Shared Decision Making

#### Management Summary

Ziel des Projektes ist es, Menschen mit chronischen Erkrankungen durch so genanntes Shared Decision Making (SDM) besser zu versorgen. Hiermit ist gemeint, dass Hausarzt und Patient auf Augenhöhe kommunizieren und neben medizinischen Aspekten auch explizit die Wünsche und Befürchtungen des Patienten systematisch in die Auswahl der Therapie einfließen lassen. Dafür informiert der Arzt den Patienten über die Krankheitssituation und die Handlungsmöglichkeiten. Im Anschluss tauschen beide ihre Erfahrungen und Präferenzen miteinander aus. Danach treffen sie gemeinsam eine Behandlungsentscheidung und setzen diese um. Die beste Therapie ist dabei die, die am besten zum Patienten passt, und auch zu seiner Lebenssituation. Eine derartig getroffene Entscheidung ermöglicht Patienten eine höhere Therapietreue und schafft mehr Zufriedenheit bei beiden Beteiligten. Außerdem soll die bessere Kommunikation unnötige Arztbesuche und doppelte Untersuchungen vermeiden.

Für das Projekt wurde das SHARE TO CARE-Interventionsprogramm, das im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein im Rahmen eines Innovationsfondsprogramms entwickelt wurde, für den hausärztlichen Bereich angepasst. In diesem Programm greifen vier Bausteine ineinander, damit Arzt und Patient gemeinsame Therapieentscheidungen treffen können. Die Bausteine richten sich sowohl an Patienten als auch an deren Ärzte: In fokussierten Trainings erlernen Ärzte die Gesprächsführung im Sinne von SDM. Medizinische Informationen in patientenverständlicher Sprache, gebündelt in online abrufbaren sogenannten *Entscheidungshilfen*, erläutern Patienten ihre Erkrankung sowie die verfügbaren Therapiemöglichkeiten. Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis, die im

Projekt zum *Decision Coach* ausgebildet werden, unterstützen Patienten bei der Benutzung der Entscheidungshilfen. Der vierte Baustein bündelt Maßnahmen, mit denen Patienten lernen, mit welchen Fragen an ihren Arzt sie selbst SDM herbeiführen und fördern können.

Die neue Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse hkk mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) und der Neuen Hausarztliste e.V. (NHL) etabliert SDM erstmals in Deutschland flächendeckend als Standardmethode, um Entscheidungen zwischen Arzt und Patient zu finden. Das Versorgungskonzept wurde zum 01. Januar 2019 wirksam umgesetzt und richtet sich an alle Versicherten der AOK und der hkk, die an der HzV teilnehmen. Ferner können sich alle Hausärzte beteiligen, die ihren Praxissitz im Geltungsbereich der KVHB haben. Die Krankenkassen vergüten SDM außerhalb der Gesamtvergütung für Vertragsärzte, die gesetzlich versicherte Patienten behandeln. So haben Ärzte einen höheren Anreiz, SDM bei möglichst vielen Patienten anzuwenden.

Derzeit sind 450 Bremer Hausärzte und Kinderärzte, die an der HzV mit der KV Bremen teilnehmen, in dem Projekt eingeschrieben.

#### Versorgungsherausforderung

Da der Altersdurchschnitt der Bevölkerung kontinuierlich wächst, steigt die Anzahl der Patienten mit chronischen Erkrankungen stetig. Bei den über 65-Jährigen leiden etwa 60 Prozent der Frauen und die Hälfte der Männer mindestens unter einer chronischen Erkrankung (Robert Koch-Institut, 2012). Betroffene verlieren an Lebensqualität und Lebensjahren. Darüber hinaus belastet es das Gesundheitssystem, ihre gesundheitlichen Probleme zu behandeln: Ein Viertel der gesamten Krankheitskosten ist auf chronische Erkrankungen zurückzuführen (Robert Koch-Institut, 2016; Robert Koch-Institut, 2012).

Für die meisten Deutschen ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sind verpflichtet, ihren Versicherten die medizinische Versorgung durch einen Hausarzt anzubieten. Der Hausarzt erfüllt in der HzV die Rolle eines „Lotsen“, der den Patienten durch die Gesundheitsversorgung begleitet. Er hilft Patienten dabei, die passende Behandlung zu erhalten, tauscht sich mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern aus und koordiniert somit die Versorgung. Daher ist die HzV ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems.

Dabei wünscht sich eine Mehrheit der Patienten, gemeinsam mit ihrem Arzt Entscheidungen zu ihrer Behandlung zu treffen. Insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen haben den Wunsch, sich stärker an der Therapie zu beteiligen. Wissenschaftliche Studien begründen dies damit, dass chronisch erkrankte Patienten ihre Krankheit als bedrohlicher und intensiver erleben als Patienten mit akuten Beschwerden (Braun & Marstedt 2014).

Durch SDM können Behandelnde therapeutische Maßnahmen zielgerichteter einsetzen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Patient die mit ihm abgestimmte Therapie dauerhaft einhält. Diese Therapietreue ist der Schlüssel zu einem besseren Therapieergebnis. Außerdem vermeidet SDM Kosten durch abgebrochene und somit erfolglose Therapien (Oshima Lee & Emanuel, 2013).

Daher verwundert es nicht, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, SDM in der Patientenversorgung stärker einzusetzen (WHO, 2016). In Deutschland schreibt das Patientenrechtegesetz Ärzten seit dem Jahr 2013 vor, dass sie alle Entscheidungen, die den Patienten betreffen, im Sinne von SDM gemeinsam mit dem Betroffenen treffen müssen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), auf dessen Basis die Krankenkassen Hausärzte vergüten, berücksichtigt SDM jedoch derzeit noch nicht. Derzeit wenden nur vereinzelte, zeitlich befristete Projekte des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) SDM explizit an (Härter et al. 2017).

Eine weitere Herausforderung für die Umsetzung von SDM sind die nur begrenzt verfügbaren Aufklärungsmaterialien für Patienten. In Deutschland fehlen fast flächendeckend verständliche, schriftliche Informationen, die Ärzte nutzen können, um ihre Patienten über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten und deren Nutzung und Risiken aufzuklären.

### Entstehungsgeschichte

Die Handelskrankenkasse hkk und die AOK Bremen/Bremerhaven arbeiten bereits seit vielen Jahren eng zusammen mit der Neuen Hausarztliste und der Vereinigung Hausärztlicher Internisten im Bundesland Bremen (VHI-HB), um gemeinsam Versorgungskonzepte zu entwickeln. In dem SDM-Projekt ergänzten die Vertragspartner SDM als zusätzliches Element zum Hausarztvertrag mit Wirkung zum 01. Januar 2019. Der neue Vertrag honoriert damit die gemeinsame Entscheidungsfindung und setzt das Patientenrechtegesetz in Deutschland erstmalig konsequent und in breitem Maßstab in Deutschland um.

### Kernelemente

#### Zielgruppe

Zielgruppe des Projekts sind in erster Linie Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die im Projekt angewendeten Interventionsbausteine richten sich an die Hausarztpraxis als Gesamteinheit mit allen dort versorgten Patienten. Das Projekt ist zugänglich für alle Versicherten der AOK beziehungsweise der hkk, die sich freiwillig entschlossen haben, an der HzV teilzunehmen. Das Versorgungsgebiet der beiden Krankenkassen erstreckt sich flächendeckend über das gesamte Land Bremen.

Auf Seiten der Behandler können alle Hausärzte am Projekt teilnehmen, die ihren Praxissitz im Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen haben.

### Versorgungskonzept

Der neue Hausarztvertrag etabliert SDM als Standardmethode, um Entscheidungen im Einvernehmen zwischen Arzt und Patient zu treffen. In der Regel wird SDM immer nahegelegt, wenn sich für einen Patienten mehr als eine Handlungsoption vertreten lässt, wobei „Nichts tun“ auch eine Option sein kann (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1 Einsatzkriterien für SDM**

Quelle: Eigene Darstellung nach SHARE TO CARE.

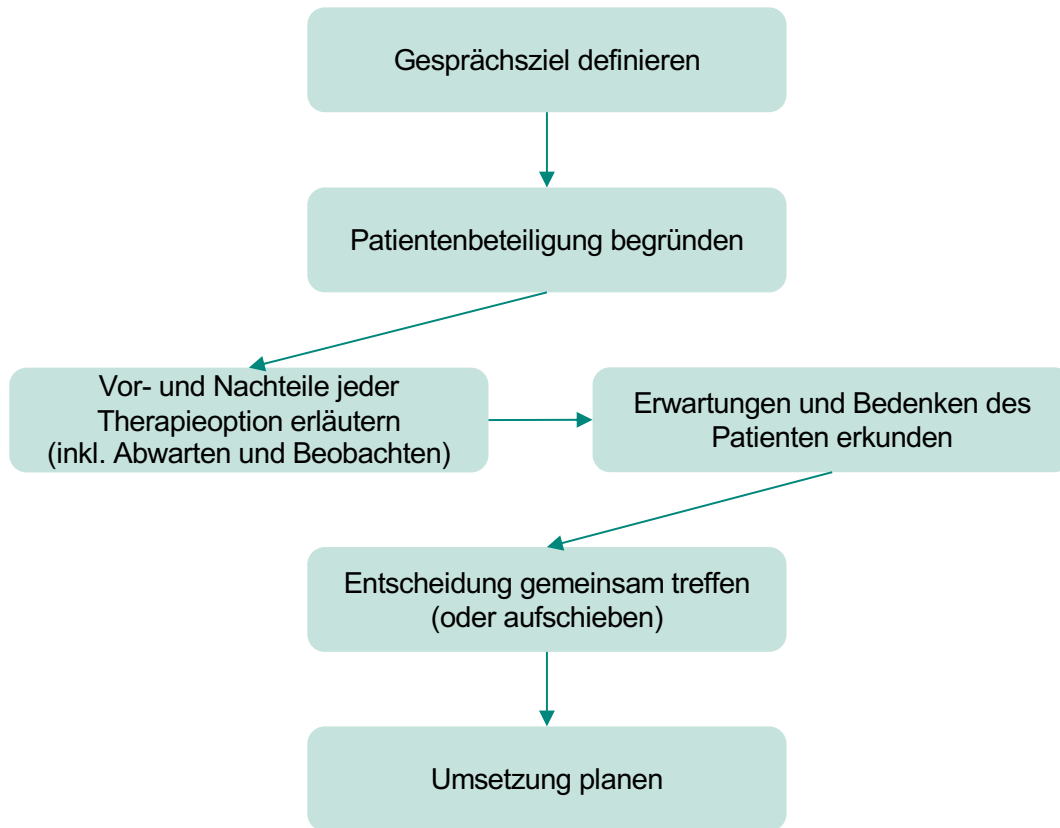
Wann ist SDM angebracht?	
+	-
Dem Patienten bleibt genügend Zeit die Handlungsmöglichkeiten abzuwägen	Unmittelbare Notfallsituation
Mehr als eine medizinisch vertretbare Behandlungsoption liegt vor	Nur eine medizinisch vertretbare Behandlungsoption liegt vor
Jede Behandlungsoption ließe sich gleichermaßen rechtfertigen	Eine Möglichkeit ist eindeutig zu bevorzugen
Entscheidung hat weitreichende Konsequenzen	Entscheidung hat kaum Konsequenzen
Patient ist entscheidungsfähig	Patient ist nicht entscheidungsfähig
Medizinische Situation lässt eine Abwägung der Behandlungsoptionen zu (bzgl. vorhandener Zeit, Dringlichkeit, Entscheidungsfähigkeit des Patienten)	

Die flächendeckende Einführung von SDM bei Bremer Hausärzten erfolgt anhand des SHARE TO CARE-Programms. Es wurde am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts entwickelt, mit dem SDM dort im gesamten

Klinikum eingeführt wird (Geiger et al. 2019a). Im Gespräch zwischen Arzt und Patient sieht das SHARE TO CARE-Modell von SDM eine intuitiv verständliche Abfolge von sechs Prozessschritten vor, die in Abbildung 2 dargestellt sind (Geiger et al. 2019b).

**Abbildung 2 SDM in sechs Schritten**

Quelle: Eigene Darstellung nach SHARE TO CARE.



Das SHARE TO CARE-Modell von SDM entspricht international verwendeten Definitionen von SDM, ist dabei jedoch so klar formuliert, dass es direkt in Trainings mit Ärzten eingesetzt werden kann (Geiger et al. 2019c). Außerdem ist die Umsetzung dieser Schritte im Arzt-Patient-Gespräch präzise mit Beobachtungsverfahren sowie Fragebögen für Arzt und Patient zu evaluieren (mit

dem Messsystem MAPPIN'SDM; Kasper et al. 2012).

Um SDM effektiv in die Behandlung von Patienten zu integrieren, sind Interventionen notwendig, die sich sowohl an Patienten als auch an Ärzte richten. Konkret setzt das Projekt hier vier aufeinander abgestimmte Interventionsmodule ein (siehe Abbildung 3).

### Abbildung 3 SHARE TO CARE-Interventionsmodule

Quelle: Eigene Darstellung nach SHARE TO CARE.



**1. Training für Ärzte:** Alle beteiligten Hausärzte absolvieren das SHARE TO CARE-Ärztetraining. Das Modul besteht aus einem Onlinetraining und einem individuellen Training. Im interaktiven Onlinetraining erlernen Teilnehmer die sechs Prozessschritte von SDM (Geiger et al. 2019c). Im anschließenden Gruppentraining werden die individuellen Herausforderungen aufgegriffen, die die Teilnehmer in ihrem eigenen Praxisalltag haben. Dafür zeichnen die Hausärzte sich selbst in einzelnen Gesprächen auf Video auf und erhalten von speziell geschulten SDM-Trainern ein Feedback zu bereits gelungenen Elementen von SDM sowie zu weiteren Verbesserungsmöglichkeiten. Diese Methode hat sich als sehr effizient erwiesen (Geiger et al. 2017a) und wird durch die Verbindung mit dem Onlinetraining noch verstärkt.

**2. Entscheidungshilfen für Patienten:** Für mehrere zentrale Indikationen werden sogenannte *Entscheidungshilfen* online bereitgestellt, die dem Patienten basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Informationen zu seiner Krankheit und seinen Therapieoptionen bereitstellen, beispielsweise bei Bluthochdruck. Neben Texten in patientenverständlicher Sprache sind Abbildungen sowie kurze Filme mit Erklärungen von Ärzten und Patienten enthalten. Verständliche Informationen zum Entscheidungsgegenstand sind die Voraussetzung, dass Patienten sich aktiv in den Entscheidungsprozess einbringen können. Entscheidungshilfen haben sich in vielen Studien weltweit als nützlich erwiesen (Stacey et al. 2017).

**3. Qualifizierung von Praxispersonal:** SDM-Trainer bilden medizinische Fachangestellte und andere Fachkräfte in der Hausarztpraxis zu Entscheidungshelfern (im Englischen als *Decision Coaches* bezeichnet) aus. In dieser Rolle begleiten sie den Patienten beim Umgang mit den Online-Entscheidungshilfen und unterstützen ihn, die eigenen Präferenzen und Prioritäten zu erkennen und klar zu benennen. Dieser Ansatz führt nachweislich zu deutlich mehr SDM (Berger-Höger et al. 2019).

**4. Aktivierung von Patienten:** Flyer, Webseiteninhalte und Videos erklären Patienten, welche Fragen sie stellen können, um im Gespräch mit ihrem Arzt aus eigener Kraft mehr SDM herbeizuführen. Nachweislich förderlich ist dabei, wenn Patienten darauf achten, dass sie im Gespräch Antworten auf die folgenden Fragen erhalten (ASK3-Methode; Shepherd et al. 2011):

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

In allen Materialien von SHARE TO CARE fungiert Dr. Eckart von Hirschhausen als von vielen Patienten hochgeschätzter und glaubwürdiger Botschafter.

## **Zielgruppe**

Zielgruppe des Projekts sind in erster Linie Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Leistungen werden allen Versicherten der AOK und der hkk angeboten. Dazu müssen die Versicherten ihre Teilnahme an der Vereinbarung zur HzV gemäß § 73b SGB V schriftlich erklären.

Auf Seiten der Ärzte spricht das Projekt Hausärzte an, die ihren Praxissitz im Geltungsbereich der KVHB haben.

## **Mehrwert und Patientenorientierung**

Wissenschaftliche Studien belegen, dass SDM das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verbessert und somit die Versorgung qualitativ besser, wirksamer und effizienter gestaltet (Hibbard, Greene & Overton, 2013; Joosten et al., 2008). Dabei bietet SDM Vorteile für Patienten, Ärzte und das gesamte Gesundheitssystem.

Informierte Patienten können sich aktiver an ihrer Behandlungsentscheidung beteiligen. Die Berücksichtigung der Präferenzen und Prioritäten der Patienten sowie ihrer persönlichen Lebensumstände ermöglicht ihnen eine höhere Therapietreue, die wiederum die Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Therapie ist (Braun & Marstedt 2014). Die Studie von Veroff et al. zeigt eindrücklich, dass SDM die Qualität der Versorgung verbessert (2013).

Das enge Arzt-Patient-Verhältnis vermeidet Doppeluntersuchungen und spart Kosten ein, welche durch Krankentransporte beziehungsweise Notarzteinsätze und lange Krankenhausaufenthalte entstehen würden. Patienten mit chronischen Erkrankungen erhalten in der Regel eine längerfristige Behandlung, daher kann SDM mehr positive Effekte erzielen als bei einem einmaligen Arztkontakt. So erfolgt eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung, die das Gesundheitssystem finanziell entlastet. Auch dieser Effekt konnte in der Studie von Veroff et al. (2013) belegt werden.

Indem SDM in die HzV integriert ist, treten diese positiven Effekte sogar verstärkt auf: Der Hausarzt steuert in seiner Funktion als „Lotse“ die Behandlung, indem er Patienten, die eine bestimmte medizinische Behandlung benötigen, als erster Ansprechpartner zur Seite steht und sie entsprechend an Fachärzte überweist. Patienten, die von einem „SDM-Hausarzt“ betreut werden, haben so in der Regel weniger Arztkontakte. Da die im HzV-Vertrag eingeschriebenen Ärzte verpflichtend am Bremer SHARE TO CARE-Programm teilnehmen müssen, ist sichergestellt, dass Patienten wirklich flächendeckend profitieren – und nicht etwa nur die Patienten von jenen Hausärzten, die sich ohnehin schon immer um gute Kommunikation bemüht haben.

## **Finanzierung**

Die Einführung von SDM fordern Experten sowie das Patientenrechtgesetz bereits seit längerem, und sie betrifft viele Akteure im Gesundheitssystem. Um die Methode erfolgreich zu etablieren, ist es notwendig, Anreize im Abrechnungssystem der beteiligten Arztpraxen zu schaffen. Anderenfalls gäbe es für Ärzte keine Motivation sich zu beteiligen, da der anfängliche Mehraufwand während des Erlernens von SDM unvergütet bleiben würde. Im Projekt ist dieser Anreiz durch die im Vertrag zur HzV geregelte Kostenerstattung gegeben. Das Projekt ist seit dem 01. Januar 2019 Bestandteil der gemeinsamen Vereinbarung zwischen AOK beziehungsweise hkk, KVHB und NHL gemäß § 73b SGB V. Die Umsetzung ist bereits erfolgt. Somit finanzieren die Krankenkassen die Leistungen, die im Rahmen des Projektes anfallen. Ärzte können ihren Zeitaufwand seit dem Beginn der Laufzeit abrechnen. Dies eröffnet den Ärzten den finanziellen Spielraum, die notwendigen Schulungen zu durchlaufen und die organisatorischen Anpassungen vorzunehmen. Die Vergütung erfolgt außerhalb der Gesamtvergütung für Vertragsärzte, sodass für die Ärzte der Anreiz erhöht wird, das SDM-Modell bei möglichst vielen Patienten anzuwenden.

## **Management**

Die AOK initiierte das Projekt und setzte es zusammen mit der hkk in Form der HzV-Vereinbarung um. Die AOK und die hkk arbeiten in Bremen häufig eng miteinander zusammen, um besondere Versorgungsmodelle zu entwickeln und zu gestalten. Gemeinsam mit der KVHB ist es den beiden Krankenkassen zudem gelungen, diese neuen Konzepte in den Versorgungsalltag zu integrieren.

Die Krankenkassen sind dafür verantwortlich, die teilnehmenden Versicherten über die Leistungen sowie den Nutzen von SDM für die Behandlung zu informieren. Darüber hinaus bieten die Krankenkassen und die KVHB regelmäßige Veranstaltungen für Patienten zum Thema SDM an.

Die Ärzte rechnen die Leistungen über die KVHB ab, welche die Rechnungen der Ärzte sachlich und rechnerisch prüft. Anschließend stellt die Kassenärztliche Vereinigung die Kosten der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung.

## **Evaluation**

Das Institut für Medizinische Psychologie und Soziologie (IMPS) der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel ist damit beauftragt zu evaluieren, wie erfolgreich das SDM-Modell bei chronischen Erkrankungen implementiert werden konnte.

Hierzu wird das IMPS personenbezogene Daten von Sozialdienstleistern wie zum Beispiel Sozialämtern und Krankenkassen auswerten. Die Krankenkassen können auf Basis ihrer erfassten

Routinedaten prüfen, wie sich SDM auf die Versorgungsqualität und die Kosten auswirkt.

Zudem erstellt das IMPS Evaluationsfragebögen für Patienten und Ärzte mit entsprechender Einwilligungserklärung. Die Patienten evaluieren das Projekt über den in Deutschland vielfach eingesetzten Fragebogen PICS (Perceived Involvement in Care Scale), welcher analysiert, inwiefern der Arzt den Patienten in Therapieentscheidungen einbezieht.

Bereits jetzt beweisen verschiedene wissenschaftliche Studien die Wirkung der vier verwendeten Interventionsmodule:

- Das SHARE TO CARE-Onlinetraining für Ärzte erhöht gemäß wissenschaftlicher Studien Kompetenzen, die mit SDM verbunden sind (Geiger et al. 2017b; Geiger et al. 2019c). Auch das videobasierte Feedback im persönlichen SDM-Training ist hocheffizient (Geiger et al. 2017a).
- Entscheidungshilfen stärken weltweiten Forschungsergebnissen zu Folge die Gesundheitskompetenz von Patienten und begünstigen SDM (Stacey et al. 2017).
- Decision Coaches verstärken den Effekt von Entscheidungshilfen maßgeblich. Ihr Einsatz verkürzt außerdem die Dauer der Sprechstunde – bei gleichzeitig besser informierten und zufriedenen Patienten (Berger-Höger et al. 2019).
- Die ASK3-Methode führt dazu, dass Patienten mehr Informationen von ihrem Arzt erhalten und dass ihre Präferenzen stärker berücksichtigt werden, ohne dass sich die Behandlungszeit verlängert (Shepherd et al. 2011).
- In Bezug auf das Gesundheitssystem als Ganzes zeigen erste Studien, dass Ärzte ihre Patienten durch SDM besser versorgen und dass dies den Aufwand von Ressourcen und Kosten verringert. Außerdem steigt durch SDM die Zufriedenheit der Patienten (Veroff et al. 2013).

### **Nächste Schritte**

Im Laufe des Jahres 2019 werden alle Ärzte das Onlinetraining durchlaufen haben. Das persönliche Feedback sowie die Ausbildung von Decision Coaches und die Bereitstellung von Entscheidungshilfen schließen sich an. Ferner werden für Patienten von den Krankenkassen und der KVHB organisierte Informationsveranstaltungen stattfinden. Die Materialien zur Patientenaktivierung werden in allen teilnehmenden Praxen ausliegen. Um der Einführung von SDM zusätzlichen Nachdruck zu verleihen, wird parallel eine konzertierte Medienkampagne gestartet.

## **Ansprechpartner**

### **Matthias Metz**

Matthias Metz  
Leiter Stab Medizin und Versorgungsmanagement  
AOK Bremen/Bremerhaven  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
Telefon: +49 (0)421 176 15 13  
E-Mail: matthias.metz@hb.aok.de

### **Prof. Dr. Dipl. Psych. Friedemann Geiger**

Projektleitung Sonderprojekt Shared Decision Making  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,  
Campus Kiel  
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 9  
24105 Kiel  
Telefon: +49 (0)431 50 02 02 11  
E-Mail: f.geiger@uksh.de

### **Sven Saß**

Abteilungsleiter Versorgungsmanagement  
Ambulant  
Handelskrankenkasse  
Martinistr. 24  
28195 Bremen  
Telefon: +49 (0)421 36 55 32 07  
E-Mail: sven.sass@hkk.de



## Literatur

- Berger-Höger, B., Liethmann, K., Mühlhauser, I., Haastert, B., & Steckelberg, A. (2019). Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: a cluster randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*.
- Braun, B., & Marstedt, G. (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. *Gesundheitsmonitor*, 2, 107-131.
- Geiger, F., Liethmann, K., Reitz, D., Galalae, R., & Kasper, J. (2017a). Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making—Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 100(12), 2331-2338.
- Geiger, F., Liethmann, L., Scholz, N.K., Grafe, A., Kienlin, S. & Kasper, J. (2017b). Efficacy of a web-based training module for physicians to facilitate shared decision making – a randomized controlled trial. 9th International Conference of Shared Decision Making, July 2nd-5th 2017, Lyon, France.
- Geiger, F., Wehkamp, K., Scheibler, F., Rueffer, J. U., Kuch, C., Clayman, M., Skjelbakken, T., & Rumpsfeld, M. (2019a). SHARE TO CARE: A scalable international implementation program to transform hospitals into full-blown shared decision making organizations. 10th International Conference of Shared Decision Making, July 7th-10th 2019, Quebec, Canada.
- Geiger, F., Kuch, C., Scheibler, F., & Clayman, M. (2019b). Harmonizing Theory, Teaching and Measurement: The SHARE TO CARE model of Shared Decision Making. 10th International Conference of Shared Decision Making, July 7th-10th 2019, Quebec, Canada.
- Geiger, F., Hacke, C., Wiencke, C., Reissner, K., Potthoff, J., & Kuch, C. (2019c). Efficacy of a web-based training module for physicians to foster shared decision making – a randomized controlled trial. 10th International Conference of Shared Decision Making, July 7th-10th 2019, Quebec, Canada.
- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M. L., Eich, W., ... & Bieber, C. (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 123, 46-51.
- Hibbard, J., Greene, J. & Overton, V. (2013). Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients scores. *Health Affairs* (32), 2, 216222.
- Kasper, J., Hoffmann, F., Heesen, C., Köpke, S., & Geiger, F. (2012). MAPPIN'SDM—the multifocal approach to sharing in shared decision making. *PLoS one*, 7(4), e34849.
- Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6-8.
- Robert Koch-Institut (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Abgerufen von: <http://dx.doi.org/10.25646/3162>.
- Robert Koch-Institut (2016). Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Shepherd, H., Barratt, A., Trevena, L.J., McGeechan, K., Carey, K., Epstein, R.M., Butow, P.N., Del Mar, C.B., Entwistle, V., & Tattersall, M.H.N. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians can give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns* (2011) 379–385.
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ... & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Veroff, D., Marr, A., & Wennberg, D.E. (2013). Enhanced support for shared decision making reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions, *Health affair* 32 (2013) 285–293.
- World Health Organization. (2016). Patient engagement.