



## Positionspapier des AKF e.V. zur Implementierung des DMP Osteoporose

**Julia Lühnen, Anke Steckelberg, Ingrid Mühlhauser**

Dieses Positionspapier ist auf Basis der Beiträge der Referent\*innen und der abschließenden Diskussionsrunden des Osteoporose Symposiums des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF) e.V. im Juni 2021 entstanden. Die Autorinnen zeichnen verantwortlich für die inhaltliche Gestaltung des Symposiums. Sie erklären keine geldwerten Interessenkonflikte zu haben in Bezug auf das Disease Management Programm (DMP) Osteoporose. Die Forderungen des Positionspapiers spiegeln die Perspektive der Frauen/Patientinnen wieder, die in das DMP eingeschlossen werden sollen.

Die Beiträge der Referent\*innen stehen über die [AKF Website](#) weiterhin zur Verfügung.

Der AKF geht davon aus, dass das DMP an die bestverfügbare Evidenz anknüpft. Im Hinblick auf ein routinemäßiges Screening des Sturzrisikos wäre die Evidenz zu überprüfen (vgl. [Videobeitrag von Gabriele Meyer](#)).

### Der AKF formuliert folgende Forderungen an die Aufklärung, Information und Beteiligung der Patient\*innen an Entscheidungen zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Osteoporose:

- 1. Informationsmaterialien, die informierte Entscheidungen ermöglichen.**  
Diese müssen wissenschaftsbasiert, unabhängig von politischer und anderer von spezifischen Interessen geleiteter Einflussnahme sein.  
Sie müssen leicht und sichtbar zugänglich, unterschiedlichen Bildungsniveaus angepasst, gendersensibel, verständlich, vollständig und aktuell sein, und sie müssen unaufgefordert vorgelegt bzw. angeboten werden (1, 2).
- 2. Die Aufklärung vor operativen Eingriffen** muss aktuellen wissenschaftlichen Kriterien angepasst werden. Die üblichen Aufklärungsbögen, die vorrangig der juristischen Absicherung der Ärzt\*innen dienen, sind nicht geeignet, um den Patient\*innen informierte Entscheidungen zu ermöglichen (3).
- 3. Strukturen für ein Wissensmanagement** sollen die aktuellen Erkenntnisse aus der Wissenschaft zeitnah für Entscheidungsprozesse zur Verfügung stellen (*living guidelines, living systematic reviews, living decision aids*) (4-8).

4. **Einbeziehung von Patient\*innen.** In die Entwicklung von Leitlinien und Entscheidungshilfen sind Patient\*inneninteressen von Anfang an mit einzubeziehen. Die Vertreter\*innen der Patient\*inneninteressen sollen Grundkompetenzen der Evidenzbasierten Medizin und Risikokommunikation erhalten bzw. vorweisen (9).
5. **Unterstützung bei Entscheidungsprozessen.** Entscheidungssituationen zur Prävention und Therapie bei Osteoporose sind komplex und individuell. Basis informierter Entscheidungen sind evidenzbasierte Informationen, allerdings benötigen Patient\*innen in komplexen Entscheidungssituationen darüberhinausgehende Unterstützung, um die Optionen in Bezug auf ihre persönliche Situation verstehen und abwägen zu können. Daher sollte Patient\*innen ein individuelles *Decision Coaching* angeboten werden (1, 10, 11).
6. **Strukturen in der Arztpraxis.** Um ein *Decision Coaching* in der Praxis umzusetzen, braucht es entsprechende Strukturen und Ressourcen. Diese neuen Rollen für Angehörige der Gesundheitsfachberufe müssen definiert und ausgestaltet werden (12).
7. **Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu *Decision Coaches*** (z.B. über die *Halle School of Health Care*) (13).
8. **Schulungen für alle beteiligten Hausarzt\*innen** in „gemeinsamer Entscheidungsfindung“ sind vorzuhalten. Die Schulung ist Voraussetzung für die Teilnahme am DMP (Ärzt\*innen können nur Verträge abschließen, wenn sie teilgenommen haben). Somit stellt die Schulung ein Qualitätsmerkmal dar (13, 14).
9. Die **Schulung der Patient\*innen im DMP** wird generisch ausgerichtet, um Gesundheitskompetenz zu befördern: Qualität von Gesundheitsinformationen erkennen, Informationen / Empfehlungen kritisch hinterfragen (z.B. regelhafte Vorstellung bei Fachärzt\*innen), Vorbereitung für das *Decision Coaching* bzw. Arztgespräch (13).
10. **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation** sind von Beginn der Implementierung des DMPs an durchzuführen.

## Referenzen

- (1) Carmona C, Crutwell J, Burnham M, Polak L, on behalf of the Guideline Committee. Shared decision-making: summary of NICE guidance. *BMJ* 2021; 373:n1430. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1430>.
- (2) Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg 2017; <http://www.leitliniegesundheitsinformation.de/>. (Zugriff am 17.06.2021)
- (3) Lühnen J, Mühlhauser I, Steckelberg A. The quality of informed consent forms—a systematic review and critical analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2018, 115(22):377-83. doi: 10.3238/arztebl.2018.0377.
- (4) Akl EA, Haddaway NR, Rada G, Lotfi T. Future of Evidence Ecosystem Series: Evidence synthesis 2.0: when systematic, scoping, rapid, living, and overviews of reviews come together. *J Clin Epidemiol* 2020; 123:162-165. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.025.
- (5) Boutron I, Créquit P, Williams H, Meerpohl J, Craig JC, Ravaud P. Future of evidence ecosystem series: 1. Introduction Evidence synthesis ecosystem needs dramatic change. *J Clin Epidemiol* 2020; 123:135-142. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.024.
- (6) Créquit P, Boutron I, Meerpohl J, Williams HC, Craig J, Ravaud P. Future of evidence ecosystem series: 2. current opportunities and need for better tools and methods. *J Clin Epidemiol* 2020; 123:143-152. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.023.
- (7) Ravaud P, Créquit P, Williams HC, Meerpohl J, Craig JC, Boutron I. Future of evidence ecosystem series: 3. From an evidence synthesis ecosystem to an evidence ecosystem. *J Clin Epidemiol* 2020; 123:153-161. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.027.
- (8) Vandvik PO, Brandt L. Future of Evidence Ecosystem Series: Evidence ecosystems and learning health systems: why bother? *J Clin Epidemiol*. 2020; 123:166-170 . doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.02.008.
- (9) Vaisson G, Provencher T, Dugas M, Trottier MÈ, Chipenda Dansokho S, Colquhoun H et al. User involvement in the design and development of patient decision aids and other personal health tools: A systematic review. *Med Decis Making* 2021; 41(3):261-274. doi: 10.1177/0272989X20984134.
- (10) Rahn AC, Jull J, Boland L, Funderup J, Loiselle MC, Smith M et al. Guidance and/or decision coaching with patient decision aids: Scoping reviews to inform the International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). *Med Decis Making* 2021; 24:272989X21997330. doi: 10.1177/0272989X21997330.
- (11) Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2019; 93:141-152. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.013.
- (12) Rahn AC. Decision Coaching ist eine Aufgabe mit Potenzial für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen. *Pflege* 2021; 34(3):129-130. doi: 10.1024/1012-5302/a000801.
- (13) Steckelberg A, Siebolds M, Lühmann D, Weberschock T, Strametz R, Weingart O. et al. Kerncurriculum Basismodul Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. 2017; [www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/ebm-curricula](http://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/ebm-curricula). (Zugriff am 28.06.2021)
- (14) Hinneburg J, Hecht L, Berger-Höger B, Buhse S, Lühnen J, Steckelberg A. Development and piloting of a blended learning training programme for physicians and medical students to enhance their competences in evidence-based decision-making. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2020; 150-152:104-11. doi: 10.1016/j.zefq.2020.02.004.