

## Grenzen von Shared Decision Making

Es gibt Situationen, in denen eine partizipative Entscheidungsfindung vielleicht nicht angebracht ist oder fachliche Überlegungen und Unterstützung erfordert. Zum Beispiel:

1. Wenn es keine Zeit bleibt, um über mögliche Behandlungen zu beraten (Notsituationen)
2. Wenn die Patient/-innen nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen und keine benannte Vertretung (z.B. Angehörige, Partner/-in) zur Verfügung steht
3. Im Falle einer unangemessenen Nachfrage (z. B. Antibiotika für Krankheiten, die normalerweise ohne behandelt werden, Medikamente mit Missbrauchsrisiko außerhalb ausgehandelter Verschreibungsverträge)
4. Angesichts von Therapien, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, die aber offensichtliche potenzielle Risiken bergen
5. Angesichts unvermeidbarer Risiken, wie der Verweigerung von Leistungen für ein Kind oder eine abhängige Person (z. B. Bluttransfusionen)
6. Wenn eine große Anzahl von Belegen den Nutzen einer bestimmten Option hervorhebt. Das bedeutet, dass es sich hier nicht um eine klinisch ausgewogene Situation handelt und die partizipative Entscheidungsfindung nicht direkt gerechtfertigt ist. Dies sollte Sie jedoch nicht davon abhalten, den patientenzentrierten Ansatz zu fördern und evidenzbasierte Informationen auf verständliche Weise zu präsentieren. Es hält Sie auch nicht davon ab, Teach-Back-Methoden einzusetzen.
7. Wenn Sie tatsächlich zu Verhaltensänderungen anregen, die auf Informationen im Zusammenhang mit der Präzisionsmedizin beruhen, wie z. B. Gewichtsverlust oder mehr körperliche Aktivität. Motivational Interviewing ist in der Regel besser geeignet, um eine langfristige Verhaltensänderung zu fördern.