



THEMA Shared Decision Making

Was es für eine gemeinsame Entscheidungsfindung braucht

Der Patient oder die Patientin wird untersucht. Dann trifft der Arzt oder die Ärztin eine Entscheidung, ob und wie behandelt wird. Sehr häufig laufen Arzt-Patienten-Kontakte so oder so ähnlich ab. Dabei ginge es auch besser.

Text | Valentin Frimmer

Ärztinnen und Ärzte sind täglich an Entscheidungen beteiligt, die maßgeblichen Einfluss auf das Leben ihrer Patientinnen und Patienten haben. Soll der Prostatakrebs im Frühstadium behandelt oder nur aktiv überwacht werden? Soll bei der Koronaren Herzkrankheit lieber ein Bypass oder ein Stent zum Einsatz kommen? Ist nach einem Bandscheibenvorfall eine Operation oder eine konservative Therapie vorzuziehen? Bei solchen Entscheidungen berücksichtigen Medizinerinnen und Mediziner verschiedene Untersuchungsergebnisse, wägen Chancen und Risiken ab, halten sich an Leitlinienempfehlungen und holen bei Bedarf eine weitere Meinung ein. Dann schlagen sie eine bestimmte Therapie vor. Meist folgt der Patient oder die Patientin dann diesem Rat.

Dabei hätte es in vielen Fällen Vorteile, wenn Arzt und Patient gemeinsam und auf Augenhöhe entscheiden würden, ob eine bestimmte Behandlung, ein Eingriff oder auch eine risikobehaftete Untersuchung vorgenommen werden soll (1). Davon ist Prof. Dr. dipl. psych. Friede-

mann Geiger vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) überzeugt. Er ist einer der profiliertesten Befürworter von Shared Decision Making (SDM), auf Deutsch partizipative Entscheidungsfindung.

SDM ist eine Form der Kommunikation, bei der der Arzt dem Patienten alle diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile erklärt. Der Patient wiederum informiert den Arzt darüber, wie er bestimmte Chancen und Risiken sieht und was er sich von einer bestimmten Intervention mit Blick auf seine Lebensumstände wünscht. Auf dieser

Grundlage legen Arzt und Patient dann das weitere Vorgehen fest (*siehe Kasten*). Dadurch sollen Patientinnen und Patienten autonomer werden und mehr Gesundheitskompetenz erhalten.

Das Konzept des SDM sei für Situationen gedacht, in denen tatsächlich eine therapeutische oder diagnostische Entscheidung getroffen – oder aufgeschoben – wird, betont Geiger. „Bei Kontrollen, dem Besprechen von Laborergebnissen oder auch dem Überbringen von Diagnosen braucht man hingegen kein SDM.“ Generell gelte: „Je weitreichender die Entscheidung, je wichtiger ist dabei SDM.“

Modellprojekt Uniklinik

Viele Akteure im Gesundheitssystem, darunter auch die Bundesärztekammer (BÄK), befürworten grundsätzlich SDM, dennoch ist die Kommunikationsform im medizinischen Alltag laut Geiger noch die Ausnahme. Er leitet das Nationale Kompetenzzentrum SDM, das ans UKSH in Kiel angegliedert ist.

Im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten, abgeschlossenen Projekts haben Geiger und sein Team zwischen 2017 und 2021 an 17 von 25 Kliniken des UKSH SDM eingeführt (3). Dafür wurden nach einem bestimmten Schema, dem SHARE-TO-CARE-Programm, ärztliches und pflegerisches Personal geschult und Patientinnen und Patienten über die neue Herangehensweise informiert. Zudem wurden 83 Onlineentscheidungshilfen, mit Videos und Grafiken, erstellt, die Betroffenen jeweils für eine bestimmte Erkrankung einen Überblick über Chancen und Risiken jeder Behandlungsoption geben sollen. Einige davon stellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in bearbeiteter Form zusammen mit eigenen Entscheidungshilfen zur Verfügung (*siehe Grafik*) (4).

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kam nach Abschluss des Projekts zu einem positiven Ergebnis. So sei für das

gesamte Klinikum „ein statistisch signifikanter Anstieg des SDM-Levels“ gezeigt worden. „Die gesundheitsökonomische Analyse, die allerdings lediglich anhand von Routinedaten der Klinik für Neurologie erfolgte, zeigte positive Tendenzen in Bezug auf eine Reduktion der stationären Notfalleinweisungen sowie niedrigere stationäre und ambulante Kosten im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum“, heißt es in einem Fazit (5). Im Hinblick auf die Gesamtkosten und weitere Effektparameter wie Krankenhausinweisungen und Bilddiagnostik seien keine Unterschiede gezeigt worden.

Der Ausschuss empfahl, die Ergebnisse unter anderem an das Bundesministerium für Gesundheit, Verbände der Kranken- und Pflegekassen, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die BÄK weiterzuleiten, damit diese eine Verwendung der Ergebnisse für mögliche SDM-Initiativen prüfen können.

Obwohl SDM in strukturierter Form – also abseits der Bemühungen einzelner Ärztinnen und Ärzte – in Deutschland bislang selten ist, gibt sich Geiger optimistisch: „Wir stehen am Beginn einer positiven Welle, die über das Land geht“, sagte er dem *Deutschen Ärzteblatt* (DÄ). So werde das Kieler Modell mittlerweile auch am Uniklinikum Aachen (6), in einer Klinik in Flensburg und in Bayern umgesetzt.

Dort hat Prof. Dr. med. Claus Belka, Direktor der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am LMU Klinikum München, das Projekt „Bayern goes SDM“ angestoßen. Es wird gefördert vom Bayerischen Zentrum für Krebsforschung (BZKF), insgesamt sind 5 bayerische Universitätskliniken beteiligt (7). Dabei mussten nicht nur an Belkas Wirkstätte Widerstände überwunden werden. „Wieso das denn? SDM? Das machen wir doch eh schon“, habe er zu Beginn oft gehört, sagt Belka im Gespräch mit dem DÄ.

Tatsächlich hätten viele Ärztinnen und Ärzte ja auch bislang

SDM in 6 Schritten

1 Gesprächsziel definieren

Beispiel: „Heute geht es darum, gemeinsam über das weitere Vorgehen zu entscheiden. In Ihrer Situation gibt es mehrere medizinisch sinnvolle Möglichkeiten. Jede davon hat Vor- und Nachteile.“

2 Patientenbeteiligung begründen

Beispiel: „Daher ist Ihre Einschätzung wichtig, welche dieser Möglichkeiten in Ihrer Lebenssituation am besten passt.“

3 Vor- und Nachteile jeder Therapieoption erläutern

Beispiel: „Es gibt im Grunde die 3 Möglichkeiten A, B und C. Ich erkläre Ihnen jetzt nacheinander die jeweiligen Vor- und Nachteile. Fangen wir mit A an ...“

4 Erwartungen und Bedenken explorieren

Beispiel: „Gibt es für Sie persönlich noch andere wichtige Punkte, die bei der Entscheidung bedacht werden sollten?“

5 Entscheidung treffen

Beispiel: „Neigen Sie schon jetzt zu einer der besprochenen Möglichkeiten? Oder was brauchen Sie noch, um eine Entscheidung treffen zu können?“

6 Umsetzung planen

Beispiel: „Ich schreibe Ihnen eine Überweisung und in 4 Wochen sehen wir uns wieder. Wir können dann kontrollieren, ob die Blutwerte sich normalisiert haben.“

Quelle: (2)

schen den Anspruch, dass der Patient oder die Patientin über Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt ist und auf dieser Grundlage die Zustimmung zu geplanten Behandlungen gibt, sagt Belka. „SDM umfasst aber mehr.“

Auswirkungen von SDM

Welche Effekte SDM hat, ist Gegenstand zahlreicher Studien und Metaanalysen. Im Auftrag des IQWiG legten Forschende im vergangenen Jahr einen Bericht vor, für den sie 7 systematische Übersichten zu insgesamt rund 250 Einzelstudien ausgewertet haben (8). Die am besten in Studien untersuchte SDM-Maßnahme seien Entscheidungshilfen, so das Team. Diese hätten eine Reihe von Vorteilen im Vergleich zu einer Standardversorgung. Sie verbesserten die Arzt-Patient-Kommunikation, die Einbindung der Patientinnen und Patienten, deren Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und deren Risiken, das Vertrauen der Betroffenen in die eigene Entscheidung und die Übereinstimmung zwischen den eigenen Zielen und der getroffenen Entscheidung. Für Schulungen von Ärztinnen und Ärzten konnten hingegen keine Vorteile nachgewiesen werden.

Zur Frage, wie sich SDM auf Gesundheitsaspekte auswirkt, war die Studienlage den IQWiG-Forschenden zufolge unzureichend. Auch das Verhältnis von Kosten und gesundheitlichen Vorteilen lasse sich nicht pauschal abschätzen. „Einzelne Studien lassen aber vermuten, dass insbesondere Entscheidungshilfen für bestimmte Erkrankungen möglicherweise Kosten einsparen könnten.“

Ein Umbrella-Review im Fachblatt *Patient Education and Counseling* kam kürzlich zu dem Schluss, dass SDM „für bestimmte Bevölkerungsgruppen neutrale bis positive Auswirkungen“ auf die Ergebnisse und die Qualität der Behandlung hat (9). Es bestehen demnach aber Wissenslücken, in welchen Situationen SDM am effektivsten sei.

Beispiele aus der Praxis

SDM soll dazu führen, dass der eingeschlagene Behandlungsweg nicht nur medizinisch sinnvoll ist, sondern auch zur Lebensrealität des Patienten oder der Patientin passt. Belka erzählt von einem älteren Opernliebhaber mit Prostatakrebs, der sich gegen eine aktive Überwachung und für eine Behandlung entschieden hatte. Zur Auswahl standen Bestrahlung und Operation, wobei die OP mit einem erhöhten Inkontinenzrisiko einhergegangen wäre. „Das kam für diesen Mann überhaupt nicht infrage. Er wollte während einer 4-stündigen Oper nicht drei Mal auf die Toilette rennen“, erzählt Belka. Deshalb habe er sich für Bestrahlung entschieden.

Das Prostatakarzinom ist aus Sicht des Strahlenmediziners Belka ein gutes Beispiel,

Grafik

Kleine Auswahl an Entscheidungshilfen des IQWiG

The diagram shows a human figure from the front, with numbered circles (1-12) pointing to specific anatomical locations: 1. Head/neck area; 2. Lung; 3. Heart; 4. Stomach; 5. Liver; 6. Kidney; 7. Bladder; 8. Pancreas; 9. Small intestine; 10. Large intestine; 11. Knee; 12. Ankle.

- 1 **Mandelentzündung bei Kindern:** Sollen die Gaumenmandeln operiert werden? [12]
- 2 **Schulter-Impingement-Syndrom:** Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich? [13]
- 3 **Früherkennung von Lungenkrebs bei starken Raucherinnen und Rauchern:** Vor- und Nachteile der Niedrigdosis-Computer-Tomografie [14]
- 4 **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich? [15]
- 5 **Chronische Nierenkrankheit:** Peritonealdialyse oder Hämodialyse? [16]
- 6 **Bandscheibenvorfall:** Kommt eine OP infrage? [17]
- 7 **Schwangerschaftsabbruch in den ersten 12 Wochen (nach der Beratungsregelung):** mit Medikamenten oder einer Operation? [18]
- 8 **Blinddarmentzündung (Apendizitis):** Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich? [19]
- 9 **Hüftarthrose:** Kommt ein künstliches Hüftgelenk für mich infrage – und welche Alternativen habe ich? [20]
- 10 **Niedrig-Risiko-Prostatakrebs:** Welche Möglichkeiten habe ich? [21]
- 11 **Kniearthrose:** künstliches Kniegelenk – ja oder nein? [22]
- 12 **Diabetisches Fußsyndrom:** Lässt sich eine Amputation vermeiden? [23]

Foto: Olga chestock adobe.com

um den Sinn von SDM zu verdeutlichen. „Egal ob wir Patienten bestrahlen oder operieren, bei frühem bis mittleren Stadium ist die Überlebensrate nach 15 Jahren exakt gleich.“ Es handele sich zwar um völlig verschiedene Verfahren, dennoch sei keines der beiden klar und eindeutig vorzuziehen. „Ich kann den Patienten nur über die möglichen Nebenwirkungen aufklären. Wenn ich dann weiß, was ihm im Leben wichtig ist, können wir auf dieser Grundlage eine Therapieentscheidung treffen.“

Ein weiteres Beispiel für SDM sei der Fall einer Frau mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom, erzählt Belka. Der Reflex sei, mit der Bemerkung „das ist schließlich evidenzbasiert“, der Frau eine 5-jährige Hormontherapie zu verordnen. Aber man könne der Patientin auch erklären, dass sie gegebenenfalls von der Therapie auch schon nach weniger als 5 Jahren einen hohen Nutzen hat. „Auf dieser Grundlage kann die Frau dann auch entscheiden, ob sie bei schwer aushaltbaren Nebenwirkungen schon früher mit der Therapie aufhören will.“ Mit dem besseren Verständnis durch aufrichtiges Einbinden werde letztlich in den meisten Fällen die Compliance erhöht, ist Belka überzeugt.

Vorbehalte überwinden

Häufig sei das Vorurteil zu hören, SDM brauche Zeit, die man im Patientengespräch nicht habe, sagt Geiger vom Uniklinikum Kiel. „Das stimmt aber gar nicht.“ So zeigten Videoaufnahmen, die vor und nach der Implementierung von SDM an seiner Uniklinik gemacht wurden, dass geschulte Ärztinnen und Ärzte zwar zunächst etwas länger für ihre Patientengespräche brauchten, nach einer gewissen Eingewöhnung sei die aufgewendete Zeit dann aber unter das Ausgangsniveau gesunken. „Gespräche, die auf Basis des SDM-Konzepts geführt werden, sind strukturierter und zielführender. Das spart Zeit“, so Geiger. Auch die Autoren des kürzlich veröffentlichten Umbrella-Reviews gehen davon

aus, dass „die Umsetzung von SDM in der Regel weder die Kosten noch die Beratungszeit erhöht“ (9).

SDM strukturell in einer Klinik einzuführen, bedeutet aber natürlich einen initialen Aufwand. Bei dem Projekt in Bayern seien 110 Ärztinnen und Ärzte jeweils 6 bis 7 Stunden geschult worden, schildert Belka. „Das ist am Ende ein Arbeitstag, an dem ein Arzt oder eine Ärztin für das Tagesgeschäft nicht zur Verfügung steht.“ Die Kosten betragen für das SDM-Ärztetraining in etwa 1300 Euro pro Person. Durch 2 Fortbildungen im Jahr werde das Thema SDM immer wieder aufgefrischt.

Der steinige Weg in die Regelversorgung

Ginge es nach Geiger, würde SDM schon bald zum Standard bei Entscheidungsfindungen in deutschen Kliniken gehören. Das sei auch durch das Patientenrechtegesetz geboten. Aber was müsste geschehen, damit SDM auf breiterer Front Einzug in den medizinischen Alltag erhält? „Wichtig dafür wäre, dass SDM abrechenbar ist“, sagt Geiger. In Kiel honorierten Gesetzliche Krankenkassen SDM mit einem selektivvertraglich vereinbarten Zusatzentgelt. Zunächst haben sich die 4 Ersatzkassen TK, KKH, Barmer und DAK beteiligt, später dann die AOK NW und die Novitas BBK. Mit dem Zusatzentgelt finanziere das Klinikum seit Ende der Innovationsfonds-Förderung die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um SDM als Kommunikationsform aufrechtzuerhalten, sagt Geiger.

In Vorbereitung auf die Krankenhausreform schlug eine Regierungskommission im Jahr 2023 vor, dass die Vorhaltebudgets von Kliniken um bis zu 2 % aufgestockt werden können, um qualitätssichernde Maßnahmen wie „Instrumente und Methoden des Shared Decision Making“ einzuführen (10). Allerdings fand die Empfehlung nicht Eingang in das entsprechende Reformgesetz, das Ende 2024 verabschiedet wurde.

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD steht der Satz: „Bei medizinischen Behandlungen stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden“ (11). Geiger interpretiert das als eine Art Bekenntnis zu SDM. Andere politisch Beteiligte sehen in dem Satz hingegen eine Stärkung anderer Projekte wie beispielsweise einer Novellierung des Patientenrechtegesetzes.

Ärztevertreter begrüßen SDM

Die BÄK hält SDM für „außerordentlich sinnvoll“. Individuelle Lösungen entstünden nur im gemeinsamen Gespräch. „Diese Form der Entscheidungsfindung braucht Zeit – und diese muss auch im Vergütungssystem abgebildet werden“, schreibt die BÄK auf Anfrage. Zugleich gehöre SDM auch in die ärztliche

Aus-, Fort- und Weiterbildung. „Mit der Novellierung der (Mustert-)Weiterbildungsordnung im Jahr 2018 wurden bereits wichtige Impulse gesetzt – insbesondere durch die Stärkung der ärztlichen Gesprächsführung.“

Geiger gibt zu bedenken, dass es bislang nicht funktioniert habe, SDM ausschließlich über das Studium ins System zu kriegen. „Wenn ein Berufsanfänger seine ersten Schritte in der Medizin macht, ist er mit Überleben beschäftigt. Dann fällt man häufig auf ein einfaches Wenn-dann-Schema zurück.“ Dann falle alles, was man über SDM gelernt habe, erstmal hinten runter.

Die DKG mahnt ein bedachtes Vorgehen an. „SDM ist seit Langem ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Praxis und soll bei der alltäglichen Entscheidungsfindung im ärztlichen Gespräch unterstützen“, sagte die stellvertretende DKG-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. med. Henriette Neumeyer dem DÄ. Ergänzende Maßnahmen könnten hilfreich sein, wobei die Umsetzung im Alltag mitgedacht werden sollte.

Die Projekte im Innovationsfonds hätten gezeigt, dass der Einstieg in ein sehr reglementiertes SDM-Konzept mit vielen Hürden verbunden sei, auch mit hohem initialen und fortlaufendem Schulungsaufwand sowie finanziellen Einführungskosten. Es müsse überlegt werden, ob aus Effizienzgründen auch über die ePA dauerhaft zentral bereitgestellte Informationsangebote den Versicherten zugänglich gemacht werden könnten.

Aus Sicht der DKG ist es entscheidend, das Bewusstsein für SDM bei allen Beteiligten nachhaltig zu stärken. „Diese Verankerung darf jedoch nicht allein über starre Vorgaben und Regularien erfolgen. Vielmehr sollte SDM weiterhin ein integraler Bestandteil der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie der allgemeinen Gesundheitsbildung in der Bevölkerung sein.“ ■



Literatur
<https://daebi.de/c20f>

Zusatzmaterial Heft 15/2025, zu:

Shared Decision Making

Was es für eine gemeinsame Entscheidungsfindung braucht

Der Patient oder die Patientin wird untersucht. Dann trifft der Arzt oder die Ärztin eine Entscheidung, ob und wie behandelt wird. Sehr häufig laufen Arzt-Patienten-Kontakte so oder so ähnlich ab. Dabei ginge es auch besser.

Text | Valentin Frimmer

Literatur

1. Stiftung Gesundheitswissen zu SDM. <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/selbstmanagement/patient> (last accessed on 18 July 2025).
2. Shared Decision Making in 6 Schritten. https://share-to-care.de/assets/dokumente/share_to_care_sdm_in_6_schritten_aerzte.pdf (last accessed on 18 July 2025).
3. Ergebnisbericht des vom Innovationsausschuss geförderten Projekts „MAKING SDM A REALITY“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/be schluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf (last accessed on 18 July 2025).
4. Entscheidungshilfen des IQWiG. <https://www.gesundheitsinformation.de/service/infomaterial/> (last accessed on 18 July 2025).
5. Beschluss des Innovationsausschusses beim G-BA zum Projekt „MAKING SDM A REALITY“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/373/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY.pdf (last accessed on 18 July 2025).
6. SDM an der Uniklinik Aachen. <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-haematologie-onkologie-haemostaseologie-und-stammzelltransplantation-med-klinik-iv/fuer-patienten/weitere-unterstuetzende-dienste/shared-decision-making-sdm/> (last accessed on 18 July 2025).
7. BZKF zu SDM. <https://bzkf.de/krebsbe ratung/entscheidungshilfen/> (last accessed on 18 July 2025).
8. IQWiG-Themencheck Medizin „Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen?“ (DOI: 10.60584/HT22-01). https://www.iqwig.de/download/ht22-01_gemeinsame-entscheidungsfindung_hta-be richt_v1-0.pdf last accessed on 18 July 2025).
9. Bruch JD, Khazen M, Mahmic-Kaknjo M, Légaré F, Ellen ME: The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review. *Patient Educ Couns* Dezember 2024; 129: 108408. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108408. Epub 24. August 2024. PMID: 39214045.
10. Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_7_Qualitaetssicherung_QM_KRM_Transparenz_und_Entbuerokratisierung.pdf last accessed on 18 July 2025.
11. Koalitionsvertrag (Seite 3414). https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf last accessed on 18 July 2025.
12. Entscheidungshilfe zu Mandelentzündung bei Kindern. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/mandelentzuendung/eh_behandlungen_mandelentzundung_kinder.pdf (last accessed on 18 July 2025).
13. Entscheidungshilfe zu Schulter-Impingement-Syndrom. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/schulter schmerzen/eh_schulter-impingementsyndrom_behandlungsmoeglichkeiten.pdf (last accessed on 18 July 2025).
14. Entscheidungshilfe zu Früherkennung von Lungenkrebs. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/lungenkrebs/eh_lungenkrebs-frueherkennung.pdf (last accessed on 18 July 2025).
15. Entscheidungshilfe zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/herz-kreislauf erkrankungen/eh_herz-kreislauf-erkran kungen.pdf (last accessed on 18 July 2025).
16. Entscheidungshilfe zu Chronische Nierenkrankheit. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/chronische-nierenkrankheit/eh_chronische_nierenkrankheit_dialyse.pdf (last accessed on 18 July 2025).
17. Entscheidungshilfe zu Bandscheiben- vorfall. [https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/bandscheibenvorfall/eh_bandscheibenvorfall_behandlungsmoeglichkeiten_02_2024.pdf](https://www.gesundheitsinfor mation.de/pdf/bandscheibenvorfall/eh_bandscheibenvorfall_behandlungsmoeglichkeiten_02_2024.pdf) (last accessed on 18 July 2025).
18. Entscheidungshilfe zu Schwangerschaftsabbruch. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/schwangerschaftsabbruch/eh_schwangerschaftsabbruch.pdf (last accessed on 18 July 2025).
19. Entscheidungshilfe zu Blinddarmentzündung. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/blinddarmentzuendung/eh_blinddarmentzuendung_be handlungsmoeglichkeiten.pdf (last accessed on 18 July 2025).
20. Entscheidungshilfe zu Hüftarthrose. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/hueftarthrose/eh_hueftarthrose_be handlungsmoeglichkeiten.pdf (last accessed on 18 July 2025).
21. Entscheidungshilfe zu Niedrig-Risiko-Prostatakrebs. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/prostatakrebs/eh_behandlungen_niedrig-risiko-prostatakrebs.pdf (last accessed on 18 July 2025).
22. Entscheidungshilfe zu Kniearthrose. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/knietarthrose/eh_behandlungen_knietarthrose.pdf (last accessed on 18 July 2025).
23. Entscheidungshilfe zu „Diabetischem Fußsyndrom“. https://www.gesundheitsinformation.de/pdf/diabetes-typ2/eh_behandlungen_diabetisches-fuss syndrom.pdf (last accessed on 18 July 2025).