



FOTO: SONNENBLATT DESIGN

„Shared-Decision-Making“ in der Behandlung der progressiven Myopie

Myopie bezeichnet fachsprachlich den Begriff „Kurzsichtigkeit“. Hierbei liegt ein Missverhältnis zwischen der Länge des menschlichen Auges und der Brechkraft der Linse vor. Die ins Auge einfallenden Lichtstrahlen haben ihren Brennpunkt nicht auf der Netzhaut, sondern davor. Infolgedessen ist das entstehende Bild unscharf. (1)

ALARMIERENDE ZAHLEN

Weltweit zeigt sich eine deutliche Zunahme an kurzsichtigen Menschen. Bereits jetzt sollen ca. 35 % aller Europäer:innen und Amerikaner:innen myop sein. Betrachtet man diese Zahlen genauer, gelangt man zu dem Schluss, dass im Jahre 2030 die Hälfte aller weltweit lebenden Kinder von der Kurzsichtigkeit betroffen sein sollen. (2)

PROGRESSIVE MYOPIE UND DEREN BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Als progressive Myopie wird eine Form der Kurzsichtigkeit bezeichnet, die unabhängig von äußeren Einflüssen stetig fortschrei-

tet. (1) Kommt es bei Kindern und Jugendlichen innerhalb eines Jahres zu einem Anstieg der Kurzsichtigkeit um 0,5 Dioptrien, spricht man von einer progressiven Myopie. (3) Risikofaktoren für eine progressive Myopie sind beispielsweise die genetische Disposition und ethnische Zugehörigkeit sowie vermehrte Naharbeit und wenig Zeit im Freien. (4,5)

Besonders bei hohen Myopien kann es zu bestimmten Folgeerkrankungen kommen. Um Komplikationen wie Netzhautablösungen oder Schielen vorzubeugen, stehen bereits einige Möglichkeiten zur Verfügung, um die Progression der Myopie zu bremsen. (6,7) Die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft (ÖOG) gliedert die Therapieformen wie folgt (8):

- Prävention (Zeit im Freien)
- Pharmakologische Methoden (Atropin-Augentropfen 0,01 %–0,05 %)
- Optische Methoden (spezielle Kontaktlinsen und Brillengläser)

„SHARED-DECISION-MAKING“

Hierunter wird ein Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Bezug verstanden. Therapeut:innen bespricht gemeinsam mit Patient:innen diverse Möglichkeiten zur Behandlung einer Erkrankung.

Zusammen werden sämtliche Vorteile, aber auch die Nachteile einer jeden Option erläutert und genau besprochen. Anschließend wird zusammen eine Entscheidung über die weitere Vorgehensweise getroffen. Wichtig ist, dass Patient:innen mit ihren persönlichen Werten und Meinungen immer im Mittelpunkt stehen. (9)

Das Modell gliedert sich in drei Gesprächsphasen. Zu Beginn wird ein Wahlgespräch geführt, bei dem die Aufklärung und grobe Erläuterung der sinnvollen Möglichkeiten im Mittelpunkt stehen. Anschließend werden bei einem Optionsgespräch die zuvor erwähnten Optionen detaillierter erklärt. Zuletzt wird ein Entscheidungsgespräch geführt, bei dem die Präferenzen der Patient:innen definiert werden. (10) Dann kann eine Entscheidung für eine Therapie getroffen werden.

Dieser Ansatz bringt den Vorteil mit sich, dass Patient:innen realistischere Erwartungen in Bezug auf den Therapieverlauf haben, da eine intensivere Aufklärung erfolgt. Zudem wird das Vertrauen in die Medizin und auch in Therapeut:innen gesteigert, wodurch sich infolgedessen auch die Beziehung zwischen den beiden Parteien verbessert. (11)

Zu berücksichtigen ist, dass es sich um einen aufwändigen Prozess handelt, der viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn er korrekt durchgeführt wird. (12) Die Zufriedenheit der Patient:innen wird zwar zum Großteil durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung gesteigert, sie kann jedoch



Lauris Fritsch, BSc MA
Melanie Hasenzagel, BSc
orthoptik austria
Verband der Orthoptist:innen Österreichs
presse@orthoptik.at



FOTO: SONNENBLATT DESIGN

auch negativ beeinflusst werden. Durch den intensiven Aufklärungsprozess wird den Patient:innen stärker bewusst, welche Komplikationen bzw. Auswirkungen ihre Erkrankung und Therapie auf ihr Leben haben können. (13)

ZUSAMMENFASSUNG EINER BACHELORARBEIT ZUM THEMA

Studiengang Orthoptik, FH Campus Wien

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, den Stellenwert und die Auswirkungen des „Shared-Decision-Making“-Ansatzes bei der Behandlung der progressiven Myopie zu erforschen. Sollte diesem Ansatz in den Interviews mit den Expert:innen ein positiver Effekt auf den Behandlungserfolg zugesprochen werden, ist es umso wichtiger, dass das „Shared-Decision-Making“ in Fachkreisen der Ophthalmologie mehr Anklang findet und ein Bewusstsein dafür geschaffen wird.

Es ergaben sich für diese empirische Arbeit folgende Forschungsfragen:

- Welchen Stellenwert hat der „Shared-Decision-Making“-Ansatz in der Behandlung der progressiven Myopie?
- Welche Auswirkungen hat die Anwendung des „Shared-Decision-Making“-Ansatzes auf den Behandlungserfolg der progressiven Myopie?



FOTO: SONNENBLATT DESIGN

METHODIK

In dieser Arbeit wurde empirisch mittels qualitativer Befragung gearbeitet. Es wurden vier Interviews mit verschiedenen Expert:innen der Augenheilkunde geführt. Befragt wurden zwei Ophthalmolog:innen, eine Orthoptistin und ein Optometrist. Anschließend hat eine Auswertung der Interviews mit der Software MAXQDA stattgefunden. Die darauffolgende Analyse der Interviews erfolgte nach Kuckartz.

ERGEBNISSE

Die durchgeführten Befragungen mit den Expert:innen zeigen deutlich, dass es besonders wichtig ist, sowohl das betroffene Kind als auch dessen Erziehungsberechtigte bei der Wahl der Therapie miteinzubeziehen, da der Erfolg einer Therapie maßgeblich davon abhängt. Mittlerweile zeigt sich, so die Expert:innen, allgemein in der Augenheilkunde eine starke Tendenz zum Ansatz des „Shared-Decision-Making“. Im Allgemeinen wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung als sehr positiv wahrgenommen. Zudem zeigen sich viele Eltern glücklich darüber, dass eine so wichtige Entscheidung besprochen und nicht ohne sie getroffen wird. Viele Eltern nehmen sich die Zeit und besprechen die gesamte Thematik mit ihrem Kind nochmals in Ruhe zu Hause, bevor sie sich für eine Option entscheiden.

DISKUSSION

Von großer Bedeutung ist, dass die Entscheidung einer Therapie bei progressiver Myopie nicht von Therapeut:innen allein getroffen wird. Hier muss immer die Meinung der Erziehungsberechtigten und vor allem die der betroffenen Kinder berücksichtigt werden. Wenn ein Kind nicht zufrieden ist mit der Wahl der Therapie, wird es infolgedessen schwierig oder gar unmöglich, die Therapie konsequent durchzuführen.

Das Kind muss bei „Shared-Decision-Making“ mit seinen Wünschen im Mittelpunkt stehen. Eine kindgerechte Aufklärung bildet hierfür die Basis.

Der Ansatz einer gemeinsamen Entscheidungsfindung kann bei richtiger Durchführung besonders positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben. Die ausführliche Beleuchtung aller Behandlungsmethoden verhindert, dass über den Kopf der Patient:innen hinweg entschieden wird. Dadurch werden sowohl Patient:innenzufriedenheit als auch das Vertrauen in Medizin und Therapeut:innen gesteigert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Im beruflichen Alltag ist es wichtig, dass alle Akteur:innen sich dessen bewusst sind, dass der Behandlungserfolg bei sämtlichen Therapien und vor allem bei der Behandlung der progressiven Myopie durch die Art und Weise, wie Entscheidungen getroffen werden, sowohl negativ als auch positiv beeinflusst werden kann.

Die Ansätze des „Shared-Decision-Makings“ sind bereits in einigen Bereichen der Medizin gut integriert. Als Beispiel hierfür können Studien aus dem Bereich der Onkologie herangezogen werden. (14) Im Bereich der Orthoptik und ganz allgemein im Fachbereich der Augenheilkunde zeigt sich jedoch noch deutlicher Forschungsbedarf.

Selbstverständlich kann der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung in sämtlichen Fachbereichen der Medizin und bei diversen Erkrankungen Anwendung finden. Dieser Ansatz ist in jedem Alter sowie bei jeder Therapie oder Erkrankung anwendbar. Der Erfolg einer Behandlung kann bei allen Patient:innen beeinflusst werden, indem Betroffene nicht vor vollendete Tatsachen gestellt wird, sondern ausführlich aufgeklärt und anschließend in den langen Prozess miteinbezogen werden. ▶

Quellen:

1. Grehn, F. (2019). Augenheilkunde. Springer
2. Holden BA et al., Ophthalmology. 2016 May;123(5):1036-42.
3. Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft. (2019) Myopie-Kurzichtigkeit
4. Morgan J et al., Prog Retin Eye Res. 2005 Jan;24(1):1-38.
5. Schaeffel F, Ophthalmologe. 2012 Aug;109(8):738-48.
6. Ogawa A et al., Jpn J Ophthalmol. 1988;32(3):310-5.
7. Nakao Y et al., Jpn J Ophthalmol. 2014 Mar;58(2):218-24.
8. Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft. (2021) Myopie-Kurzichtigkeit
9. Holzer F et al., Ther Umsch. 2022;79(8):365-370.
10. Epstein RM et al., Ann Fam Med. 2011 Sep-Oct;9(5):454-61.
11. Légaré F et al., Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 15;(9):CD006732.
12. Coulter A et al., BMJ. 2010 Oct 14;341:c4989.
13. Mandelblatt J et al., J Clin Oncol. 2006 Oct 20;24(30):4908-13.
14. Elwyn G et al., J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361-7.