

Studie zur Partizipationspräferenz im Zuge von ACP-Gesprächen

Die Studie zur Partizipationspräferenz soll klären, wie stark das Bedürfnis der Teilnehmer ist, am Entscheidungsprozess zu allgemeinen medizinischen Entscheidungen sowie speziell zu unsicheren Krankheitssituationen (wie COVID-19) teilzunehmen. Es soll deutlich werden, ob die Pandemie den Bedarf verstärkt hat, Behandlungswünsche zu Szenarien, wie sie durch COVID-19 entstehen können (unsichere Verläufe und Ergebnisse) zu besprechen und festzuhalten. Daraus lässt sich schließen, inwieweit sich Gesundheitseinrichtungen auf die Anwendung von ACP konzentrieren sollten.

Folgende Fragen tragen zur Beantwortung der zentralen Fragestellung bei:

1. Wie stark ist das Partizipationsbedürfnis der Teilnehmer bei allgemeinen medizinischen und COVID-19-Behandlungsentscheidungen?

Die weiteren Unterfragen und korrelativen Zusammenhänge sind ebenfalls interessant:

2. Beeinflusst das Alter, das Geschlecht, eine COVID-19-Infektion und eine COVID-19-Risikoerkrankung das Partizipationsbedürfnis bei allgemeinen und bei COVID-19-Behandlungsentscheidungen?
3. Beeinflusst das allgemeine Partizipationsbedürfnis das Partizipationsbedürfnis bezogen auf COVID-19-Behandlungsentscheidungen?

Vorgehensweise:

Die folgenden Variablen werden über einen Fragebogen erfasst und mittels deskriptiver Statistik und kategorialer Zusammenfassung dargestellt:

- Alter (Altersmedian)
- Geschlecht (m/w)
- COVID-19-Infektion (ja/nein)
- COVID-19-Risikoerkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, Asthma, Diabetes, Erkrankungen der Leber und Niere, Krebserkrankungen, immungeschwächter Zustand) (Robert Koch-Institut, 2021b)
- Mentale Gesundheit (u.a. Depressionen, Angsterkrankungen)
- Familienstand (verheiratet, verwitwet, ledig)

Im nächsten Schritt findet eine Befragung der Teilnehmer über einen Fragebogen statt. Zur Messung des allgemeinen Partizipationsbedürfnisses bei medizinischen Entscheidungen erhalten die Teilnehmer die deutsche Version des Autonomy Preference Index (API) (Anhang 4). Sie besteht aus einer Likert-Skala zur Informationssuche (7 Items) und einer Likert-Skala zur Beteiligungspräferenz (4 Items). Um den Gesamtwert zu erhalten, werden die Items der

einzelnen Skalen addiert. Für die Skala zur Informationspräferenz ergeben sich Werte von 0-28, wobei ein höherer Wert eine niedrigere Präferenz bedeutet. Für die Beteiligungspräferenz ergeben sich Werte zwischen 0 und 16, wobei höhere Werte eine höhere Präferenz bedeutet. Für die Skalen findet eine lineare Transformation (Skala 0-100) statt (Simon et al., 2011). Zur Messung des Partizipationsbedürfnisses bei COVID-19-Behandlungsentscheidungen kann die deutsche Version des API nicht herangezogen werden, da sie nur für allgemeine Präferenzen geeignet ist (Simon et al., 2011). Aus diesem Grund erhalten die Teilnehmer zur Bestimmung der COVID-19-Beteiligungspräferenz eine COVID-19-Fallvignette (in Anlehnung an: Köther et al., 2021), bei dem sie sich vorstellen sollen (noch einmal) an typischen COVID-19-Symptomen (z.B. Fieber, Halsschmerzen, Husten) zu leiden. Die Teilnehmer sollen für sich beantworten, wer in welcher Situation die Behandlungsentscheidung treffen soll. Das Fallbeispiel besteht aus 7 Items einer Likert-Skala, wobei sich die Gesamtpunktzahl aus der Addition der einzelnen Punktzahlen der Items ergibt. Es wird eine lineare Transformation in eine Skala von 0-100 durchgeführt. Nach der Standardisierung werden alle Werte unter 40 als Präferenz für eine ärztlich geleitete Entscheidung interpretiert, alle Werte, zwischen 40 und 60 als Präferenz für eine gleichberechtigte Entscheidung von Arzt und Patient, alle Werte über 60 als Präferenz für eine patientengeleitete Entscheidung (Köther et al., 2021).

Die statistische Auswertung und Darstellung der Häufigkeiten erfolgt zunächst über die deskriptive Statistik. Zur Überprüfung eines signifikanten Unterschiedes zwischen kategorialen Variablen (gleichberechtigtes und patientengeleitetes Partizipationsbedürfnis – allgemeine medizinische und COVID-19 Behandlungsentscheidungen) wird der Chi-Quadrat-Test angewendet. Zur weiteren Auswertung wird das metrische Skalenniveau der Zielgröße „Partizipationspräferenz“ angenommen. Der Nachweis von Zusammenhängen zwischen der Partizipationspräferenz und den möglichen Einflussgrößen – Alter, Geschlecht, COVID-19-Infektion, COVID-19-Risikoerkrankung – erfolgt je nach Skalenniveau mittels Mann-Whitney-U-Test oder Spearman-Korrelation. Die multivariate Analyse erfolgt über eine multiple lineare Regression. Vorab werden die Voraussetzungen der Regression – Linearität, Homoskedastizität, Normalverteilung und Unabhängigkeit der Fehlerwerte, keine Multikollinearität – geprüft (Eid et al., 2017). Die kategorialen Variablen werden Dummy-codiert. Möglicherweise in der Analyse zu berücksichtigende Störgrößen (z.B. „Pflegegrad“, „mentale Gesundheit“, „Familienstand“) werden mit Hilfe kausaler Graphen ermittelt.