



© Robert Kneschke - Fotolia.com

## Ein zentraler Beitrag zur Gesundheitsreform und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz – Bessere Gespräche in der Krankenversorgung



Dr. Peter Nowak

ist ausgebildeter Sprachwissenschaftler und seit 2013 Leiter der Abteilung „Gesundheit und Gesellschaft“ an der Gesundheit Österreich GmbH. Seit Mitte der 1980-er Jahre führt er Forschungen zur Gesprächsführung in der Krankenversorgung durch und unterstützte Reformprozesse im Gesundheitssystem.

### 1 Einleitung

Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) sind ein wesentlicher Orientierungsrahmen für die Gesundheitsreform „Zielsteuerung Gesundheit“ 2013. Zwei Ziele nehmen direkt Bezug auf die Reform: Das R-GZ 10 „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ und das Wirkungsziel 1 des R-GZ 3 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ haben sich im Wesentlichen die Reorientierung der Krankenversorgung auf den optimalen Gesundheitsgewinn ihrer Nutzer zum Ziel gesetzt (BMG 2012, [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)). Beide R-GZ haben einen gemeinsamen Ansatzpunkt für ihre Umsetzung, der bislang in der österreichischen Gesundheitsreform noch wenig diskutiert wurde: die Gespräche zwischen den Gesundheitsfachkräften und den Patienten und Patientinnen sowie ihren Angehörigen. Dies kann durch eine ökonomische Betrachtung der Krankenversorgung (Hart 1998) unterstrichen werden: Denn im Patientengespräch wird ausgehandelt und entschieden, ob

jemand zu einem Patienten wird, ein Krankenstand vorliegt, welche diagnostischen Maßnahmen zu setzen sind und welche Therapie zielführend erscheint. D. h., hier wird entschieden, welche Kosten anfallen werden, die dann millionenfach auf einen großen Teil des BIP kumulieren. Damit wird die Frage, ob und wie die Qualität der Gespräche in der Krankenversorgung weiterentwickelt werden kann, auch zum Thema für die drängenden Finanzierungsfragen im österreichischen Gesundheitssystem.

Die Arbeitsgruppe zum R-GZ 3 stellte schon im Jahr 2013 fest, dass das Arzt-Patient-Gespräch auch ein zentraler „Ort“ ist, an dem Gesundheitskompetenz gebildet und benötigt wird (BMG 2014). Arzt-Patient-Gespräche sind über die aktuelle Behandlungssituation hinaus eine wichtige Informations- und Motivationsquelle für die Betroffenen. Die Menschen werden idealerweise hier „empowert“, bei kleineren Beschwerden und im alltäglichen Umgang mit chronischen Erkrankungen auch ohne professionelle Versorgung sich und ihre Angehörigen gut selbst zu versorgen („Laienversorgung“). Damit werden diese Gespräche zu einem Ansatzpunkt

für einen selbstbestimmten und aktiven Umgang der Menschen mit Gesundheit und Krankheit (Nowak 2011).

Gesprächsqualität stellt sich insgesamt als Querschnittsmaterie der Gesundheitsreform dar, von der auch die erfolgreiche Umsetzung der anderen Vorhaben der Gesundheitsreform, wie z. B. die neue Primärversorgung, Definition von Versorgungsaufträgen, Entwicklung von Kompetenzprofilen der Gesundheitsberufe und e-Health-Projekten – insbesondere des telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices (TEWEB) – abhängen wird.

Vor diesem Hintergrund haben das Bundesministerium für Gesundheit und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zwei umfassende wissenschaftliche Grundlagenarbeiten (Sator et al. 2015a, b, c; [www.goeg.at/de/Bereich/Entwicklungsfeld-Gesundheitskompetenz.html](http://www.goeg.at/de/Bereich/Entwicklungsfeld-Gesundheitskompetenz.html)) bei der Gesundheit Österreich GmbH in Auftrag gegeben, die im Folgenden zusammengefasst werden.

### Schwerpunktsetzungen

Innerhalb des Rahmens Gesprächsqualität in der Krankenversorgung haben wir Priorisierungen in zweierlei Hinsicht getroffen: Zum einen geht es primär um persönliche Gespräche zwischen Gesundheitsprofis und Patient(inn)en und nicht schwerpunktmäßig um medial vermittelte Kommunikation (z. B. schriftliche Patienteninformationen wie Patientenbriefe, Befunde, Aufklärungsblätter etc.). Zum anderen legen wir meist einen exemplarischen Fokus auf das Gespräch zwischen Ärzt(inn)en und Patient(inn)en. Dennoch soll nicht aus dem Blick geraten, dass eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikation in der Krankenversorgung auch medial vermittelte Kommunikationsprozesse und Patientengespräche von anderen Gesundheitsprofis wie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, medizinisch-technischen Diensten, Ordinationsassistent(inn)en etc. berücksichtigen muss. Ebenso bildet interprofessionelle Kommunikation einen weiteren wichtigen Schwerpunkt, der hier nicht vertieft behandelt werden kann.

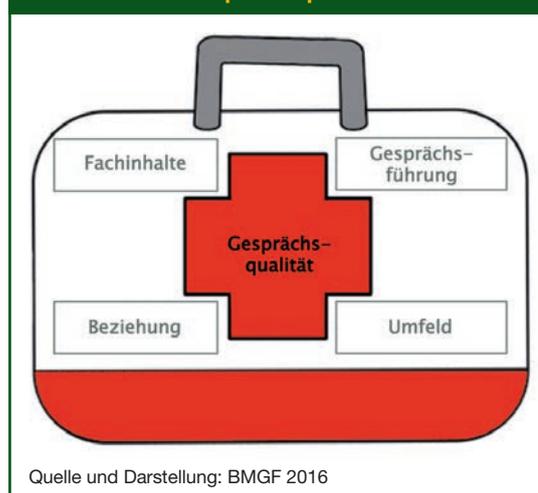
## 2 Was ist gute Gesprächsqualität und welcher Nutzen kann aus ihrer Verbesserung erwartet werden?

### Vier zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität

Die Frage, was eigentlich gute Gesprächsqualität im Kontext von Arzt-Patient-Kommunikation bedeutet, ist alles andere als eine triviale Frage. Um sie zu beantworten, werden vier zentrale Aspekte für gute Gesprächsqualität analytisch unterschieden (Menz/

Sator 2011; Nowak 2015). Diese sind in realen Gesprächen komplex verwoben, aber die Unterscheidung hilft, Zieldimensionen für zukünftige Entwicklungsinitiativen zu formulieren und den Gesundheitsfachkräften kommunikative Kompetenzen als lehr- und lernbares Handwerkszeug zur Verfügung zu stellen.

Abbildung 1: Vier zentrale Aspekte von Gesprächsqualität



Quelle und Darstellung: BMGF 2016

#### 1. Sprachlich-interaktiver Aspekt – „gute Gesprächsführung“

Dieser Aspekt umfasst das sprachlich-interaktive Handeln der Ärztinnen und Ärzte, d. h. verbale und/oder nonverbale Mittel und Verfahren, mit denen medizinisch-fachliche Inhalte ausgetauscht und Haltungen sowie Einstellungen transportiert werden. Dazu gehören die Gestaltung einzelner Gesprächsphasen (z. B. Gesprächsbeginn und -abschluss) ebenso wie einzelne sprachliche Aktivitäten (z. B. die Art der Frageformulierung, Eingehen auf Hinweise und Anliegen von Patientinnen und Patienten; für eine detaillierte Beschreibung siehe Nowak 2011; Sator et al. 2015a). Hier wird also die Frage gestellt: Welche verbalen und nonverbalen Verfahren unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?

#### 2. Inhaltlicher Aspekt – „gute Fachinhalte“

Werden die relevanten Inhalte besprochen? Der inhaltliche Aspekt umfasst jene medizinischen und pflegerischen Inhalte, die die Gesundheitsfachkräfte dem/der Erkrankten im jeweiligen Behandlungs- und Betreuungskontext mitteilen sollen, die von dem/der Erkrankten erzählt werden wollen bzw. erhoben werden sollen. Diese sind je nach Gesprächsanlass, wie z. B. Erstanamnese, Aufklärungsgespräch, Entlassungsgespräch, sehr unterschiedlich.

#### 3. Psychosozialer Aspekt – „gute Beziehung“

Mit welchen Haltungen und Einstellungen wird Beziehung gestaltet? Die psychosoziale Ebene umfasst Haltungen und Einstellungen, die Gesundheitsfachkräfte im Gespräch mit Patient(inn)en einnehmen.



Dr. Marlene Sator

ist Sprachwissenschaftlerin sowie Kommunikationstrainerin und seit 2014 in der Abteilung „Gesundheit und Gesellschaft“ an der Gesundheit Österreich GmbH tätig. Zuvor war sie u. a. am Zentrum für interdisziplinäre Forschung an der Univ. Bielefeld und an der Univ.-Klinik Heidelberg tätig.



Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Florian Menz

lehrt und forscht zu angewandter Sprachwissenschaft und Soziolinguistik am Institut für Sprachwissenschaft an der Universität Wien. Er leitet den Forschungsschwerpunkt zu medizinischer und Gesundheitskommunikation.



© rockerclics - Fotolia.com

**Gute Gesprächsqualität in der Krankenversorgung hat vielfachen Nutzen für die Patienten, für die Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen, aber auch für die Gesundheitseinrichtungen insgesamt und für die Effizienz des Gesundheitssystems.**

Dazu gehört vor allem eine patientenzentrierte Grundhaltung in Form von Kongruenz, Empathie und Wertschätzung (vgl. Rogers 1981). Eine solche Grundhaltung ist zur Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung notwendig und hat sich in zahlreichen Studien als sehr einflussreich in Hinblick auf diverse Outcome-Variablen erwiesen (vgl. Del Canale et al. 2012; Kelley et al. 2014; Lelorain et al. 2012; Stahl/Nadj-Kittler 2013; Stewart 1995). Als grundlegende Modelle der Arzt-Patient-Beziehung sind das paternalistische Modell, das Dienstleistungs-/Informationsmodell und das partnerschaftliche Modell zu nennen (Charles et al. 1997; Klemperer 2013). Das partnerschaftliche Modell (Shared Decision Making) wurde in den letzten zwei Jahrzehnten als optimal für erfolgreiche Therapie und aktive Patientenbeteiligung beschrieben, hat sich aber in der klinischen Praxis bisher nur teilweise durchgesetzt.

**4. Aspekt des Gesprächssettings – „gutes Umfeld“**

Welcher zeitliche, räumliche und technische Rahmen unterstützt einen guten Gesprächsverlauf? Zur

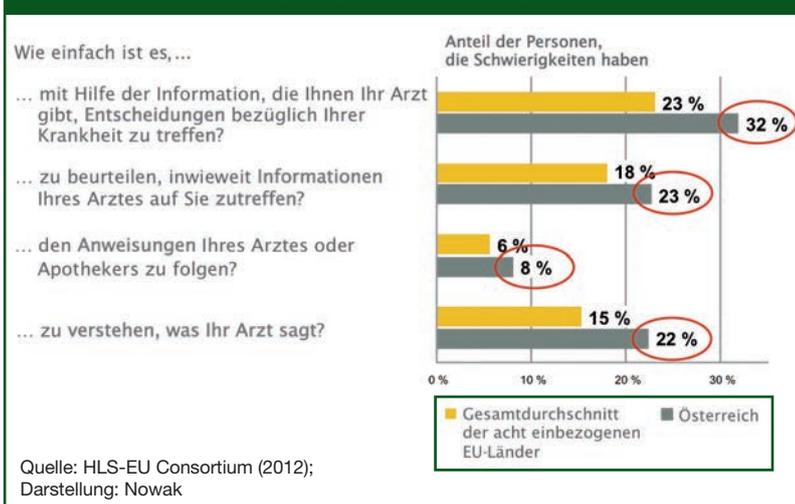
Ebene des Gesprächssettings zählen vor allem die räumliche und zeitliche Gestaltung des Gesprächs, d. h. z. B. bei der Raumgestaltung auf eine angenehme Raumatmosphäre zu achten, die Sitzordnung zwischen Arzt und Patient sowie Computer gesprächsunterstützend zu wählen (Nowak 2011; Schweickhardt/Fritzsche 2007). Was die zeitliche Rahmung betrifft, sollte diese entsprechend dem Gesprächsanlass gewählt werden (z. B. für ein Anamnesegespräch zumindest zehn Minuten). Störungen, z. B. durch Telefonanrufe oder eintretende Mitarbeiter, sind zeitlich ineffizient und sollten weitestgehend unterbunden werden (Menz 2013; Schweickhardt/Fritzsche 2007).

**Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig? – Erwarteter Nutzen einer Verbesserung der Gesprächsqualität (Outcomes)**

Es gibt mittlerweile einige gute Evidenzen hinsichtlich günstiger Auswirkungen gelungener Arzt-Patient-Kommunikation (vgl. McDonald 2016 und Sator et al. 2015a; hier ist zu allen genannten Auswirkungen relevante Evidenz referenziert). Diese Auswirkungen beziehen sich auf:

- den **Gesundheitszustand** der Patienten, z. B. bei Diabetes, Krebserkrankungen, koronaren Herzkrankungen, Depression und grippalen Infekten;
  - das **Gesundheitsverhalten** der Patienten (Therapietreue und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung, gemessen an diagnostischen Tests und Überweisungen);
  - die **Zufriedenheit der Patienten** und die **Weiterempfehlung** des Arztes durch Patient(inn)en. Insgesamt zeigt sich, dass die Interaktion mit und die Beziehung zu Ärzt(inn)en und Pflegepersonal den weitaus größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patienten haben;
  - die **Patientensicherheit** (z. B. durch verzögerte Diagnosestellung), Verordnung ungeeigneter Therapien und die **Häufigkeit von Klagen wegen Behandlungsfehlern**. Über 80 Prozent der Klagen wegen Behandlungsfehlern sind direkt auf Kommunikationsprobleme zurückzuführen.
- Weiters gibt es erste Belege dafür, dass mangelnde kommunikative Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auch
- negative Auswirkungen auf die **Gesundheit** und **Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter** haben (z. B. hohe Burnout-Werte) und
  - **Patienten, Ärzte** sowie das **gesamte Gesundheitssystem ökonomisch belasten** durch
    - Kosten, die durch unnötige psychische Belastung verursacht werden,

**Abbildung 2: Ergebnisse der HLS-EU-Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation**



- Kosten, die durch unnötige oder nicht angewendete Behandlungen (z. B. Medikamente, Überweisungen) verursacht werden und
- andere Kosten, die sich indirekt auf das Gesundheitssystem auswirken (z. B. durch Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter oder durch ineffiziente Abläufe und suboptimale Zusammenarbeit der Mitarbeiter).

### 3 Wie ist der Status quo in Österreich?

#### Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Die Einschätzung von Patienten über ihre Kommunikationserfahrung mit Ärzten wurde für Österreich in mehreren Befragungen patientenseitig erhoben (Gleichweit et al. 2011; HLS-EU Consortium 2012; Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research/Gallup International 2011). Der Europäische Health Literacy Survey (HLS-EU) wurde im Sommer 2011 in acht europäischen Ländern, darunter Österreich, durchgeführt. Vier Fragen der Untersuchung beziehen sich im engeren Sinne auf die Arzt-Patient-Kommunikation. Dabei zeigt sich, dass die Befragten in Österreich wesentlich mehr Schwierigkeiten als im europäischen Schnitt haben, Nutzen aus dem Arztgespräch zu ziehen (vgl. Abbildung 2).

Auch sprachwissenschaftliche Analysen versuchen, die Qualität der Arzt-Patient-Gespräche (Menz/Plansky 2010; Menz/Plansky 2014) einzuschätzen, und die Interviewpartner in der Grundlagenarbeit haben ihrerseits die Gesprächsqualität in Österreichs Krankenversorgung eingeschätzt. Insgesamt wird trotz des hohen Stellenwerts von guten Patientengesprächen eine mangelnde Umsetzung im Versorgungsalltag beobachtet. Mangelhafte oder ungenügende Gesprächsqualität zieht nach Einschätzung der befragten Experten Folgen nach sich: Patienten reichen Beschwerden und Klagen gegen Gesundheitsprofis ein, wenden sich vermehrt alternativen Medizinern zu, Patienten und Ärzte haben mit gesundheitlichen Folgen zu kämpfen und das Gesundheitssystem mit vermehrten Kosten.

#### Welche Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich?

Basierend auf den Hinweisen der befragten Expertinnen und Experten und einer systematischen Literaturanalyse konnte eine Vielfalt an Initiativen gesammelt werden (vgl. Sator et al. 2015b), die mehr oder weniger direkt auf die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation abzielen. Von den 75 inkludierten österreichischen Praxismodellen und

© Photographee.eu - Fotolia.com



Entwicklungsinitiativen sind die meisten in den Sektoren Gesundheitswesen, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Wissenschaft angesiedelt, deutlich weniger in den Sektoren Politik, Medien, Recht und Wirtschaft. Die Maßnahmen, die für Österreich identifiziert wurden, haben – verglichen mit den internationalen Maßnahmen – eine geringe Beweiskraft, d. h., ihre Wirksamkeit wurde entweder nicht wissenschaftlich nachgewiesen oder nicht wissenschaftlich evaluiert.

Insgesamt wird deutlich, dass es zwar eine Reihe von Einzelinitiativen gibt, diese aber meist vom individuellen Engagement und von der Motivation von Einzelpersonen abhängen und oft zeitlich begrenzt sind. Eine systematische Steuerung, die eine flächendeckende Verbesserung der Gesprächsqualität durch verpflichtende Entwicklungsschritte und Evaluation gewährleisten würde, fehlt weitgehend.

### 4 Wie kann die Gesprächsqualität verbessert werden – mögliche Handlungsfelder

Unsere Analysen legen nahe, eine neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität in der Krankenversorgung aufzuzeigen, zu deren Umsetzung wir eine erste Liste von möglichen Handlungsfeldern für Österreich vorschlagen.

#### Neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität

Die traditionellen Bilder einer paternalistischen und krankheitsorientierten Medizin sind zwar vielfach kritisiert und als überholt bezeichnet worden, prägen aber nach wie vor an vielen Stellen des Gesundheitswesens die Vorstellungen von Patienten und Patientinnen, von Ärzten und Ärztinnen, aber auch die Gestaltung von Organisationsabläufen und Entscheidungsprozessen auf gesundheitspolitischer Ebene. Daher sollen hier Neuorientierungen für

**Österreich hat großen Nachholbedarf in der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung; es gibt jedoch schon eine Vielfalt von Einzelinitiativen, die einer systematischen Unterstützung bedürfen.**

Gesprächsprozesse angeregt werden, die auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Selbstbestimmung der Patienten und der Evidenzbasierung des medizinischen Handelns aufbauen (Nowak 2011; Nowak 2013). Dahinter liegt ein neues Verständnis der Patientenrolle, das die zentrale Funktion des Menschen als Koproduzent der eigenen Versorgung und Gesundheit anerkennt, der über weite Strecken die notwendigen Handlungen selbstbestimmt durchführt und nicht Konsument oder Kunde gesundheitlicher Dienstleistungen ist (Maio 2009).

Das **Gespräch** zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen und Patient(inn)en **ist der zentrale „Ort“ im Gesundheitssystem** zur Unterstützung von Gesundung, zur Bildung von Erwartungen und Gesundheitskompetenz der Patient(inn)en sowie zur Produktion von Entscheidungen über Patientenstatus, Diagnostik und Therapien und damit über eingesetzte Ressourcen.

Das erfordert auch ein **neues Rollenverständnis:**

- Gesundheitsprofis als Unterstützer und
- Patientinnen und Patienten als aktive Partner der Versorgung, die zum selbstbestimmten Management ihrer Erkrankung und Versorgung sowie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden sollen.

**Professionelle Gesundheitsversorgung ist im Kern eine kommunikative Aufgabe und eine Aufgabe der Gesundheitsbildung und Anleitung. Gute Gesprächsführung ist lehr- und lernbar und wird durch die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung strukturell ermöglicht und gesteuert.**

**Professionelle Gesundheitsversorgung ist im Kern eine kommunikative Aufgabe. Gespräche mit Patienten sind die Grundlage guter Diagnostik und Therapie, die strukturell unterstützt werden müssen.**

## Mögliche Handlungsfelder für Österreich

Für die breite Umsetzung dieser Neuorientierungen werden im Folgenden Handlungsfelder in verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren skizziert. Gesprächsführung in der Krankenversorgung wird durch eine Vielfalt von Faktoren bedingt: auf der Makroebene gesellschaftlicher Sektoren (Gesundheitswesen, Bildung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Wissenschaft, Politik, Recht, Medien und Wirtschaft), auf der Mesoebene der Organisationen des Gesundheitswesens und auf der Mikroebene individueller Voraussetzungen, Fähigkeiten und Kompetenzen (Nowak 2013). Zur nachhaltigen Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation sind nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten Veränderungen auf allen diesen Ebenen vonnöten.

### Handlungsfelder in Politik und Recht

1. **Gemeinsames Strategiepapier der Finanziers** (Bund, Länder und Sozialversicherung) zur Weiterentwicklung der Gesprächskultur im Gesundheitswesen: Dieses ist bereits von einer Projektgruppe der Gesundheitsreform ausgearbeitet worden und wurde am 1. Juli 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen (BMGF 2016). Dazu mehr im Ausblick.
2. **Anreize** in Richtung einer Unterstützung qualitativvoller Gespräche: Die Neuorientierung des Gesundheitssystems auf gute Gesprächsqualität braucht auch unterstützende Berücksichtigung im Rahmen der Honorierungssysteme (LKF, Honorierungssystem der Sozialversicherung). Im Rahmen neuer Honorierungssysteme sollte nicht nur das quantitative Maß der eingesetzten Gesprächszeit oder die Anzahl der Gespräche als alleinige Richtschnur gewählt, sondern es sollten messbare Qualitätskriterien für spezifische Gesprächsformen entwickelt und als Grundlage der Anreizsysteme erprobt werden.
3. Weiterentwicklung von **Patientenrechten**: Die derzeit geltende Patientencharta in Österreich betont zu Recht die Aufklärung des Patienten. Die vorliegenden wissenschaftlichen Analysen verweisen aber auch auf die Bedeutung anderer Aspekte der Kommunikation. Insbesondere ist das Recht, dass Patienten Anliegen formuliert werden



können und von den Gesundheitsfachkräften einfühlsam angehört werden („Anhörungsrecht“), noch nicht ausreichend verankert.

4. Systematisches **Monitoring** der Gesprächsqualität und darauf aufsetzende Qualitätsentwicklungsprozesse: Dies betrifft das Qualitätsmonitoring der Gesundheitseinrichtungen, in das Indikatoren für gute Gesprächsqualität zentral eingebaut und bewertet werden sollten. Die Effekte auf die Gesamtbevölkerung können über eine regelmäßige Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gemessen werden.

### Handlungsfelder in Gesundheitswesen und Medien

5. **Entwicklung von differenzierten Gesprächstypen**, die einen ökonomischen Umgang mit den Zeitressourcen, insbesondere der Ärzte und Ärztinnen, ermöglichen: Nicht alle Patientenangelegenheiten brauchen ein ausführliches Arztgespräch. Manche Informationen können von Vertretern anderer Gesundheitsberufe erhoben und gegeben werden. Die Entwicklung von klaren Gesprächstypen sowie deren organisatorisches Zusammenspiel können ein ökonomisches und gleichzeitig patientenorientiertes Zeitmanagement erleichtern.
6. Entwicklung von evidenzgestützten **Leitfäden** für zentrale Gesprächssituationen und -typen in allen medizinischen Fächern und für unterschiedliche, insbesondere vulnerable Zielgruppen als Unterstützung für den kommunikativen Alltag. Diese Leitfäden können und sollen auch für **Schulungen** verwendet werden.
7. Initiative zur Entwicklung einer Kommunikationspraxis für die Situationen, in denen bestimmte medizinische Interventionen nicht angemessen sind. Dies betrifft z. B. terminale Behandlungsstadien, den Einsatz von Antibiotika, psychosomatische Beschwerden. Die Vermeidung unnötiger Diagnose- oder Therapiemaßnahmen ist aufgrund von Patientenerwartungen und professionellem Heilungswunsch häufig eine große kommunikative Herausforderung (z. B. in der Palliativversorgung), sie kann den Betroffenen aber unnötige Risiken und Belastungen ersparen und zudem die Kosten wesentlich dämpfen. Hier kann auf den internationalen Initiativen „**Choosing wisely**“ aufgebaut werden.
8. Entwicklung von **Personalbedarfsplänen**, die Kommunikationszeiten adäquat berücksichtigen: Personalbedarfsplanung und Job-Descriptions stellen wesentliche Rahmenbedingungen für das kommunikative Handeln unterschiedlicher Berufsgruppen in größeren Gesundheitseinrichtungen dar und sollten daher in Hinblick auf den tatsächlichen Zeitbedarf für Gespräche ausgerichtet

© Marcin Sadłowski - Fotolia.com



werden. Hier sollte insbesondere der Aufwand für administrative Tätigkeiten überprüft und so weit wie möglich reduziert bzw. automatisiert werden.

9. Abgestimmte und qualitätsgesicherte Gestaltung von **Patienteninformation** und Entscheidungshilfen unter Beteiligung der Betroffenen sowie Nutzung des Potenzials digital unterstützter Aufklärung durch den unterstützenden Einsatz **neuer Informations- und Kommunikationstechnologien**.
10. Aufbau von **Patientenschulungen** zur Förderung des Verständnisses der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit, insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen.

### Handlungsfelder in Aus-, Weiter- und Fortbildung, Wissenschaft und Wirtschaft

11. International anschlussfähiges, von beruflichen Interessengruppen und Fachgesellschaften diskutiertes und herausgegebenes **Konsensus-Statement (Positionspapier) zur Aus-, Weiter- und Fortbildung** der Gesundheitsberufe für Österreich und **Umsetzung in Aus- und Weiterbildungsordnungen, Kompetenzlevelkatalogen, Curricula, Prüfungsordnungen etc.**
12. Von den Experten wurde vielfach auf einen deutlichen Bruch zwischen qualitativ guter Ausbildung und dem in kommunikativer Hinsicht unbefriedigenden Versorgungsalltag hingewiesen. Es kann eine Reihe von Handlungsoptionen zur Überwindung dieser **Theorie-Praxis-Kluft** vorgeschlagen werden:
  - breiterer Einbau von kommunikativen Kompetenzen in die Ziele und die Überprüfung der praktischen Ausbildung,
  - begleitende Kommunikationsausbildungen während der praktischen Ausbildung und

**Ein Bündel von Handlungsfeldern in Politik, Recht, Organisation von Gesundheitseinrichtungen, Massenmedien, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Wissenschaft und Wirtschaft können exzellente Gesprächsqualität ermöglichen.**



© Robert Kneschke - Fotolia.com

**Mit dem Beschluss der Strategie „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ ist der erste entscheidende Schritt zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur im österreichischen Gesundheitswesen gelungen.**

- verpflichtende Fortbildung zur Gesprächsqualität für leitende Ärzte und Ärztinnen in ausbildenden Krankenhäusern und Ordinationen.
13. **Qualitätsstandards für Fortbildungsanbieter:** Eine Vielzahl von kleinen und größeren Anbietern offeriert sehr unterschiedliche Inhalte und Trainingsmethoden zur ärztlichen Gesprächsführung. Zur Qualitätssicherung dieser Angebote bedarf es evidenzgestützter Qualitätsstandards für Fortbildungsangebote mit entsprechenden Zertifizierungsprogrammen.
  14. **Finanzierungsmodelle für Fortbildungsprogramme,** welche die kommunikative Ausbildung für alle Ärzte günstig ermöglichen. Ein Großteil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird von der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie unterstützt, die wesentlich stärker auf Produkte und medizinische Dienstleistungen fokussiert ist als auf die Entwicklung von patientenorientierten Gesprächskompetenzen. Daher ist hier einerseits die Unterstützung der öffentlichen Hand bzw. der Landesvertretung gefordert, andererseits aber auch eine Reorientierung der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie auf die Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität.

## 5 Ausblick

Die Rahmen-Gesundheitsziele 3 und 10 geben strategische Ziele vor, um den für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als zentral erkannten Aspekt der Qualität der Gespräche in der Krankenversorgung zu forcieren. Die neue Grundorientierung an patientenzentrierter Gesprächsqualität kommt in vielen Bereichen einem Paradigmenwechsel nahe. Daher muss eine nachhaltige Neufokussierung auf mehreren Ebenen ansetzen, die von der Politik über die Gesundheitseinrichtungen selbst bis hin zu Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen rei-

chen. Ein erster entscheidender Schritt ist die klare politische Priorisierung durch die Finanziers des Gesundheitssystems, die eine eigene Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität (BMGF 2016) als zentrales Element der Gesundheitsreform formuliert und beschlossen hat. Die Strategie wurde im Rahmen der 2. Jahreskonferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK; <http://oepgk.at/>) der breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

Dieses Strategiedokument soll nun einen breiten Diskussionsprozess der wesentlichen Interessenspartner zur Umsetzung der 15 darin vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen eröffnen, der zu einer breiten und systematischen Umsetzung einer neuen patientenzentrierten Gesprächskultur in den nächsten Jahren in Österreich führen soll. Diese strategische Ausrichtung steht durchaus in einem Spannungsverhältnis zu anderen aktuellen Trends in der Krankenversorgung wie Kostendruck, zunehmende Spezialisierung, zunehmende Technisierung, Arbeitsverdichtung u. v. a. m., die eine ganzheitliche Gesprächsführung im Versorgungsalltag immer schwieriger machen. Eine solche nationale Anstrengung zur Realisierung von patientenzentrierter und gesundheitsorientierter Krankenversorgung scheint international bisher einmalig: Sie zielt nicht nur auf die Weiterentwicklung individueller Kompetenzen im Rahmen von Aus-/Weiter-/Fortbildung ab, sondern auch auf förderliche Rahmenbedingungen für gute Gesprächsqualität in den Gesundheits- und Krankenversorgungsorganisationen durch Organisationsentwicklung, auf eine veränderte Grundkultur durch Strategie- und Kulturentwicklung und auf evidenzbasierte Qualitätsentwicklung. Dieser umfassende Ansatz könnte auch über die Grenzen Österreichs hinaus Vorbildwirkung entfalten.

Auf Basis dieses klaren politischen Statements sollten zwei Handlungsstränge entwickelt werden. Einerseits bedarf es der weiteren öffentlichen Präsentation der Strategie, um den angesprochenen breiten Diskussionsprozess der wesentlichen Interessenspartner zu eröffnen, breite Aufmerksamkeit bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitssystem zu wecken und Orientierung zu geben. Diese Gespräche mit den vielen Akteuren im Gesundheitssystem sollen vor allem klären, was deren jeweilige Beiträge und Bedingungen der Umsetzung sein können. Hier ist geplant, dass die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) ein Austauschforum einrichtet, das als Drehscheibe für die vielen Initiativen in Österreich dienen soll. Andererseits bedarf es der konkreten Pilotierung in Gesundheitseinrichtungen, die Vorerfahrungen und Motivation mitbringen. Von diesen Leuchtturmprojekten ausgehend, kann schrittweise die bundesweite Umsetzung realisiert werden. Es ist davon aus-

zugehen, dass die Realisierung einer verbesserten Gesprächskultur im österreichischen Gesundheitssystem eines mehrjährigen, multistategischen Prozesses bedarf, der durch Initiativen und Koordination nachhaltig abzusichern ist.

Das Wissen um die Notwendigkeit dieser Reorientierung ist in vielen wissenschaftlichen Studien zusammengetragen worden, Umsetzungswege sind aufgezeichnet worden (McDonald 2016), die entscheidende Frage wird allerdings sein, ob Entscheidungsträger in allen Teilen und auf allen Ebenen des Gesundheitssystems den Nutzen einer solchen Initiative erkennen und den Mut haben werden, zum Teil jahrzehntelang etablierte Denkweisen durch neue Prioritäten zu ersetzen.

© Kurhan - Fotolia.com



## LITERATUR

- B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit.
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- BMG (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (Download: [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Verbesserung\\_der\\_Gespraechsqualitaet\\_in\\_der\\_Krankenversorgung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Verbesserung_der_Gespraechsqualitaet_in_der_Krankenversorgung)).
- Charles, C., Gafni, A., et al. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44/5: 681–692.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., et al. (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 87/9: 1243–1249.
- Gleichweit, S., Kern, R., et al. (2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Österreichweit einheitliche, sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung. Tätigkeiten 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Hart, J. T. (1998): Expectations of health care: Promoted, managed or shared? *Health Expectations* 1/1: 3–13.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.
- Kelley, J.M., Kraft-Todd, G., et al. (2014): The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One* 9/4: e94207.
- Klemperer, D. (2013): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern.
- Lelorain, S., Brédart, A., et al. (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 2012, 21 (12): 1255–1264.
- Maio, G. (2009): Die moderne Medizin als Dienstleistungsunternehmen? Eine ethische Kritik der Marktorientierung in der Medizin. *Therapeutische Umschau* 8: 617–622.
- McDonald, A. (2016): A long and winding road: Improving communication with patients in the NHS. Marie Curie, London.
- Menz, F. (2013): Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: Migration und medizinische Kommunikation. Hrsg. v. Menz, F. Vienna University Press, Wien: 311–352.
- Menz, F., Plansky, L. (2010): Kommunikationsmuster und Gesprächstechniken zur Compliance-Förderung von PatientInnen. Universität Wien, Wien. Unveröffentlicht.
- Menz, F., Plansky, L. (2014): Time pressure and digressive speech patterns in doctor-patient consultations: Who is to blame? In: Interaction types across helping professions – Differences, similarities and interferences of communicative tasks. Hrsg. v. Graf, E. M., Sator, M., Spranz-Fogasy, T. John Benjamins, Amsterdam: 255–285.
- Menz, F., Sator, M. (2011): Kommunikationstypologien des Handlungsbereiches Medizin. Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen. Linguistische Typologien der Kommunikation. Hrsg. v. Habscheid, Stephan. De Gruyter Lexikon, Berlin/Boston: 414–436.
- Nowak, P. (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Balint Journal* 12/01: 8–14.
- Nowak, P. (2013): Skizze zur umfassenden Qualitätsentwicklung einer gesundheitsorientierten Arzt-Patient-Interaktion. *Der Mensch* 46/1/2013: 5–12.
- Nowak, P. (2015): Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch – sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? In: Handbuch Sprache in der Medizin. Hrsg. v. Busch, A., Spranz-Fogasy, T. De Gruyter, Berlin/Boston: 348–368.
- Rogers, C. R. (1981): *Der neue Mensch*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Sator, M., Nowak, P., Menz, F. (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*.
- Sator, M., Nowak, P., Menz, F. (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*.
- Sator, M., Nowak, P., Menz, F. (2015c): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*.
- Schweickhardt, A., Fritzsche, K. (2007): *Kursbuch Ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele für Klinik und Praxis*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Stahl, K., Nadj-Kittler, M. (2013): *Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit*. Picker Institut Deutschland GmbH, Hamburg.
- Stewart, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 152 (9): 1423–1433.
- Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research, Gallup International (2011): *Doctor-Patient Global Communication Performance. Insights from the Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research*.