

Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und
den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Autorin/Autoren:

Marlene Sator
Peter Nowak
Florian Menz

Unter Mitarbeit von Regina Geisler

Interviewpartner/innen und Beratung:

Regina Aistleithner	Ulrike Klein
Gerald Bachinger	Evelyn Kunschitz
Christina Dietscher	Caroline Kunz
Hans-Peter Edlhaimb	Eva Pilz
Josef W. Egger	Sigrid Pilz
Gerhard Embacher	Ingrid Preusche
Brigitte Ettl	Susanne Rabady
Reinhard Faber	Ingrid Rottenhofer
Heike Füreder	Jürgen Soffried
Robert Griebler	Martin Sprenger
Margot Ham-Rubisch	Michaela Wagner-Menghin
Eva-Maria Kernstock	Peter Weiss

Fachliche Begleitung durch das BMG: Judith delle Grazie

Fachliche Begleitung durch den HVSVT: Stefan Spitzbart

Projektassistenz: Jennifer Delcour
Bettina Engel

Wien, im Juni 2015

Zl. P4/1/4714; Zl. P1/1/4747

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Kurzfassung	IV
1 Einleitung	1
2 Was ist gute Gesprächsqualität? – Dimensionen guter Gesprächsqualität	4
2.1 Zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität	4
2.2 Wie misst man Gesprächsqualität?	4
3 Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig? – Erwarteter Nutzen einer Verbesserung der Gesprächsqualität (Outcomes)	5
4 Wie ist der Status quo in Österreich?	7
4.1 Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?	7
4.2 Was sind Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität, welche Bedingungsfaktoren müssten sich in Österreich ändern? – Entwicklungsbedarf	8
4.3 Welche Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich? ..	11
4.4 Welche Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen gibt es international?	12
5 Schlussfolgerungen – mögliche Handlungsfelder	13
Literatur	19

Kurzfassung

Hintergrund und Methode

Die „Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe“ stellt eine Maßnahme zum priorisierten Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ dar. Im Rahmen dieser Maßnahme wurden durch die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger Grundlagen, Analysen und erste Umsetzungsempfehlungen für eine umfassende Weiterentwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung erstellt und einschlägige internationale und österreichische Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen aufbereitet. Dafür wurden – fokussiert auf die Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten – eine Literaturanalyse und Interviews mit Expertinnen und Experten aus allen gesellschaftlichen Sektoren durchgeführt.

Grundlagen

Was ist gute Gesprächsqualität? – Dimensionen guter Gesprächsqualität

Gute Gesprächsqualität lässt sich auf vier Ebenen beschreiben:

1. medizinisch-inhaltliche Ebene („gute Medizin“)
2. psychosoziale Ebene („gute Beziehung“)
3. sprachlich-interaktive Ebene („gute Gesprächsführung“)
4. Ebene des Gesprächssettings („gutes Umfeld“)

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

Gute Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten ist hochrelevant: Sie

- » verbessert die Gesundheit der Patientinnen und Patienten,
- » verbessert ihr Gesundheitsverhalten (beispielsweise erhöhte Kooperationsbereitschaft, geringere Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung),
- » erhöht die Patientenzufriedenheit,
- » erhöht die Patientensicherheit und reduziert die Anzahl von Klagen wegen Behandlungsfehlern,
- » verbessert die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen (z. B. emotionale Belastung und Burnout bei Ärzten) und
- » reduziert gesundheitsökonomische Belastungen.

Darüber hinaus trägt gelungene *inter*professionelle Kommunikation zu Motivation der Mitarbeiter/innen, Patientenbeteiligung, Verringerung des Medikamentenkonsums, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit positiv bei.

Ergebnisse: Status quo in Österreich

Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Europaweite Befragungen von Patientinnen/ Patienten zu ihrer Einschätzung der Arzt–Patient–Kommunikation zeigen uns, dass deren Qualität in Österreich hinter dem EU–Durchschnitt herhinkt. Interviews mit Expertinnen und Experten bestätigen diesen Befund: Auch wenn kommunikative Kompetenzen inzwischen Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden haben, scheinen sie im Klinikalltag noch kaum angekommen zu sein. Besonders vulnerable Gruppen sind hiervon negativ betroffen.

Was sind Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität, und welche Bedingungsfaktoren müssten sich in Österreich ändern? – Entwicklungsbedarf

Die Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zeigen: Die Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität sind vielfältig und komplex. Für eine Verbesserung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung reicht es nicht aus, kommunikative Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung zu implementieren. Zur nachhaltigen Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation sind Veränderungen in allen gesellschaftlichen Sektoren (Gesundheitswesen, Bildung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Wissenschaft, Politik, Recht, Medien und Wirtschaft) notwendig.

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

Insgesamt wurden 85 internationale und 75 österreichische Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung gesammelt. Auf diese kann für die Ausarbeitung von Lösungsoptionen und eines Implementierungsplans im Rahmen des weiteren Arbeitsprozesses zurückgegriffen werden.

Erwartungsgemäß finden sich die meisten Maßnahmen im Sektor Gesundheitsbereich, gefolgt von Wissenschaft sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung, während Maßnahmen in den Sektoren Politik, Medien, Recht und Wirtschaft weniger häufig vertreten sind. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme, dass in Hinblick auf eine Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung bislang kaum bei den Rahmenbedingungen, die die Gesprächsqualität beeinflussen, angesetzt wurde.

Aus dem internationalen Raum stammen die meisten Maßnahmen aus den USA, gefolgt von Maßnahmen aus Deutschland und länderübergreifenden Maßnahmen.

Zu drei der unten empfohlenen Handlungsfelder (Patienteninformation, Unterstützung in der Arzt–Patient–Kommunikation, und Konsensus–Statements zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und/oder deren Umsetzung) wurden eine Reihe von Maßnahmen identifiziert, deren Beweiskraft mehrheitlich als Expertenwissen eingestuft werden kann. Zu einem Handlungsfeld (Leitfäden) wurden auch eine Reihe von Maßnahmen identifiziert, deren Beweiskraft als wissenschaftlich klassifiziert werden kann. Zu den restlichen Handlungsfeldern wurden keine oder nur wenige

Maßnahmen eingeschlossen. Die Maßnahmen, die für Österreich identifiziert wurden, haben verglichen mit den internationalen Maßnahmen eine geringe Beweiskraft. Wenngleich es in Österreich inzwischen viele Einzelinitiativen zur Verbesserung der Kommunikation gibt, so sind diese meist von individuellem Engagement und Motivation von Einzelpersonen abhängig. Eine systematische Steuerung, die eine flächendeckende Verbesserung der Kommunikation durch verpflichtende Entwicklungsschritte gewährleisten würde, fehlt bislang weitgehend.

Schlussfolgerungen – mögliche Handlungsfelder

Zu den Handlungsfeldern, für die die Ausarbeitung konkreter Lösungsoptionen auf Basis der durchgeführten Analysen empfohlen wird, zählen:

- » ein gemeinsames Strategiepapier der Finanziers (Bund, Länder, SV),
- » ein Konsensus-Statement (Positionspapier) der beruflichen Interessengruppen und Fachgesellschaften zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsprofis und dessen Umsetzung,
- » Initiativen zur Überwindung der bestehenden Theorie-Praxis-Kluft zwischen Ausbildung und klinischer Praxis,
- » Setzen von Anreizen in Richtung einer Unterstützung qualitätsvoller Gespräche,
- » Finanzierungsmodelle und Qualitätsstandards für Fortbildungen,
- » die Entwicklung von differenzierten Gesprächstypen, die einen ökonomischen Umgang mit den Zeitressourcen der Ärztinnen und Ärzte ermöglichen (inkl. Leitfäden),
- » die Entwicklung von Personalbedarfsplänen, die Kommunikationszeiten adäquat berücksichtigen,
- » die Weiterentwicklung von Patientenrechten,
- » evidenzbasierte Gestaltung von Patienteninformation u. a. durch den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien,
- » der Aufbau von Patientenschulungen u. a. zur Unterstützung in der Arzt-Patient-Kommunikation und
- » ein systematisches österreichweites Monitoring der Gesprächsqualität und darauf aufsetzende Qualitätsentwicklungsprozesse.

1 Einleitung

Hintergrund

Zehn Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) dienen in Österreich als Steuerungsinstrument für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik mit dem Ziel, die gesunden Lebensjahre der in Österreich lebenden Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren um zwei Jahre zu erhöhen. Das Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ wurde als ein Ziel mit höchster Priorität verankert (BMG 2012, <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>).

Die zuständige Arbeitsgruppe zum R-GZ 3 stellte im Jahr 2013 fest, dass das Arzt-Patient-Gespräch ein zentraler „Ort“ ist, an dem Gesundheitskompetenz gebildet und benötigt wird. Die Betroffenen (Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen) müssen ihre gesundheitlichen Beschwerden verständlich machen können, die Therapieoptionen verstehen, die getroffenen Behandlungsentscheidungen mittragen und ihren eigenen Beitrag zur gewählten Behandlung verstehen, um erfolgreich ihr gesundheitliches Problem bewältigen zu können. Mit Maßnahme 1.3.8 des R-GZ 3 (unter Wirkungsziel 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“) wurde daher die „Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe“ als Maßnahme vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingemeldet (BMG 2014).

Auftrag

Im Rahmen dieser Maßnahme wurde die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG vom BMG beauftragt, Grundlagen, Analysen und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung in Österreich zu erstellen. In Ergänzung dazu wurde die GÖG vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger damit beauftragt, einschlägige internationale Praxismodelle und aktuelle Entwicklungsinitiativen in Österreich zu identifizieren und in Hinblick auf den österreichischen Entwicklungsbedarf aufzubereiten.

Der hier vorliegende Kurzbericht fasst die wesentlichsten Ergebnisse der zwei umfassenden wissenschaftlichen Ergebnisberichte (Sator et al. 2015a; Sator et al. 2015b) zusammen, auf die für eine detaillierte Darstellung zu allen Kapiteln verwiesen sei.

Schwerpunktsetzungen

Innerhalb des thematischen Rahmens *Gesprächsqualität in der Krankenversorgung* haben wir für die Grundlagenarbeiten Priorisierungen und Fokussierungen in zweierlei Hinsichten getroffen: Zum einen geht es primär um persönliche Gespräche zwischen Gesundheitsprofis und Patientinnen/Patienten und nicht schwerpunktmäßig um medial vermittelte Kommunikation (z. B. schriftliche Patienteninformationen wie Patientenbriefe, Befunde, Aufklärungsblätter etc.). Zum anderen wird zunächst ein exemplarischer Fokus auf das Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gelegt. Dennoch soll nicht aus dem Blick geraten, dass eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikation in der Krankenversorgung erstens auch medial vermittelte Kommunikationspro-

zesse berücksichtigen muss, die hier lediglich am Rande gestreift werden können. Zweitens bedarf eine umfassende Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung auch der Optimierung von Gesprächen zwischen Patientinnen/Patienten und anderen Gesundheitsprofis, wie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, medizinisch-technischen Diensten, Ordinationsassistentinnen und -assistenten etc. Solche Gespräche mussten aus den Grundlagenarbeiten zunächst ausgeklammert bleiben. Auch interprofessionelle Kommunikation bildet einen wichtigen Schwerpunkt, der im Rahmen der Grundlagenarbeiten vorerst nur in Form eines Exkurses berücksichtigt wird.

Methode

Kapitel 2 und 3 sowie Abschnitt 4.4 stützen sich auf systematische Literaturanalysen, Abschnitt 4.1 und 4.3 beruhen auf einer Literaturanalyse und Leitfadeninterviews mit 16 ausgewählten Expertinnen und Experten aus allen relevanten gesellschaftlichen Sektoren, Abschnitt 4.2 beruht ebenfalls auf den Experteninterviews.

Anschlüsse an die Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung–Gesundheit

Die vorliegende Grundlagenarbeit knüpft an unterschiedliche Agenden der Gesundheitsreform 2013 (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013) an und soll auch einen Beitrag zu deren Weiterentwicklung leisten; betroffen sind insbesondere folgende strategische und operative Ziele:

- » 6.1. Strategisches Ziel: Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen.
6.1.2. Operatives Ziel: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) bis Mitte 2014 konzipieren und in der Folge Primärversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umsetzen).
- » 6.3. Strategisches Ziel: Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren.
6.3.1. Operatives Ziel: Auf Basis der definierten Versorgungsaufträge die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen weiterentwickeln und in der Folge die Angebote der Aus- und laufenden Fortbildung daran orientieren.
- » 7.2. Strategisches Ziel: Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen.
7.2.3. Operatives Ziel: e-Health Projekte (insb. e-Medikation, ELGA-Anwendungen, Telegesundheitsdienste und weitere e-Health-Anwendungen), die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit beitragen, flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich umsetzen
- » 8.3. Strategisches Ziel: Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen.
8.3.2. Operatives Ziel: Die zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 (R-GZ 3) "Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken" erarbeiteten operativen Teilziele umsetzen.

Grund für diese breiten Anschlüsse an die Zielsteuerung–Gesundheit ist, dass Versorgungsprozesse zu einem beträchtlichen Teil über Kommunikationsprozesse (und im Besonderen durch Gespräche)

realisiert werden bzw. Versorgung durch Kommunikationsprozesse zentral beeinflusst wird. Kommunikation stellt sich damit als Querschnittsmaterie der Gesundheitsreform dar, von der auch die erfolgreiche Umsetzung von Versorgungsaufträgen, Primärversorgung, Kompetenzprofilen und e-Health-Projekten – insbesondere des telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices (TEWEB) – abhängen wird.

2 Was ist gute Gesprächsqualität? – Dimensionen guter Gesprächsqualität

2.1 Zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität

Gute Gesprächsqualität umfasst vier zentrale Ebenen (Menz/Sator 2011; Nowak in Druck), die alle für zukünftige Entwicklungsinitiativen als Zieldimensionen dienen sollten:

1. Medizinisch-inhaltliche Ebene – „gute Medizin“:
Werden die klinisch relevanten Inhalte besprochen?
2. Psychosoziale Ebene – „gute Beziehung“:
Mit welchen Haltungen und Einstellungen wird Beziehung gestaltet?
3. Sprachlich-interaktive Ebene – „gute Gesprächsführung“:
Welche verbalen und non-verbalen Verfahren unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?
4. Ebene des Gesprächssettings – „gutes Umfeld“:
In welchem zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmen wird das Gespräch geführt?

2.2 Wie misst man Gesprächsqualität?

Für eine möglichst umfassende Einschätzung der Gesprächsqualität eignet sich eine multiperspektivische (triangulierte) Erfassung, d. h.

- » auf verschiedenen Beobachtungsdimensionen (Prozess- und Ergebnisqualität),
- » aus verschiedenen Beobachtungsperspektiven (Gesprächsbeteiligte wie v. a. Ärztin/Arzt, Patient/in und Gesprächsbeobachter/innen wie z. B. Forscher/innen und Prüfer/innen),
- » mittels verschiedener Erhebungsmethoden (z. B. Befragungen, teilnehmender Beobachtung, Videoaufzeichnung), qualitativer und quantitativer Auswertungsmethoden und mittels verschiedener Bewertungsmethoden (Checklisten und Ratinginstrumente für die klinisch-praktische Prüfung kommunikativer Fertigkeiten in der medizinischen Ausbildung, Methoden für *workplace-based assessment* für die laufende Evaluierung klinischer und kommunikativer Kompetenzen klinisch tätiger Ärztinnen/Ärzte) und
- » hinsichtlich verschiedener beobachteter Outcomes (beobachtbar durch „objektive“ Parameter wie verbales und nonverbales Verhalten oder physiologische Parameter; „subjektive“ Parameter wie Erleben, Haltungen, Einstellungen und Zufriedenheit).

Die Vielfalt an unterschiedlichen Zugängen, Gesprächsqualität zu messen, spiegelt letztlich auch die Komplexität des Gegenstands wider. Dennoch wird für die systematische Erfassung und das Monitoring der Gesprächsqualität ein angemessen gewählter methodischer Zugang zu entwickeln sein.

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

Auch wenn generell nach wie vor Mangel an hochwertigen wissenschaftlichen Studien besteht, die die Folgen guter Gesprächsqualität in der Arzt–Patient–Kommunikation belegen, gibt es mittlerweile gute Evidenz hinsichtlich günstiger Auswirkungen gelungener Arzt–Patient–Kommunikation (vgl. auch Sator 2013). Diese Auswirkungen beziehen sich auf:

- » den **Gesundheitszustand** der Patientinnen/Patienten, z. B. bei Diabetes (Del Canale et al. 2012), Krebserkrankungen (Brown et al. 2001), koronaren Herzerkrankungen (Benner et al. 2008), Depression (Loh et al. 2007) und grippalen Infekten (Rakel et al. 2011),
- » das **Gesundheitsverhalten** der Patientinnen und Patienten (Therapietreue (Loh et al. 2007; Thompson/McCabe 2012) und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung gemessen an diagnostischen Tests und Überweisungen (Stewart et al. 2000)),
- » die **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** (Lelorain et al. 2012; Street et al. 2012; Zandbelt et al. 2007) und die **Weiterempfehlung** der Ärztin / des Arztes durch Patientinnen und Patienten (Vedsted/Heje 2008). Insgesamt zeigt sich, dass die Interaktion mit und die Beziehung zu Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal den weitaus größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten haben (Stahl/Nadj–Kittler 2013).
- » die **Patientensicherheit** (z. B. durch verzögerte Diagnosestellung, Gandhi 2005), Verordnung ungeeigneter Therapien (Chen et al. 2008) und die **Häufigkeit von Klagen wegen Behandlungsfehlern** (Beckman et al. 1994). 81,9 Prozent der Klagen wegen Behandlungsfehlern sind direkt auf Kommunikationsprobleme oder andere Probleme der Betreuungsqualität zurückzuführen (Tamblyn et al. 2007).

Weiters gibt es erste Belege dafür, dass mangelnde kommunikative Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auch negative Auswirkungen haben auf

- » **Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen** (hohe Burnout–Werte (Graham et al. 2002; Ramirez et al. 1996; Travado et al. 2005)) und
- » **ökonomische Belastungen für Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte und das gesamte Gesundheitssystem** durch Kosten, die durch unnötige psychische Belastung verursacht werden, Kosten, die durch unnötige Behandlungen (z. B. Medikamente, Überweisungen) verursacht werden und andere Kosten, die sich indirekt auf das Gesamtgesundheitssystem auswirken (z. B. durch Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen oder durch ineffiziente Abläufe und suboptimale Zusammenarbeit der Mitarbeiter/innen) (Felder–Puig et al. 2006; Thorne et al. 2005).

Auch die Relevanz *inter*professioneller Kommunikation wird inzwischen als hoch eingeschätzt: Gelungene interprofessionelle Kommunikation trägt zu Motivation der Mitarbeiter/innen (Hoefert 2008), Patientenbeteiligung (Körner 2010), Reduktion des Medikamentenkonsums

(Schmidt/Svarstad 2002), Patientensicherheit (Alvarez/Coiera 2006; Gandhi 2005; Gawande et al. 2003; Jewell et al. 2009; Kohn 2000; Robinson et al. 2010; Sutcliffe et al. 2004) und Patientenzufriedenheit (Cleary et al. 1991; Coulter/Cleary 2001) positiv bei.

4 Wie ist der Status quo in Österreich?

4.1 Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Die Einschätzung von Patientinnen und Patienten über ihre Kommunikationserfahrung mit Ärztinnen und Ärzten wurde für Österreich in mehreren Befragungen patientenseitig erhoben (Gleichweit et al. 2011; HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013; Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research 2010; Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research/Gallup International 2011). Auch sprachwissenschaftliche Analysen versuchen, die Qualität der Arzt–Patient–Gespräche (Menz/Plansky 2010; Menz/Plansky 2014; Menz/Plansky in press) einzuschätzen, und die Interviewpartner/innen dieser Grundlagenarbeit haben ihrerseits die Gesprächsqualität in Österreichs Krankenversorgung eingeschätzt. Insgesamt wird von mangelnder Qualität der Arzt–Patient–Kommunikation ausgegangen, diese wird als „Baustelle“ im österreichischen Gesundheitssystem bezeichnet. Dabei ist auch in Österreich die Gesamtzufriedenheit von Patienten und Patientinnen in hohem Maße von der Zufriedenheit mit der Kommunikation abhängig (Tropper 2010).

Die befragten Expertinnen und Experten kommen zu folgendem Befund: Trotz des hohen Stellenwerts, der einer guten Arzt–Patient–Kommunikation theoretisch zugesprochen wird, fehlt es an Umsetzung in der Praxis, die sich wiederum sehr heterogen darstellt: Der niedergelassene Bereich wird hinsichtlich Gesprächsqualität von den befragten Expertinnen und Experten besser bewertet als der stationäre, die privat- und wahlärztliche Gesprächsqualität besser als die kassenärztliche. Die Qualität der Gespräche zwischen Pflege und Patientinnen/Patienten wird besser eingeschätzt als jene der Arzt–Patient–Kommunikation. Vulnerable Gruppen wie Migrantinnen und Migranten, Menschen mit niedriger Schulbildung, chronisch Kranke und alte sowie multimorbide Menschen sind von ungenügender Gesprächsqualität besonders betroffen.

Mangelhafte oder ungenügende Gesprächsqualität zieht nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten Folgen nach sich: Patientinnen und Patienten reichen Beschwerden und Klagen gegen Gesundheitsprofis ein, wenden sich vermehrt alternativen Medizinern und Esoterik zu, Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte haben mit gesundheitlichen Folgen zu kämpfen und das Gesundheitssystem mit gesundheitsökonomischen Kosten.

4.2 Was sind Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität, welche Bedingungsfaktoren müssten sich in Österreich ändern? – Entwicklungsbedarf

Das Arzt–Patient–Gespräch ist in ein komplexes gesellschaftliches Umfeld eingebettet. Seine Qualität 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 (Hurrelmann/Razum 2012; Nowak 2013).

Zur nachhaltigen Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation sind nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten Veränderungen auf allen diesen Ebenen vonnöten:

Gesundheitswesen und Organisationen des Gesundheitswesens

Hier bedarf es Veränderungen in Bezug auf Rollenverständnis und Beziehungsmodelle:

- » Patientinnen und Patienten müssten als informierte Akteure gestärkt werden.
- » Die multiprofessionelle Versorgung und Zusammenarbeit der Gesundheitsprofis müsste verbessert werden: Dazu braucht es eine gut strukturierte interprofessionelle Kommunikation, kommunikationsfeindliche Hierarchien müssten aufgebrochen werden, Überlagerungen der Systeme hinsichtlich der Aufgaben sollten weitestgehend reduziert und eine kontinuierliche Betreuung („Continuity“) der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.
- » Das medizinisch–ärztliche Selbstverständnis müsste sich einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen verschreiben. Das Arzt–Patient–Gespräch dürfte nicht mehr als weglassbares „nice to have“, sondern müsste als Werkzeug, Intervention und auch als Führungsaufgabe und –verantwortung verstanden werden – und damit zu einer zentralen diagnostischen und therapeutischen Leistung werden.
- » Das Arzt–Patient–Gespräch sollte von Aufgaben wie z. B. aufwändiger Dokumentation und zeitintensiven Nachfragen entlastet werden, indem Dokumentationsaufgaben teilweise ausgelagert werden und Ärztinnen/Ärzte erleichterten Zugang zu Informationen über die bisherige Versorgung von Patientinnen/Patienten haben. Darüber hinaus könnten unnötige Arzt–Patient–Gespräche eingespart werden, indem von vornherein sichergestellt wird, dass Patientinnen und Patienten an den „best point of service“ gelangen.
- » Verhaltensänderungen von Patientinnen/Patienten im Kontext (neuer) Medien und Informationstechnologien müssten verstärkt berücksichtigt werden, diese müssten für Aufklärung und Information klug genutzt werden.
- » Gesundheitsorganisationen müssten durch Feedbacksysteme zu lernenden Systemen auch in Hinblick auf kommunikative Prozesse werden.

- » Auch in Hinblick auf Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum, personelle und finanzielle Ressourcen bedarf es Anpassungen und Veränderungen.
- » Von Seiten der Patienten(vertreter/innen) bedarf es vermehrter Patienteninitiativen wie z. B. Patientenschulungen, die Gesundheitskompetenz auch in Bezug auf das Arzt–Patient–Gespräch bilden und das Verständnis für die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit fördern.

Bildungssektor

- » Dieser müsste dahingehend verändert werden, Lese- und Schreibkundigkeit zu verbessern, und durch verbesserte Gesundheitserziehung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

- » In der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten müssten kommunikative Kompetenzen als genuiner Bestandteil des Arztberufs einen zentralen Stellenwert erhalten.
- » Dies müsste sich bereits in der Studierenden–Selektion (z. B. im Studien–Aufnahmeverfahren) bemerkbar machen, die auch soziale Kompetenzen stärker als bisher berücksichtigen müsste, insbesondere für die Ausbildung zu Fächern, die besonders hohe Anforderungen an kommunikative Kompetenzen stellen.
- » Es bedarf integrierter, interdisziplinärer, interprofessioneller, longitudinaler, multi-methodologischer Kommunikationscurricula, die auch Prüfungen integrieren, mit einem qualitativ hochwertigen und verpflichtenden Kommunikationsunterricht.
- » Es müssten verpflichtende Teach–the–Teacher–Seminare für die Lehrenden im Kommunikationsunterricht eingeführt werden, um die Qualität des Unterrichts zu heben.
- » Dazu braucht es verstärkt finanzielle Ressourcen und eine entsprechende gesetzliche Verankerung.
- » Die Schnittstelle zwischen Universität und Klinik braucht besondere Beachtung: Die Rahmenbedingungen des Klinikalltags müssten verbessert werden, und frühere Generationen müssten ihre Vorbildwirkung im Berufsalltag ernster nehmen, damit die Veränderungen in der Ausbildung auch wirklich im klinischen Alltag ankommen.

Wissenschaft

- » Diese müsste mit verstärkter Grundlagenforschung und Innovationen zur Verbesserung und Evaluation der Arzt–Patient–Kommunikation beitragen.
- » Auch für die Verbesserung und Evaluation der Vermittlung (Lehre) von Arzt–Patient–Kommunikation bedarf es verstärkter wissenschaftlicher Anstrengungen.

Politik

- » In der Politik müsste dem Thema verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden, es kann und sollte an unterschiedliche politische Zielsetzungen wie Gesundheitsökonomie, Patientensicherheit oder Entlastung von klinischem Personal angeknüpft werden.
- » Anreize in Richtung einer Unterstützung qualitätsvoller Gespräche sollten gesetzt und die Rahmenbedingungen (v. a. Zeit und Raum) sollten verbessert werden. Insgesamt braucht es eine Umverteilung von Mitteln zugunsten der „sprechenden Medizin“.
- » Qualitätsstandards, -messung und -transparenz in Bezug auf Arzt-Patient-Kommunikation sollten eingeführt und hoch bewertet werden.

Recht

- » Es bedarf rechtlicher Vorgaben zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation.
- » Der sich ausweitenden reinen Absicherungsmedizin sollte ein Riegel vorgeschoben werden.

Medien

- » Die Medien könnten durch einen qualitativ hochwertigeren Gesundheits-/Medizinjournalismus und
- » das Ausschreiben eines Kommunikationspreises ihren Beitrag zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation leisten.

Wirtschaft

- » Der Wirtschaftssektor könnte sich mit der Entwicklung innovativer Tools zum Arzt-Patient-Gespräch verstärkt einbringen.
- » Auch für die Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität könnte die Wirtschaft verstärkt Beiträge leisten.

Mikro-Ebene

Auf der Mikro-Ebene bedarf es schließlich der gezielten Förderung von

- » individuellen Voraussetzungen der Gesundheitsprofis (Persönlichkeit, Haltungen, Verhalten, Kompetenzen) und
- » individuellen Fähigkeiten der Patientinnen/Patienten und Angehörigen.

4.3 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, die mehr oder weniger direkt auf die Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation abzielen. Die vorgestellten Initiativen stellen eine Auswahl dar und verteilen sich auf:

- » Makro-, Meso- und Mikroebene und die verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren,
- » unterschiedliche strategische Zielgruppen,
- » übergeordnete, aber auch fächerspezifische Initiativen,
- » Initiativen, die an Kompetenzen bzw. Fähigkeiten der beteiligten Personen und am organisationalen Umfeld ansetzen (Parker 2009)
- » sowie auf die Steuerungsprozesse „Orientierung geben“, „Bedingungen schaffen“ und „Feedback geben (Evaluation)“ (vgl. Kaufmann 1991).

Von den 75 inkludierten österreichischen Praxismodellen und Entwicklungsinitiativen sind die meisten in den Sektoren Gesundheitswesen, Aus-, Weiter- und Fortbildung und Wissenschaft angesiedelt, deutlich weniger in den Sektoren Politik, Medien, Recht und Wirtschaft.

Zu vier der unten empfohlenen Handlungsfelder (Konsensus–Statements zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und/oder deren Umsetzung, Patienteninformation, Unterstützung in der Arzt–Patient–Kommunikation, Leitfäden) wurden einige österreichische Maßnahmen identifiziert, deren Beweiskraft fast ausschließlich als Expertenwissen (im Gegensatz zu wissenschaftlich) eingestuft werden kann. Zu den restlichen Handlungsfeldern wurden keine oder nur wenige österreichische Maßnahmen eingeschlossen. Die Maßnahmen, die für Österreich identifiziert wurden, haben verglichen mit den internationalen Maßnahmen eine geringe Beweiskraft.

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

4.4 Welche Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen gibt es international?

Aus dem internationalen Raum stammen die meisten Maßnahmen aus den USA, gefolgt von Maßnahmen aus Deutschland und länderübergreifenden Maßnahmen.

Von den 85 inkludierten internationalen Praxismodellen und Entwicklungsinitiativen sind die meisten in den Sektoren Wissenschaft, Gesundheitswesen, Aus-, Weiter- und Fortbildung angesiedelt, deutlich weniger im Sektor Politik. Es wurden keine internationalen Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen aus den Sektoren Medien, Recht und Wirtschaft inkludiert.

Zu vier der unten empfohlenen Handlungsfelder (Konsensus-Statements zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und/oder deren Umsetzung, Leitfäden, Patienteninformation, Patientenschulungen) wurden einige internationale Maßnahmen identifiziert. Die Beweiskraft der identifizierten Maßnahmen zu Konsensus-Statements zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und/oder deren Umsetzung kann mehrheitlich als Expertenwissen (im Gegensatz zu wissenschaftlich) eingestuft werden. Die Beweiskraft der identifizierten Maßnahmen zu Leitfäden kann zu gleichen Teilen als Expertenwissen und als wissenschaftlich eingestuft werden. Die Beweiskraft der identifizierten Maßnahmen zu Patienteninformation und zu Patientenschulungen kann mehrheitlich als wissenschaftlich eingestuft werden. Zu den restlichen Handlungsfeldern wurden keine oder nur wenige Maßnahmen eingeschlossen.

5 Schlussfolgerungen – mögliche Handlungsfelder

Im Folgenden sollen zunächst anhand der in der BMG-Grundlagenarbeit (Sator et al. 2015b) vorgenommenen Problemanalyse eine neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität und eine erste Liste von möglichen Handlungsfeldern für Österreich vorgeschlagen werden. Abschließend wird ein zusammenfassendes Wirkungsmodell zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung präsentiert und ein kurzer Ausblick auf weitere Schritte gegeben.

Neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität

Um eine umfassende Entwicklung der Gesprächskultur in der Krankenversorgung zu erreichen, bedarf es einer gemeinsamen inhaltlichen Orientierung der unterschiedlichen Partner auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems. 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, von Organisationsabläufen und Entscheidungsprozessen auf der gesundheitspolitischen Ebene. Daher sollen hier drei Neuorientierungen der Sichtweise auf die Gesprächsprozesse angeregt werden, die die Weiterentwicklung der Gesprächskultur in der Krankenversorgung anleiten können. Diese Neuorientierungen bauen auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und der Evidenzbasierung des medizinischen Handelns auf (Nowak 2011; Nowak 2013). Dahinter liegt ein neues Verständnis der Patientenrolle, das die zentrale Funktion des Menschen als Koproduzent der eigenen Behandlung und Gesundheit anerkennt, der über weite Strecken die medizinischen Handlungen selbstbestimmt durchführt und nicht Konsument medizinischer Dienstleistungen ist (Maio 2009).

Das Gespräch zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen und Patienten ist der zentrale „Ort“ im Gesundheitssystem zur Unterstützung von Gesundheit, zur Bildung von Erwartungen und Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten 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 diejenigen, die zum selbstbestimmten Management ihrer Erkrankung und Behandlung sowie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden sollen.

Professionelle Gesundheitsversorgung muss also im Kern als eine kommunikative Aufgabe und eine Aufgabe der Gesundheitsbildung und Anleitung anerkannt werden.

Mögliche Handlungsfelder

Die Autorin und Autoren haben auf Basis der Literaturanalyse und der Experteninterviews eine erste Auswahl von Brennpunkten vorgenommen. Im Folgenden werden Handlungsfelder skizziert, für die die Ausarbeitung konkreter Lösungsoptionen empfohlen wird. Zu vielen der hier formulierten Handlungsfelder liegen internationale Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen vor, die in der Ausarbeitung der Lösungsoptionen für Österreich berücksichtigt werden können.

Handlungsfelder in Politik und Recht

1. Gemeinsames **Strategiepapier der Finanziers** (Bund, Länder und Sozialversicherung) zur Weiterentwicklung der Gesprächskultur im Gesundheitswesen: Dieses sollte die neue Grundorientierung aufgreifen und in strategische Handlungsstränge übersetzen. Eine besondere Herausforderung dabei wird auch die angemessene Einbindung anderer Sektoren – insbesondere Wissenschaft und Bildung – sein.
2. **Setzen von Anreizen** in Richtung einer Unterstützung qualitativvoller Gespräche: Die Neuorientierung des Gesundheitssystems auf gute Gesprächsqualität braucht auch entsprechende Berücksichtigung im Rahmen der Honorierungssysteme (LKF, Honorierungssystem der Sozialversicherung). Im Rahmen neuer Honorierungssysteme sollte nicht nur das quantitative Maß der eingesetzten Gesprächszeit oder der Anzahl der Gespräche als alleinige Richtschnur gewählt, sondern es sollten operationalisierbare Qualitätskriterien und spezifische Gesprächsformen entwickelt und als Grundlage erprobt werden.
3. Weiterentwicklung von **Patientenrechten**, in der nicht nur Aufklärung, sondern auch weitere Aspekte der patientenorientierten Gesprächsführung geregelt werden. Die derzeit geltende Patientencharta in Österreich betont zu Recht die Aufklärung des Patienten / der Patientin. Die vorliegenden wissenschaftlichen Analysen verweisen aber auch auf die Bedeutung anderer Aspekte der Kommunikation, z. B. wollen Patientinnen und Patienten Raum, um ihre Anliegen formulieren zu können und von den Ärztinnen/Ärzten einfühlsam angehört zu werden.
4. Systematisches **Monitoring** der Gesprächsqualität und darauf aufsetzende Qualitätsentwicklungsprozesse: In allen erfolgreichen Qualitätsentwicklungsprogrammen ist die Beobachtung/Messung der praktischen Umsetzung zentral, um eine langfristige Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dies betrifft insbesondere das Qualitätsmonitoring der Gesundheitseinrichtungen, in das Indikatoren für gute Gesprächsqualität zentral eingebaut und bewertet werden sollten.

Handlungsfelder in Gesundheitswesen und Medien

5. **Entwicklung von differenzierten Gesprächstypen**, die ökonomischen Umgang mit den Zeitressourcen der Ärztinnen und Ärzte ermöglichen: Nicht alle Patientenanliegen brauchen ein ausführliches Arztgespräch. Manche Informationen können von anderen Gesundheitsberufen erhoben und gegeben werden. Die Entwicklung von klaren Gesprächstypen und deren orga-

nisatorisches Zusammenspiel können ein ökonomisches und gleichzeitig patientenorientiertes Zeitmanagement erleichtern.

6. Entwicklung von evidenzgestützten **Leitfäden** für zentrale Gesprächssituationen und -typen auf Basis internationaler Vorbilder in allen medizinischen Fächern und für unterschiedliche Zielgruppen, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit insbesondere für vulnerable Gruppen (alte und/oder multimorbide Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder, Sterbende, Behinderte ...) zu gewährleisten, und **Schulungen zu deren Umsetzung**: Für einige Gesprächssituationen, die kommunikativ herausfordernd und/oder häufig sind, kann die Entwicklung von fach-, zielgruppen- und diagnosespezifischen Gesprächsleitfäden eine wichtige Hilfestellung für Lehre und Praxis sein.
7. Initiative zur Entwicklung einer (Kommunikations-)Kultur für die Option, keine medizinische Intervention zu setzen („nichts zu tun“), wenn Nichtstun die bessere Wahl ist (z. B. durch „**Choosing wisely**“).
8. Entwicklung von **Personalbedarfsplänen**, die Kommunikationszeiten adäquat berücksichtigen: Personalbedarfsplanung und Job-Descriptions stellen wesentliche Rahmenbedingungen für die kommunikativen Aufgaben unterschiedlicher Berufsgruppen in größeren Gesundheitseinrichtungen dar und sollten daher in Hinblick auf den tatsächlichen Informationsbedarf ausgerichtet werden. Hier sollte insbesondere der Aufwand für administrative Tätigkeiten überprüft und so weit wie möglich reduziert bzw. automatisiert werden. Auch neue Modelle zur Re-Organisation und Bewältigung von Dokumentationsaufgaben zur **Entlastung des Arzt-Patienten-Gesprächs** sind hier von Bedeutung.
9. Abgestimmte und qualitätsgesicherte Gestaltung von **Patienteninformation** und Entscheidungshilfen sowie Nutzung des Potenzials digital unterstützter Aufklärung durch den Einsatz **neuer Informations- und Kommunikationstechnologien**.
10. Aufbau von **Patientenschulungen** zur Förderung des Verständnisses der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit und zur **Unterstützung in der Arzt-Patient-Kommunikation**.

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 Gesundheitsprofis für Österreich und **Umsetzung in Aus- und Weiterbildungsordnungen, Kompetenzlevelkatalogen, Curricula, Prüfungsordnungen etc.** Zentral für die Relevanz und Akzeptanz werden hier die gute Einbindung führender Ärztinnen und Ärzte und ihrer politischen Standesvertretung sein.
12. Von den Expertinnen und Experten wurde vielfach auf einen deutlichen Bruch zwischen qualitativ guter Ausbildung und der in kommunikativer Hinsicht unbefriedigenden klinischen Praxis junger Ärztinnen und Ärzte hingewiesen. Es kann eine Reihe von Handlungsoptionen zur Überwindung dieser **Theorie-Praxis-Kluft** vorgeschlagen werden:
 - » Initiativen der Ausbildungseinrichtungen zur Entwicklung von Settings für den klinischen Praxiseinstieg
 - » Einbau der kommunikativen Kompetenzen in Ziele für die praktische Ausbildung
 - » Begleitende Kommunikationsausbildungen während der praktischen Ausbildung

- » Verpflichtende Fortbildung zur Gesprächsqualität für leitende Ärzte/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,** die nicht nur von der Industrie gestützt werden, sondern Kommunikationsausbildung günstig für alle Ärzte/Ärztinnen 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 als auf die Entwicklung von patientenorientierten Gesprächskompetenzen. Daher ist hier einerseits die Unterstützung der öffentlichen Hand bzw. der Landesvertretung gefordert, andererseits aber auch eine Re-Orientierung der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie auf die Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität.

Generell wird empfohlen, sowohl bei bestehenden Initiativen anzusetzen bzw. frühere Pilotprojekte wieder aufzugreifen als auch neue Initiativen zu entwickeln. Auch wenn Ziel dieser Initiative mittelfristig die bundesweite Umsetzung guter Gesprächskultur ist, so werden erste Schritte gerade mit Akteuren, die Vorerfahrungen und Motivation mitbringen, am besten realisiert und von dort schrittweise ausgeweitet werden können.

Zusammenfassendes Wirkungsmodell zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Gute Qualität der Gespräche zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen/Patienten, die sich anhand der vier Zieldimensionen („gute Medizin“, „gute Beziehung“, „gute Gesprächsführung“ und „gutes Umfeld“; vgl. Kap. 2) bestimmen lässt, und gute interprofessionelle Kommunikation (Kap. 3) wirken sich positiv auf Outcome-Parameter wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Patientenzufriedenheit, Patientensicherheit und Anzahl von Klagen wegen Behandlungsfehlern, Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen, gesundheitsökonomische Belastungen und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit aus (vgl. Kap. 3).

Determinanten in acht Sektoren (Gesundheitswesen, Aus-/Weiter-/Fortbildung, Politik, Recht, Bildung, Medien, Wirtschaft, Wissenschaft) bedingen die Qualität der Gespräche zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen/Patienten und die Qualität der interprofessionellen Kommunikation (Abschnitt 4.2). Aus diesen Bedingungsfaktoren lassen sich mögliche Handlungsfelder ableiten und Ansatzpunkte für Verbesserungen in diesen Handlungsfeldern empfehlen (Kap. 5). Das folgende Wirkungsmodell (vgl. Abb. 1) soll die komplexen Wirkungszusammenhänge zwischen diesen in den vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisberichten (Sator et al. 2015a; Sator et al. 2015b) aufgearbeiteten und hier zusammengefassten Ebenen vereinfacht veranschaulichen.



Abbildung 5.1: Wirkungsmodell zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Ausblick

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisberichte werden für den weiteren Arbeitsprozess empfohlen:

- » die Erstellung eines Strategiepapiers durch die Finanziers in Abstimmung mit der Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung,
- » die Ausarbeitung eines Umsetzungskonzeptes unter Einbindung aller relevanten Stakeholder und
- » schließlich die schrittweise Umsetzung.

Literatur

- Alvarez, G.; Coiera, E. (2006): Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error? In: *J Crit Care* 21/3:236–242; discussion 242
- Beckman, H. B.; Markakis, K. M.; Suchman, A. L.; Frankel, R. M. (1994): The doctor–patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. In: *Arch Intern Med* 154/12:1365–1370
- Benner, J. S.; Erhardt, L.; Flammer, M.; Moller, R. A.; Rajcic, N.; Changela, K.; Yunis, C.; Cherry, S. B.; Gaciong, Z.; Johnson, E. S.; Sturkenboom, M. C. J. M.; García–Puig, J.; Girerd, X.; on behalf of the, Reach O. U. T. Investigators (2008): A novel programme to evaluate and communicate 10–year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. In: *International Journal of Clinical Practice* 62/10:1484–1498
- 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
- Brown, R. F.; Butow, P.; Dunn, S. M.; Tattersall, M. H. N. (2001): Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. In: *Br J Cancer* 1273
- Bundes–Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes–Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung–Gesundheit
- Chen, R. C.; Clark, J. A.; Manola, J.; Talcott, J. A. (2008): Treatment 'mismatch' in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? In: *Cancer* 112/1:61–68
- Cleary, P. D.; Edgman–Levitan, S.; Roberts, M.; Moloney, T. W.; McMullen, W.; Walker, J. D.; Delbanco, T. L. (1991): Patients evaluate their hospital care: a national survey. In: *Health Aff* 10/4:254–267
- Coulter, A.; Cleary, P. D. (2001): Patients' Experiences With Hospital Care In Five Countries. In: *Health affairs* 20/3:244–252
- Del Canale, S.; Louis, D. Z.; Maio, V.; Wang, X.; Rossi, G.; Hojat, M.; Gonnella, J. S. (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. In: *Acad Med* 87/9:1243–1249
- Felder–Puig, Rosemarie; Turk, Eva; Guba, Beate; Wild, Claudia (2006): Das ärztlich–therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt–Patient–Kommunikation. Ein Kurz–Assessment. Bd. 1819–1320/online: 18181–6556. Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment

- Gandhi, T. K. (2005): Fumbled handoffs: One dropped ball after another. In: *Annals of Internal Medicine* 142/5:352–358
- Gawande, A. A.; Zinner, M. J.; Studdert, D. M.; Brennan, T. A. (2003): Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. In: *Surgery* 133/6:614–621
- Gleichweit, Sonja; Kern, Reinhard; Lerchner, Martina; Engel, Bettina; Likarz, Susanne (2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Österreichweit einheitliche, sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung. Tätigkeiten 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Graham, J.; Potts, H. W.; Ramirez, A. J. (2002): Stress and burnout in doctors. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1975–6; author reply 1976.,
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project
- Hoefert, Hans-Wolfgang; Hellmann, Wolfgang (2008): Vorwort der Herausgeber. In: *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Hg. v. Hoefert, Hans-Wolfgang; Hellmann, Wolfgang. Aufl. Economica Verlag, Medizinrecht.de Verlag, Heidelberg: V–VII
- Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (2012): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- Jewell, Kevin; McGiffert, Lisa; States, Consumers Union of United (2009): To err is human—To delay is deadly: Ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted. In: *Consumer Reports* 13–1
- Kaufmann, Franz-Xaver (1991): The Relationship between Guidance, Control, and Evaluation. In: *The Public Sector Challenge for Coordination and Learning*. Hg. v. Kaufmann, Franz-Xaver. Aufl. de Gruyter, Berlin–213 – 234
- Kohn, Linda T.; Corrigan; Janet M; Donaldson, Molla S. (2000): *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Hg. v. Kohn, Linda T.; Corrigan, Janet M.; Donaldson, Molla S. The National Academies Press,
- Körner, Mirjam (2010): Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus. In: *Patientenorientierung im Krankenhaus* Hg. v. (Hrsg.), H.-W. Hoefert & M. Härter. Aufl. Hogrefe, Göttingen: 33–50
- Lelorain, Sophie; Brédart, Anne; Dolbeault, Sylvie; Sultan, Serge (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. In: *Psycho-Oncology*, 2012, Vol21(12), pp1255–1264.1255
- Loh, Andreas; Leonhart, Rainer; Wills, Celia E.; Simon, Daniela; Härter, Martin (2007): The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. In: *Patient Education and Counseling* 65/1:69–78

- Maio, Giovanni (2009): Die moderne Medizin als Dienstleistungsunternehmen? Eine ethische Kritik der Marktorientierung in der Medizin. In: *Therapeutische Umschau* 8/617–622
- Menz, Florian; Plansky, Luzia (2010): Kommunikationsmuster und Gesprächstechniken zur Compliance-Förderung von PatientInnen. Universität Wien, Wien. Unveröffentlicht
- Menz, Florian; Sator, Marlene (2011): Kommunikationstypologien des Handlungsbereiches Medizin. In: *Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen Linguistische Typologien der Kommunikation*. Hg. v. Habscheid, Stephan. Aufl. de Gruyter Lexikon, Berlin, Boston: 414–436
- Menz, Florian; Plansky, Luzia (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*. Hg. v. Graf, Eva Maria; Sator, Marlene; Spranz-Fogasy, Thomas. Aufl. John Benjamins, Amsterdam: 255–285
- Menz, Florian; Plansky, Luzia (in press): Kommunikationstrainings auf diskursanalytischer Basis für ÄrztInnen? In: *Festschrift für Manfred Kienpointner*. Hg. v. Anreiter, Peter et al. Aufl. Präsenz-Verlag, Wien
- Nowak, Peter (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: *Balint Journal* 12/01:8–14
- Nowak, Peter (2013): Skizze zur umfassenden Qualitätsentwicklung einer gesundheitsorientierten Arzt-Patient-Interaktion. In: *Der Mensch* 46/1/2013:5–12
- Nowak, Peter (in Druck): Leitlinien für das Arzt-Patienten-Gespräch – sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? In: *Handbuchreihe "Sprache und Wissen"* Hg. v. Busch, Albert; Spranz-Fogasy, Thomas. Aufl. de Gruyter
- Parker, Ruth (2009): Measuring health literacy: what? so what? Now what? In: *Measures of health literacy: workshop summary, Round-table on Health Literacy*. Aufl. National Academies Press, Washington, DC: 91–98
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. *Gesundheitswissenschaften*. Bd. 41. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz
- Rakel, David; Barrett, Bruce; Zhang, Zhengjun; Hoeft, Theresa; Chewing, Betty; Marchand, Lucille; Scheder, Jo (2011): Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. In: *Patient Education and Counseling* 85/3:390–397
- Ramirez, AJ; Graham, J; Richards, MA; Gregory, WM; Cull, A (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In: *The Lancet* 347/9003:724–728

- Robinson, F. Patrick; Gorman, Geraldine; Slimmer, Lynda W.; Yudkowsky, Rachel (2010): Perceptions of Effective and Ineffective Nurse–Physician Communication in Hospitals. In: *Nursing Forum* 45/3:206–216
- Sator, Marlene (2013): Besonderheiten des ärztlichen Gesprächs. In: *Gesprächsführung in der Medizin: lernen, lehren, prüfen*. Hg. v. Frischenschlager, Oskar; Hladschik–Kermer, Birgit. Aufl. facultas.wuv, Wien: 82–90
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Schmidt, Ingrid K.; Svarstad, Bonnie L. (2002): Nurse–physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. In: *Social Science & Medicine* 54/12:1767–1777
- Stewart, M.; Brown, J. B.; Donner, A.; McWhinney, I. R.; Oates, J.; Weston, W. W.; Jordan, J. (2000): The impact of patient–centered care on outcomes. In: *Journal of Family Practice* 49/9:796–804
- Street, Richard L.; Cox, Vanessa; Kallen, Michael A.; Suarez–Almazor, Maria E. (2012): Exploring communication pathways to better health: Clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. In: *Patient Education and Counseling* 89/2:245–251
- Sutcliffe, K. M.; Lewton, E.; Rosenthal, M. M. (2004): Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. In: *Acad Med* 79/2:186–194
- Tamblyn, R.; Abrahamowicz, M.; Dauphinee, D.; et al. (2007): Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. In: *JAMA* 298/9:993–1001
- Thompson, Laura; McCabe, Rose (2012): The effect of clinician–patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. In: *BMC psychiatry*, 2012, Vol12, pp8787
- Thorne, S. E.; Bultz, B. D.; Baile, W. F.; Team, Scrn Communication (2005): Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. In: *Psychooncology* 14/10:875–884; discussion 885–876
- Travado, Luzia; Grassi, Luigi; Gil, Francisco; Ventura, Cidália; Martins, Cristina (2005): Physician–patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. In: *Psycho–Oncology* 14/8:661–670
- Tropper, Karin (2010): TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2010. Projekt Evaluation und Qualitätssicherung der

Vorsorgeuntersuchung Neu, Modul TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Wien

Vedsted, P.; Heje, H. N. (2008): Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. In: Scand J Prim Health Care 26/4:228–234

Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research (2010): Patient–Doctor Global Communication Assessment. Insights from the Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research.

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.

Zandbelt, Linda C.; Smets, Ellen M. A.; Oort, Frans J.; Godfried, Mieke H.; Haes, Hanneke C. J. M. de (2007): Medical Specialists' Patient–Centered Communication and Patient–Reported Outcomes. In: Medical Care 45/4:330–339