

Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich

Ergebnisbericht

Autorin/Autoren:

Marlene Sator
Peter Nowak
Florian Menz

Unter Mitarbeit von:

Regina Geisler

Interviewpartnerinnen und -partner 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

Projektassistenz:

Jennifer Delcour
Bettina Engel

Wien, im Juni 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zl. P4/1/4714

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	V
Abkürzungen	VI
Kurzfassung	VII
1 Einleitung	1
2 Was ist gute Gesprächsqualität?	4
2.1 Zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität	4
2.1.1 Medizinisch–inhaltliche Ebene – „gute Medizin“: Werden die klinisch relevanten Inhalte besprochen?	4
2.1.2 Psychosoziale Ebene – „gutes Herz“: Mit welchen Haltungen und Einstellungen wird Beziehung gestaltet?	5
2.1.3 Sprachlich–interaktive Ebene – „gute Gesprächsführung“: Welche verbalen und nonverbalen Verfahren unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?	6
2.1.4 Ebene des Gesprächssettings – „gutes Umfeld“: In welchem zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmen wird das Gespräch geführt?	9
2.2 Wie misst man Gesprächsqualität?	10
2.3 Zusammenfassung/Kernaussagen	13
3 Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig?	14
3.1 Auswirkungen von Gesprächsqualität auf Outcomes	14
3.2 Exkurs: Auswirkungen der Kommunikationsqualität zwischen Gesundheitsprofis auf Patientengespräche und –versorgung	15
3.3 Zusammenfassung/Kernaussagen	19
4 Wie ist der Status quo in Österreich?	20
4.1 Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?	21
4.2 Was sind die Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität?	27
4.2.1 Beschreibungsrahmen der Bedingungsfaktoren	27
4.2.2 Wer sind die Stakeholder für Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung?	29
4.2.3 Welche Bedingungsfaktoren müssten sich in Österreich ändern? Entwicklungsbedarf laut Expertinnen und Experten	30
4.3 Welche Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich?	43
4.4 Zusammenfassung/Kernaussagen	48
5 Schlussfolgerungen – mögliche Handlungsfelder	52
Literatur	58
Anhang	71
Ausgewählte Evidenz zu den Auswirkungen guter Gesprächsqualität im Gesundheitssystem	72
1. Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten	72
2. Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Patientinnen/Patienten	75
3. Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten	77

4.	Auswirkungen auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen	80
5.	Auswirkungen auf die Patientensicherheit und Klagen wegen Behandlungsfehlern	81
6.	Gesundheitsökonomische Auswirkungen	83
7.	Auswirkungen der Kommunikationsqualität zwischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Gesundheitsberufen auf Patientengespräche und -versorgung	84

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 4.1: Ergebnisse der HLS-EU-Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation	22
Abbildung 4.2: Systemzusammenhänge rund um das Arzt-Patient-Gespräch	28
Abbildung 4.3: Übersicht über die Stakeholder zur Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung	30
Abbildung 5.1: Wirkungsmodell zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung	56

Tabellen

Tabelle 4.1: Vergleich verschiedener Parameter für patientenorientierte Gesprächsführung nach Vertragsart.....	25
--	----

Abkürzungen

APK	Arzt–Patient–Kommunikation
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
CAT	Communication Assessment Tool
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
FACS	Facial Action Coding System
FAPI	Fragebogen zur Arzt–Patient–Interaktion
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HLO	Health Literate Organisation
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i. d. R.	in der Regel
KAV	Krankenanstaltenverbund
KH	Krankenhaus
KPJ	Klinisch–Praktisches Jahr
MSc	Master of Science
o. J.	ohne Jahr
ÖAGG	Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein– und Familienmedizin
Pat.	Patientinnen und Patienten
R–GZ	Rahmen–Gesundheitsziele
RIAS	Roter Interaction Analysis System
SALK	Salzburger Landeskliniken
SV	Sozialversicherung
s. o.	siehe oben
TEWEB	telefon– und webbasierte Erstkontakt– und Beratungsservice
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WHO	World health organization
WIGAM	Wiener Gesellschaft für Allgemein– und Familienmedizin
WIN™	Worldwide Independent Network of Market Research
WPPA	Wiener Pflege–, Patientinnen– und Patientenrechtschenschaft
VAS	Visual Analog Scale
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

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 wurde durch die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG Grundlagen, Analysen und erste Umsetzungsempfehlungen für eine umfassende Weiterentwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung erstellt. Dafür wurden fokussiert auf die Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten eine Literaturanalyse und Interviews mit Expertinnen und Experten aus allen gesellschaftlichen Sektoren geführt.

Grundlagen

Was ist gute Gesprächsqualität? – Dimensionen guter Gesprächsqualität

Gute Gesprächsqualität lässt sich anhand von vier Zieldimensionen beschreiben: Sie umfasst Qualität auf

- » medizinisch-inhaltlicher Ebene („gute Medizin“),
- » psychosozialer Ebene („gute Beziehung“),
- » sprachlich-interaktiver Ebene („gute Gesprächsführung“) und
- » auf der 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 Ärztinnen/Ärzten), und
- » reduziert gesundheitsökonomische Belastungen.

Darüber hinaus trägt gelungene *inter*professionelle Kommunikation zu Motivation der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Patientenbeteiligung, Medikamentenkonsum, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit positiv bei.

Ergebnisse: Status quo in Österreich

Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Europaweite Befragungen von Patientinnen/ Patienten zu deren Einschätzungen der Arzt–Patient–Kommunikation zeigen uns, dass deren Qualität in Österreich hinter dem EU–Durchschnitt hinterherhinkt. Interviews mit Expertinnen und Experten bestätigen diesen Befund: Auch wenn kommunikative Kompetenzen inzwischen Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden haben, im Klinikalltag scheinen sie 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– Fortbildung, Wissenschaft, Politik, Recht, Medien und Wirtschaft) notwendig.

Welche Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich?

Wenngleich es 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, Sozialversicherung),
- » ein Konsensus–Statement (Positionspapier) der beruflichen Interessengruppen und Fachgesellschaften zur Aus–, Weiter– und Fortbildung der Gesundheitsprofis,
- » 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 Patienteninformaton insbesondere in Hinblick auf digital unterstützte Aufklärung,
- » der Aufbau von Patientenschulungen 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 Gesamtpolitik¹ 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“ (R-GZ 3) wurde als ein Ziel mit höchster Priorität verankert (BMG 2012; Rahmengesundheitsziele 2015).

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Pelikan et al. 2013, 7/Übersetzung; Sørensen et al. 2012).

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 „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ als Maßnahme eingemeldet (BMG 2014).

Auftrag

Im Rahmen dieser Maßnahme wurde die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit 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 (Sator et al. 2015a). Die wesentlichsten Ergebnisse dieser Arbeit und des hier vorliegenden Berichts werden in einem Kurzbericht zusammengefasst (Sator et al. 2015b).

¹

Vgl. auch <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheitsfordernde-gesamtpolitik>.

Schwerpunktsetzungen

Innerhalb des thematischen Rahmens *Gesprächsqualität in der Krankenversorgung* haben wir für diesen Bericht Priorisierungen und Fokussierungen in zweierlei Hinsichten getroffen: Zum einen soll es primär um persönliche Gespräche zwischen Gesundheitsprofis und Patienten/Patientinnen gehen und nicht schwerpunktmäßig um medial vermittelte Kommunikation. Zum anderen soll zunächst exemplarisch ein Fokus auf das Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gelegt werden.

Dennoch soll nicht aus dem Blick geraten, dass eine nachhaltige Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung erstens auch medial vermittelte Kommunikationsprozesse 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 dieser Grundlagenarbeit zunächst ausgeklammert bleiben. Auch interprofessionelle Kommunikation bildet einen wichtigen Schwerpunkt, der im Rahmen dieser Arbeit vorerst nur in Form eines Exkurses berücksichtigt wird (Abschnitt 3.2).

Inhalt, Arbeitsweise und methodisches Vorgehen

Kapitel 2 geht zunächst der Frage *Was ist gute Gesprächsqualität?* nach. Auf Basis einer Literaturanalyse und einer darauf aufbauenden Systematisierung werden zur Beantwortung dieser Frage zunächst zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität skizziert (Abschnitt 2.1) und es wird gezeigt, wie man Gesprächsqualität messen kann (Abschnitt 2.2).

Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Frage *Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig?* Anhand analysierter Literatur werden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und auf gesundheitsökonomische Belastungen (im Sinne von volkswirtschaftlichen Kosten) aufgezeigt.

Kapitel 4 befasst sich mit der Frage *Wie ist der Status quo in Österreich?* Nach einer Literaturanalyse und anhand von Leitfadeninterviews mit 16 ausgewählten Expertinnen und Experten aus allen relevanten gesellschaftlichen Sektoren wird zunächst die Gesprächsqualität in Österreich eingeschätzt (Abschnitt 4.1). Abschnitt 4.2 geht der Frage nach, welche Bedingungsfaktoren gute Gesprächsqualität ermöglichen: Eine Stakeholder-Analyse soll die Stakeholder zur Gesprächsqualität in der Krankenversorgung in Österreich identifizieren (Punkt 4.2.1). Den Ergebnissen der Experteninterviews entsprechend wird aufgezeigt, welche Bedingungsfaktoren sich in Österreich ändern müssten (Entwicklungsbedarf) (Punkt 4.2.3) und welche Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Kommunikation es bisher in Österreich gibt (Abschnitt 4.3). In Kap. 5 werden schließlich Schlussfolgerungen und erste Empfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich abgeleitet.

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. Insbesondere folgende strategische und operative Ziele sind vom Thema „Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ beeinflusst:

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.

Hintergrund 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 Querschnittmaterie der Gesundheitsreform dar, von der auch die erfolgreiche Umsetzung von Versorgungsaufträgen, Primärversorgung, Kompetenzprofilen und e-Health-Projekten, insbesondere das telefon- und webbasierte Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB), abhängen wird.

2 Was ist 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 und damit den Gegenstand dieser Arbeit analytisch besser zu fassen, werden zunächst vier zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität beschrieben. Im Anschluss wird aufgezeigt, wie Gesprächsqualität gemessen werden kann.

2.1 Zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität

Für ein gutes Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten bedarf es spezifischer medizinisch–fachlicher Inhalte und der Herstellung einer förderlichen Arzt–Patient–Beziehung. Medizinisch–fachliche Inhalte und Arzt–Patient–Beziehung werden mit Hilfe von sprachlich–interaktiven Handlungen im Rahmen eines bestimmten Gesprächssettings ausgetauscht bzw. aufgebaut. Somit lassen sich zumindest vier zentrale Ebenen für gute Gesprächsqualität ausmachen (Menz/Sator 2011; Nowak in Druck).

2.1.1 Medizinisch–inhaltliche Ebene – „gute Medizin“: Werden die klinisch relevanten Inhalte besprochen?

Die medizinisch–inhaltliche Ebene umfasst medizinische Inhalte, die der Arzt / die Ärztin dem/der Erkrankten im jeweiligen Behandlungskontext mitteilen oder von der/dem Erkrankten erheben soll. Im Erstgespräch gehören dazu beispielsweise die verschiedenen Bestandteile der Anamnese (Leitsymptom und aktuelle Anamnese, frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom, Medikamentenanamnese, auslösende Faktoren, abgeschlossene medizinische Probleme, Systemüberblick, psychosoziale Anamnese, Familienanamnese und Stammbaum, Berufsanamnese) (Füeßl 2010). Das Aufklärungsgespräch zu Nutzen und Risiken von Behandlungsoptionen beinhaltet auf medizinisch–inhaltlicher Ebene beispielsweise das Ansprechen von absoluten Risiken der unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen (Gigerenzer/Gray 2011). Im Beratungsgespräch sind vom Arzt / von der Ärztin gesunde und riskante Verhaltensweisen der Patientin / des Patienten zu erkennen und indizierte Verhaltensänderungen zu unterstützen (NKLM&NKLZ 2015).

2.1.2 Psychosoziale Ebene – „gutes Herz“: Mit welchen Haltungen und Einstellungen wird Beziehung gestaltet?

Die psychosoziale Ebene umfasst Haltungen und Einstellungen, die Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit Patientinnen/Patienten einnehmen sollen. Dazu gehört v. a. eine patientenzentrierte Grundhaltung in Form von Kongruenz, Empathie (d. h. Perspektivenübernahme, Mitgefühl und Fähigkeit, sich in die Lage der Patientin / des Patienten zu versetzen) und Wertschätzung (vgl. Rogers 1981). Eine solche Grundhaltung ist zur Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung notwendig und hat sich in zahlreichen Studien als einflussreich in Hinblick auf diverse Outcome-Variablen erwiesen (vgl. Del Canale et al. 2012; Di Blasi et al. 2001; Hojat et al. 2011; Kelley et al. 2014; Lelorain et al. 2012; Rakel et al. 2011; Stahl/Nadj-Kittler 2013; Stewart 1995; Vedsted/Heje 2008, siehe Anhang).

Als grundlegende Modelle der Arzt–Patient–Beziehung sind das paternalistische Modell, das Dienstleistungs-/Informationsmodell und das partnerschaftliche Modell zu nennen (Charles et al. 1997; Charles et al. 1999a; Charles et al. 1999b; Jung/Ditz 2007; Klemperer 2013; Koerfer et al. 2007).

Im Paternalistischen Modell wird der Patient / die Patientin als „unmündiges Kind“ (Koerfer et al. 2005) angesehen, dem/der die Rolle der Kenntnisnahme von Informationen zukommt, der Arzt / die Ärztin übernimmt die Instruktion und entscheidet zum Wohl des Patienten / der Patientin; die Verantwortung für die getroffene Entscheidung liegt bei dem Arzt / der Ärztin. Im Dienstleistungsmodell übernimmt der Arzt die Rolle des Lieferanten möglichst objektiver wissenschaftlicher Informationen und des Anbieters von Dienstleistungen, der Patient / die Patientin steht ihm/ihr als „König Kunde“ (Koerfer et al. 2005) gegenüber und trifft eigenverantwortlich die Entscheidung.

Im partnerschaftlichen Modell stehen sich Arzt/Ärztin und Patient/in als prinzipiell gleichberechtigte Personen gegenüber, die gemeinsam die Entscheidung treffen (*Shared Decision Making*) und auch gemeinsam die Verantwortung dafür übernehmen. Für eine adäquate Beziehungsgestaltung ist es zentral, das Beziehungsmodell individuell auf den Patienten / die Patientin abzustimmen, d. h. den Menschen dort abzuholen, wo er steht. (Kettner 1998) verweist in diesem Zusammenhang auf das Paradoxon eines aufgezwungenen Shared Decision Making: „Ein zum Zweck der Autonomieförderung strategisch durchgeführter Nicht-Paternalismus ist selber paternalistisch“ (Kettner 1998).

Zugrundeliegende Haltungen und Einstellungen sind insbesondere auch in den typischen sensiblen Themenfeldern des ärztlichen Berufsalltags und in emotional herausfordernden Situationen von besonderer Bedeutung (z. B. im Kontext tabuisierter Themen und stigmatisierter Erkrankungen, der generellen Ungewissheit medizinischer Entscheidungen und individueller Unsicherheit, eigener Fehler oder Fehler anderer) (Jünger et al. 2015; NKLM&NKLZ 2015, Entwurffassungen).

Ärztliche Kommunikation in einer multikulturellen und multilingualen Gesellschaft verlangt darüber hinaus Sensibilität für soziokulturelle Vielfalt sowie Werte- und Normenvielfalt in der Gesellschaft (Jünger et al. 2015; NKLM&NKLZ 2015).

2.1.3 Sprachlich-interaktive Ebene – „gute Gesprächsführung“: Welche verbalen und nonverbalen Verfahren unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?

Diese Ebene 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 und 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, Metaphernverwendung, Eingehen auf Hinweise und Anliegen von Patientinnen und Patienten). Zentrale Elemente und Verfahren sollen im Folgenden entlang der Handlungslogik des Arzt-Patient-Gesprächs skizziert werden. Die dargestellte Handlungslogik orientiert sich dabei im Wesentlichen an einem Erst-/Anamnesegespräch als dem prototypischen Arzt-Patient-Gespräch. Die Handlungslogik anderer Gesprächstypen weicht davon mehr oder weniger ab. Diese verschiedenen Gesprächstypen unter Berücksichtigung ihrer wesentlichen Merkmale und Anforderungen zu beherrschen, zählt zu jenen Kompetenzen, über die ein Arzt / eine Ärztin verfügen sollten (Jünger et al. 2015; NKLM&NKLZ 2015, Entwurffassungen siehe <http://www.nklm.de>).

Gesprächseröffnung

Die Gesprächseröffnung beinhaltet Begrüßung, Vorstellung, Orientierung über das Gespräch und die Aushandlung einer gemeinsamen Agenda für das Gespräch und mündet mit einer inhaltlich offenen und wertschätzenden Frage oder Erzählaufforderung (Spranz-Fogasy 2005) in die Informationssammlung (Nowak 2011). Die Gesprächseröffnung sollte für die Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten genutzt werden: Augenkontakt, Händeschütteln, Humor an passenden Stellen und patientenorientierter Small Talk haben sich als günstig in Hinblick auf Outcome-Variablen erwiesen (Rakel et al. 2011).

Orientierung geben

Eine zentrale Aufgabe, um transparente Kommunikation zu gewährleisten und damit eine Beteiligung des Patienten / der Patientin zu ermöglichen, ist es, inhaltliche und interaktive Orientierung über den Gesprächsverlauf zu geben (Nowak 2011; Silverman et al. 2005). Orientierungshandlungen wie das namentliche Vorstellen und Verdeutlichen der eigenen Funktion, die Information über den zeitlichen Rahmen des Gesprächs und das Skizzieren des Gesprächszwecks, der geplanten Gesprächsinhalte und des -ablaufs nehmen zu Gesprächsbeginn einen besonderen Stellenwert ein, sie ziehen sich aber darüber hinaus über den gesamten Gesprächsverlauf. Dazu gehört vor allem, für die Nachvollziehbarkeit von Handlungen zu sorgen, aber auch eigene Grenzen transparent zu machen (Sator/Lalouschek 2011).

Informationssammlung

Die Phase der Informationssammlung lässt sich grob in einen eher patientenzentrierten und einen eher arztzentrierten Abschnitt unterteilen (Schweickhardt/Fritzsche 2007).

Im patientenzentrierten Abschnitt gilt es zunächst, den Gesprächsraum für den Patienten / die Patientin durch offene Fragen zu öffnen. Danach geht es darum, den eröffneten Gesprächsraum nicht sofort wieder zu schließen (z. B. durch „Fragebatterien“, bei denen die Ärztin / der Arzt mehrere Fragen hintereinander stellt, ohne eine Antwort der Patientin / des Patienten abzuwarten, vgl. Ehlich/Rehbein (1977)) und Patientinnen und Patienten bei der „Einnahme des Gesprächsraums“ durch aktives Zuhören (Blickkontakt, Nicken, Rückmeldesignale, Verstehenssicherung, Aufgreifen von Patientenhinweisen) bspw. in Form der WWSZ-Technik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) interaktiv zu unterstützen (Langewitz 2013; Nowak 2011; Sator/Lalouschek 2011). Dieser Abschnitt dient der ärztlichen Seite auch dazu, die Patientensicht auf Krankheit und Behandlung in Erfahrung zu bringen und Gefühle der Patientin / des Patienten zu erfragen (Stewart (1995); sie sollte auch eine explizite Klärung des Anliegens der Patientinnen/Patienten (Lalouschek 2013) beinhalten (Nowak 2011).

Im folgenden arztzentrierten Abschnitt geht es um die gezielte Ergänzung notwendiger Informationen (ggf. anhand eines Anamnesebogens) und die Hypothesenprüfung. Dafür werden gezielte (geschlossene) Fragen eingesetzt, die durch Inhalt und Struktur einen Rahmen für die möglichen Antworten setzen (z. B. "Wo genau tut es weh?", Wann haben die Schmerzen begonnen?") (Nowak 2011). Der Abschnittswechsel sollte vom Arzt explizit angekündigt werden (z. B. „Ich frage jetzt noch mal einige Dinge so der Reihe nach ab und notiere das.“) (Sator/Lalouschek 2011; Schweickhardt/Fritzsche 2009). Ein möglichst ganzheitliches Wahrnehmen der Patientinnen und Patienten hat sich als günstig in Hinblick auf Outcomes erwiesen (Stewart et al. 2000).

Informationsvermittlung

Informationsvermittlung sollte als individualisierter, koproduktiver Prozess und nicht als einseitiger Wissenstransfer verstanden werden (Nowak 2011). Um Informationen nicht nur zu „übermitteln“, sondern die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Patientinnen und Patienten diese auch verstehen und behalten, gilt es, ihr jeweiliges Vorwissen („health literacy“), ihre generelle Kommunikationsfähigkeit, die allgemein begrenzte Aufnahmekapazität (Rouder et al. 2008) und selektive Aufnahme (Makdessian et al. 2004) wie auch den Zeitpunkt der Informationsvermittlung zu berücksichtigen. Entsprechend sollte die Ärztin / der Arzt zunächst das Vorwissen der Patientin / des Patienten erfragen. Weiters sollte sie/er auf klare und patientengerechte Sprache achten, insbesondere bei veränderter bzw. eingeschränkter Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit (Höreinschränkungen, Sprachstörungen, Demenz) oder geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen. Die Menge an Information sollte begrenzt und in „verdaubare“ Brocken („Chunks“) zerlegt werden (Silverman 2005) und die Informationen sollten durch Zusammenfassen des vergangenen Gesprächsabschnittes und Ausblick auf den nächsten Abschnitt strukturiert werden (Langewitz 2011). Patientinnen und Patienten sollen aufgefordert werden, Fragen zu stellen, und wiederholte Verständigungsicherung soll klären, was wie bei den Patientinnen/Patienten ange-

kommen ist („Checks“) (Silverman 2005). Elektronische Hilfsmittel, wie ein Programm zur Risiko-Evaluierung und -Kommunikation (Benner et al. 2008), können helfen, die Informationsvermittlung patientengerecht zu gestalten.

Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung stellt eine heikle Phase des Arzt-Patient-Gesprächs dar, die erfordert, sensibel mit individuellen Schamgrenzen umzugehen und gleichzeitig die ärztlichen Pflichten und Aufgaben zu erklären und zu erfüllen (Jünger et al. 2015; NKLM&NKLZ 2015, Entwurffassungen siehe <http://www.nklm.de>). Im Sinne eines transparenten und nicht grenzüberschreitenden Vorgehens ist es wichtig, die Einwilligung der Patientinnen/Patienten einzuholen und das Vorgehen zu erklären (ebd.). Als „Körperarbeit“ (Heath 2006) eröffnet die körperliche Untersuchung aber neben dem Gewinn von wertvollen diagnostischen Informationen auch die Möglichkeit, die Vertrauensbasis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in zu vertiefen (Schweickhardt/Fritzschke 2009). Zu beachten ist, dass die begleitenden Kommentierungen („online commentaries“) des Arztes i. d. R. von Patientinnen/Patienten mit großer Aufmerksamkeit verfolgt werden und als diagnostische und therapeutische Hinweise interpretiert werden (Heritage/Stivers 1999; Nowak 2011).

Entscheidungsfindung und Planung

In der Entscheidungsfindung und Planung weiterer Schritte gewinnt das dem Gespräch zugrundegelegte Beziehungsmodell (paternalistisches Modell, Dienstleistungs-/Informationsmodell, partnerschaftliches Modell) eine besondere Bedeutung (siehe 2.1.2). Das Konzept des „Shared Decision Making“ sieht folgende interaktive Schritte der Entscheidungsfindung vor:

- » „Choice talk“: Der Arzt weist darauf hin, dass es mehrere Optionen gibt und daher die Notwendigkeit einer Entscheidung besteht.
- » „Option talk“: Die Optionen und deren Vor- und Nachteile werden ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln zur Entscheidungsfindung, die die Optionen grafisch veranschaulichen, besprochen.
- » „Decision talk“: Präferenzen des Patienten werden eruiert und eine gemeinsame Entscheidung wird getroffen. (Elwyn et al. 2012)

Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zu beteiligen und ein gelungenes Arbeitsbündnis herzustellen, scheint entscheidend in Hinblick auf Therapie-Outcomes zu sein; zentral sind dabei ein kooperativer Kommunikationsstil, die Einigung über Aufgaben der Behandlung und die Diskussion über die Einzelheiten der Behandlung (Thompson/McCabe 2012). Emotionale Unterstützung (Stewart 1995) und ärztlicher Optimismus in Bezug auf Krankheitsentwicklung und Therapiemaßnahmen (Di Blasi et al. 2001; Rakel et al. 2011) haben sich in der Phase der Entscheidungsfindung und Planung ebenfalls als günstig erwiesen. Ebenso scheinen das Empowerment der Patientinnen/Patienten (Rakel et al. 2011) und der aktive Einsatz von Patientenmerkblättern (Brown et al. 2001) sinnvoll zu sein. Patientinnen und Patienten legen darüber hinaus großen Wert darauf, dass Ärztinnen/Ärzte eine koordinierende Rolle wahrnehmen, d. h. sie u. a. darauf vorbereiten, was sie von Fachärztinnen/-ärzten oder einer Spitalsver-

sorgung zu erwarten haben, und wissen, was im Behandlungsverlauf von den Gesundheitsprofis getan oder gesagt wurde (Vedsted/Heje 2008).

Als Hilfsmittel in der Phase der Entscheidungsfindung und Planung können sogenannte "decision aids" eingesetzt werden, die Informationen veranschaulichen und Risiken darstellen (beispielsweise AOK – Die Gesundheitskasse o.J.; Mayo Clinic o.J.; Trevena et al. 2013).

Gesprächsabschluss

Zentrale Aufgaben des Arztes / der Ärztin beim Gesprächsabschluss sind, die wesentlichen Gesprächsergebnisse zusammenzufassen, gegenseitiges Verständnis abzusichern, Orientierung über die nächsten Schritte zu geben und dem Patienten / der Patientin zu ermöglichen, bisher Ungesagtes zur Sprache zu bringen (Nowak 2011).

2.1.4 Ebene des Gesprächssettings – „gutes Umfeld“: In welchem zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmen wird das Gespräch geführt?

Zur Ebene des Gesprächssettings zählen v. a. die räumliche und zeitliche Gestaltung des Gesprächs, das heißt z. B. bei der Raumgestaltung auf eine angenehme Raumatmosphäre zu achten, die Sitzordnung zwischen Ärztin/Arzt, Patientin/Patient und Computer so zu wählen, dass die Ärztin / der Arzt sich nicht von der Patientin / dem Patienten abwendet, wenn sie/er liest oder schreibt, oder eine Diagnosemitteilung nicht im Mehrbettzimmer vor Mitpatientinnen/Mitpatienten durchzuführen (Nowak 2011; Schweickhardt/Fritzsche 2009). Was die zeitliche Rahmung betrifft, sollten für ein Anamnesegespräch zumindest zehn Minuten Zeit vorgesehen werden und zeitlich ineffiziente Störungen, z. B. durch Telefonanrufe oder eintretende Mitarbeiter/innen, weitestgehend unterbunden werden (z. B. mit Hilfe eines „Bitte nicht stören!“-Schildes) (Schweickhardt/Fritzsche 2009).

Im Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten sind diese vier Ebenen immer gleichzeitig mehr oder weniger relevant und miteinander verwoben. Leitlinien und Manuale zur ärztlichen Gesprächsführung können konkrete Handlungsempfehlungen in Hinblick auf diese vier Ebenen geben. Es zeigt sich jedoch, dass im deutschsprachigen Raum kaum Leitlinien zum Thema existieren, die vorhandenen wenig evidenzbasiert sind und sich vorwiegend auf die medizinisch-inhaltliche Ebene, die psychosoziale Ebene und die Ebene des Gesprächssettings beschränken; Fragen nach konkreter sprachlich-interaktiver Umsetzung (also z. B. mit welchen sprachlichen und nicht-sprachlichen interaktiven Mitteln die Compliance von Patientinnen und Patienten adäquat überprüft werden kann) sind hingegen nur marginal und unsystematisch berücksichtigt (vgl. Nowak im Druck). Dies ist v. a. insofern bedenkenswert, als die sprachlich-interaktiver Ebene den medizinischen und psychosozialen Ebenen vorgelagert ist, da nur über sie diese beiden Ebenen vermittelt werden können.

Für die praktische Umsetzung einer guten ärztlichen Gesprächsführung braucht es weit mehr als eine bloße Leitlinien-Lektüre: Es zeigt sich, dass erfahrungsbasierte Lehrmethoden, bei denen Lernende selbst ein Patientengespräch durchführen, das aufgezeichnet wird, und dazu Feedback erhalten, am wirkungsvollsten sind (Aspegren 1999; Hattie/Timperley 2007, zur Wirksamkeit von Feedback).

2.2 Wie misst man Gesprächsqualität?

Qualitätsdimensionen und -indikatoren

Donabedians Dimensionen zur Messung von Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966) lassen sich auch im Kontext Gesprächsqualität einsetzen. Diese Qualitätsdimensionen lassen sich durch kumulativ erhobene Indikatoren messbar machen (Nowak et al. 2013):

- » Zur **Strukturqualität** gehören all jene vorhandenen Strukturen der Versorgung, die die Qualität des Gesprächs zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten beeinflussen. Zu den Indikatoren auf der Mikro-Ebene des Gesprächs zählen z. B. die Technik, die eine barrierefreie Kommunikation ermöglicht; Indikatoren auf der gesellschaftspolitischen (Makro-)Ebene sind z. B. die Bedingungen der Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen in medizinischen Ausbildungseinrichtungen wie etwa das Vorhandensein von Schauspielpatientinnen und -patienten, von geeigneten Unterrichtsräumen und Lehrpersonal zum Leiten von Kleingruppen etc. (vgl. dazu die vergleichende Erhebung des Unterrichts in ärztlicher Gesprächsführung von Roch et al. 2010).
- » Zur **Prozessqualität** gehören all jene Variablen des Arzt-Patient-Gesprächs, die in der patientenzentrierten Medizin (Balint 1957; Mead/Bower 2000) als förderlich in Hinblick auf relevante Ergebnisse angenommen werden (wobei deren förderlicher Einfluss in unterschiedlichem Maße empirisch belegt ist, vgl. Abschnitt 2.1 und Anhang). Dazu zählen nach Mead/Bower (2000) das Berücksichtigen des biopsychosozialen Gesamtzusammenhangs, das Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung von Krankheit für die Patientin / den Patienten, das Berücksichtigen des Informationsbedarfs der Patientin / des Patienten und ihrer/seiner Präferenzen hinsichtlich der Entscheidungsfindung, die Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und das Stärken der persönlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient sowie das Einbeziehen des Einflusses der Persönlichkeit der Ärztin / des Arztes.
- » **Ergebnisqualitäts**indikatoren beinhalten jene in Abschnitt 3.1 dargestellten Outcome-Variablen in Hinblick auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten (wie beispielsweise die Kooperationsbereitschaft (Compliance, Adherence), die Anzahl der Krankenhaus- und Notfallaufnahmen) und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen (z. B. emotionale Belastung und Burnout bei Ärzten) und gesundheitsökonomische Auswirkungen.

Die Outcomes lassen sich durch „objektive“ Parameter (d. h. von außen beobachtbare, messbare) oder „subjektive“ Parameter (d. h. abgefragtes individuelles Erleben) beobachten.

„Objektive“ Parameter:

- » Verhalten (v. a. verbales Verhalten, gemessen z. B. durch das Roter Interaction Analysis System (RIAS) (vgl. Roter 1991; Roter, Debra L. 1977); nonverbales Verhalten, gemessen z. B. durch das Facial Action Coding System (FACS) (vgl. Ekman/Friesen 1978; Hager et al. 2002)
- » Physiologische Parameter (Finset 2012) (physiologische Korrelate von sozio-emotionalen Prozessen in der Ärzte-Patienten-Interaktion wie Hautleitwiderstand (Finset et al. 2006) und Kortisolantwort (Hulsman et al. 2010; van Dulmen et al. 2007))

„Subjektive“ Parameter:

- » Erleben (z. B. emotionales Erleben (Bieber et al. 2010; Bieber et al. 2011))
- » Haltungen (Jefferson Empathie Skala in Hojat, M. et al. 2001)
- » Einstellungen
- » Zufriedenheit

Beobachtungsperspektiven

Gesprächsqualität lässt sich darüber hinaus nach der gewählten Perspektive der Beobachtung bestimmen und in Selbstbeurteilung vs. Fremdbeurteilung unterteilen. Manche Forschungen geben im Kontext der Patientenorientierung der Perspektive von Patientinnen und Patienten den Vorzug (Tzelepis et al. 2015).

- » **Arzt/Ärztin:** Um die ärztliche Perspektive zu erheben, eignen sich etwa Instrumente zur ärztlichen Selbsteinschätzung der Arzt-Patient-Beziehung, z. B. Fragebogen zur schwierigen Arzt-Patient-Beziehung (Hahn et al. 1996), Jefferson Empathie Skala (Hojat, Mohammadreza et al. 2001).
- » **Patient/in:** Für das Erfassen der Perspektive von Patientinnen und Patienten stehen Instrumente zur subjektiven Einschätzung der Kommunikation durch die Patientinnen und Patienten, wie z. B. der Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) (Bieber et al. 2010; Bieber et al. 2011) zur Verfügung.
- » **Beobachter/in:** Die Beobachterperspektive meint die Beschreibung, Analyse und Einschätzung der Gesprächsqualität durch außerhalb des Interaktionsereignisses stehende (wissenschaftliche) Beobachter. Dies können in bestimmten Kodiersystemen – z. B. dem Roter Interaction Analysis System (RIAS) (Roter 1991; Roter, Debra L. 1977) – geschulte Rater/innen sein, Gesprächsanalysiker/innen, deren methodologischer Anspruch die Rekonstruktion von Teilnehmer-Perspektiven ist², oder Expertinnen/Experten, die zur Arzt-Patient-Kommunikation befragt werden.

2

Gemäß diesem Anspruch reicht es nicht aus, nur von außen zuzuschreiben, ob beispielsweise eine ärztliche Handlung patientenorientiert ist, es muss vielmehr immer auch rekonstruiert werden, ob die Patientin / der Patient eine Handlung als patientenorientiert verstanden hat. Durch eine solche Rekonstruktion von Teilnehmer-Perspektiven wird in der linguistischen Gesprächsanalyse die analytische Interpretation validiert, also ein Prüfkriterium für eine valide Analyse eingeführt (Heritage 2011; Maynard/Heritage 2005).

Beobachtungsmethoden und Bewertungsschemata

Methoden zur Erfassung von Gesprächsqualität lassen sich in Erhebungs-, Auswertungs- und Bewertungsmethoden einteilen.

Erhebungsmethoden

Zu den Erhebungsmethoden zählen v. a.

- » teilnehmende Beobachtung von Arzt-Patient-Interaktion,
- » Videoaufzeichnung von Arzt-Patient-Interaktion und
- » Befragungen zur Arzt-Patient-Interaktion (z. B. Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion, (Bieber et al. 2010; Bieber et al. 2011), Patientenzufriedenheitsbefragungen, Experteninterviews).

Auswertungsmethoden

Verfahren zur Auswertung von videoaufgezeichneten Gesprächen sind v. a. quantitative Kodiersysteme wie das Roter Interaction Analysis System (RIAS) (Roter, D. L. 1977; Roter 1991), das den derzeitigen Goldstandard zur standardisierten Erfassung der verbalen Anteile der Arzt-Patient-Kommunikation darstellt und international in zahlreichen Studien eingesetzt wird (vgl. für eine Übersicht der Studien RIAS WORKS (o.J.)). Zu den qualitativen Verfahren zählen die qualitative Inhaltsanalyse ebenso wie sequenzielle Analyseverfahren wie z. B. die linguistische Gesprächsanalyse (Maynard/Heritage 2005).

Bei der Auswertung von Befragungen zur Arzt-Patient-Interaktion in Form von Fragebögen kommen v. a. quantitative Verfahren zum Einsatz. Qualitative Leitfadenterviews mit Expertinnen und Experten können mit Hilfe qualitativ inhaltsanalytischer Verfahren ausgewertet werden.

Bewertungsmethoden:

Zu den Bewertungsmethoden, die v. a. im Rahmen der klinisch-praktischen Prüfung kommunikativer Fertigkeiten in der medizinischen Ausbildung angewendet werden, zählen

- » das Globale Rating
 - » z. B. mit Hilfe der Visual Analog Scale (VAS), auf der die Gesprächsqualität auf einer kontinuierlichen Skala von „Das Gespräch ist überhaupt nicht gelungen“ bis „Das Gespräch ist sehr gut gelungen“ eingeschätzt wird,
 - » oder mit Hilfe des Berliner Global Rating, mit dem Prüfer die Gesprächsqualität auf den vier Dimensionen „Eingehen auf die Gefühle und Bedürfnisse des Patienten (Empathie)“, „Logischer Zusammenhang des Gesprächs (Struktur)“, „verbaler Ausdruck“ und „nonverbaler Ausdruck“ jeweils auf einer fünfstufigen Skala bewerten (Hodges/McIlroy 2003; Scheffer 2009);

- » detaillierte Checklisten, auf denen ärztliche Gesprächsführung verhaltensbezogen
 - » für einen unspezifischen Kontext (Calgary Cambridge Observation Guide (Kurtz/Silverman 1996))
 - » oder für spezifische Kontexte, wie beispielsweise für das Gespräch mit einem Patienten mit Non-Compliance,
 durch Punktevergabe beurteilt wird (z. B. Harden et al. 1975; Jünger et al. 2005).

Für die laufende Evaluierung klinischer und kommunikativer Kompetenzen klinisch tätiger Ärztinnen/Ärzte werden international Methoden für *workplace-based assessment* angewendet, wie z. B.

- » Mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX),
- » Clinical Encounter Cards (CEC),
- » Clinical work sampling (CWS),
- » Blinded Patient Encounters (BPE),
- » Case-based Discussion (CbD) / Chart-Stimulated Recall (CSR),
- » MultiSource Feedback (MSF) / 360-degree assessment (Norcini/Vanessa 2007).

2.3 Zusammenfassung/Kernaussagen

Die Fragen „Was ist eigentlich gute Gesprächsqualität?“ und „Wie lässt sie sich messen?“ sind hochkomplex. Gesprächsqualität umfasst jedenfalls vier zentrale Ebenen:

- » eine medizinisch-inhaltliche Ebene,
- » eine psychosoziale Ebene,
- » eine sprachlich-interaktive Ebene und
- » eine Ebene des Gesprächssettings.

Aus der Komplexität des Gegenstands ergibt sich, dass immer nur Teilaspekte gemessen werden können. Für eine möglichst umfassende Betrachtung eignet sich eine multiperspektivische (triangulierte) Erfassung, d. h. auf verschiedenen Beobachtungsdimensionen (Prozess- und Ergebnisqualität), aus verschiedenen Beobachtungsperspektiven (Arzt/Ärztin, Patient/in, Beobachter/in, mittels verschiedener Beobachtungsmethoden (Befragungen, teilnehmende Beobachtung, Videoanalysen, Checklisten, qualitative und quantitative Auswertungsmethoden), hinsichtlich verschiedener beobachteter Outcomes und mittels verschiedener Bewertungsschemata. Die Vielfalt an unterschiedlichen Zugängen, Gesprächsqualität zu messen, spiegelt letztlich auch die Komplexität des Gegenstands wider. Gleichzeitig wird der breite Einsatz von Beobachtungsverfahren der Gesprächsqualität etwa für Qualitätsberichterstattung einer vereinfachten und organisationsübergreifend einsetzbaren Methodik bedürfen. Hier besteht wissenschaftlicher Entwicklungsbedarf.

3 Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig?

3.1 Auswirkungen von Gesprächsqualität auf Outcomes

Auch wenn generell nach wie vor Mangel an hochwertigen wissenschaftlichen Studien besteht, die die Auswirkungen von Gesprächsqualität in der Arzt–Patient–Kommunikation belegen, gibt es mittlerweile gute Evidenz hinsichtlich günstiger Auswirkungen gelungener Arzt–Patient–Kommunikation. Diese Auswirkungen beziehen sich dabei auf:

- » den **Gesundheitszustand** der Patientinnen/Patienten, z. B. bei Diabetes (Del Canale et al. 2012; Weitzman et al. 2009), 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, z. B. 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).

Darüber hinaus 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, Depersonalisation, Gefühl persönlicher Aufgabenerfüllung) (Graham et al. 2002; Ramirez, AJ et al. 1996; Travado et al. 2005) und
- » **ökonomische Belastungen für Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzten und das gesamte Gesundheitssystem** durch Kosten, die durch unnötige psychische Belastung verursacht werden, sowie 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).

Eine detaillierte Zusammenstellung der Evidenz, gegliedert nach Metastudien und ausgewählten Einzelstudien, findet sich im Anhang.

3.2 Exkurs: Auswirkungen der Kommunikationsqualität zwischen Gesundheitsprofis auf Patientengespräche und -versorgung

Erfolgreiche interne Unternehmenskommunikation wirkt sich positiv auf Mitarbeiter/innen und damit auf das Unternehmen im Gesamten aus – hier sind sich wissenschaftliches Schrifttum und Ratgeberliteratur aus unterschiedlichen Forschungsbereichen (der Psychologie, den Kommunikationswissenschaften, der angewandten Sprachwissenschaft) einig. Für das medizinische System bedeutet dies, dass sich gute Kommunikation innerhalb von und zwischen verschiedenen Berufsgruppen positiv auf Patientinnen und Patienten auswirkt und damit auch einen Beitrag zum Genesungsprozess leistet (Hoefert/Hellmann 2008). Dies ist insbesondere im Krankenhaus, wo viele Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen zusammenarbeiten, von großer Bedeutung.

Patientinnen und Patienten kommen während eines viertägigen Spitalsaufenthalts mit bis zu 50 Personen in Kontakt, die in unterschiedlichsten Positionen als Akteurinnen/Akteure der Institution Krankenhaus agieren, daher ist unumstritten, dass Inhalt und Form des Informations-transfers von zentraler Bedeutung sind (vgl. O'Daniel/Rosenstein 2008, 1). Information und Koordination bilden die Basis für das Funktionieren von Arbeitsabläufen im Krankenhaus, wobei diesen Elementen in vielen Bereichen der Medizin (etwa Notfallmedizin, Intensivmedizin etc.) derselbe Stellenwert zugeschrieben wird wie den technischen Fähigkeiten des beteiligten Personals (Pierre et al. 2005). Die Förderung qualitativvoller interprofessioneller Kommunikation liegt daher nicht nur im Interesse der Tätigen in allen Gesundheitsberufen, sondern auch im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Motivation

Die Qualität der Kommunikation ist wesentlich für die Motivation der Mitarbeiter/innen und deren „*Bereitschaft, sich mit den Zielen des Krankenhauses bzw. der einzelnen Abteilungen zu identifizieren*“ (Hoefert 2008, 235). Mangelnde Identifikation wirkt sich negativ auf die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten aus.

Patientenbeteiligung

Gesellschaftliche, medizinische und nicht zuletzt berufsgruppenspezifische Entwicklungen (Differenzierung der Fachdisziplinen etc.) der letzten Jahre (Stichwort „Patientenbeteiligung“) machen zudem eine stärkere Fokussierung auf Patienten Anliegen und den Miteinbezug in Entscheidungsfindungsprozesse notwendig – Aufgaben, denen erfolgreiche Kommunikation auf mehreren Ebenen zugrunde liegt. Untersuchungen zu „patient-centredness“ stellen zwar positive Zusammenhänge zwischen *health outcomes* und *patient-centred care* her (Henbest/Stewart 1990; Kinnery et al. 1999; Stewart et al. 2000), dennoch wird vielfach ein Mangel an Untersuchungen und Methoden zur Messung des „physical impact“ attestiert (Mead/Bower 2002).

Unter dem Begriff „Patientenorientierung“ werden in diesem Kontext die umfassende Information und Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen verstanden. Um diesem

Anspruch gerecht zu werden, ist es entscheidend, dass nicht nur allen Behandlerinnen/Behandlern Bedürfnisse und Erwartungen von Patientinnen und Patienten bekannt sind, sondern dass dieses Wissen auch interprofessionell koordiniert und abgestimmt wird (Körner 2010, 33), wodurch das gesamte System Krankenhaus involviert sein muss.

Medikamentenkonsum

In bestimmten Bereichen, etwa der geriatrischen Pflege, konnte nachgewiesen werden, dass vermehrte interprofessionelle Kommunikation sowohl zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs als auch zu weniger sozial herausforderndem Verhalten bei Patientinnen und Patienten führt, also die Belastung sowohl für die in allen Gesundheitsberufen Tätigen als auch für die Patientinnen und Patienten verringert (Schmidt/Svarstad 2002). Insbesondere die Qualität der Kommunikation zwischen Pflege und Ärztinnen/Ärzten sowie die Abhaltung von Teamsitzungen zur Medikamentengabe erwiesen sich als einflussreiche Variablen.

Patientensicherheit

Ein zentraler Punkt ist v. a. die Patientensicherheit, die durch fehlende, mangelhafte oder unzureichende Kommunikation gefährdet ist, da ein enger Zusammenhang zwischen schlechter Kommunikation und medizinischen Fehlern nachgewiesen werden kann (Alvarez/Coiera 2006; Gandhi 2005; Gawande et al. 2003; Robinson et al. 2010; Sutcliffe et al. 2004). Unzureichende interprofessionelle Kommunikation resultiert darüber hinaus in signifikant häufigerer Patientensterblichkeit (Jewell et al. 2009; Kohn 2000).

Auch oberstgerichtliche Entscheidungen in Österreich weisen in diese Richtung (etwa OGH 2001; OGH 2010; OHG 2001) (vgl. Kletecka-Pulker 2012). Es überrascht daher kaum, dass nach Köllner (2005) jene Ärztinnen/Ärzte, die ihre Patientinnen/Patienten u. a. über den Ablauf einer Konsultation orientieren und ihnen helfen, sich zu beteiligen, deutlich seltener verklagt werden.

Umfangreich ist daher das Angebot an „Checklisten“, „Guidelines“ und „To-Do-Listen“ zum Thema Patientensicherheit, insbesondere im Bereich der Pflege, die diesbezüglich sensibilisierter erscheint.

Neben den eher allgemein gehaltenen populären Guidelines (SBAR-Guidelines) des US-amerikanischen Unternehmens Kaiser Permanente (nach Eigendefinition ein „health-care-provider“) existieren spezielle aufgaben- bzw. kontextbezogene Richtlinien. Einen Überblick bietet die Materialzusammenstellung der World Health Organization (WHO 2014).

Die SBAR-Guidelines³ sind vielfach Grundlage für Schulungen und Workshops in Bezug auf interne Kommunikation. Sie richten sich primär an Pflegepersonal und geben Richtlinien, wie Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten über Patientinnen/Patienten erfolgreich und effizient gestaltet sein muss, um Patientensicherheit (insbesondere in Notfallsituationen) zu optimieren.

Folgende Aspekte werden im Rahmen der SBAR-Guidelines als der Patientensicherheit förderlich eingestuft:

Information sollte einem genauen Schema folgend kommuniziert werden (*SBAR*):

- » Eigenvorstellung und Grundinformation über Patient/in (*Situation*)
- » die gegenwärtige Situation klärend (*Situation*)
- » Hintergrundinformation in Hinblick auf gegenwärtige Situation (*Background*)
- » Einschätzung durch das Pflegepersonal (*Assessment*)
- » Vorschläge bzw. Anliegensklärung (*Recommendation*)

Interessant ist hierbei die „Anliegensklärung“ als letztes Element der Kommunikation. Umfassender Informationsaustausch (beginnend bei der aktuellen Situation) soll demnach vor der Einschätzung etwaiger Handlungsvorschläge durch das Pflegepersonal stattfinden. Im Krankenhaus sind allerdings Hierarchieverhältnisse manifest, die als Hindernis in der interprofessionellen Kommunikation im Krankenhaus eingestuft werden.

Patientenzufriedenheit

Auswirkungen mangelnder interner Kommunikation schlagen sich nicht nur in primär qualitativ orientierten Untersuchungen zu krankenhausinterner Kommunikation (vgl. etwa Paur 2004) nieder, sondern werden auch im Rahmen großangelegter Studien zur Patientenzufriedenheit evident (Coulter/Cleary 2001; Cleary et al. 1991). Eine Fragebogenuntersuchung aus den Jahren 1998–2000 in fünf Ländern (Deutschland, Schweiz, Schweden, Großbritannien und den Vereinigten Staaten) mit etwa 63.000 teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu Einschätzung und Bewertung ihrer Erfahrungen im Krankenhaus brachte umfassende Ergebnisse.

Einerseits wurde der Mangel an Information von Patientinnen/Patienten durch Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal offenbar; jedoch wurden auch Probleme evident, die sich in der Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und Pflegenden zeigen, deren Ursache allerdings in interner Krankenhauskommunikation verortet ist. So zeigt sich beispielsweise, dass insbesondere vonseiten des Pflegepersonals weitergegebene, *widersprüchliche Information* – die großteils auf fehlende interne Koordination zurückzuführen sein könnte – negativ bewertet wird. Besonders störend wurde zudem die Mitarbeiterkommunikation empfunden, die in Gegenwart und *über die jeweils betroffenen* Patientinnen und Patienten stattfand, jedoch diese nicht aktiv integrierte (Coulter/Cleary 2001, 248).

3

SBAR ist das Akronym für "Situation Background Assessment Recommendation"-Methode

Zugrundeliegende Probleme

Paradoxien (vermeintlich) hierarchischer Strukturen

Ausgehend von einer dreifachen Hierarchiepyramide (Lalouschek et al. 1990), bestehend aus Verwaltung, Pflegepersonal und ärztlichem Personal, kann als gesichert angenommen werden, dass Kommunikation innerhalb des medizinischen Systems nicht nur Problempotenzial aufgrund unterschiedlicher Wissens- und Kompetenzverteilungen in sich birgt, sondern auch institutionell geprägte, streng hierarchisch strukturierte Systeme Auswirkungen auf Funktion und Organisation des Gesamtsystems „Krankenhaus“ haben. Nach Büssing (1997) wird im Bereich der Pflege-Arzt-Kooperation generell der unzureichende Informationsfluss zwischen den Professionen bemängelt.

Eine paradoxe, die Kommunikation nachhaltig meist hemmende Folge der hierarchischen Struktur besteht in der unterschiedlichen Kompetenz von Gesundheitsprofis und ihren Rollen. So sind Angehörige des Pflegepersonals häufig über strukturelle Abläufe und Notwendigkeiten besser informiert als (das häufiger wechselnde) medizinische Personal, das aber als hierarchisch höher eingestuft wird. Der Hinweis von Pflegepersonal auf Versäumnisse oder organisatorische (dokumentatorische) Fehlleistungen von Ärztinnen und Ärzten ist daher ein kritischer Punkt (Hughes 1988; Lalouschek et al. 1990a, 85–107; Tjora 2000). Auch wenn es diesbezüglich in den letzten Jahren organisatorische und rechtliche Änderungen – wie etwa die Aufwertung der Pflege – gegeben hat, so sind nach wie vor Probleme zu orten (vgl. z. B. Robinson et al. (2010), die eine solche hierarchische Herablassung als eine wesentliche Ursache ineffektiver Kommunikation ausmachen; vgl. auch unten Abschnitt 4.2.3.).

„Teams“ und Teams

Erfolgreiche krankenhausinterne Kommunikation wird oftmals mit Elementen des Teamworks in Zusammenhang gebracht und von Bediensteten im Gesundheitswesen als einer der wichtigsten Faktoren zur Verbesserung klinischer Effizienz eingestuft (vgl. hierzu Flin et al. 2003). Hierzu werden unter anderem offene Kommunikation, klare Angaben und Rollen- und Aufgabenverteilung sowie eindeutige und bekannte Verfahren zur Entscheidungsfindung gefordert (O'Daniel/Rosenstein 2008, 2f). Als hinderlich werden in Bezug auf Kommunikation demnach u. a. Komponenten wie unterschiedliche Erwartungen an die Kommunikation, hierarchische Organisation und Sprach- und Jargon-Unterschiede eingestuft (O'Daniel/Rosenstein 2008, 4).

Tiefergehende Kritik äußern allerdings Lewin & Reeves (2011). Prinzipiell würde eher parallel gearbeitet, mit Einsprengeln von kooperativem „Teamwork“ als *impression management*. Sie bemängeln, dass gerade in Gesundheitsinstitutionen die Kooperationspartner keine klar definierten interprofessionellen Teams seien, sondern lose Zusammenstellungen von Professionellen, die zusammen arbeiten, was eine geringe Strukturierung zur Folge hätte. Wenn Kooperation stattfindet, dann nicht in offiziellen, klar definierten Bereichen wie etwa Visiten, sondern eher zufällig in informellen Hintergrundabsprachen. *Teambuilding*-Aktivitäten, die eine wechselseitige Wertschätzung, wechselseitigen Respekt, Information, Vertrauen und Unterstützung fördern, sollten daher gefördert werden.

Diskriminierung nach Gender und Alter

Auch Aspekte der Diskriminierung wirken auf Kommunikation im medizinischen Kontext ein. So werden jüngere bzw. dienstneuere Pfleger/innen in Entscheidungsprozessen innerhalb des Pflegepersonals oftmals übergangen bzw. nicht berücksichtigt (Paur 2004). Sexistische, Frauen benachteiligende hierarchische ärztliche Strukturen werden immer wieder bestätigt (Robinson et al. 2010), obwohl die Zahl weiblicher Ärztinnen stetig im Steigen begriffen ist.

3.3 Zusammenfassung/Kernaussagen

Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem ist hochrelevant, zumal sie – wie zahlreiche Metaanalysen und Einzelstudien zeigen – auf vielen Ebenen Auswirkungen zeitigt: Auswirkungen auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, auf ihr Gesundheitsverhalten (beispielsweise Kooperationsbereitschaft, Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung), auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen (z. B. emotionale Belastung und Burnout), aber auch gesundheitsökonomische Auswirkungen.

Gelungene interprofessionelle Kommunikation trägt zu Motivation der Mitarbeiter/innen, Patientenbeteiligung, Medikamentenkonsum, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit positiv bei.

4 Wie ist der Status quo in Österreich?

Zur Beantwortung der Frage nach dem Status quo in Österreich wird im Folgenden auf wissenschaftliche Ergebnisse und die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Datenerhebung zurückgegriffen. Dabei wurden im Zeitraum August 2014 bis Dezember 2014 16 ca. einstündige qualitative Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren (Gesundheitswesen, Patienten(vertreter/innen), Ausbildung/Weiter- und Fortbildung, Wissenschaft, Politik/Recht und öffentliche Verwaltung, Wirtschaft) durchgeführt. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte auf Basis einer Stakeholderanalyse, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde (vgl. Punkt 4.2.2).

Folgende Leitfragen waren Inhalt der Interviews:

- » Wie sehen Sie zum Bereich ‚Gesprächsqualität‘ den Status quo im österreichischen Gesundheitssystem?
- » Wo sehen Sie zum Bereich ‚Gesprächsqualität‘ Entwicklungsbedarf im österreichischen Gesundheitssystem?
- » Bewertung des Status quo: Wo sehen Sie für gute Gesprächsqualität fördernde und hindernde Faktoren im österreichischen Gesundheitssystem?
- » Kennen Sie aktuelle Entwicklungsinitiativen zum Bereich ‚Gesprächsqualität‘ im österreichischen Gesundheitssystem?

Die Interviews wurden protokollarisch dokumentiert und mit Hilfe inhaltsanalytischer Verfahren (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung, vgl. Mayring (2000)) entsprechend den in den Leitfragen enthaltenen Kategorien ausgewertet.

Durch die Kombination verschiedener Methoden zur Messung der Gesprächsqualität anhand wissenschaftlicher Ergebnisse einerseits und der Experteninterviews andererseits soll im Sinne der Triangulation (vgl. (Mayring 2002) ein möglichst umfassendes und damit besser abgesichertes Erfassen des Gegenstands erreicht werden: Die hier dargestellten Ergebnisse zum Status quo erfassen sowohl „objektive“ Parameter als auch „subjektive“ Parameter (vgl. Abschnitt 2.2).

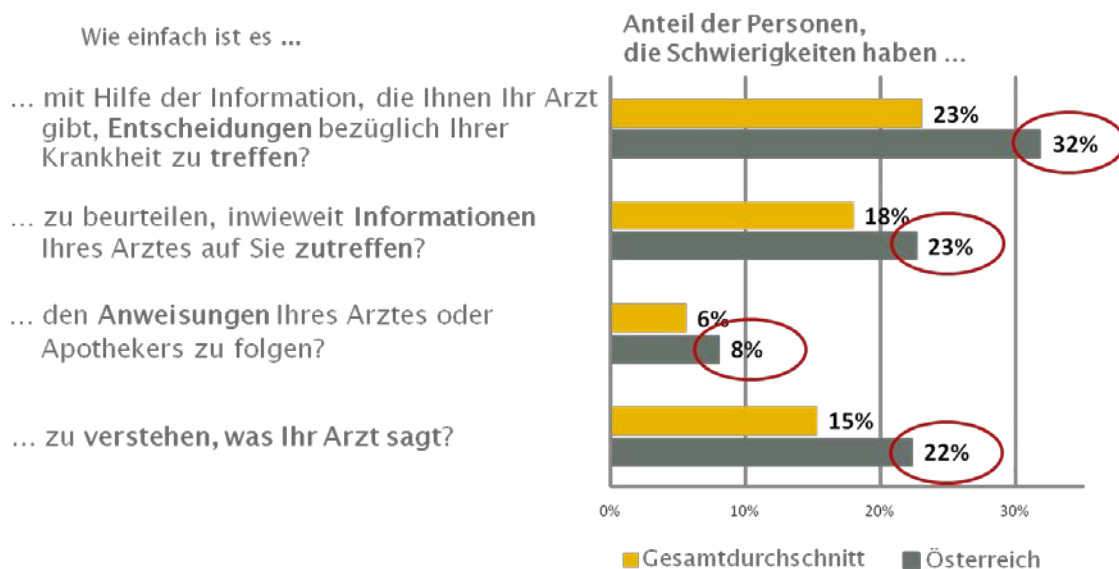
4.1 Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Bundesweit relevante Ergebnisse zur Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung liegen nur eingeschränkt vor.

Europäischer Health Literacy Survey (HLS-EU) 2012

Der Europäische Health Literacy Survey (HLS-EU) (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013) wurde im Sommer 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführt. In Österreich führte das Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research mit Finanzierung durch FGÖ und MSD eine Repräsentativbefragung der österreichischen erwachsenen Bevölkerung (N=1015) in Form einer fragebogenbasierten face-to-face-Befragung (CAPI) durch. Gesundheitskompetenz wurde dabei als selbsteingeschätzte Fähigkeit (auf einer vierstufigen Likert-Schwierigkeitsskala) erfasst. Insgesamt legt die Studie mangelnde Gesundheitskompetenz bei der Mehrheit in Österreich offen (56,4 % der Befragten mit inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz). Zudem rangiert Gesundheitskompetenz in Österreich unter dem Durchschnitt der anderen Mitgliedsländer (47,6 % der Befragten mit inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz). Vier Fragen beziehen sich im engeren Sinne auf Arzt-Patient-Kommunikation. Dabei zeigt sich, dass 32 Prozent der Befragten in Österreich Schwierigkeiten dabei haben, mit Hilfe der Information, die sie von ärztlicher Seite erhalten, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen (vs. 23 % im Durchschnitt der acht einbezogenen EU-Länder). 23 Prozent der Befragten in Österreich haben Schwierigkeiten dabei, zu beurteilen, inwieweit Informationen ihres Arztes auf sie zutreffen (vs. 18 % im Durchschnitt der acht einbezogenen EU-Länder). 22 Prozent der Befragten in Österreich haben Schwierigkeiten, zu verstehen, was ihr Arzt sagt (vs. 15 % im Durchschnitt der acht einbezogenen EU-Länder). 8 Prozent der Befragten in Österreich haben Schwierigkeiten, den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen (vs. 6 % im Durchschnitt der acht einbezogenen EU-Länder) (jeweils summierte Prozentsätze der Antwortkategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“; vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Ergebnisse der HLS-EU-Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation



Quelle: HLS-EU Consortium (2012); Darstellung: GÖG

Bundesweite sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung 2010/2011

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2010/2011 eine österreichweite sektorenübergreifende Patientenbefragung durch, um die von Patientinnen und Patienten subjektiv empfundene Zufriedenheit mit Versorgungsprozessen innerhalb von Krankenanstalten sowie mit vor- und nachgelagerten Prozessen an den Nahtstellen zu anderen Versorgungsbereichen zu erheben (Gleichweit et al. 2011). Im Rahmen der Erhebung wurden 22.000 Fragebögen von Patientinnen und Patienten in 49 Krankenanstalten ausgewertet (Rücklaufquote 22 %).

Die Befragung ergab insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit stationären Aufenthalten: Je nach Krankenanstalt waren zwischen 63 % und 95 % mit ihrem letzten Aufenthalt sehr zufrieden. In einer abschließenden Gesamtbeurteilung wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, eine Einschätzung in Bezug auf einzelne Versorgungsprozesse zu geben. Während der Anteil an sehr zufriedenen Patientinnen und Patienten in den Bereichen pflegerische Betreuung (85,58 %), ärztliche Behandlung (85,55 %), Entlassung aus dem Krankenhaus (80,76 %) und Aufnahme ins Krankenhaus (79,84 %) sehr hoch lag, lag der Anteil an sehr zufriedenen Patientinnen und Patienten mit 74,34 Prozent für den Bereich Information und Aufklärung deutlich darunter. Rund 6 Prozent der Befragten gaben an, dass sie mit der Information und Aufklärung im Krankenhaus „weniger zufrieden“ oder „nicht zufrieden“ waren (vs. 2,5 % mit der pflegerischen Betreuung, 2,6 % mit der ärztlichen Behandlung, 3,7 % mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und 3,9 % mit der Aufnahme ins Krankenhaus). Gefragt nach einer

Einschätzung der Informationen, die sie im Krankenhaus erhielten, gaben zwar je nach Krankenhaus zwischen 91 und 100 Prozent an, ausreichend und verständlich informiert worden zu sein, es gaben jedoch bis zu 22 Prozent an, dass die Informationen, die sie im Krankenhaus erhielten, widersprüchlich waren.

Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research

WIN™ (Worldwide Independent Network of Market Research), die weltweit größte unabhängige Dachorganisation von Meinungsforschungsinstituten, führte 2011 eine Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation in 39 Ländern durch (Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research/Gallup International 2011). In Österreich wurde die Datenerhebung zwischen Juni und August 2011 vom Gallup Institut in Form von Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Die Gesamtstichprobe umfasste 532 Personen und ist repräsentativ für die erwachsene österreichische Bevölkerung. Befragt wurde mithilfe eines international etablierten Instruments zur Einschätzung von ärztlichen interpersonellen und kommunikativen Kompetenzen durch Patientinnen und Patienten (Communication Assessment Tool (CAT) (Makoul et al. 2007). Das CAT beinhaltet 15 Fragen, die von den Befragten auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1=schlecht; 5=ausgezeichnet) beantwortet werden. 14 Fragen beziehen sich auf die Arzt-Patient-Kommunikation, wobei es sich bei allen um *Berichtsfragen* handelt, die im Vergleich zu *Urteilsfragen* als verlässlicher gelten. Der CAT-Score wurde aus der Summe der als ausgezeichnet bewerteten Items, dividiert durch die Anzahl der beantworteten Items, errechnet.

Durchschnittlich vergibt die Bevölkerung weltweit ihren Ärztinnen und Ärzten einen niedrigen CAT-Score (22 %). Das Ergebnis für Österreich liegt mit 21 % im unteren Mittelfeld, im Vergleich dazu liegen Deutschland mit einem CAT-Score von 36 % und die Schweiz mit 33 % deutlich darüber. 15 der 39 Länder hatten bereits 2010 an einer analogen Umfrage teilgenommen. Verglichen mit den Ergebnissen des Jahres 2010 nahm der CAT-Score 2011 weltweit ab (Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research 2010). Von allen Ländern, die in beiden Jahren an der Umfrage teilnahmen, verlor der CAT-Score in Österreich am meisten (-19 %).⁴

Diskursanalytische Untersuchung von Arzt-Patient-Gesprächen in niedergelassenen Praxen

Im Rahmen des Projekts „Kommunikationsmuster und Gesprächstechniken zur Compliance-Förderung von PatientInnen“⁵ wurden aus über tausend aufgezeichneten Gesprächen 200 Gespräche von 50 Ärztinnen und Ärzten in niedergelassener Praxis (61 %, Allgemeinmedizi-

4

Die große Differenz zwischen dem in Österreich gemessenen CAT-Score 2010 vs. 2011 ist auf Basis der uns vorliegenden Daten nicht erklärbar.

5

Leitung: Florian Menz; Mitarbeiter/innen: Luzia Plansky, Martin Reisigl; Finanzierer: MSD Austria; Dauer: 2009–2010 (Menz/Plansky 2010; Menz/Plansky 2014; Menz/Plansky in press).

ner/innen, 38 % Fachärztinnen/-ärzte, davon 32 % Internisten/Internistinnen und 7 % Pulmologen/Pulmologinnen) österreichweit ausgewählt und einer genauen diskursanalytischen Analyse in Bezug auf Faktoren, die aus der Literatur als kommunikationsfördernd bekannt sind, unterzogen. Dazu wurden die Gespräche nach diskursanalytischen Kriterien transkribiert⁶.

Insbesondere wurden die Parameter Gesprächslänge, Gesprächsbeiträge der einzelnen Gesprächsbeteiligten, Geschlecht sowie Störungen von außen (Menz 2013), Unterbrechungen, verständnissichernde bzw. fördernde Verfahren (Reisigl 2011), Erklärungen, Orientierungen und die Verbindlichkeit von Nachfolgeuntersuchungen (Menz et al. 2008; Sator/Gülich 2013) quantitativ und qualitativ detailliert erhoben.

Nach Analyse von beinahe 200 Gesprächen kann festgehalten werden, dass in ärztlichen Praxen in Österreich alle patientenorientierten und aus linguistischer Sicht empfehlenswerten Strategien und Muster vorkommen, diese Strategien daher prinzipiell einsetzbar – weil vorhanden – sind. Allerdings verteilt sich deren Anwendung nicht gleichmäßig auf alle Ärztinnen und Ärzten.

Die *Gesprächslänge* variierte stark: Das längste Gespräch dauerte 49,6 Minuten, das kürzeste 1,3 Minuten. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 8,7 Minuten, wobei die Wohnortgröße (Stadt, Kleinstadt, Land) keinen Einfluss auf die Gesprächsdauer hat, selbst dann nicht, wenn man Ko-Variablen wie Geschlecht und Fachrichtung berücksichtigt. Dagegen hatte die Variable ‚Vertragsart‘ einen signifikanten Einfluss: Die durchschnittliche Länge beim Kassenarzt beträgt 7,9 Minuten, beim Wahlarzt 11,5 Minuten ($p < 0,05$). Bemerkenswertestes Ergebnis ist, dass die Gesprächslänge hauptsächlich von den Gesprächsbeiträgen der Ärztinnen und Ärzte beeinflusst wird und nicht so sehr von den Patientinnen/Patienten, wobei Ärztinnen deutlich längere Gespräche als ihre männlichen Kollegen führen, während das Geschlecht der Patientinnen und Patienten keinen Einfluss zeigt.

Bei rund einem Viertel (28 %) der transkribierten Gespräche gab es Störungen, d. h. dass rund drei Viertel der Gespräche (72 %) ungestört blieben. Dieser Wert liegt viel besser als in vergleichbaren Ambulanzsituationen in Spitälern (Menz 2013, 324f). Die häufigsten Störungen geschehen durch Assistentinnen/Assistenten (ca. 19 %), während Störungen durch Telefonate oder andere Personen vergleichsweise selten vorkommen (je ca. 4 % der Störungen).

In den eher qualitativen Parametern zeigten sich v. a. hinsichtlich Vertragsart (Wahl- vs. Kassenordination) teilweise signifikante Unterschiede, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind.

6

Nach dem System HIAT mit Unterstützung der Transkriptionssoftware Exmaralda, die auch einfache quantitative Auswertungen zulässt.

Tabelle 4.1:

Vergleich verschiedener Parameter für patientenorientierte Gesprächsführung nach Vertragsart

	Vertragsart		
	Gespräche insgesamt (n = 193)	Kassenordination (n = 153)	Wahlordination (n = 40)
Gesprächsdauer in Sekunden	520,98	476,80*	689,98*
Gesprächsdauer in Minuten	8,7	7,9*	11,5*
Störungen insgesamt	0,38	0,38	0,40
Verständnissicherung insgesamt	1,41	1,34*	1,70*
Anschlussfähigkeit insgesamt	1,17	1,10*	1,40*
Erklärungen insgesamt	20,09	18,17	27,45
Orientierungen Gespräch	1,37	1,18*	2,13*
Orientierungen Behandlung	7,08	6,25*	10,28*
Orientierungen Organisatorisches	2,11	1,98	2,63
Orientierung insgesamt	10,57	9,41*	15,03*

* signifikant (Signifikanzniveau von $p < 0,05$)

Quelle: Menz/Plansky 2010

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass in Österreich – zumindest was die Gesprächsqualität betrifft – von einer Zweiklassenmedizin gesprochen werden muss (Geisler 2011).

Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung (VU) Neu 2010

Im Rahmen des Projekts *Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung (VU) Neu* wurde im Jahr 2010 die Teilnehmerzufriedenheit mit der Servicequalität durch eine österreichweite postalische Befragung von VU-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern erhoben (Tropper 2010). Bei einer Rücklaufquote von 34 Prozent wurden 4.080 Fragebögen ausgewertet. Die Befragung ergab insgesamt hohe Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung: 93 Prozent gaben an, (sehr) zufrieden gewesen zu sein. Wie in der Befragung durch das Picker-Institut Deutschland zeigt sich auch hier ein hoher Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der Versorgungsleistung und der Zufriedenheit mit der Kommunikation: Je mehr gesundheitsrelevante Inhalte im Gespräch thematisiert wurden, desto höher war die Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mit denen die Befunde nicht ausführlich besprochen wurden, und solche, mit denen kein Abschlussgespräch geführt wurde, zeigten sich deutlich weniger zufrieden mit der Vorsorgeuntersuchung.

Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten

Die Expertinnen und Experten wurden zunächst gefragt, *wie sie den Status quo der Gesprächsqualität im österreichischen Gesundheitssystem einschätzen.*

Die befragten Expertinnen und Experten stimmten mit überwiegender Mehrheit in ihren **Bewertungen** dahingehend überein, dass die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation ungenügend ist und großer Entwicklungsbedarf besteht. Der Status quo der Arzt-Patient-Kommunikation in Österreich wurde als "Baustelle" bezeichnet. In Hinblick auf die **Entwicklungen der letzten Jahre** sagten die Expertinnen und Experten, dass die Gesprächsqualität trotz jahrelanger Bemühungen auf ein niedriges Niveau zurückgefallen sei. In diesem Zusammenhang wiesen sie einheitlich auf die bestehende Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, zwischen Ist- und Soll-Zustand hin: Während es das theoretische Modell der „Sprechenden Medizin“⁷ bereits seit langem gäbe, hinke die Umsetzung im klinischen Alltag hinterher. Während Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung sowohl in der Literatur als auch in der Curriculumentwicklung einen immer höheren Stellenwert einnimmt und an den medizinischen Universitäten zum Teil schon gut integriert ist, finde man im klinischen Alltag z. T. mehr Lippenbekenntnisse als eine wirkliche Umsetzung in breitem Maße. Meist gehe die Umsetzung nicht über das kommunikative Engagement von einzelnen Personen hinaus. Die Interviewten sehen zwar einen durch den Generationenwechsel bedingten Wandel zugunsten sozialer Kompetenzen, weisen aber darauf hin, dass die Strukturen des Gesundheitssystems nach wie vor von früheren Generationen in leitenden Positionen bestimmt seien.

Die Befragten unterstrichen dabei jedoch auch die **Heterogenität** in Hinblick auf die Gesprächsqualität und die Lernwilligkeit zum Erwerb kommunikativer Kompetenzen: Große Unterschiede bestehen aus Sicht der Expertinnen und Experten zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich. Im stationären Bereich gäbe es große Mängel in Hinblick auf die Gesprächsqualität, Indikator dafür scheine die personelle Ausdünnung v. a. infolge von Motivationsproblemen der Gesundheitsprofis zu sein. Große Differenzen sehen die Interviewten auch in Hinblick auf die Qualität der ärztlichen und der pflegerischen Kommunikation. Ärztliche Kommunikation schneidet in der Wahrnehmung der Befragten nach wie vor schlechter ab als pflegerische Kommunikation. Im niedergelassenen Bereich sei die Kommunikationsqualität sehr heterogen: Während in Privatpraxen z. T. sehr gute Kommunikation stattfände, lasse nach Meinung der Befragten die Kommunikation in vielen Kassenordinationen zu wünschen übrig. Allerdings gäbe es auch hier große individuelle Unterschiede, abhängig vom kommunikativen Engagement Einzelner. Im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich stelle die Kommunikationsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte ein Hauptkriterium der Qualitätsbeurteilung durch Patientinnen und Patienten dar.

Von den Expertinnen und Experten werden Gruppen genannt, die von schlechter Kommunikationsqualität besonders betroffen seien, da sie sich weniger gut zur Wehr setzen könnten. Zu

7

Vgl. z. B. Greenhalgh/Hurwitz (1999) und Greenhalgh/Hurwitz (2005).

diesen **vulnerablen Gruppen** gehörten chronisch Kranke, deren Gesundheitskompetenz besonders schlecht sei, Migranten und Migrantinnen, die mit sprachlichen und kulturellen Unterschieden zu kämpfen hätten und die ohnehin überlaufenen Ambulanzen den niedergelassenen Praxen vorzögen, sowie alte und multimorbide Menschen, auf die das Gesundheitssystem mangelhaft ausgerichtet sei.

Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass schlechte Kommunikation eine Reihe von **unerwünschten Folgen** nach sich zöge, über die jedoch nach wie vor mangelhaftes Bewusstsein herrsche: So stellten Kommunikationsmängel (Mängel hinsichtlich Aufklärung, Diagnosemitteilung, Verständlichkeit v. a. in Bezug auf Therapie-Empfehlungen, angepasstes Krankheitsverhalten) eines der größten Probleme dar, mit denen sich Patientinnen und Patienten an die Patienten-anwaltschaft wenden. Hintergrund vieler gerichtlicher Klagen von Patientinnen und Patienten ist die Erwartung, dass vor Gericht nicht erfolgte kommunikative Prozesse nachgeholt werden. Eine weitere Folge schlechter Kommunikation sehen die Befragten in der Entwicklung in Richtung einer Zwei-Klassenmedizin anstelle des solidarischen, sozialen Gesundheitssystems. Schlechte Kommunikation führt nach Meinung der Interviewten auch dazu, dass viele Patientinnen und Patienten zu alternativer Medizin und Esoterik abwanderten, zumal sie dort die erwartete kommunikative Zuwendung bekämen. Aber auch gesundheitliche Folgen wie Burnout oder Abstumpfen auf Seiten der Ärztinnen/Ärzte werden von den Expertinnen und Experten als negative Folgen schlechter Kommunikation gesehen. Schließlich wird betont, dass mangelhafte Kommunikation und Gesundheitskompetenz auch zu Ineffizienz im Gesundheitssystem führt.

4.2 Was sind die Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität?

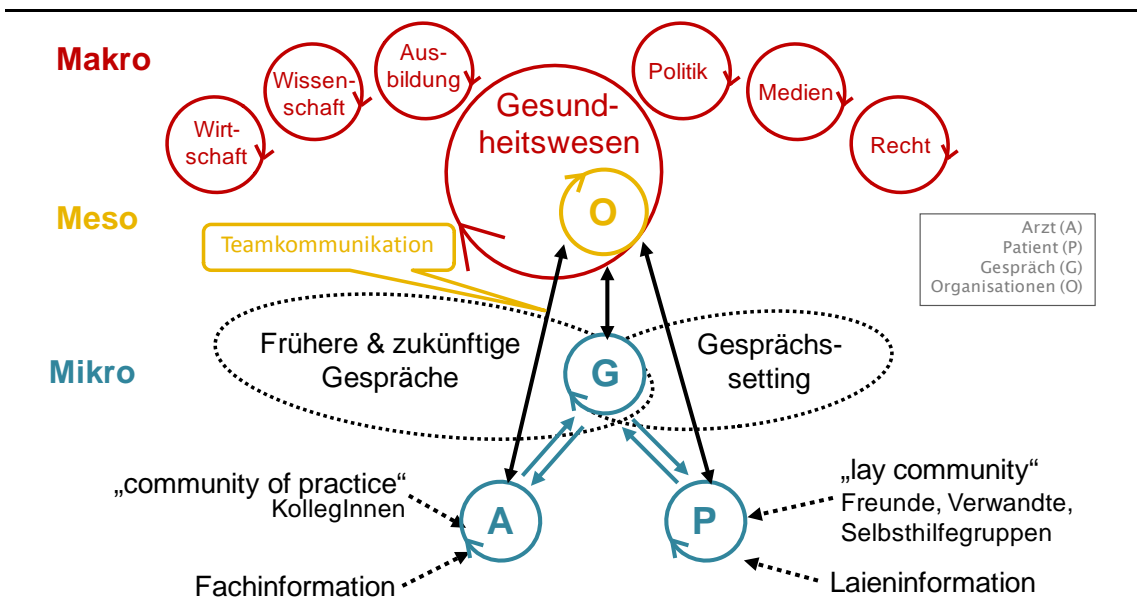
4.2.1 Beschreibungsrahmen der Bedingungsfaktoren

Die Komplexität von Bedingungsfaktoren für gute Gesprächsqualität wird häufig unterschätzt. Im Vordergrund der öffentlichen Diskussion stehen meist Zuschreibungen zu den handelnden Personen Arzt/Ärztin und Patientin/Patient, die mehr oder weniger begabt, „mündig“ oder gestresst das Gespräch führen. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es dem gegenüber Hinweise, dass die realisierten Gesprächsprozesse tatsächlich von einer Vielfalt von Bedingungsfaktoren abhängen, die vor allem in den sozialen, organisatorischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu finden sind (Evans et al. 2007; Schwartzstein 2015). Hilfreich für die Identifikation von Ansatzpunkten für Entwicklungen der Gesprächsqualität ist die Unterscheidung von drei gesellschaftlichen Ebenen (Hurrelmann/Razum 2012):

- » die Makro-Ebene der gesamtgesellschaftlichen Systemzusammenhänge, insbesondere der Rahmenbedingungen, die die Gesundheitspolitik vorgibt;
- » die Meso-Ebene der Organisationsstrukturen und -prozesse in den Gesundheitseinrichtungen und
- » die Mikro-Ebene der Personen und ihrer Haltungen, Kompetenzen, Motivation und Interaktionen.

Abbildung 4.2 gibt einen vereinfachten Überblick über die Akteure und Zusammenhänge auf den drei Ebenen (für eine detailliertere Darstellung vgl. Nowak (2013)). Makro- und Meso-Ebene stellen dabei die Rahmenbedingungen für die Mikro-Ebene der tatsächlich geführten Gespräche dar und stehen daher auch im Mittelpunkt der folgenden Analyse der zentralen Stakeholder und des Entwicklungsbedarfs in Österreich. Beachtenswert ist, dass Organisationen im Gesundheitssystem nicht nur durch Entscheidungen der Gesundheitspolitik beeinflusst werden, sondern als Teil des Wirtschaftssystems auch ihr ökonomisches Überleben beachten müssen, von den Massenmedien in ihren Themen und Präferenzen beeinflusst werden, dass im Bildungssystem mehr oder weniger gesundheitskompetentes Personal und Bürgerinnen und Bürger ausgebildet werden etc. Auf der Meso-Ebene der Organisationen bildet neben den Organisationsstrukturen und -abläufen des Gesundheitssystems insbesondere die Qualität der Teamkommunikation innerhalb der Organisation und mit anderen Organisationen einen wesentlichen Rahmen für die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten (vgl. Abschnitt 3.2).

Abbildung 4.2:
Systemzusammenhänge rund um das Arzt-Patient-Gespräch



Quelle: Nowak 2013

4.2.2 Wer sind die Stakeholder für Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung?

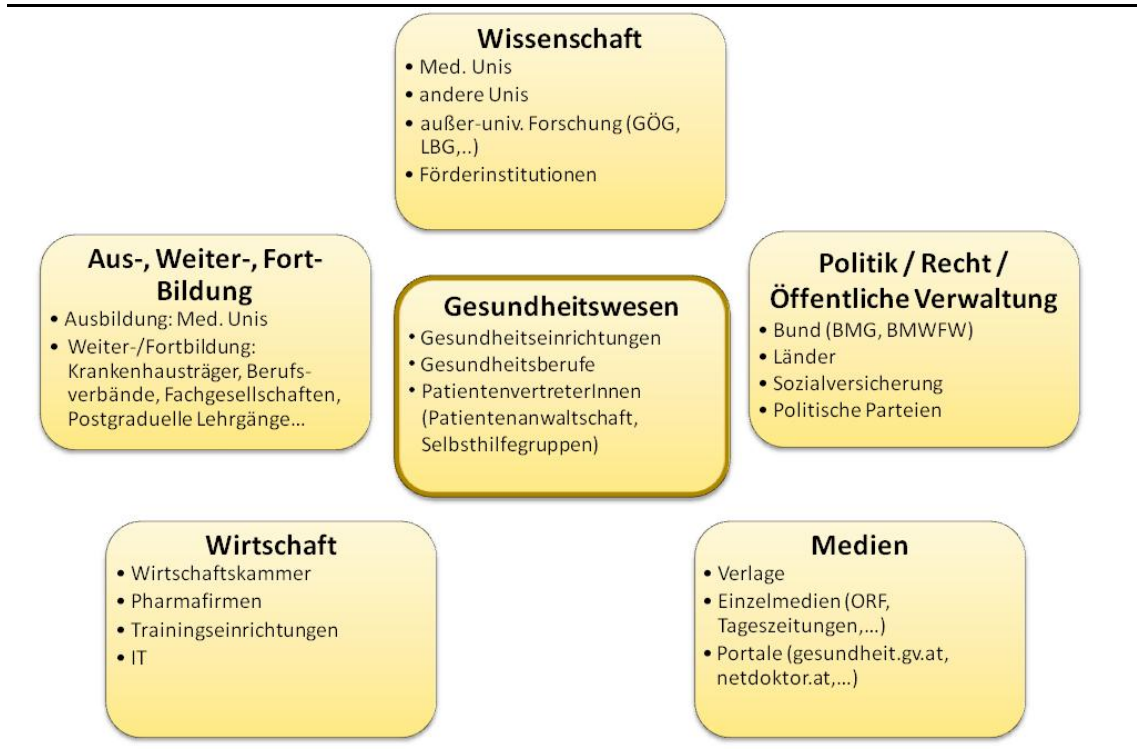
Die Stakeholder zur Gesprächsqualität lassen sich auf einer Landkarte von gesellschaftlichen Sektoren verorten (Nowak 2013), (vgl. Abbildung 4.3). Im Zentrum steht dabei der Sektor Gesundheitswesen. Zum *Gesundheitswesen* zählen

- » Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäuser, Ambulanzen sowie die dazugehörigen Trägereinrichtungen und niedergelassene Praxen, psychosoziale Dienste, Frauengesundheitszentren etc.,
- » Qualitätsorganisationen wie z. B. die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed), die Plattform Patientensicherheit,
- » Organisationen der Gesundheitsberufe wie z. B. die Ärztekammer und Fachgesellschaften wie die Österreichische Balintgesellschaft und
- » Patienten(vertreter/innen) wie v. a. die Patientenanwaltschaften und Selbsthilfegruppen, vertreten durch die ARGE Selbsthilfe Österreich, aber auch andere patientenseitige Initiativen und Organisationen.

Rund um diesen zentralen Sektor sind die weiteren Sektoren angesiedelt, die Einfluss auf die Gesprächsqualität im Gesundheitssystem haben: Im Bereich *Aus-, Weiter-, Fortbildung* sind als Ausbildungseinrichtungen v. a. die medizinischen Universitäten anzuführen, im Bereich der Weiter- und Fortbildung Krankenhausträger, Berufsverbände (v. a. Ärztekammer), Fachgesellschaften (z. B. Österreichische Gesellschaft für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin ÖGPPM, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin ÖGAM, Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie ÖGPO etc.) und postgraduelle Lehrgänge (z. B. die ÖÄK-Diplome PSY I–III, Public-Health-Universitätslehrgänge oder der Lehrgang „Management und Kommunikation für Health Professionals“ der Donau-Universität Krems). Zum Bereich *Wissenschaft* gehören auch die medizinischen Universitäten und Zentren für Public Health, Institute anderer Universitäten (z. B. Soziologie, Sprachwissenschaft, Ethik und Recht in der Medizin, Translationswissenschaft etc.), außeruniversitäre Forschungseinrichtungen (wie z. B. die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die Institute der Ludwig Boltzmann Gesellschaft (LBG) und schließlich wissenschaftliche Förderinstitutionen (wie FWF, FFG oder FGÖ). Im Bereich *Politik/Recht und öffentliche Verwaltung* sind der Bund, vertreten durch die Bundesministerien BMG und BMFWF, die Länder, die Sozialversicherung und die politischen Parteien anzuführen. *Medien* wie Verlage, Einzelmedien (wie z. B. der ORF und die österreichischen Tageszeitungen) und die diversen Internetportale (z. B. gesundheit.gv.at, netdoktor.at etc.) sind ebenfalls als Stakeholder anzusehen, zumal sie wichtige Aufgaben der Bildung von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung übernehmen und mit ihrer Berichterstattung das Arzt-Patient-Gespräch beeinflussen. Im Bereich der *Wirtschaft* stellen neben der Wirtschaftskammer die diversen Pharmafirmen, die IT-Branche, Trainingseinrichtungen sowie Klein- und Mittelunternehmen im Bereich Kommunikationsstraining wichtige Stakeholder dar.

Abbildung 4.3:

Übersicht über die Stakeholder zur Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung



Quelle und Darstellung: GÖG

4.2.3 Welche Bedingungsfaktoren müssten sich in Österreich ändern? Entwicklungsbedarf laut Expertinnen und Experten

Um jene Faktoren zu erheben, die sich in Österreich ändern müssten, um eine gute Arzt–Patient–Kommunikation zu ermöglichen, wurden Expertinnen und Experten danach gefragt,

- » wo sie fördernde und hindernde Faktoren für gute Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung sehen,
- » wo sie Entwicklungsbedarf im Bereich Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung sehen und
- » welche Wünsche in Hinblick auf eine verbesserte Arzt–Patient–Kommunikation sie an eine fiktive gute Fee richten würden.

Die Antworten auf diese Fragen werden hier zusammengefasst.

4.2.3.1 Makro- und Meso-Ebene

Gesundheitswesen und Organisationen des Gesundheitswesens

Generell bestand in den Interviews Konsens darüber, dass die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation nicht als Frage der individuellen Begabung und Motivation Einzelner gesehen werden sollte, sondern einer systematischen Steuerung bedarf. Dazu braucht es nach Meinung der Expertinnen und Experten strukturelle Reformen, wobei die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und weniger die des Systems ins Zentrum gestellt werden müssten. Optimierungsbedarf gäbe es v. a. auf Ebene der Versorgungsprozesse, weniger auf der Ebene der Versorgungsstrukturen.

Verändertes Rollenverständnis / veränderte Beziehungsmodelle

Die Befragten wiesen darauf hin, dass es zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation Veränderungen im Rollenverständnis und im Beziehungsmodell zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten bedarf: Die Rolle der Patientinnen und Patienten als informierte Akteure müsse gestärkt werden; dazu braucht es nach Meinung der Befragten mehr Patienteninitiativen in diesem Bereich. Die Verfügung über den eigenen Gesundheitsakt (ELGA) sei dazu ein Schritt in die richtige Richtung. Eine stärkere Beteiligung der Patientinnen und Patienten im Arzt-Patient-Gespräch müsse ermöglicht werden und Patientinnen und Patienten dürften nicht länger infantilisiert werden, zumal das Wissensmonopol der Gesundheitsprofis gefallen sei bzw. von vielen Patientinnen und Patienten in Frage gestellt würde. Das Modell des Shared Decision Making müsse in die ärztlichen Kommunikationsroutinen Eingang finden. Die Befragten betonten aber auch, dass die Diversität bei Patientinnen/Patienten hinsichtlich bevorzugter Rollenaufteilung und Beziehungsmodelle zu berücksichtigen ist: Nicht jeder/jede Patient/in möchte/könne in gleicher Weise in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Multiprofessionelle Versorgung und Zusammenarbeit der Gesundheitsprofis

Die Befragten thematisierten Aspekte der multiprofessionellen Versorgung und Zusammenarbeit im Team als Voraussetzungen für eine gute Arzt-Patient-Kommunikation. Der gesellschaftliche Wandel hin zu mehr chronischen Erkrankungen erfordere, dass sich das System auf diese Erkrankungen einstellt. Dazu gehört nach Meinung der Interviewten die verstärkte Zusammenarbeit von multiprofessionellen Teams. Eine starke Diversifizierung der Teams erfordere wiederum gut strukturierte interprofessionelle Kommunikation und möglicherweise eine (teilweise) gemeinsame Grundausbildung der Gesundheitsprofis. Neben der Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation und der interprofessionellen Kommunikation müsse auch die Kommunikation anderer Gesundheitsprofis verstärkt berücksichtigt werden. Die verstärkte Zusammenarbeit von multiprofessionellen Teams mache es erforderlich, kommunikationsfeindliche Hierarchien zwischen den Gesundheitsprofis und die Konkurrenz zwischen den medizinischen Disziplinen in Frage zu stellen („Runter von der Machtschiene!“). Aber auch das hierarchische Gefälle zwischen den Gesundheitsprofis und den Patientinnen/Patienten müsse verstärkt ins Bewusstsein der

Gesundheitsprofis gelangen und hinterfragt werden. Weiterhin bedürfe es klarer Rollenbilder, Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche der Gesundheitsprofis, um Überlagerungen der Systeme hinsichtlich der Aufgaben weitestgehend zu reduzieren. Dabei müsse nach Meinung der Befragten die Stellung der Ärztinnen/Ärzte unter den Gesundheitsprofis überdacht werden. Unterschiedliche Meinungen gab es in Bezug auf die Rolle der Allgemeinmedizin. Einerseits argumentierten die Expertinnen und Experten, dass die Allgemeinmedizin gestärkt werden muss, um die Sieb- bzw. Filterfunktion, die Rolle als Integrator und als fixe Bezugsperson und Ansprechpartner für Patientinnen/Patienten innerhalb des Gesundheitssystems besser erfüllen zu können. Die in Langzeitbeziehungen entstehende Vertrautheit fördere – so das Argument – die Arzt-Patient-Bindung und damit die Gesprächsqualität, während ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen einen negativen Effekt auf die Gesprächsqualität hat. Andererseits argumentierten die Befragten, dass Hausärztinnen/-ärzte die Rolle der fixen Bezugsperson nicht mehr übernehmen können und sollen. Um gerade für chronisch Erkrankte kontinuierliche Betreuung („continuity“) zu gewährleisten, bedürfe es nach Meinung mancher Interviewten neuer Berufsbilder (z. B. das der „community nurses“ für die Versorgung Diabetes-Erkrankter). Im stationären Bereich sollte nach Meinung der Interviewten der Fehleinsatz von Turnusärzten/-ärztinnen als Systemerhalter in Angriff genommen werden: Dazu bedürfe es einer Entfrachtung der Aufgaben, eines Mehr an Schreibkräften zur Bewältigung der bürokratischen Herausforderungen und der Übernahme von Aufgaben durch die Pflege, um Turnusärzte/-ärztinnen als Systemerhalter zu entlasten. Auch die Organisation innerhalb des Teams müsse überdacht werden und neue Modelle der Zusammenarbeit (wie z. B. eine integrierte ärztliche und pflegerische Anamnese) müssten gefunden werden. Andere Aufgaben wie die Patientenaufklärung vor Operationen könnten hingegen nicht ausgelagert werden, sondern müssten von dem Arzt / der Ärztin durchgeführt werden, der/die auch operiert. Dabei dürfe die Aufklärung nicht nur pro forma durchgeführt werden, sondern müsse vollständig und patientenorientiert erfolgen.

Medizinisch-ärztliches Selbstverständnis, Stellenwert und Wertschätzung von Kommunikation

Als zentrale Bedingung für gute Arzt-Patient-Kommunikation nannten die Befragten Veränderungen in Bezug auf das medizinisch-ärztliche Selbstverständnis und den Stellenwert und die Wertschätzung von Kommunikation. In Gesundheitsversorgungseinrichtungen – so die Interviewten – sollte die Förderung von Gesundheit höheren Stellenwert erhalten. Dies umfasse auch eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen, der nicht nur als Symptomträger gesehen werden darf. Die ärztlichen Rollen umfassen nach diesem Verständnis nicht nur die des Reparateurs/Technikers, sondern auch die des Helfers zur Selbsthilfe (im Sinne eines aktiven Katalysators für die Herstellung von Gesundheit) und die des Begleiters bis zum Lebensende. Nach diesem Verständnis kommt auch der Kommunikation ein anderer Stellenwert als bisher zu: nicht mehr der eines weglassbaren „nice to have“ oder eines gewünschten, aber nicht notwendigen „soft skills“, sondern der einer therapeutischen Leistung. Kommunikation wird in diesem Verständnis als Werkzeug und Intervention gesehen, die zentral ist für Patientensicherheit (Reduktion von Behandlungsfehlern), Compliance, Rückfallsvermeidung und Reduktion von Drehtürpatienten (d. h. häufigen Wechseln von Aufnahmen und Wiederentlassungen einzelner Patientinnen/Patienten). Achtsamkeit, Zuhören und Herstellung von Bedeutung durch Kommunikation sollten durch die wissenschaftliche Medizin stärker als Wirkfaktoren genutzt werden, anstatt unter dem breiten Placebobegriff verborgen zu werden. Ärztliche Gesprächsführung

sollte also als professionelle Aufgabe und genuiner Bestandteil des ärztlichen Berufs erkannt werden, der nicht ausgelagert werden kann. Wort, Arznei und Messer sollten den gleichen Stellenwert haben. Dazu muss nach Meinung der Interviewten Gesprächsqualität als explizites Thema der Gesundheitsprofis anerkannt werden. Auf der Ebene von Krankenanstaltenverbänden bedürfe es dazu eines Bewusstseinswandels, der berücksichtigt:

- » Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ist das Kerngeschäft.
- » Die Folgen von gelungener Gesprächsführung sind weitreichend und u. a. auch auf gesundheitsökonomischer Ebene angesiedelt.

Kommunikation im Sinne des persönlichen Gesprächs zwischen Gesundheitsprofis und Patientinnen/Patienten (im Gegensatz zu Kommunikation im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit) müsste dazu verstärkt zum Thema der Stabsstellen Kommunikation von Krankenanstaltenverbänden werden. Auf Ebene der Gesundheitsorganisationen bedürfe es einer verstärkten Wertschätzung der ärztlichen Arbeit und der Wertschätzung und Relevanzsetzung von Gesprächsführung. Die Expertinnen und Experten betonten, dass eine Sensibilisierung für den Stellenwert von Gesprächsführung allein zu wenig sei, und dass die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation verstärkt als Führungsaufgabe und -verantwortung gesehen werden müsse. Dies bedeutet, dass allen voran die Führungsebene die Wichtigkeit von Kommunikation erkennen und der Nutzen von guter Gesprächsqualität aufgezeigt werden muss, dass entsprechende Rahmenbedingungen (Raum, Zeit) geschaffen und einschlägige Fortbildungen angeboten werden müssen. Entscheidungsspielräume innerhalb der Budgetrahmen von Primarii müssen verstärkt zugunsten einer Verbesserung von Gesprächsqualität genutzt werden, was ein besseres Abwägen zwischen „Hi-tech“ und „Hi-touch“ erfordert.

Entlastung des Arzt-Patienten-Gesprächs

Zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation muss nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten das Arzt-Patient-Gespräch entlastet werden. Um besser sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten an den „Best Point of Service“ gelangen, seien Modelle wie das telefon- und webbasierte Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB), aber auch gezielte Schulungen von Telefonistinnen und Telefonisten geeignete Maßnahmen. Auch die Einsicht der Ärztinnen/Ärzte in die Patientenwege durch die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) könne das Arzt-Patient-Gespräch von zeitintensiven Nachforschungen entlasten. Die Befragten unterstrichen dabei jedoch, dass ein richtiger Einsatz derartiger Tools Voraussetzung für eine tatsächliche Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation sei. Großes Potenzial für die Entlastung des Arzt-Patient-Gesprächs sehen die Interviewten auch in der Reduktion bzw. Re-Organisation von Dokumentationsaufgaben (s. o. unter ‚Multiprofessionelle Versorgung und Zusammenarbeit der Gesundheitsprofis‘).

(Neue) Informations- und Kommunikationstechnologien

Im Kontext neuer Informations- und Kommunikationstechnologien müssten nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten zum einen Verhaltensänderungen von Patientinnen/Patienten wie das Nutzen von Gesundheitsinformationen im Internet stärker berücksichtigt

und im Arzt–Patient–Gespräch entsprechend flankiert werden. Zum anderen sollte das Potenzial digital unterstützter Aufklärung durch den Einsatz neuer Informations– und Kommunikationstechnologien (z. B. Tablet–gestützte Aufklärung wie „animedes“, vgl. Anhang) verstärkt genutzt werden. Aber auch analoge Hilfsmittel zur Informationsvermittlung wie Bilddarstellungen und Texte in großer Schrift in allen wichtigen Sprachen sollten vermehrt zum Einsatz kommen. Für häufige Szenarien im Rahmen von chronischen Erkrankungen (v. a. Herz–Kreislauf–Erkrankungen) sollten Tools zur Risiko–Einschätzung und –Kommunikation (wie „arriba“, vgl. Anhang) genutzt werden. Kompetenzstellen/–zentren auf Bund– oder Länderebene zur Gestaltung von Patientinformation könnten nach Meinung der Befragten hilfreich sein.

Feedbacksysteme

Inbesondere in Hinblick auf Patientensicherheit gälte es nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten, Feedbackschleifen in Gesundheitsorganisationen zu verbessern. Ähnlich wie es in der Luftfahrt bereits seit langem Usus ist, müsse es auch in der Medizin Teil der Kultur werden, dass hierarchisch niedriger gestellte Mitarbeiter hierarchisch höher gestellte auf Fehler aufmerksam machen. Dazu würde es gemäß den Befragten hilfreich sein, wenn Hierarchien in Gesundheitsorganisationen flacher werden. Gesundheitsorganisationen sollten sich auch bzgl. kommunikativer Leistungen als lernendes System verstehen.

Rahmenbedingungen

Mehrheitlich wurde von den befragten Expertinnen und Experten auch die notwendige Verbesserung von Rahmenbedingungen thematisiert, die derzeit die Umsetzbarkeit guter Arzt–Patient–Kommunikation erschweren bzw. verunmöglichen.

Zeit

Der Faktor Zeit wurde in den Interviews unterschiedlich diskutiert: Von manchen Interviewten wurde ein Mehr an Zeit für das Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gefordert, zumal – so das Argument jener Befragten – Zeit förderlich für eine gute Gesprächsqualität sei. Manche Befragten präzisierten den Wunsch nach Zeit dahingehend, dass es um selbst verwaltete Zeit und das bewusste Einsetzen des Sprechens mit Patientinnen und Patienten in einem explizit gemachten Zeitrahmen gehe.

Andere Interviewte argumentierten hingegen dahingehend, dass ein gelingendes Gespräch weitgehend von Zeit unabhängig sei, und dass es in Hinblick auf den Faktor Zeit einer qualitativen anstatt einer quantitativen Verbesserung bedürfe. Schließlich wurde auch angeführt, dass die wissenschaftliche Evidenz zeige, dass gelungene Gespräche nicht mehr Zeitbedarf bedeuten, sondern dass eine Verbesserung der Gesprächsqualität auch eine Zeitersparnis bedeuten könne. Dieser Umstand müsse verstärkt ins Bewusstsein von Ärztinnen/Ärzten gerufen werden. In Hinblick auf den Faktor Zeit wurde auch auf alternative Modelle hingewiesen: In Österreichs Ordinationen sei es üblich, dass Patientinnen/Patienten früher oder später kommen und von den Ärztinnen/Ärzten früher oder später aufgerufen werden, d. h. Verschiebung von Terminen

stunden an der Tagesordnung und Ärztinnen/Ärzten ersparten sich Zeit, wenn sie einen Patienten schneller abfertigen. Ein alternatives Modell findet sich in der Schweiz, wo es einen fixen 15-Minuten-Termin für jeden Patienten / jede Patientin gäbe und sich die Beteiligten weitgehend an diesen Rahmen hielten.

Auch das Arbeitszeitmodell von Ärztinnen/Ärzten wurde von den befragten Expertinnen und Experten hinterfragt. Die Gesamtarbeitszeit und der Arbeits- und Leistungsdruck müssten nach Meinung der Befragten durch verstärkte personelle Ressourcen und neue Lösungsmodelle zur Organisation der Arbeitsteilung (z. B. Teilzeitarbeit) reduziert werden, um die Arzt-Patient-Kommunikation zu verbessern.

Raum

Auch in der Optimierung räumlicher Bedingungen sehen die Befragten Potenzial für eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation. So bedürfe es vermehrt echter Begegnungsräume für Gesundheitsprofis und „stiller Ecken“ für das ungestörte Gespräch mit Patientinnen und Patienten.

Personelle Ressourcen: s.o. unter dem Stichwort „Zeit“

Finanzielle Ressourcen

Nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten müsse darüber diskutiert werden, dass das System mehr will, als es bereit ist zu zahlen. Die zunehmende Technisierung der Medizin und der trügerische Schluss, dass "mehr Medizin zu mehr Gesundheit" führt, führten zu einer Verschwendung von Ressourcen und damit einer Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Dem müsse entgegengetreten werden, indem Verständnis für die Option „*nichts tun*“ entwickelt wird, wenn Nichtstun die bessere Wahl ist (z. B. durch Initiativen wie „Choosing wisely“ vgl. Anhang). In Hinblick auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems müsse – den befragten Expertinnen und Experten folgend – volkswirtschaftliche Rentabilität anstelle von betriebswirtschaftlicher Rentabilität als Maßstab herangezogen werden.

Patienten(vertretung)

Einig waren sich die befragten Expertinnen und Experten weitgehend darüber, dass es auch von Seiten der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Vertretungsorganisationen Anstrengungen zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation bedürfe. Vermehrte Patienteninitiativen wie z. B. Patientenschulungen sollten das Wissen in der Bevölkerung, was Gesundheit ist, und das Verständnis für Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erhöhen und so zu einer Fortsetzung der Aufklärung (im gesellschaftspolitischen Sinn der Reformbewegung des 18. Jhdts.) führen. Wichtig erscheint den Befragten dabei, Gesundheitsverhalten stärker positiv zu konnotieren. Patientenvertretungsorganisationen sollten insbesondere die kommunikativen Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten in der Entwicklung des Gesundheitswesens und seiner Organisationen betonen und durchzusetzen helfen.

Bildung

Konsens bestand in den Interviews darüber, dass für eine Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation bestehende Defizite im Bildungssystem behoben werden müssten. Gemäß dem Ansatz „Health in All Policies“ stelle Bildung einen zentralen Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz dar. Das System müsse dafür sorgen, dass Menschen lese- und schreibkompetent die Schulen verlassen. Gesundheitskompetenz müsse stärker als bisher bereits in der Schule gebildet werden.

Nach Meinung einiger Expertinnen und Experten sollte auch die Schularzt–Rolle überdacht werden. Der Schularzt / die Schulärztin (oder sogenannte „school nurses“) sollten verstärkt Maßnahmen der Gesundheitserziehung setzen. Aber auch außerhalb der Schulen sollten Maßnahmen verstärkt werden, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. Verstärkt investiert werden sollte hier beispielsweise in Gesundheitsbildungsmaßnahmen für chronisch erkrankte Personen z. B. bei Diabetes–Erkrankten. Besonderes Augenmerk gälte es auf Kinder und Jugendliche und vulnerable Gruppen zu legen.

Ausbildung

Einig waren die Interviewten auch darüber, dass in Hinblick auf eine Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation die Lehre und Überprüfung dieser in Form eines Abstufungskonzepts systematisch in die Aus–, Weiter– und Fortbildung integriert werden müsse und nach wie vor bestehende Defizite behoben werden müssten. Die Überzeugung "Entweder kann man kommunizieren oder nicht" müsse der Überzeugung "Gesprächsführung kann man lernen" weichen (Erlernbarkeit statt Frage der natürlichen Begabung).

Studierenden–Selektion

Eine Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation durch Veränderungen in der Ausbildung beginne mit einer adäquaten Auswahl von Medizinstudierenden, die auch soziale Kompetenzen ausreichend berücksichtigt. Aber auch die Selektion von Kandidatinnen und Kandidaten für die Ausbildung zu Fächern, die besonders hohe Anforderungen an kommunikative Kompetenzen stellen – wie etwa die Allgemeinmedizin – bedürfe besonders sorgfältiger Anwendung von Auswahlkriterien.

Integrierte, interdisziplinäre, interprofessionelle, longitudinale, multi-methodologische Kommunikationscurricula, die auch Prüfungen integrieren

Nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten bedürfe es einer weiteren Reformierung von Curricula in der medizinischen Ausbildung. Diese müssten kommunikative Kompetenzen verstärkt integrieren, und zwar in Form eines systematischen Unterrichts mit Integration medizinisch–fachlicher und kommunikativer Inhalte. Der Kommunikationsunterricht sollte fächerübergreifend sein. Er sollte auch über Themen jenseits des Gesprächs zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in hinausgehen, d. h., auch Themen der interprofessionellen Kommuni–

kation beinhalten. Kommunikative Kompetenzen sollten auch in die Ausbildungen anderer Gesundheitsprofis verstärkt integriert werden, eine (teilweise) gemeinsame interprofessionelle Ausbildung in Gesprächsführung sollte angedacht werden. Kommunikation sollte im Studienverlauf als fixer Bestandteil, aufbauend, wiederholend vom ersten Semester bis zum Studienende – und nicht nur punktuell – gelehrt und geprüft werden; das systematische Kommunikationscurriculum darf nicht an der Schnittstelle zum letzten Studienabschnitt mit vermehrtem Patientenkontakt abbrechen.

Auch im klinisch–praktischen Jahr, in der Basisausbildung und in der Ausbildung zum Arzt / zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt / zur Fachärztin müssten ein systematischer verpflichtender Kommunikationsunterricht und eine Überprüfung der kommunikativen Kompetenzen verankert werden. Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen hätten theoretisch und praktisch (durch Üben und praktische Simulation von Gesprächen) und mit hoher Bewertung im Studium zu erfolgen. Ungenügende kommunikative Kompetenzen müssten Konsequenzen zur Folge haben.

Qualität des Kommunikationsunterrichts

Unterstrichen wurde von einigen Befragten, dass die Qualität des Kommunikationsunterrichts entscheidend sei: Technokratischer Kommunikationsunterricht „nach Schema F“ funktioniere bei ohnehin begabten Studierenden, jedoch nicht bei weniger begabten, die durch diese Art des Unterrichts noch technokratischer würden. Zur Hebung der Qualität des Kommunikationsunterrichts bedürfe es nach Meinung der Expertinnen und Experten der Entwicklung von innovativen Kursen in der Ausbildung.

Bewusstsein, Kultur und Wertigkeit

Die großen Fortschritte, die es in Hinblick auf die Implementierung von Kommunikationsunterricht in der Ausbildung bereits gibt, können nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten nur dann voll wirksam werden, wenn den Studierenden die Bedeutung der Arzt–Patient–Kommunikation bewusst ist. Den Studierenden müsse klar werden, dass kommunikative Kompetenzen mindestens ebenso wichtig sind wie z. B. Skills zur Reanimation: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein/e Mediziner/in im Laufe seines/ihrer Arztlebens in die Verlegenheit kommt, eine aussichtsreiche Reanimation durchzuführen, sei gering, kommunizieren müssten Ärztinnen und Ärzte jedoch an jedem Tag ihres Arztlebens. Um ein solches Bewusstsein zu erreichen, bedürfe es einer entsprechenden Kultur an den medizinischen Universitäten, dem Thema gebührende Relevanz beizumessen. Sinnvolle Strategien dafür könnten die Unterstützung durch Rektorinnen/Rektoren und konsequente Arbeit nach innen und außen (in Form von interdisziplinären (Forschungs)kooperationen, Publikationen, Vorträgen und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema) sein. Es bedürfe weiterhin einer adäquaten Didaktik (s. o.), die den Studierenden ärztliches Handeln im Sinne eines somato–psycho–sozialen Bildes von Krankheit und Gesundheit nicht austreibe, sondern ihnen dessen Notwendigkeit vor Augen führe. Wichtig sei aus Sicht der Befragten, Studierende nicht zu zwingen, da dieser Zwang die Gefahr in sich berge, dass Studierende im Sinne politischer Korrektheit nur im Unterricht jene kommunikativen Techniken

anwendeten, die der Dozent lehrt, die entsprechende Haltung dahinter jedoch nicht entwickelten, geschweige denn in den späteren beruflichen Alltag transferierten. Die Wertigkeit kommunikativer Kompetenzen müsse gerade an der Schnittstelle zum Klinikalltag erhöht werden und dürfe nicht hinter fachlich-medizinischem Wissen hinterherhinken.

Ressourcen

Um gute Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen zu gewährleisten, bedürfe es nach Meinung der Expertinnen und Experten vermehrter Ressourcen, d. h. vor allem finanzieller Ressourcen für Trainingsmaterial, Technik und Personal.

Gesetzliche Verankerung und rechtliche Aspekte

Die verpflichtende Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen müssten den Experteninterviews zufolge in angemessener Weise in der neuen ärztlichen Ausbildungsordnung festgeschrieben werden. Datenschutzrechtliche Bestimmungen, die praktisches Üben von Gesprächen in der Ausbildung mit Hilfe von Videoaufzeichnungen einschränken, müssten als Hindernis aus dem Weg geräumt werden.

Schnittstelle Universität-Klinik

Besondere Relevanz für eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation messen die Expertinnen und Experten der Schnittstelle zwischen universitärer Ausbildung und der Ausbildung bzw. dem beruflichen Alltag in klinischen Einrichtungen bei. Um den Transfer des Gelernten zu ermöglichen und zu vermeiden, dass Mediziner/innen, die an der Universität gut in kommunikativen Kompetenzen ausgebildet wurden, durch den praktischen beruflichen Alltag an den Kliniken desillusioniert und demotiviert werden, müssten die Rahmenbedingungen des Klinikalltags verbessert werden. Die Vorbildwirkung früherer Generationen im Berufsalltag müsse berücksichtigt werden, und die Entwicklung hin zu einer verbesserten Kommunikationskultur müsse von oben (top-down) und von unten (bottom-up) getragen und gelebt werden. Nach Meinung der Befragten bedürfe es weiters der organisatorischen Integration der Kommunikationsausbildung in die praktischen Einrichtungen (Famulaturen, Tertiale, KPJ).

Weiter-/Fortbildung

Generell bestand in den Interviews Konsens darüber, dass auch über die Ausbildung hinaus Ärztinnen und Ärzte laufend in Arzt-Patient-Kommunikation geschult werden müssten. Gerade für schwierige Gesprächssituationen bedürfe es hochspezifischer kommunikativer Kompetenzen, deren Vermittlung teilweise zu anspruchsvoll für die Ausbildung sind und die erst sinnvoll in der berufsbegleitenden Weiter- und Fortbildung verstanden, erlernt, geübt und vertieft werden könnten.

Herrschendes Paradigma und Sozialisierung, Wertigkeit und Kultur

Einen zentralen Ansatzpunkt sehen die befragten Expertinnen und Experten in der Sozialisierung der Ärztinnen/Ärzte: Dem vorherrschenden dialektisch empirisch-naturwissenschaftlichen Paradigma der (Bio-)Medizin, das zu einem „Objektivitätswahn“ und einer „Multiple Choice-Sozialisierung“ von Medizinerinnen und Medizinern führt, müsste mit einer Öffnung in Richtung Persönlichkeitsentwicklung und emotionaler Aspekte in allen Gesundheitsberufen begegnet werden. Selbsterfahrung, Coaching, Supervision, Balintarbeit, Peer-Support-Systeme und Qualitätszirkel zu einschlägigen Themen könnten geeignete Methoden sein, um Persönlichkeitsentwicklung und emotionale Aspekte in allen Gesundheitsberufen verstärkt zu berücksichtigen. Damit müsste nach Meinung der Interviewten auch einhergehen, kommunikativen Kompetenzen eine größere Wertigkeit zu geben. Dabei dürfte es jedoch nicht darum gehen, Verantwortung für Arzt-Patient-Kommunikation zu individualisieren und im Sinne eines "blame the victim" allein Ärztinnen und Ärzten für Defizite der Arzt-Patient-Kommunikation verantwortlich zu machen. Vielmehr müsste es darum gehen, die intrinsische Motivation von Ärztinnen und Ärzten zur Weiterentwicklung kommunikativer Kompetenzen zu stärken. Dafür braucht es nach Meinung der Befragten auch einen Wandel hin zu einer Kultur des lebenslangen Lernens auch im Bereich Gesprächsführung. Kontinuierliche Weiter-/Fortbildung im Bereich Arzt-Patient-Kommunikation müsste aus der „schambesetzten Heimlichkeit“ gehoben werden und Teil der Organisationskultur von Gesundheitseinrichtungen werden. Konkret müsste es dazu Fortbildungsbestimmungen von Krankenhausträgern geben, Personalentwickler müssten über entsprechende Angebote (z. B. zu Schulungsmaßnahmen) systematisch informiert werden und die Angebote müssten durch die Personalabteilungen vergeben werden.

Qualität

Wie auch in der Ausbildung sehen die befragten Expertinnen und Experten die Qualität von Weiter-/Fortbildungsangeboten zur Arzt-Patient-Kommunikation als entscheidenden Faktor. Schlechte Kommunikationstrainings, die schlechte Kommunizierer/innen noch schlechter machen oder frustrieren, müssten durch qualitativ hochwertige Trainingskonzepte ersetzt werden.

Freiwillig vs. verpflichtend

Nach Meinung der Interviewten sollten einschlägige Mitarbeiterschulungen nicht auf freiwilliger Basis angeboten werden, vielmehr sollten regelmäßige Weiter-/Fortbildungen zu Kommunikation als verpflichtendes Curriculum verankert werden.

Finanzierung

Thematisiert wurde auch die Frage der Finanzierung der Kommunikationslehre in der Weiter-/Fortbildung: Wenn diese verpflichtend eingeführt wird und nicht länger eine Frage der Eigeninitiative von Ärztinnen und Ärzten sein soll, sondern systematisch gesteuert werden soll, bedürfe es eines Finanzierungskonzepts, das die Kosten nicht auf die Teilnehmerin-

nen/Teilnehmer abwälzt. Vor dem Hintergrund, dass Kommunikation als Weiter-/Fortbildung derzeit vorwiegend von der Industrie bezahlt wird, müssten neue Kooperationsmöglichkeiten mit der Industrie und/oder Investitionen der öffentlichen Hand überlegt werden.

Wissenschaft

Auch im Sektor Wissenschaft sehen die befragten Fachleute Handlungsbedarf in Hinblick auf eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation. Zum einen bedürfe es verstärkter Grundlagenforschung, um die Mechanismen der Arzt-Patient-Kommunikation und der Lehre und Überprüfung kommunikativer Kompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung besser zu verstehen. Zum anderen sehen die Interviewten die Wissenschaft gefordert, evidenzbasierte internationale Standards, Indikatoren und Leitlinien zur Arzt-Patient-Kommunikation zu erstellen. Die Wissenschaft sei auch gefordert, Instrumente zur Evaluation der kommunikativen Alltagspraxis und zur Performance-Messung von Gesundheitseinrichtungen im Bereich Gesprächsqualität zu entwickeln.

Politik

Politischer Diskurs

Ganz allgemein sehen die befragten Expertinnen und Experten die Notwendigkeit, dass das Thema Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation verstärkt Eingang in den politischen Diskurs findet. Es brauche einen klaren politischen Auftrag zur langfristigen Weiterentwicklung, und Entscheidungsträger müssten sich dem Thema verschreiben. Dabei könne und soll an unterschiedliche politische Zielsetzungen wie Gesundheitsökonomie, Patientensicherheit oder Entlastung von klinischem Personal angeknüpft werden.

Nach Meinung der Befragten müsse auch stärker ins Bewusstsein gerufen werden, dass die öffentliche Kommunikation auf der Makro-Ebene (z. B. von Bund, Ländern, SV) Einfluss auf das individuelle Arzt-Patient-Gespräch hat: So wirkten sich beispielsweise Strategien zur öffentlichen Kommunikation bei Themen wie Grippeimpfung, Ebola, Vogelgrippe etc. auch auf das individuelle Arzt-Patient-Gespräch aus. Hier müsse nach Meinung der Befragten stärker auf Strategien zum Abbau von in der Öffentlichkeit bestehenden Ängsten gesetzt werden, wenn diese nicht begründet sind.

Die Politik sei auch gefordert, wenn es um die Herstellung gesundheitsfördernder Lebenswelten geht. Eine Verbesserung der Bedingungen, unter denen Gesundheit hergestellt werden kann (z. B. mehr Bewegung in der Schule), wirke sich mittelbar auch positiv auf die Voraussetzungen der Arzt-Patient-Kommunikation aus.

Finanzielle Anreize

Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten bedarf es zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation einer Anpassung der Honorierung weg von einem mengenoptimierenden System mit einer Deckelung für Gespräche hin zu einer Honorierung von Gesprächsführung als abrechenbare Leistung (bei entsprechendem Aus-/Weiter-/Fortbildungsnachweis). Die Zeit für Gespräche mit Patientinnen und Patienten müsse sich im Abrechnungssystem wiederfinden. Es müssten, so die Fachleute, finanzielle Anreize zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation gesetzt werden. Im Idealfall seien dies positive finanzielle Incentives und keine finanziellen Nachteile. Andere Interviewte äußerten sich dahingehend, dass das Arzt-Patienten-Gespräch als Grundelement der ärztlichen Tätigkeit verstanden werden müsse und daher prinzipiell nicht gesondert bezahlt werden solle. Anstatt für jede Minute Redezeit mehr zu bezahlen, müsse nach Pauschalen und nach Leistung („pay for quality/performance“) gezahlt werden. Dies könne jedoch nur auf Basis einer Ergebnisqualitätsmessung stattfinden.

Was die Finanzierung der Veränderungen betrifft, die aus Sicht der Befragten in Hinblick auf eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation notwendig sind, bedürfe es einer klugen Verteilung von Mitteln. Die Expertinnen und Experten regen eine Umverteilung von Mitteln zugunsten der „Sprechenden Medizin“ an. Im Zuge einer solchen Umverteilung müsse prinzipiell überdacht werden, welche Kosten von Patientinnen/Patienten selbst mitgetragen werden müssen (z. B. Kosten für Verletzungen bei Risikosportarten) und welche Kosten von der Allgemeinheit zu tragen seien. Nach Einschätzung der Befragten würde eine „sprechende Medizin“ (narrative-based medicine) das System weder billiger noch teurer machen, sondern nur mit einer Umverteilung einhergehen. Der Gewinn wäre aber jedenfalls eine andere Medizin, die Gesundheit als autoregulative Kompetenz, mit Störungen umzugehen bzw. diese zu kompensieren, auffasst und die den Patientinnen und Patienten mehr Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit gibt.

Rahmenbedingungen

Bei der von den befragten Expertinnen und Experten geforderten Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen (v. a. Zeit und Raum, s. o.) sei ebenfalls die Politik gefordert, entsprechende Konzepte vorzustellen.

Qualitätsstandards, -messung und -transparenz

Den befragten Fachleuten folgend müsse die Politik durch Qualitätsstandards, -messung und -transparenz dafür sorgen, dass auch im niedergelassenen Bereich systematische Qualitätssicherung in Hinblick auf kommunikative Leistungen erfolgt. Die Sozialversicherung sei gefordert, Qualitätsstandards in Bezug auf Kommunikation in Zielvereinbarungen und Leistungsvereinbarungen festzuschreiben. Die Qualität von Arzt-Patient-Kommunikation müsse zentral in der Performance-Messung von Ärztinnen/Ärzten eingebaut werden und auch in Themenqualitätsberichten transparent gemacht werden. Die Ergebnisse von Kunden (Versicherten-)zufriedenheitsbefragungen in Bezug auf Kommunikation sollten veröffentlicht werden.

Recht

Juristische Änderungen wurden von den Interviewten als wichtiger Ansatzpunkt für eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation genannt. Zum einen wurde unterstrichen, dass rechtliche Vorgaben die einzige Chance seien, um Krankenhaussträger zum Handeln zu bewegen. Weiters sollten positive legistische Incentives gesetzt werden, die eine gute Arzt-Patient-Kommunikation fördern. Zum anderen müsse nach Meinung der Expertinnen und Experten der sich ausweitenden reinen Absicherungsmedizin, die zu überbordendem Dokumentationsaufwand und Bürokratie führe, ein Riegel vorgeschoben werden. Bei Aufklärungsgesprächen etwa müsse wieder sichergestellt werden, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten primäres Ziel ist und nicht die haftungsrechtliche Absicherung.

Medien

Die Befragten sehen die Medien in der Verantwortung, durch einen besseren Gesundheits-/Medizinjournalismus zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beizutragen und Verständnis für Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit sowie eine positive Konnotation von Gesundheitsverhalten zu erzeugen. Angeregt wurde ferner, einen Kommunikationspreis "Die/Der gut kommunizierende Ärztin/Arzt" auszuschreiben.

Wirtschaft

Im Bereich der Wirtschaft geht es aus Sicht der befragten Fachleute u. a. darum, die „Befindlichkeitsmedizin“ (im Sinne von wachsenden Ansprüchen in Hinblick auf medizinisch nicht notwendige Behandlungen) einzudämmen. Weiters regten die Interviewten einen Ideenwettbewerb für kreative Tools zum Arzt-Patient-Gespräch (z. B. Tablet-gestützte Informationsvermittlung und Aufklärung) an.

4.2.3.2 Mikro-Ebene

Neben den Einflussfaktoren auf der Makro- und Meso-Ebene wurden von den befragten Expertinnen und Experten Bedingungsfaktoren genannt, die stärker auf der individuellen Ebene der Personen, also auf einer Mikro-Ebene, angesiedelt sind. Dazu zählen zum einen individuelle Voraussetzungen und Kompetenzen von Ärztinnen/Ärzten, zum anderen individuelle Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehöriger. Diese werden hier nur knapp angedeutet, da die Ansatzpunkte für Veränderung primär auf der Makro- und Mesoebene gesehen werden.

Individuelle Voraussetzungen und Kompetenzen von Ärztinnen/Ärzten

Zu den individuellen Voraussetzungen der Ärztinnen/Ärzte zählen nach Meinung der befragten Fachleute die Persönlichkeit der Ärztinnen/Ärzte, deren eigene Kommunikationserfahrungen mit

guter Gesprächsqualität und deren Haltungen den Patientinnen und Patienten gegenüber. Auf der Verhaltensebene gilt es zu berücksichtigen, dass das Verhalten von Ärztinnen/Ärzten häufig von sehr stabilen und unhinterfragten Kommunikationsroutinen geprägt ist. Die Interviewten führten darüber hinaus individuelle Kompetenzen der Ärztinnen/Ärzte als Voraussetzungen für verbesserte Arzt–Patient–Kommunikation an. Dazu zählten ganz allgemein der bewusste bedarfsgerechte Einsatz von Kommunikation, angepasst an unterschiedliche kommunikative Anforderungen, und der Abgleich der Vorstellungen im Sinne einer partnerschaftlichen (coachingenden) Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Eine Schlüsselkompetenz für diese Art der Kommunikation sei auch das adäquate Patienten–Management (d. h. Patientenführung), das auch die Nutzung von „teachable moments“ bei Patientinnen und Patienten umfasst (d. h. jener Momente, in denen Patientinnen/Patienten besonders empfänglich für Gesundheitsbildung sind). Eine partnerschaftliche Kommunikation bedürfe auch laufender Orientierung für Patientinnen/Patienten und der Übersetzung der Inhalte auf Patientenebene, um Verständlichkeit und Beteiligung der Patientinnen/Patienten zu gewährleisten.

Was den Faktor Zeit betrifft, ist es nach Meinung der Befragten neben der Anpassung der hinderlichen Rahmenbedingungen auch notwendig, dass Ärztinnen/Ärzte ein besseres Zeitmanagement lernen.

Individuelle Fähigkeiten der Patientinnen/Patienten und Angehörigen

Zu den individuellen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehöriger zählen nach Meinung der Interviewten die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu bewerten, die Qualität medizinischer Leistungen einzuschätzen, Kompetenzen für die Informationsbeschaffung und Verständnissicherung (z. B. Fragen stellen, Nachfragen, Zusammenfassen, Notizen machen), Kompetenzen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit Ärztinnen/Ärzten, für den Umgang mit schwierigen Situationen und die Klärung von Konflikten mit Ärztinnen/Ärzten und für die Vor- und Nachbereitung von Gesprächen (siehe auch Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen 2011).

4.3 Welche Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich?

Die hier gesammelten österreichischen Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Arzt–Patient–Kommunikation repräsentieren eine Auswahl von Maßnahmen, die auf Hinweisen von befragten Expertinnen und Experten beruhen. An dieser Stelle ist limitierend anzumerken, dass durch die Auswahl der Expertinnen und Experten insbesondere Initiativen aus Wien und Niederösterreich genannt werden. Die breit gestreuten Hinweise umfassen neben Maßnahmen, die im engeren Sinne auf verbesserte Arzt–Patient–Kommunikation abzielen, auch diverse Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erweitern sollen, und Maßnahmen zur Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen am Modell der psychosozialen bzw. sprechenden Medizin oder zur Re–Organisation des Gesundheitswesens insgesamt. Diese Breite ergibt sich zum einen aus der Kontextualisierung dieser Grundlagenarbeit als Maßnahme zur Umsetzung

des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, zum anderen aus dem GÖG-Ansatz, Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation nicht nur als Aufgabe von Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen/Ärzten aufzufassen, sondern als eine Aufgabe verschiedener gesellschaftlicher Sektoren. Die Entwicklungsinitiativen können und sollen hier jedoch nicht in dieser Breite wiedergegeben werden. Dennoch sollen exemplarisch auch einige der genannten allgemeinen Maßnahmen zur Erhöhung von Gesundheitskompetenz, der Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen am Modell der psychosozialen bzw. sprechenden Medizin oder der Re-Organisation des Gesundheitswesens angeführt werden, um zu verdeutlichen, welcher Bandbreite an flankierenden Maßnahmen es für die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation in Österreich bedarf (und z. T. schon gibt).

Nachfolgend sind Entwicklungsinitiativen in den verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren zusammengefasst dargestellt. Die vollständige Sammlung dazu sowie eine Sammlung und Analyse internationaler Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen findet sich in Sator et al. (2015a).

Zum **Sektor Ausbildung** fanden sich:

- » **Kommunikationscurricula** der Medizinischen Universitäten, z. B.:
 - » Skills Line Ärztliche Gesprächsführung A, B und C (Med Uni Wien),
 - » Pflichttracks Basics der professionellen ärztlichen Gesprächsführung und Kommunikative Kompetenzen (Med Uni Graz),
 - » Curriculum Ärztliche Gesprächsführung (Med Uni Innsbruck),
 - » Line Soziale Kompetenz (Med Uni Wien)
- » einschlägige **Unterrichtselemente** innerhalb dieser Curricula, z. B.:
 - » Schauspielpatienten-Programm (Med Uni Wien),
 - » Anamnesegruppen (Med Uni Wien und Graz)
- » **Train-the-Trainer**-Veranstaltungen für die Lehrenden dieser Curricula, z. B.:
 - » Kommunikative Kompetenzen an der Med Uni Wien lehren,
 - » Lehrenden-Workshop (Med Uni Wien)

Der **Sektor Weiter- und Fortbildung** umfasst:

- » einen Schwerpunkt Initiativen aus dem Bereich der **Psychosomatik**, deren Grundlage das Modell der psychosozialen bzw. sprechenden Medizin darstellt, wie z.B.:
 - » PSY I-III-Diplome (ÖÄK),
 - » Universitätslehrgang *Psychosomatik für Gesundheitsdienste* (Donau-Universität Krems),
 - » Interdisziplinäre Weiterbildung Psychosomatik (OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG gespag),
 - » Curriculum *Kardiologische Psychosomatik* (Arbeitsgruppe Psychokardiologie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft);
- » ein großes einschlägiges **Organisationsentwicklungsprojekt mit Schwerpunkt Kommunikation**: *Kommunikationsprojekt "MIT Menschen reden"* (KAV, Stadt Wien, co-operations, Public Solutions Media Consulting GmbH),

- » einzelne Schulungsangebote zu Kommunikation, wie z.B.:
 - » eine Ausbildung zum/r **KommunikationstrainerIn** für *Gesundheitsprofis* (OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG gespag),
 - » Kurse zu Kommunikation und Rhetorik (KAV-Geschäftsbereich Personal – Abteilung Bildungsmanagement),
 - » Seminarserie "Herausforderung Patientengespräche" (Akademie für Recht, Steuern und Wirtschaft (ARS),
 - » Fortbildungskataloge der KH (z. B. Hanusch-Krankenhaus, Wiener Gebietskrankenkasse);
- » **Fortbildungsangebote, bei denen Kommunikation einen von unterschiedlichen Schwerpunkten** ausmacht, wie z.B.:
 - » „*Professioneller Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten*“ (Landeskrankenhaus Univ. Kliniken Innsbruck im Auftrag der TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH),
 - » Fortbildungsangebote im Bereich Patientensicherheit, Risikomanagement und Sicherheits- und Deeskalationsmanagement,
 - » Universitätslehrgang *PQG – Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem (MSc)* (MedUni Wien, Uni Wien und Plattform Patientensicherheit),
 - » Ausbildung zum Risk-Manager im Krankenhaus (ÖQMed und ÖÄK),
 - » *TrainerInnenausbildung Sicherheits- und Deeskalationsmanagement* (OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG gespag),
 - » *Simulatortraining* (NÖ Zentrum für Medizinische Simulation und Patientensicherheit Hohegg);
- » Initiativen für die Zielgruppe **Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bzw. mit geringen Deutschkenntnissen**, z. B.:
 - » Universitätslehrgang *Transkulturelle Medizin und Diversity Care* (MedUni Wien),
 - » Fortbildungskurs *Community Interpreting* – Professionalisierung von LaiendolmetscherInnen im sozialen, medizinischen, psychotherapeutischen und kommunalen Bereich (Uni Innsbruck),
 - » *Lehrgang Krankenhaus-DolmetscherInnen* (Wiener Krankenanstaltenverbunds Generaldirektion – Geschäftsbereich Personal);
- » Angebote zu **Selbsterfahrung und -reflexion, Coaching/Supervision und Mentoring**, z. B.:
 - » *Führungskräftecoaching/Supervision* (ÖAGG und Krankenanstaltenverbund Wien (KAV),
 - » *Peer-to-Peer Mentoring-Programm* (Zentrum für Allgemeinmedizin und WIGAM),
 - » *Österreichische Balint-Gesellschaft*,
 - » *Psychotherapiewoche Bad Hof Gastein* (Akademie für Psychotherapeutische Medizin und Referat für Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie der Ärztekammer für Wien);
- » **flankierende Maßnahmen, die andere Berufsgruppen betreffen** und das Arzt-Patient-Gespräch entlasten sollen, z. B.:
 - » Grundlagenpapier zum Berufsbild Stationssekretärin (Ärztekammer für OÖ),
 - » Schulungen des administrativen Personals.

Im **Sektor Gesundheitseinrichtungen/–organisationen/–berufe** wurden genannt:

- » Einrichtungen auf dem Gebiet der **Psychosomatik**, wie z. B.:
 - » Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin (ÖGPIM).
- » Angeführt wurden außerdem **Initiativen zum Thema Patientensicherheit**, die u. a. auf die Verbesserung der Kommunikation abzielen, z. B.:
 - » Plattform Patientensicherheit,
 - » Internationaler Patientensicherheitstag in Österreich,
 - » Patientenhandbuch – ein Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt,
 - » Folder „Sicher ist sicher – Wie Patientinnen und Patienten aktiv werden können“,
 - » PatientensicherheitsApp,
 - » Broschüre "Wenn etwas schiefgeht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall" (Plattform Patientensicherheit),
 - » Initiative zur Krisenkommunikation (KH Hietzing),
 - » Human Factors Projekt „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch!“ (Wilhelminenspital).
- » Einen eigenen Schwerpunkt bilden Initiativen für **Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bzw. mit geringen Deutschkenntnissen**, wie z. B.:
 - » *Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“* (Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit),
 - » *Projekt Videodolmetschen* (Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei und dem Zentrum für Translationswissenschaft),
 - » *Projekt „Transkulturelle Kompetenz im Krankenhaus“* (SALK, Christian-Doppler-Klinik),
 - » *„MiMi – Mit Migranten für Migranten“: GesundheitslotsInnen für Wien und Oberösterreich* (Volkshilfe Wien, Volkshilfe Oberösterreich Flüchtlings- und Migrantenbetreuung, migrare – Zentrum für MigrantInnen Oberösterreich).
- » Ebenso zu nennen sind **frauenspezifische Maßnahmen** zur Erhöhung von Gesundheitskompetenz, z. B.:
 - » *„Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen“* (FEM, FEM SÜD, Frauengesundheitszentrum Graz),
 - » *„Durchblick – Gesundes Wissen für Frauen“* (gemeinsame Veranstaltungsreihe von dem Grazer Frauengesundheitszentrum und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau),
 - » *Workshop „1. Mal bei der Frauenärztin / beim Frauenarzt“* (FEM Süd: Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen).
- » Schließlich führten die Interviewten **flankierende Maßnahmen einzelner Krankenhäuser** an, wie z. B.:
 - » Patientenfolder zur Patientennavigation (KH Hietzing),
 - » Themenschwerpunkte mit Entlassungsmanager/innen und für Turnusärzte/–ärztinnen: niedergelassene Ärztinnen/Ärzte berichten aus ihrer Praxis (KH Hietzing).

Im **Sektor Wissenschaft** wurden exemplarisch **Studien und wissenschaftliche Instrumente** genannt, bei denen **Kommunikation einen (zentralen) Schwerpunkt bildet**, wie z. B.:

- » *Selbstbewertungsinstrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern* (LBIHPR / WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Healthcare / ONGKG),
- » *IMPROVE: Implementation of patient involvement instruments to improve general practice care for older people in Europe (EUROPEP-ÖGAM)*,
- » *MultiMed21 (Wiener KAV, GB Qualitätsmanagement, MedUni Wien)*.

In den **Sektor Wirtschaft** fallen alle **Klein- und Mittelbetriebe**, die Maßnahmen zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation anbieten (z. B. *co-operations OrganisationsentwicklungsgesmbH*).

Im **Sektor Medien** wurden **Plattformen und multimediale Tools** zur Aufklärung und Prävention im medizinischen und gesundheitlichen Bereich genannt, wie z. B.:

- » vielgesundheit.at,
- » *AniMedes* (AniMedical & vielgesundheit.at),
- » *PatientInform* (MedMedia & Praxissoftware-Unternehmen CompuGroup).

Im **Sektor Politik / Öffentliche Verwaltung** führten die Befragten **Maßnahmen des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“** an, bei denen Kommunikation einen zentralen Stellenwert hat. Dazu zählen z. B.

- » die Einrichtung eines niederschweligen, bundesweit einheitlichen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices (TEWEB) (R-GZ 3, WZ 1, Maßnahme 1.3.1)
- » *Maßnahmen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)*, die darauf abzielen, die Komplexität bzw. das Anspruchsniveau des Gesundheitssystems im Bereich der eigenen Einrichtungen der VAEB zu reduzieren, um damit die Gesundheitskompetenz der VAEB-Versicherten zu stärken (R-GZ 3, WZ 1, Maßnahme 1.3.4).
 - » Die *Maßnahme „Gesundheitskompetente Sozialversicherung“* hat eine Sensibilisierung der SV-Träger für die Bedeutung des Wirkungsziels 1 des R-GZ 3 (= Verantwortung der Systemkomponente SV für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung) zum Ziel.
 - » Im Rahmen der *Maßnahme „Gesundheitskompetente Eigene Einrichtungen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)“* pilotiert die VAEB-Gesundheitseinrichtung Bad Schallerbach das Vorhaben, sich zu einer „Health Literate Organisation“ (HLO, vgl. Brach et al. (2012) zu entwickeln.
- » Darüber hinaus wurden Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten genannt:
 - » *„Kompetent als Patientin und Patient. Informations-Broschüre für Menschen mit Behinderung“* (Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales in Kooperation mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, capito Graz),
 - » *„Kompetent als Patientin und Patient. Gut informiert entscheiden.“* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).

Im **Sektor Patientenvertreter/-organisationen** wurden genannt:

- » Patienteninformationsstellen, wie z. B.:
 - » *Unabhängige Patientinnen- und Patienteninformationsstelle der Stadt Wien (WPPA)*
- » Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten, wie z. B.:
 - » „Kompetent als Patient“ Das Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Ratgeber von Patienten für Patienten! (Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen).

4.4 Zusammenfassung/Kernaussagen

Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Nimmt man „subjektive“ Parameter (d. h. abgefragtes persönliches Erleben, wie das Urteil von Patientinnen und Patienten zur Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation) als Maßstab, so zeigt sich generell Zufriedenheit bei ärztlichen, allerdings etwas weniger bei kommunikativen Aspekten. Dabei ist die Gesamtzufriedenheit von Patienten/Patientinnen aber in hohem Maße von der Zufriedenheit mit der Kommunikation abhängig.

Betrachtet man „objektive“ Parameter (d. h. von außen beobachtbare, wie das ärztliche Verhalten, das Patientinnen und Patienten aus ihrer Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten berichten, wissenschaftliche Analysen von Arzt-Patient-Gesprächen und die Aussagen von Expertinnen und Experten) als Maßstab, so wird mangelnde Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation offenkundig, diese wird als „Baustelle“ bezeichnet. Die befragten Expertinnen und Experten kommen zu folgendem Befund: Trotz hohem Stellenwert, der guter Arzt-Patient-Kommunikation theoretisch zugesprochen wird, fehlt es an Umsetzung in der Praxis, die sich wiederum sehr heterogen gestaltet: Der niedergelassene Bereich wird hinsichtlich Kommunikationsqualität von den befragten Expertinnen und Experten besser bewertet als der stationäre, die privat- und wahlärztliche Kommunikation besser als die kassenärztliche. Die Kommunikation zwischen Pflege und Patientinnen/Patienten wird besser eingeschätzt als die Arzt-Patient-Kommunikation. Vulnerable Gruppen wie Migrantinnen und Migranten, Menschen mit niedriger Schulbildung, chronisch Kranke und alte sowie multimorbide Menschen sind von ungenügender Kommunikationsqualität besonders betroffen.

Mangelhafte oder ungenügende Gesprächsqualität zieht Folgen nach sich: Patientinnen und Patienten reichen Beschwerden und Klagen gegen Gesundheitsprofis ein, wenden sich vermehrt alternativen Medizinformen und Esoterik zu, sowohl Patientinnen/Patienten als auch Ärztinnen/Ärzte haben mit gesundheitlichen Folgen zu kämpfen und das Gesundheitssystem mit gesundheitsökonomischen Kosten.

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

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, Patienten(vertretung), Bildung, Aus-/Weiter-/Fortbildung, Wissenschaft, Politik, Recht, Medien, Wirtschaft), auf der Meso-Ebene der Organisationen des Gesundheitswesens und auf der Mikroebene individueller Voraussetzungen, Fähigkeiten und Kompetenzen.

Zur nachhaltigen Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation sind nach Meinung 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 sollten 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 als unerlässliches Werkzeug und Intervention verstanden werden – was auch Führungsaufgabe und -verantwortung ist – und damit zu einer zentralen diagnostischen und therapeutischen Leistung werden.
- » Das Arzt-Patient-Gespräch sollte entlastet werden, indem es von Aufgaben (wie z. B. aufwändiger Dokumentation) entfrachtet und indem sichergestellt wird, dass Patientinnen und Patienten an den „best point of service“ gelangen und Ärztinnen/Ärzte in die Patientenkarrieren Einsicht haben.
- » Verhaltensänderungen von Patientinnen/Patienten im Kontext (neuer) Informations- und Kommunikationstechnologien müssten verstärkt berücksichtigt werden und (neue) Informations- und Kommunikationstechnologien müssten für Aufklärung und Information klug genutzt werden.
- » Gesundheitsorganisationen müssten durch Feedbacksysteme zu lernenden Systemen auch in Hinblick auf kommunikative Prozesse werden.
- » Anpassungen und Veränderungen bedarf es auch in Hinblick auf Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum, personelle und finanzielle Ressourcen.

Patienten(vertretung)

- » Von Seiten der Patienten(vertretungen) bedarf es vermehrter Initiativen wie z. B. Patientenschulungen, die Gesundheitskompetenz auch in Bezug auf das Arzt-Patient-Gespräch bilden und das Verständnis für 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 entgegen dem herrschenden Paradigma und der herrschenden Sozialisierung Bewusstsein und Kultur für den zentralen Stellenwert kommunikativer Kompetenzen als genuiner Bestandteil des Arztberufs geschaffen werden.
- » Dies müsste sich bereits in der Studierenden-Selektion 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.
- » 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

- » Hier müsste mit verstärkter Grundlagenforschung und Innovationen zur Verbesserung und Evaluation der Arzt-Patient-Kommunikation beigetragen werden.

Politik

- » In der Politik müsste dem Thema verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden, und es kann und sollte an unterschiedliche politische Zielsetzungen wie Gesundheitsökonomie, Patientensicherheit oder Belastung 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 bedürfe rechtlicher Vorgaben zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation und der sich ausweitenden reinen Absicherungsmedizin sollte ein Riegel vorgeschoben werden.

Medien

- » Die Medien könnten durch einen qualitativ hochwertigeren Gesundheits-/Medizin-journalismus 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.

Mikro-Ebene

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

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

Welche Entwicklungsinitiativen gibt es bisher in Österreich?

Basierend auf den Hinweisen der befragten Expertinnen und Experten konnte eine Vielfalt an Initiativen gesammelt werden, die mehr oder weniger direkt auf die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation abzielen. Die abgebildeten Initiativen stellen eine Auswahl dar und ihnen wurde in Sator et al. (2015) systematisch nachgegangen. Sie verteilen sich auf:

- » Makro-, Meso- und Mikroebene und die verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren,
- » unterschiedliche strategische Zielgruppen,
- » übergeordnete vs. fächerspezifische Maßnahmen,
- » Maßnahmen, die an Kompetenzen bzw. Fähigkeiten der Systemnutzer ansetzen vs. Maßnahmen, die am Krankenbehandlungssystem ansetzen (Parker 2009)
- » und auf die Steuerungsprozesse Orientierung (Guidance), Bedingungen (Control) und Feedback (Evaluation) (vgl. Kaufmann 1991).

Vor dem Hintergrund der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Recherchen und Befragungen kommen wir insgesamt zu der Einschätzung, dass nur ein deutlich geringerer Teil der Entwicklungsinitiativen explizit und direkt eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation zum Ziel hat. Es wird deutlich, dass es zwar eine Reihe von Einzelinitiativen gibt, diese aber meist von individuellem Engagement und Motivation von Einzelpersonen abhängig und oft zeitlich begrenzt sind, während eine systematische Steuerung, die eine flächendeckende Verbesserung der Gesprächsqualität durch verpflichtende Entwicklungsschritte und Evaluation gewährleisten würde, weitgehend fehlt.

5 Schlussfolgerungen – mögliche Handlungsfelder

Im Folgenden sollen zunächst anhand der in der vorliegenden Arbeit vorgenommenen Problem- analyse eine neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität und eine erste Liste von möglichen Handlungsfeldern für Österreich vorgeschlagen werden. Diese sollen in der Weiter- führung des Projekts mit den Stakeholdern diskutiert und priorisiert, und Maßnahmen und deren Umsetzung sollen im Detail geplant werden. Dieser weitere Prozess wird abschließend kurz umrissen.

Neue Grundorientierung für gute Gesprächsqualität

Um eine umfassende Entwicklung der Gesprächskultur in der österreichischen Krankenversor- gung 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 sowie von Ärzten und Ärztinnen, prägen aber auch Organisationsabläufe und Entscheidungsprozesse auf der gesundheitspolitischen Ebene. Daher sollen hier drei Neuorientierungen der Sichtweise auf die Gesprächsprozesse angeregt werden, die die Weiterentwicklung der Gesprächskultur in der österreichischen Krankenversor- gung anleiten können. Diese Neuorientierungen bauen auf den Prinzipien der Patientenorientie- rung, der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten und der Evidenzbasierung des medizinischen Handelns auf (Nowak 2011; Nowak 2013). Dahinter liegt ein neues Verständnis der Patientenrolle, die die zentrale Funktion des Menschen als Koproduzent der eigenen Behandlung und Gesundheit anerkennt, der über weite Strecken die gesundheitsrelevanten Handlungen selbstbestimmt durchführt und nicht Konsument medizinischer Dienstleistungen ist (Maio 2009).

- » Das Gespräch zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen/ist der zentrale „Ort“ im Gesundheitssystem zur Unterstützung von Gesundheit, zur Bildung von Erwartungen und Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten sowie zur Produktion von Entschei- dungen über Patientenstatus, Diagnostik und Therapien und damit der eingesetzten Res- sourcen.
- » Das erfordert auch ein neues Rollenverständnis:
 - » Gesundheitsberufe 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 im Kern als eine kommunikative Aufgabe und eine Aufgabe der Gesundheitsbildung und Anleitung anerkannt werden.

Mögliche Handlungsfelder

Die Autoren/Autorinnen haben auf Basis der Ist-Analyse mit Hilfe einer Literaturanalyse und der Experteninterviews eine erste Auswahl von Brennpunkten vorgenommen und auf dieser Basis die folgenden Handlungsfelder formuliert, die die Grundlage für den weiteren Arbeitsprozess bilden. Zu vielen der hier formulierten Handlungsfelder liegen internationale Praxismodelle vor, die in der Ausarbeitung der Lösungsoptionen für Österreich berücksichtigt werden können (vgl. Sator et al. 2015).

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 qualitätsvoller 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 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. 2.1) bestimmen lässt, und gute interprofessionelle Kommunikation (Kap. 3.2) 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. 3.1).

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. 4) soll die komplexen Wirkungszusammenhänge zwischen diesen im vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisbericht aufgearbeiteten und hier zusammengefassten Ebenen vereinfacht veranschaulichen.



Abbildung 5.1: Wirkungsmodell zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Ausblick: Ein zwischen den Zielsteuerungspartnern akkordiertes „Strategiekonzept“ als Grundlage für die operative Umsetzung

Auf Basis der vorliegenden Grundlagenarbeit und der für den HVB durchgeführten Überblicksarbeit zu internationalen und österreichischen Praxismodellen und Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (Sator et al. 2015a) wird für das weitere Vorgehen im ersten Schritt die Gründung einer Expertengruppe der Finanziere empfohlen, die ein gemeinsames Strategiepapier als Grundlage für alle weiteren Umsetzungsschritte vorbereitet.

Ziele dieser Expertengruppe:

- » Konsens zu Dimensionen guter Gesprächsqualität, zu erwartetem Nutzen (Outcomes) einer Verbesserung der Gesprächsqualität, zum Status quo der Gesprächsqualität in Österreich und zum Entwicklungsbedarf (mögliche Handlungsfelder)
- » Auswahl der prioritären Handlungsfelder (Priorisierung)
- » Entwicklung von Zielen für die prioritären Handlungsfelder
- » Entwicklung von grundlegenden Maßnahmenvorschlägen für die prioritären Handlungsfelder
- » Planung des weiteren Arbeitsprozesses für die Umsetzung
- » Zusammenfassung der Ergebnisse als Konzeptpapier und Diskussion in den zuständigen Fachgremien der Zielsteuerung Gesundheit.

Literatur

- Alvarez, G.; Coiera, E. (2006): Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error? In: J Crit Care 21/3:236–242; discussion 242
- AOK – Die Gesundheitskasse (o.J.): Entscheidungshilfen [Online]. <http://www.aok-gesundheitsnavi.de/entscheidungshilfen.71.de.html> [Zugriff am 15.12.2014]
- Aspegren, Knut (1999): BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. In: Medical Teacher 21/6:563–570
- Balint, Michael (1957): The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman: New York: International Universities Press, London
- Beckman, Howard B.; Markakis, K. M.; Suchman, Anthony L.; Frankel, Richard M. (1994): The doctor–patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. In: Archives of Internal Medicine 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
- Bieber, Christiane; Müller, KnutG; Nicolai, Jennifer; Hartmann, Mechthild; Eich, Wolfgang (2010): How Does Your Doctor Talk with You? Preliminary Validation of a Brief Patient Self-Report Questionnaire on the Quality of Physician–Patient Interaction. In: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 17/2:125–136
- Bieber, Christiane; Nicolai, Jennifer; Müller, Knut Georg; Eich, Wolfgang (2011): Der Fragebogen zur Arzt–Patient–Interaktion (FAPI)–Validierung und psychometrische Optimierung anhand einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten. In: Klin Diagnostik Evaluation 4/78–93
- 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
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M.; Baur, Cynthia; J. Lemerise, Andrew; Parker, Ruth (2012): Attributes of a Health Literate Organization. Institute of Medicine of the National Academies
- 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
- Büssing, A. (1997): Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen
- Chakraborti, Chayan; Boonyasai, Romsai T; Wright, Scott M; Kern, David E (2008): A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. In: Journal of General Internal Medicine 23/6:846-853
- Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: Social Science and Medicine 44/5:681-692
- Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Timothy J. (1999a): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: Social Science & Medicine 49/5:651-661
- Charles, Cathy; Whelan, Timothy J.; Gafni, Amiram (1999b): What do we mean by partnership in making decisions about treatment? In: British Medical Journal 319/780-782
- 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
- Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen (2011): Kompetent als Patient. Das Arzt-Patienten-Gepräch. Ein Ratgeber von Patienten für Patienten. Ratgeber. Selbsthilfegruppen, Dachverband der NÖ, 2011, St. Pölten
- 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
- Di Blasi, Zeld; Harkness, Elaine; Ernst, Edzard; Georgiou, Amanda; Kleijnen, Jos (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet 357/757-762
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly 44/3/2:166-203
- Dong, Skye; Butow, Phyllis N.; Costa, Daniel S. J.; Dhillon, Haryana M.; Shields, Cleveland G. (2014): The influence of patient-centered communication during radiotherapy education

- sessions on post-consultation patient outcomes. In: Patient Education and Counseling 95/3:305–312
- Eklich, Konrad; Rehbein, Jochen (1977): Batterien sprachlicher Handlungen. In: Journal of Pragmatics 77/1:393–406
- Ekman, Paul; Friesen, Wallace V (1978): Facial action coding system: A technique for the measurement of facial movement. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press,
- Elwyn, Glyn; Frosch, Dominick; Thomson, Richard; Joseph-Williams, Natalie; Lloyd, Amy; Kinnersley, Paul; Cording, Emma; Tomson, Dave; Dodd, Carole; Rollnick, Stephen; Edwards, Adrian; Barry, Michael (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. In: J Gen Intern Med 27/10:1361–1367
- Evans, Rhodri; Edwards, Adrian; Coulter, Angela; Elwyn, Glyn (2007): Prominent strategy but rare in practice: shared decision-making and patient decision support technologies in the UK. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101/4:247–253
- 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. Hg. v. Ludwig Boltzmann Institut Health Technology, Assessment. LBI-HTA
- Finset, Arnstein; Graugaard, Peter K.; Holgersen, Kjersti (2006): Salivary cortisol response after a medical interview: the impact of physician communication behaviour, depressed affect and alexithymia. In: Patient Educ Couns 60/2:115–124
- Finset, Arnstein (2012): "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. In: Patient Education and Counseling 88/3:359–363
- Flin, R; Fletcher, G; McGeorge, P; Sutherland, A; Patey, R (2003): Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. In: Anaesthesia 58/3:233–242
- Füeßl, Hermann S.; Middeke, Martin (2010): Anamnese und Klinische Untersuchung. 4. Aufl. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
- Gandhi, Tejal 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
- Geisler, Regina (2011): 'Zwei-Klassen-Medizin' in Österreichs hausärztlichen Ordinationen? Gesprächsanalytische Untersuchung zu Differenzen in der ärztlichen Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien: Universität Wien

- Gigerenzer, Gerd; Gray, Muir J.A. (2011): *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*. Hg. v. Lupp, Julia. 1 Aufl. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London
- 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.,
- Greenhalgh, Trisha; Hurwitz, Brian (1999): Narrative based medicine: Why study narrative? In: *British Medical Journal* 318/7175:48–50
- Greenhalgh, Trisha; Hurwitz, Brian (2005): Was geht uns Narration an. In: *Narrative-based Medicine–sprechende Medizin Dialog und Diskurs im klinischen Alltag* 19–35
- Hager, Joseph C; Ekman, Paul; Friesen, Wallace V (2002): *Facial action coding system. The Manual on CD Rom*. Salt Lake City: Network Information Research Corporation.
- Hahn, Steven R.; Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Brody, D.; Williams, J. B.; Linzer, M.; deGruy, F. V., 3rd (1996): The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. In: *J Gen Intern Med* 11/1:1–8
- Hamann, J.; Cohen, R.; Leucht, S.; Busch, R.; Kissling, W. (2007): Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. In: *J Clin Psychiatry* 68/7:992–997
- Harden, R M; Stevenson, M; Downie, W W; Wilson, G M (1975): *Assessment of clinical competence using objective structured examination*. Bd. 1
- Hattie, John; Timperley, Helen (2007): The Power of Feedback. In: *Review of Educational Research* 77/1:81–112
- Heath, Christian (2006): Body work: the collaborative production of the clinical object. In: *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. Hg. v. Heritage, John C.; Maynard, Douglas W. Aufl. Cambridge University Press, Cambridge: 185–213
- Henbest, R.; Stewart, M. (1990): Patient-centredness in the consultation. 2: does it really make a difference? In: *Family Practice* 7/1:28–33
- Heritage, John C.; Stivers, Tanya (1999): Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. In: *Social Science & Medicine* 49/1501–1517
- Heritage, John C. (2011): The interaction order and clinical practice: Some observations on dysfunctions and action steps. In: *Patient Educ Couns* 84/3:338–343

- 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
- Hodges, B.; McIlroy, J. H. (2003): Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training. In: *Medical Education* 37/11:1012–1016
- Hoefert, Hans-Wolfgang; Hellmann, Wolfgang (2008): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Bd. II. Economica Verlag, Medizinrecht.de Verlag, Heidelberg
- Hojat, M.; Mangione, S.; Nasca, T.J.; Cohen, M.J.M.; Gonnella, J.S.; Erdmann, J.B.; Veloski, J.; Magee, M. (2001): The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. In: *Educational and Psychological Measurement* 61/2:349–365
- Hojat, M.; Louis, D. Z.; Markham, F. W.; Wender, R.; Rabinowitz, C.; Gonnella, J. S. (2011): Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. In: *Acad Med* 86/3:359–364
- Hojat, Mohammadreza; Mangione, Salvatore; Nasca, Thomas J.; Cohen, Mitchell J.M.; Gonnella, Joseph S.; Erdmann, James B.; Veloski, Jon (2001): The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. In: *Educ Psychol Meas* 61/1:349–365
- Hughes, David (1988): When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. In: *Sociology of Health & Illness* 10/1:1–22
- Hulsman, Robert L.; Pranger, Susan; Koot, Stephanie; Fabriek, Marcel; Karemaker, John M.; Smets, Ellen M.A. (2010): How stressful is doctor–patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad–news consultations. In: *Int J Psychophysiol* 77/1:26–34
- 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
- Jung, S.; Ditz, S. (2007): Shared Decision Making (SDM) – Kommunikative Kooperativität im präoperativen Aufklärungsgespräch. In: *Profession & Kommunikation Forum Angewandte Linguistik*. Hg. v. Niemeier, S.; Diekmannshenke, H. Aufl., Frankfurt u.a: 157–174
- Jünger, J.; Nikendei, C.; Kompetenzzentrum Prüfungen in der Medizin (Hg.) (2005): OSCE Prüfungsvorbereitung Innere Medizin. Hg. v. Jünger, J.; Nikendei, C., Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

- Jünger, Jana; Köllner, V.; von Lengerke, T.; Neuderth, S.; Schultz, J.-H.; Fischbeck, S.; Karger, A.; Kruse, J.; Weidner, K.; Henningsen, P.; Schiessl, C.; Ringel, N.; Fellmer-Drüg, E. (2015): Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Ärztliche Gesprächsführung. Draft
- Kaiser Permanente (2014): SBAR Guidelines [Online]. <http://share.kaiserpermanente.org/?s=SBAR> [Zugriff am 12.12.2014]
- 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
- Kelley, John M.; Kraft-Todd, Gordon; Schapira, Lidia; Kossowsky, Joe; Riess, Helen (2014): The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: PLoS ONE 9/4:e94207
- Kettner, Matthias (1998): Beratung als Zwang. Die Beiträge im Kontext. In: Beratung als Zwang Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Hg. v. Kettner, Matthias. Aufl. Campus, Frankfurt: 9-44
- Kinnersley, P.; Stott, N.; Peters, T. J.; Harvey, I. (1999): The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. In: British Journal of General Practice 49/446:711-716
- Klemperer, David (2013): Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Hans Huber, Bern
- Kletecka-Pulker, M (2012): Kap.1.4.3. In: Handbuch Medizinrecht. Hg. v. Aigner, G., Kletecka, A., Kletecka-Pulker, M., Memmer, MAufl.
- Koerfer, Armin; Obliers, Rainer; Köhle, Karl (2005): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, M/Ditz, S/Spranz-Fogasy, Th(Hg), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 137-157
- Koerfer, Armin; Albus, Christian; Obliers, Rainer; Thomas, Walter; Köhle, Karl (2007): Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Profession und Kommunikation Bern, Switzerland: Lang 121-156
- 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,
- Köllner, Volker; Broda, Michael (2005): Praktische Verhaltensmedizin. 32 Tabellen. Hg. v. Köllner, Volker;Bernardy, Katrin. Thieme, Stuttgart [u.a.]
- Kurtz, S. M.; Silverman, J. D. (1996): The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. In: Medical Education 30/2:83-89

- Lalouschek, Johanna; Menz, Florian; Wodak, Ruth (1990a): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Gunter Narr Verlag, Tübingen
- Lalouschek, Johanna; Menz, Florian; Wodak, Ruth (1990b): Alltag in der Ambulanz
Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Kommunikation und Institution ; 20.
Narr, Tübingen
- Lalouschek, Johanna (2013): Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch–Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Migration und medizinische Kommunikation: Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen 1/Vienna University Press V&R unipress:353–444
- Langewitz, Wolf A. (2013): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel
- 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), pp1255–12641255
- Levinson, W.; Roter, D. L.; Mullooly, J. P.; Dull, V. T.; Frankel, R. M. (1997): Physician–patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. In: JAMA 277/7:553–559
- Lewin, Simon; Reeves, Scott (2011): Enacting ‘team’ and ‘teamwork’: Using Goffman’s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. In: Social Science & Medicine 72/10:1595–1602
- 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
- Makdessian, Ara Samuel; Ellis, David A. F.; Irish, Jonathan C. (2004): Informed consent in facial plastic surgery: effectiveness of a simple educational intervention. In: Arch Facial Plast Surg 6/1:26–30
- Makoul, Gregory; Krupat, Edward; Chang, Chih–Hung (2007): Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. In: Patient Education and Counseling 67/3:333–342
- Maynard, Douglas W.; Heritage, John C. (2005): Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication. In: Medical Education 39/4:428–435

- Mayo Clinic (o.J.): Shared Decision Making Philosophy [Online]. <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aid-information/decision-aids-for-chronic-disease/> [Zugriff am 15.12.2014]
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundfragen und Techniken. Deutscher Studien Verlag, Weinheim
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mead, Nicola; Bower, Peter (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. In: Social Science & Medicine 51/1087-1110
- Mead, Nicola; Bower, Peter (2002): Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. In: Patient Education and Counseling 48/1:51-61
- Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Gstettner, Andreas (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. LIT-Verlag, Münster
- 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 (2013): Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: Migration und medizinische Kommunikation. Hg. v. Menz, Florian Aufl. v&r Vienna University Press., Wien
- 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
- NKLM&NKLZ (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin und Zahnmedizin. Kompetenzorientierte Lernziele [Online]. Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und Medizinischer Fakultätentag (MFT). <http://www.nklm.de/> [Zugriff am 20.5.2015]

- Norcini, J.; Vanessa, Burch (2007): Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. In: Medical Teacher 29/855-871
- 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; Geißler, Wolfgang; Holzer, Ulrike; Knauer, Christine (2013): Themenqualitätsbericht COPD. Band 1 der Berichtsreihe Fokus Qualität. Fokus Qualität. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien
- 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
- O'Daniel, M.; Rosenstein, A. H. (2008): Professional Communication and Team Collaboration. In: Patient safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Hg. v. Hughes, R.G. Aufl. Agency for Healthcare Research and Quality (US)
- OGH (2001): OGH 6 Ob 258/00k, Rechtssatznummer RS0026412, 15.3.2001
- OGH (2010): OGH 4 Ob 36/10p, ZAK 14/2010, 11.5.2010
- OHG (2001): Spruch zum Revisionsverfahren, 3Ob237/00z
- 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
- Paur, Petra Ursula (2004): Die Kommunikationskultur im Krankenhaus ; wer oder was steht einer heilsamen Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten im Wege? Diplomarbeit, Wien: Universität Wien
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften. Bd. 41. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz
- Pierre, M.S.; Hofinger, G.; Buerschaper, C. (2005): Notfallmanagement. Springer,
- Rahmengesundheitsziele (2015): Rahmen-Gesundheitsziele. Gesundheit in allen Politikfeldern [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> [Zugriff am 22.4.2015]
- 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, A. J.; Graham, J.; Richards, M. A.; Cull, A.; Gregory, W. M. (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In: *Lancet* 347/9003:724–728
- 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
- Reisigl, Martin (2011): Schwierige Verständigung. Interkulturelle Gespräche auf der Kopfschmerzambulanz. In: *An den Grenzen der Sprache Kommunikation von Un-Sagbarem im Kulturkontakt*. Hg. v. Holzer, Peter et al. Aufl. Innsbruck University Press, Innsbruck: 18
- RIAS WORKS (o.J.): Ressources Bibliography and Abstracts of RIAS Studies through 2012 [Online]. <http://www.riasworks.com/resources> [Zugriff am 15.12.2014]
- 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
- Roch, K.; Trubrich, A.; Haidinger, G.; Mitterauer, L.; Frischenschlager, O. (2010): Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27/3:
- Rogers, Carl R. (1981): *Der neue Mensch*. Klett–Cotta Verlag, Stuttgart
- Roter, D. L. (1977): Patient participation in the patient–provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. In: *Health Education Monographs* 5/4:281–315
- Roter, D.L. (1991): *The Roter Method of Interaction Process analysis*. RIAS Manual. John Hopkins University, Baltimore
- Roter, Debra L. (1977): Patient participation in the patient–provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. In: *Health Educ Monogr* 5/4:281–315
- Rouder, Jeffrey; Morey, Richard; Cowan, Nelson; Zwilling, Christopher E.; Morey, Candice C.; Pratte, Michael S. (2008): An assessment of fixed–capacity models of visual working memory. 105 (16), *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 5975–5979
- Sanders, Ariëtte R J; van Weeghel, Inge; Vogelaar, Maartje; Verheul, William; Pieters, Ron H M; de Wit, Niek J; Bensing, Jozen M (2013): Effects of improved patient participation in primary care on health–related outcomes: a systematic review. In: *Family Practice*
- Sator, Marlene; Lalouschek, Johanna (2011): *Kommunikation*. In: *Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation*

- Sator, Marlene; Gülich, Elisabeth (2013): Patientenbeteiligung in Gesprächen mit Dolmetschbeteiligung. In: Migration und Medizinische Kommunikation. Hg. v. Menz, Florian. Aufl. v&r Vienna University Press., Wien-147-310
- 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. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Scheffer, S. (2009): Validierung des „Berliner Global Rating“ (BGR) – ein Instrument zur Prüfung kommunikativer Kompetenzen Medizinstudierender im Rahmen klinisch-praktischer Prüfungen (OSCE). Dr. rer. medic. Dissertation. Medizinischen Fakultät Charité, Berlin: Universitätsmedizin Berlin
- 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
- Schwartzstein, Richard M. (2015): Getting the Right Medical Students — Nature versus Nurture. In: New England Journal of Medicine 372/17:1586-1587
- Schweickhardt, Axel; Fritzsche, Kurt (2007): Kursbuch Ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele für Klinik und Praxis. Dt. Ärzte-Verl., Köln
- Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne M.; Draper, Juliet (2005): Skills for Communicating with Patients. Bd. 2nd. Radcliff Medical Press, Oxford
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS-EU) Consortium (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/80:-
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Hg. v. Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas. Aufl. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart: 17-47
- Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria (2013): Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg
- 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

- Stewart, M. A. (1995): Effective physician–patient communication and health outcomes: A review. 152, *Can Med Assoc J* 1423–1433.
- 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* 12/87
- 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
- Tjora, Aksel (2000): The technological mediation of the nursing–medical boundary. In: *Sociology of Health & Illness* 22/6:721–741
- 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
- Trevena, Lyndal; Zikmund–Fisher, Brian; Edwards, Adrian; Gaissmaier, Wolfgang; Galesic, Mirta; Han, Paul; King, John; Lawson, Margaret; Linder, Suzanne; Lipkus, Isaac; Ozanne, Elissa; Peters, Ellen; Timmermans, Danielle; Woloshin, Steven (2013): Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. In: *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13/Suppl 2:S7
- 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
- Tzelepis, Flora; Sanson–Fisher, Robert; Zucca, Alison; Fradgley, Elizabeth (2015): Measuring the quality of patient–centered care: why patient–reported measures are critical to reliable assessment. In: *Patient Prefer Adherence* 831
- van Dulmen, S.; Tromp, F.; Grosfeld, F.; ten Cate, O.; Bensing, J. (2007): The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students' stress response and communication performance. In: *Psychoneuroendocrinology* 32/8–10:943–950

- 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
- Weitzman, S.; Greenfield, S.; Billimek, J.; Tabenkin, H.; Schwartzman, P.; Yehiel, E.; Tandeter, H.; Eilat-Tsanani, S.; Kaplan, S. H. (2009): Improving combined diabetes outcomes by adding a simple patient intervention to physician feedback: A cluster randomized trial. In: Israel Medical Association Journal 11/12:719–724
- WHO (2014): Organizational Tools [Online]. http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/organizational_tools/en/ [Zugriff am 15.12.2014]
- 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

Anhang

Ausgewählte Evidenz zu den Auswirkungen guter Gesprächsqualität im Gesundheitssystem

1. Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten

Metastudien

Gute Anamnese und Therapieplanung verbessern psychische Gesundheit, Symptome, funktionelle physiologische Parameter (Blutdruck, Blutzucker) und Schmerzkontrolle

Stewart (1995) untersucht, inwieweit die Qualität von Arzt-Patient-Kommunikation (APK) signifikante Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten (Pat.) aufweist. Hierfür zog er insgesamt 21 randomisiert-kontrollierte oder analytische Studien (erschienen zwischen 1983 und 1993) heran, bei denen der Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten eine Messvariable war. 16 der integrierten Studien legten deutliche Zusammenhänge von APK und Patientengesundheit offen. Sowohl die Qualität der Anamnese (Ärztinnen/Ärzte erfragen Problemsicht, Anliegen, Erwartungen, Gefühle der Patientinnen und Patienten und zeigen Unterstützung und Empathie, Patientinnen und Patienten bringen ihre Gefühle, Meinungen und Informationen ein) als auch die Qualität der Therapieplanung (Pat. werden aufgefordert, Fragen zu stellen, erhalten Informationen, Ärztinnen und Ärzte geben klare Informationen gemeinsam mit emotionaler Unterstützung, zeigen sich bereit, Entscheidungen gemeinsam zu treffen, Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte stimmen mit ihrer Problemsicht und bezüglich der Notwendigkeit der weiteren Behandlung überein) wirken sich positiv auf psychische Gesundheit, Symptome, funktionelle physiologische Parameter (Blutdruck, Blutzucker) und Schmerzkontrolle von Pat. aus.

Kombination von „cognitive care“ und „emotional care“ beeinflusst objektiven bzw. subjektiven Gesundheitszustand am effektivsten

Di Blasi et al. (2001) untersuchen 25 randomisiert-kontrollierte Studien zum Zusammenhang von AP-Beziehung mit dem objektiven oder subjektiven Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten. 12 der Studien fanden heraus, dass Arzt-Patienten-Interaktion einen signifikanten Einfluss auf Outcomes haben. Die Meta-Studie kommt zum Schluss, dass eine Kombination aus „cognitive care“ (Einfluss auf Erwartungshaltung von Pat. in Bezug auf Krankheitsentwicklung und Therapiemaßnahmen) und „emotional care“ (Empathie, Wärme etc. während der Konsultation) die positivsten Effekte erzielt: Ärztinnen/Ärzte, die eine empathische Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten aufbauen und ihnen versichern, dass es ihnen bald besser gehen

werde, waren effektiver als Ärztinnen und Ärzte, die ihre Konsultationen unpersönlich und formal hielten und ihre Pat. im Ungewissen ließen.

Patientenbeteiligung hat keinen signifikanten Effekt auf patientenbezogene oder krankheitsbezogene Outcome-Variablen

Sanders et al. (2013) untersuchen sieben randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien zum Zusammenhang zwischen Patientenbeteiligung einerseits und patientenbezogenen Outcome-Variablen (Morbidität, Mortalität, Symptome, Lebensqualität, Kosten) und krankheitsbezogenen Outcome-Variablen (histopathologische, physiologische, Surrogat-Endpunkte wie klinische Beurteilung, Body-Mass-Index, Blutdruck oder Blutzucker) andererseits. Bei allen einbezogenen Studien handelt es sich um Studien zu Konsultationen von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen. Sanders et al. kommen zum Ergebnis, dass Ziele, Krankheitstypen und auch Ergebnisse der untersuchten Studien sehr unterschiedlich gestaltet sind und die Qualität der Durchführung oft zu wünschen übrig lässt. Die untersuchten Studien zeigten insgesamt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Patientenbeteiligung und patientenbezogenen oder krankheitsbezogenen Outcome-Variablen.

Die Arzt-Patient-Beziehung hat einen kleinen, aber statistisch signifikanten Einfluss auf den objektiven oder validierten subjektiven Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten

Eine Metastudie von Kelley et al. (2014) inkludiert 13 randomisiert-kontrollierte Studien zum Zusammenhang zwischen AP-Beziehung und objektivem (z. B. Blutdruck) oder validiertem subjektivem (z. B. Schmerzeinstufung) Gesundheitszustand. Die in den analysierten Einzelstudien benutzten Interventionen, um AP-Beziehung zu verbessern, sind der Einsatz von Kommunikationstechniken, von motivationalem Interview, gemeinsamer Entscheidungsfindung, patientenzentrierter Gesprächsführung, Empathie und von interkulturellen Kompetenzen. Die Autoren/Autorinnen kommen zum Ergebnis, dass die AP-Beziehung einen kleinen, aber statistisch signifikanten Einfluss auf den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten ausübt.

Exemplarische Einzelstudien

Ärztliche Empathie ist mit weniger akuten metabolischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes assoziiert

Eine Studie von Del Canale et al. (2012) untersucht den Zusammenhang zwischen ärztlicher Empathie und klinischem Outcome bei Diabetikern/ Diabetikerinnen. Die retrospektive Korrelationsstudie inkludiert 20.961 Patienten/ Patientinnen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes-mellitus und 242 Allgemeinmediziner/-medizinerinnen in Italien. Das Gesprächsverhalten der Ärztinnen und Ärzte wurde mit der „Jefferson Scale of Empathy“ (JSE) erhoben und mit akuten metabolischen Komplikationen (hyperosmolarer Zustand, diabetische Ketoazidose und Koma) verglichen. Die „Jefferson Scale of Empathy“ (JSE) erfasst die Selbsteinschätzung der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Perspektivenübernahme, ihres Mitgefühls und ihrer Fähigkeit, sich in die Lage

der Patientinnen und Patienten zu versetzen. Es zeigt sich, dass Pat. von Ärztinnen/Ärzten mit hohen Empathiewerten verglichen mit Pat. mit mittleren und niedrigen Empathiewerten signifikant weniger akute metabolische Komplikationen aufweisen. Ein Wechsel von niedrigen zu hohen Empathiewerten reduziert die Wahrscheinlichkeit derartiger Komplikationen um 41 Prozent.

Ausführliche Arzt-Patient-Interaktion führt zu verbesserter Genesung bei grippalen Infekten

Rakel et al. (2011) untersuchen den Einfluss von Arzt-Patient-Interaktion auf Schwere und Dauer von grippalen Infekten. Dazu führten sie eine randomisiert-kontrollierte Studie mit 719 Patientinnen und Patienten durch. Die Teilnehmer/innen wurden in drei Gruppen randomisiert: keine Arzt-Patient-Interaktion, Standard-Interaktion und ausführliche Interaktion. Eine ausführliche Interaktion wird in der Studie als folgende Elemente beinhaltend definiert: positive Prognose, Empathie, Empowerment, Kontaktaufnahme (Augenkontakt, Händeschütteln, Humor an passenden Stellen, patientenorientierter Small Talk), adäquate Informationen über grippale Infekte. Der Schweregrad des grippalen Infekts wurde zweimal täglich beurteilt. Interleukin-8 und Neutrophilenzahl wurden zu Beginn der Untersuchung und nach 48 Stunden gemessen. Die ärztliche Empathie wurde von den Patientinnen und Patienten mittels Fragebogen „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) bewertet. Es zeigt sich, dass die von Pat. positiv wahrgenommene Konsultationen mit geringerem Schweregrad und kürzerer Dauer der grippalen Infekte und mit einer stärkeren Veränderung der Interleukin-8- und Neutrophilenzahl assoziiert waren.

Programm zur Evaluierung und Kommunikation des 10-Jahres-Risikos für koronare Herzerkrankungen reduziert das vorhergesagte Risiko und verbessert das Risikofaktorenprofil

Benner et al. (2008) untersuchen in ihrer kontrolliert-randomisierten Studie in neun europäischen Ländern, ob ein Programm zur Evaluierung und Kommunikation des Risikos für koronare Herzerkrankungen das vorhergesagte kardiovaskuläre Risiko von Patientinnen und Patienten verringert. Nach der Risikoeinschätzung zu Beginn der Studie berechneten die Ärztinnen und Ärzte der Interventionsgruppe das kardiovaskuläre Risiko der Patientinnen und Patienten und wurden instruiert, Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines Programms zur Risiko-Evaluierung und -Kommunikation zu beraten. Die Ärztinnen und Ärzte der Kontrollgruppe benutzten dieses Programm nicht und versorgten die Patientinnen und Patienten standardmäßig. Primärer Endpunkt der Studie war das nach sechs Monaten erfasste 10-Jahres-Risiko für koronare Herzerkrankungen nach dem Framingham-Modell mit vs. ohne Intervention. Von insgesamt 1.103 Patientinnen und Patienten entfielen 524 auf die Interventionsgruppe und 461 auf die Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten betrug das durchschnittliche vorhergesagte kardiovaskuläre Risiko 12,5 Prozent in der Interventionsgruppe vs. 13,7 Prozent in der Kontrollgruppe. Mehr Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe erreichten die angestrebten Zielwerte in Bezug auf Blutdruck und schädliche LDL-Cholesterine (25,4 %) als in der Kontrollgruppe (14,1 %). Mehr Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe hörten auf zu rauchen (29,3 % vs. 21,4 % in der Kontrollgruppe). Die Autorinnen/Autoren kommen zum Schluss, dass eine verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion und verbessertes Wissen und Verständnis in Bezug auf

ihr individuelles Risiko die Patientinnen und Patienten dazu motiviert haben könnte, sich gesünder zu ernähren, mehr Sport zu betreiben und mit dem Rauchen aufzuhören.

Weitere ausgewählte Einzelstudien

Aktiver Einsatz eines Patientenmerkblatts führt zu Angstreduktion, Verkürzung der Konsultation und verbesserter Erinnerung an Informationen bei Krebspatienten/-patientinnen: Brown et al. (2001)

Ermutigung von Patienten/Patientinnen, Fragen während der Konsultation zu stellen, hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Diabetes-Erkrankten: Weitzman et al. (2009)

Ärztliche Empathie verbessert klinische Werte bei Diabetes-Patienten/-Patientinnen: Hojat et al. (2011)

2. Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Patientinnen/Patienten

Metastudien

Arbeitsbündnis und Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in steigern die Therapietreue in psychiatrischen Settings

Thompson/McCabe (2012) untersuchen in ihrem Review von 23 Studien den Zusammenhang von Kommunikation, Arbeitsbündnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in und Therapietreue in psychiatrischen Settings. Aufgrund der Heterogenität der Methoden der Einzelstudien war keine Meta-Analyse, sondern nur eine narrative Synthese möglich. Die Autorinnen/Autoren kommen zum Schluss, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Kommunikation, Arbeitsbündnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in und Therapietreue besteht. Insbesondere das Arbeitsbündnis erwies sich als relevant für eine Steigerung der Therapietreue. Die folgenden Komponenten waren hierfür von Bedeutung: eine Einigung über die Aufgaben der Behandlung, ein kooperativer Kommunikationsstil und die Diskussion über Einzelheiten zur Behandlung. Die Wirkung von Shared Decision Making zur Steigerung von Therapietreue erwies sich für psychiatrische Settings als weniger überzeugend als für allgemeinmedizinische Settings.

Patientenzentrierte Kommunikation im allgemeinmedizinischen Setting führt zu weniger diagnostischen Tests und Überweisungen

Stewart et al. (2000) untersuchen in ihrer Studie den Zusammenhang von patientenzentrierter Kommunikation im allgemeinmedizinischen Setting und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. 39 zufällig ausgewählte Hausärztinnen/-ärzte und 315 ihrer Patientinnen und Patienten nahmen an der Studie teil. Von den Gesprächen wurden Tonaufnahmen angefertigt, Patientenzentrierung wurde von Ratern hinsichtlich dreier Komponenten beurteilt: Krankheit und Krankheitserfahrung erfragen, Patientinnen und Patienten ganzheitlich erfassen, einen gemeinsamen Nenner finden. Zusätzlich wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, die Patientenzentrierung der Konsultation einzuschätzen. Die Outcome-Variablen in dieser Studie waren:

- » Gesundheitszustand der Pat., erfasst mit Hilfe einer visuellen Analog-Skala,
- » Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands mit Hilfe eines Fragebogens (Medical Outcomes Study – Short Form-36),
- » Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung gemessen an der in den Akten verzeichneten Anzahl an diagnostischen Tests, Überweisungen und Hausarztbesuchen.

Es zeigte sich, dass positive Einschätzungen der Patientinnen und Patienten in Hinblick auf die Patientenzentrierung der Konsultation mit besserer Genesung und besserer seelischer Gesundheit zwei Monate nach der Konsultation und weniger diagnostischen Tests und Überweisungen assoziiert waren. Während bei Patientinnen und Patienten, die im Fragebogen angaben, dass kein gemeinsamer Nenner gefunden werden konnte, der Anteil der diagnostischen Tests bei 25,4 Prozent lag, betrug dieser bei Patientinnen und Patienten, die angaben, dass ein gemeinsamer Nenner gefunden wurde, lediglich 4,1 Prozent. Ähnliches gilt auch für Überweisungen an andere Ärztinnen und Ärzte, die sich bei jenen Patientinnen und Patienten, die keinen gemeinsamen Nenner erlebten, auf 14,9 Prozent beläuft, im Gegensatz zu 6,1 Prozent bei Patientinnen und Patienten, die angaben, einen gemeinsamen Nenner mit den Ärzten/Ärztinnen gefunden zu haben.

Patientenbeteiligung verbessert indirekt über verbesserte Adhärenz den klinischen Outcome bei Depression

Loh et al. (2007) untersuchen in ihrer Studie den Zusammenhang von Patientenbeteiligung und Adherence sowie klinischen Outcomes in hausärztlicher Behandlung von Depressionen. Das Sample besteht aus 207 Patientinnen und Patienten mit Depression und 30 Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner. Zu Beginn der Studie und sechs bis acht Wochen später wurden Depression, klinische Outcomes, Patientenbeteiligung und Adherence mittels Fragebogenerhebung bei den Patientinnen und Patienten erfasst (Patient Health Questionnaire, Skala zur Patientenbeteiligung, Visuelle Analog-Skala für Adherence). Zusätzlich erfolgte eine Dokumentation der klinischen Praxis („clinical management plan“) durch die Hausärztinnen/-ärzte. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 60 Prozent der Varianz im klinischen Outcome der Adhärenz und Depressionsschwere zu Studienbeginn zuzuschreiben ist. Depressionsschwere sagt klinischen Outcome,

nicht jedoch Patientenbeteiligung voraus. Patientenbeteiligung sagt Adhärenz, nicht jedoch klinischen Outcome voraus. Die Autorinnen/Autoren kommen zum Schluss, dass der Zusammenhang zwischen Patientenbeteiligung und klinischem Outcome bei Depression zwar bestätigt wird, der Effekt jedoch nur indirekt über die Variable Adhärenz erklärbar ist.

Weitere ausgewählte Einzelstudien

Respektvoller und höflicher Umgang mit Schizophreniepatienten ist die wichtigste Variable für die Herstellung eines Arbeitsbündnisses zwischen Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten: Hamann et al. (2007)

3. Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten

Metastudien

Empathie in der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal mit Krebspatientinnen/-patienten führt zu größerer Patientenzufriedenheit, niedrigerer psychischer Belastung und geringerem Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten

Ein Review von Lelorain et al. (2012) widmet sich den Effekten von Empathie in der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal mit Krebserkrankten. Die Metastudie umfasst 39 Artikel, die quantitative Messungen von Empathie beinhalten. Empathie wurde hauptsächlich durch Selbsteinschätzungen der Pat. und Kodierung der verbalen Interaktion erfasst. Untersuchte Outcome-Variablen waren Patientenzufriedenheit und psychische Anpassung. In retrospektiven Studien und Studien, die mit der Selbsteinschätzung der Pat. arbeiten, zeigt sich, dass ärztliche Empathie mit größerer Patientenzufriedenheit, niedrigerer psychischer Belastung und geringerem Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten im Zusammenhang steht. Studien, die mit Kodierungen der verbalen Interaktion arbeiten, zeigen hingegen divergierende Resultate. Ärztliche Empathie war nicht mit Patienten-Empowerment (medizinisches Wissen, Coping) assoziiert.

Exemplarische Einzelstudien

Interaktion mit und die Beziehung zu Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal hat den weitaus größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Das Picker Institut Deutschland gGmbH (Stahl/Nadj-Kittler 2013) führte im Zeitraum von 2009 bis 2012 postalische poststationäre Patientenbefragungen an 197 verschiedenen deutschen

Krankenhäusern durch und wertete 111.835 Rückmeldungen von Pat. aus dem akutstationären Bereich aus (Rücklaufquote 55 %). Design der Untersuchung und Art der Frageformulierung (Berichtsfragen anstelle von Urteilsfragen) stellen besonders verlässliche Verfahren dar, sodass die Ergebnisse als belastbar angesehen werden können. Die Daten zeigen, dass Interaktion und Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten bzw. Pflegepersonal mit insgesamt 80,8 Prozent (prozentualer Erklärungsbeitrag des beta-Koeffizienten) den weitaus größten Einfluss darauf haben, ob Patientinnen und Patienten insgesamt mit der Krankenhausbehandlung und -betreuung zufrieden sind. Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion und die Zufriedenheit mit der Pflegepersonal-Patienten-Interaktion tragen dabei mit 29,9 Prozent bzw. 30,9 Prozent in ähnlich hohem Maße zur Gesamtzufriedenheit bei. Demgegenüber tragen andere Faktoren wie die allgemeine Ausstattung (15,4 %), der subjektive Behandlungserfolg (14,1 %), Sauberkeit (7,5 %), Aufnahmeverfahren (2,9 %), Zimmeratmosphäre (2,3 %), die Vorbereitung auf die Entlassung (2,0 %), Einbeziehung der Familie (0,75 %), Aufklärung und Information über operative Eingriffe (0,2 %) und das Essen (0,0 %) in vergleichsweise nur geringem Maße zur Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten bei. Nach der Vorbereitung auf die Entlassung (47 %) und der Einbeziehung der Familie (30 %) sehen Patientinnen und Patienten den größten Verbesserungsbedarf im Bereich der Arzt-Patient-Interaktion (22 %). Dabei sehen die Patientinnen und Patienten die größten Probleme in der Einbindung in Entscheidungsprozesse (47 %), im Eingehen auf Ängste und Befürchtungen (32 %), der verständlichen Erklärung von Untersuchungsergebnissen (29 %), der Verfügbarkeit fester Ansprechpartner (29 %) und der verständlichen Beantwortung wichtiger Fragen (20 %). Das Einbeziehen der Familie sehen die Patientinnen und Patienten ebenfalls als mangelhaft (30 %).

Die Auswertung des Picker-Instituts von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen an 29 Krankenhäusern im Zeitraum von 2006 bis 2012, worin Fragebögen von 27.300 Patientinnen und Patienten, ca. 4.000 Ärztinnen und Ärzten und 11.000 Pflegekräften berücksichtigt wurden, zeigt, dass Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit eng miteinander verknüpft sind: So besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Bedingungen der Patientenversorgung durch Ärztinnen und Ärzte und der Beurteilung von Arzt-Patient-Interaktionen durch Patientinnen und Patienten. Ebenso korrelieren die Einschätzung von Bedingungen der Patientenversorgung durch das Pflegepersonal und die Beurteilung von Pflegepersonal-Patient-Interaktionen durch die Patientinnen und Patienten signifikant.

Insgesamt kommen Stahl/Nadj-Kittler (2013, 19) zum Schluss, „dass die Beziehungsqualität als einer der Schlüsselindikatoren für gute Versorgungsqualität aus Patientensicht eine entscheidende Rolle spielt“. „Für die Zufriedenheit der Patienten ist das Verhältnis zu den betreuenden Pflegekräften und Ärzten maßgeblich. Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind für sie um ein Vielfaches wichtiger als das Essen oder die Zimmeratmosphäre.“ (ebd.).

Optimistische Kommunikation von Akupunkteuren/Akupunkturinnen führt zu größerer Patientenzufriedenheit und größere Erwartungen an die Wirkung der Behandlung und damit indirekt zu besseren Behandlungsergebnissen

Street et al. (2012) untersuchen in ihrer Studie den Zusammenhang von optimistischer ärztlicher Kommunikation, Patientenzufriedenheit und Behandlungsergebnissen. In der kontrolliert-randomisierten Studie wurden jeweils 10–12 Sitzungen von 311 Patientinnen und Patienten mit Osteoarthritis des Knies bei sechs Akupunkteuren/Akupunkturinnen ausgewertet. Zentrales Element der Untersuchung waren die unterschiedlichen Kommunikationsstile der Akupunkteure/Akupunkturinnen, die in Trainings getrennt voneinander geschult wurden. Während eine Gruppe für die Kommunikation von hohen Erwartungen an die Behandlung trainiert wurde, wurde die zweite Gruppe für die Kommunikation von neutralen Erwartungen an die Behandlung trainiert. Die Audiointerviews wurden kodiert und mit den Ergebnissen des „satisfaction with knee procedure“-Fragebogens verglichen, der von Patientinnen und Patienten vor der ersten und nach der letzten Behandlung ausgefüllt wurde. Es zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten mit besseren Behandlungsergebnissen zufriedener mit der Behandlung waren, jünger waren, weniger Schmerz und eine höhere Funktionalität zu Studienbeginn hatten. Die Patientenzufriedenheit war größer bei Patientinnen und Patienten, die von Ärztinnen und Ärzten mit einem optimistischen Kommunikationsstil betreut wurden und die zu Studienbeginn höhere Erwartungen an die Behandlung hatten. Street et al. kommen zum Schluss, dass optimistische Kommunikation indirekt auf Behandlungsergebnisse einwirkt, indem Patientinnen und Patienten, die im Erstgespräch mit optimistischen Akupunkteuren in Kontakt kamen, während des gesamten Behandlungsverlauf zufriedener waren und größere Erwartungen an die Wirkung der Behandlung hatten.

Hausarztärztliche Empathie, Patientenorientierung, Information und Koordination sowie Kompetenz führen zur Weiterempfehlung des Arztes / der Ärztin durch Patienten/Patientinnen

Vedsted/Heje (2008) verwenden in ihrer Studie alternativ zur Kategorie der Patientenzufriedenheit, die Kategorie ‚Weiterempfehlung‘. Sie untersuchen den Zusammenhang zwischen der Bewertung von Hausarztpraxen durch Patienten/Patientinnen und der Weiterempfehlung an Freunde sowie die Beziehung dieser Items mit ärztlichen Kompetenzen. Die Querschnittstudie umfasst 50.191 Patienten/Patienten und 690 Hausärzte/-ärztinnen. Die Bewertung der Hausarztpraxen wurde mit Hilfe des Europep Fragebogens durchgeführt, der um das zusätzliche Item ‚Arzt weiterempfehlen‘ ergänzt wurde. Die Studie zeigt, dass die Weiterempfehlung des Arztes / der Ärztin durch Patienten/ Patientinnen am stärksten mit der Bewertung empathisch, patientenorientiert, informativ und koordinierend und kompetent assoziiert ist; in geringerem Maße mit der Bewertung der Praxis als gut erreichbar.

Weitere ausgewählte Einzelstudien

Unterstützendes ärztliches Verhalten in internistischen Ambulanzen (Zuhören, verbaler und nonverbaler Zuspruch, Zusammenfassungen von Patientenaussagen, offene und geschlossene

Fragen, wohlbegründete Vermutungen, Reflektionen und Respekt) ist insbesondere bei unsicheren Patientinnen/Patienten **mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft**: Zandbelt et al. (2007)

Die Studie von Dong et al. (2014) zeigt – möglicherweise aufgrund von Deckeneffekten – **keinen Zusammenhang zwischen patientenzentrierter Kommunikation und Patientenzufriedenheit in radiologischen Konsultationen**.

4. Auswirkungen auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen

Exemplarische Einzelstudien

Kommunikationstraining von Fachärztinnen/–ärzten im Krankenhaus reduziert Depersonalisation (=Zynismus), ein zentrales Element von Burnout

Ramirez, A. J. et al. (1996) und Graham et al. (2002) untersuchen in ihrer Studie den Zusammenhang von Stress und Burnout bei Ärztinnen und Ärzten. In der Querschnittstudie mit 882 Fachärztinnen/–ärzten im Krankenhaus wurden Burnout (mit Hilfe des Maslach burnout inventory, 3 Subskalen: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (=Zynismus), Gefühl persönlicher Aufgabenerfüllung) und psychiatrische Morbidität (mit Hilfe der 12-Item-Version des general health questionnaire) erfasst. Es zeigte sich, dass Arbeitsstress mit emotionaler Erschöpfung und psychiatrischer Morbidität assoziiert ist. Arbeitszufriedenheit erweist sich als protektiv gegen Burnout, indem sie emotionale Erschöpfung unwahrscheinlicher macht und mit einem Gefühl größerer persönlicher Aufgabenerfüllung assoziiert ist. Emotionale Erschöpfung führt zu Depersonalisation (=Zynismus), nicht jedoch ein Gefühl geringer persönlicher Aufgabenerfüllung. Burnout sagt psychiatrische Morbidität vorher: Emotionale Erschöpfung erhöht das Risiko psychiatrischer Morbidität, das Gefühl persönlicher Aufgabenerfüllung reduziert dieses Risiko. Kommunikationstraining, das von Ärztinnen und Ärzten als ausreichend wahrgenommen wird, reduziert Depersonalisation (=Zynismus), welche eine Subskala von Burnout darstellt.

Burnout-Symptome bei Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie stehen in direktem Zusammenhang mit geringer Selbsteinschätzung der Gesprächskompetenz

Travado et al. (2005) untersuchen den Zusammenhang von kommunikativen Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie und psychosozialer Orientierung und Burnout. Die multizentrische Studie (Southern European Psycho-Oncology study – SEPOS) erfasst mittels Fragebogenerhebung bei 125 Ärztinnen und Ärzten in Italien, Portugal und Spanien Selbsteinschätzung der Gesprächskompetenz (mit Hilfe des Self-Confidence in Communication Skills (SCCS) scale), Erwartungen hinsichtlich der Effekte der Arzt-Patient-Kommunikation (Expected Outcome of Communication (EOC) scale), psychosoziale Orientierung (Physician Belief Scale (PBS), und Burnout (Maslach Burnout Inventory (MBI)). Die Studie kommt zu folgenden Ergebnis-

sen: Die Ärztinnen und Ärzte berichteten von minimalem Kommunikationstraining während ihrer Ausbildung, nahmen ihre kommunikativen Fähigkeiten aber trotzdem als weitgehend gut wahr. Geringe psychosoziale Orientierung und Burnout-Symptome bei Ärzten sind assoziiert mit geringerem Vertrauen in die eigenen kommunikativen Fähigkeiten und höherer Erwartung eines negativen Ausgangs des Arzt-Patienten-Gesprächs.

5. Auswirkungen auf die Patientensicherheit und Klagen wegen Behandlungsfehlern

Exemplarische Einzelstudien

In 71 Prozent der Fälle von Klagen wegen Behandlungsfehlern wurden problematische Beziehungen zwischen Gesundheitsprofis und Patientinnen/Patienten/Familien identifiziert

Beckman et al. (1994) gehen in ihrer Untersuchung der Frage nach, was Patientinnen und Patienten dazu bewog, Klagen wegen Behandlungsfehlern einzureichen. In ihrer Analyse von 45 Aussagen von Klagenden gegen ein großes medizinisches Zentrum extrahierten sie jeweils den angeblichen Behandlungsfehler, die Frage nach dem Grund der Klage und die Antwort darauf, ggf. Aussagen zu problematischen Beziehungen zwischen Gesundheitsprofis und Patientinnen/Patienten/Familien und die Frage, ob ein Gesundheitsprofi das Auftreten eines Behandlungsfehlers ins Spiel gebracht hat und, wenn ja, wer. Aussagen zu problematischen Beziehungen zwischen Gesundheitsprofis und Patientinnen/ Patienten/Familien wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. In 71 Prozent der aufgezeichneten Fälle wurden problematische Beziehungen identifiziert. Hierzu zählen auf Ebene der Kommunikation ein abwertender Umgang mit Ansichten von Patientinnen/Patienten oder Angehörigen (29 %), unzureichende Informationsvermittlung (26 %) sowie fehlendes Verständnis für Perspektiven von Patientinnen/Patienten und Angehörigen (13 %).

Patientenzentriertes Kommunikationsverhalten (Orientierungen, Humor und unterstützende Aktivitäten) von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner reduziert Klagen von Patientinnen/Patienten wegen Behandlungsfehlern

Levinson et al. (1997) gehen in ihrer Studie dem Zusammenhang von kommunikativem Verhalten und Klagen wegen Behandlungsfehlern von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Chirurginnen/Chirurgen nach. Sie untersuchten etwa 1.240 Audiotranskripte von APG bei Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner (n = 590) und Chirurginnen/Chirurgen (n = 650) mittels Roter Interaction Analysis System (RIAS). Für die Untersuchung wurde das Gesprächsverhalten der Ärztinnen und Ärzte, die laut Aufzeichnung der Versicherungsgesellschaften bereits wegen Behandlungsfehlern geklagt worden sind (≥ 2 Klagen), dem Gesprächsverhalten jener Ärztinnen und Ärzte gegenübergestellt, gegen die keine Klagen anhängig waren. Die Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem kommunikativen Verhalten und Klagen gegen

Allgemeinmediziner/innen, nicht jedoch gegen Chirurginnen/Chirurgen. Allgemeinmediziner/innen ohne Klagen gaben häufiger Orientierungen während des Gesprächs (um für Pat. transparent zu machen, was sie zu erwarten haben und wie die Konsultation ablaufen wird), lachten öfter und waren humorvoll, setzten mehr unterstützende Aktivitäten wie Verständnisabklärung und Rede-Ermunterung und holten häufiger explizit die Meinung von Patientinnen und Patienten ein. Auch waren die Konsultationen dieser Ärztinnen/Ärzte mit Patientinnen und Patienten deutlich länger.

Prüfungsergebnis zur Arzt-Patient-Kommunikation als signifikanter Prädiktor für zukünftige Klagen gegen den Arzt / die Ärztin

In einer Studie von Tamblyn et al. (2007) wurde der Frage nachgegangen, inwieweit durch die Erfassung von ärztlicher Kommunikationskompetenz Vorhersagen über die Wahrscheinlichkeit von patientenseitigen Beschwerden bei medizinischen Aufsichtsbehörden getroffen werden können. In die Kohortenstudie mit Follow-up wurden alle 3.424 Ärzte einbezogen, die zwischen 1993 und 1996 die Prüfung "Medical Council of Canada clinical skills" bestanden und eine Praxiszulassung in Ontario und/oder Quebec bekamen. Bis zum Jahr 2005 wurde erhoben, ob Beschwerden gegen diese Ärzte/Ärztinnen eingereicht wurden. Erfasst wurden dabei alle Patientenklagen gegen Ärztinnen und Ärzte, an denen nach Überprüfung festgehalten wurde. Multivariate Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Klagen und Prüfungsergebnissen wurden durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass von allen eingereichten Beschwerden (insgesamt 1.116) 81,9 Prozent auf Kommunikationsprobleme oder andere Probleme der Betreuungsqualität zurückzuführen waren. Ein um die zweifache Standardabweichung niedrigerer Wert im Prüfungsergebnis zur Arzt-Patient-Kommunikation (Defizite in patientenzentrierter Kommunikation wie z. B. herablassendes, beleidigendes oder wertendes Verhalten oder Ignorieren von Patientenaussagen) war assoziiert mit 1,17-mal mehr zurückgezogenen Klagen über 100 Ärzte pro Jahr und 1,20-mal mehr Klagen wegen Kommunikationsproblemen über 100 Praxisjahre.

Weitere ausgewählte Einzelstudien

Falldarstellung über einen Patienten, dessen Tuberkulose-Diagnose u. a. durch fehlende Kommunikation der Untersuchungsergebnisse und anderer klinischer Informationen deutlich verzögert wurde: Gandhi (2005)

Über 30 Prozent von 438 Prostatakarzinom-Patienten erhielten eine ungeeignete Therapie aufgrund von Defiziten in der Anamnese & Gesprächsführung: Chen et al. (2008)

6. Gesundheitsökonomische Auswirkungen

Metastudien

Schlechte Kommunikation hat auf Patientinnen/Patienten und auf das onkologische Versorgungssystem schädliche Einflüsse, die mit beträchtlichen ökonomischen Kosten verbunden sind

Unter dem Titel „Is there a cost to poor communication in cancer care?“ beschäftigen sich Thorne et al. (2005) im Rahmen eines Review mit der These, dass schlechte und nicht adäquate Kommunikation einerseits starke Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten hat, und andererseits zu erhöhten Kosten im Gesundheitssystem führt. In ihrer ausführlichen Zusammenschau zahlreicher Studien kommen sie zum Ergebnis, dass sich schlechte Kommunikation auf vielen Ebenen negativ auf das Gesundheitssystem als Ganzes auswirkt und Kosten verursacht, die nicht nur Patientinnen und Patienten und deren soziales Netzwerk betreffen, sondern auch Ärztinnen/Ärzte und das onkologische Versorgungssystem. Im Speziellen belegen sie (jeweils mehr oder weniger implizite) Kostensteigerungen durch folgende Faktoren: Kosten, die durch unnötige psychische Belastung verursacht werden, Kosten, die durch unnötige Behandlungen 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).

Ärztlich-therapeutisches Gespräch kann zu einer Kostenersparnis bei Medikamenten oder Überweisungen führen

Ein Kurz-Assessment des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment zur Effektivität verstärkter Arzt-Patient-Kommunikation (Felder-Puig et al. 2006) begutachtet in Hinblick auf den Endpunkt des Behandlungsaufwands und den damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sechs Studien. Ihre Studienübersicht, die allerdings Studien zur Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten explizit ausschließt, gelangt zum Schluss, dass „ein ärztlich-therapeutisches Gespräch [...] zu einer Kostenersparnis bei Medikamenten oder Überweisungen führen [kann], allerdings nicht grundsätzlich und bei allen Erkrankungen oder Problemstellungen“ (Felder-Puig et al. 2006, 24).

7. Auswirkungen der Kommunikationsqualität zwischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Gesundheitsberufen auf Patientengespräche und -versorgung

Metastudien

Training und Prüfung kommunikativer Fertigkeiten stellen ein Element für wirksames Teamwork-Training bei Medizinstudentinnen/-studenten und Assistenzärztinnen/-ärzten dar

Der Review von Chakraborti et al. (2008) untersucht die Wirksamkeit von Teamwork-Training von Medizinstudentinnen/-studenten und Assistenzärztinnen/-ärzten. Die Metastudie benutzt den theoretischen Rahmen von Baker et al. (2005), der in acht Prinzipien Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen beschreibt, die notwendig sind, um Teamwork in der medizinischen Ausbildung zu fördern: 1) Leadership, 2) gegenseitiges Monitoring, 3) Bereitschaft, für Teammitglieder einzuspringen, 4) adaptives Verhalten, 5) Team-Orientierung, 6) Vertrauen, 7) Kommunikationstrainings oder eine Überprüfung der kommunikativen Fertigkeiten und 8) gemeinsame Vorstellungen. Die 13 untersuchten Studien zeigen eine mittlere kurzfristige Wirksamkeit von Teamwork-Trainings; sie sind umso effektiver, je mehr der acht Prinzipien nach Baker et al. in den Trainings angesprochen werden.

Teamkommunikation im Rahmen von Übergaben sowie Unterbrechungen in der Kommunikation sind relevante Faktoren in Hinblick auf Fehler und Patientensicherheit

Alvarez/Coiera (2006) gehen in ihrer Übersichtsarbeit dem Zusammenhang zwischen Teamkommunikation in Intensivstationen und Patientensicherheit nach. Sie zeigen zwei Schwerpunkte der einschlägigen Literatur auf: Sowohl Teamkommunikation im Rahmen von Übergaben als auch Unterbrechungen in der Kommunikation erweisen sich als relevante Faktoren in Hinblick auf Patientensicherheit. Unterbrechungen dürften insofern negative Effekte in Hinblick auf Fehler und Patientensicherheit haben, als das Arbeitsgedächtnis anfällig für derartige Störungen ist.

Exemplarische Einzelstudien

Qualität der Kommunikation zwischen Pflege und Ärztinnen/Ärzten sowie das Abhalten von Teamsitzungen zur Medikamentengabe führen zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs und zu weniger sozial herausforderndem Verhalten bei Patientinnen und Patienten

Schmidt/Svarstad (2002) untersuchen den Zusammenhang von interprofessioneller Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärztinnen/Ärzten in der geriatrischen Pflege und dem Medikamentengebrauch. Dazu erhoben sie in 36 Altenheimen in Schweden mit insgesamt 1.645

Bewohnerinnen/Bewohnern die Dokumentation des Medikamentengebrauch und Berichte von Stationsschwestern. Der Medikamentengebrauch wurde mit Hilfe von zwei Skalen gemessen, sozial herausforderndes Verhalten von Patientinnen und Patienten wurde u. a. durch Fokusgruppen erhoben und die Kommunikationsqualität mit Hilfe einer im Rahmen der Studie entwickelten Skala gemessen. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine verbesserte interprofessionelle Kommunikation sowohl zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs als auch zu weniger sozial herausforderndem Verhalten bei Patientinnen und Patienten führt, also die Belastung sowohl für die in den Gesundheitsberufen Tätigen als auch für die Patientinnen und Patienten verringert. Insbesondere die Qualität der Kommunikation zwischen Pflege und Ärztinnen/Ärzten sowie das Abhalten von Teamsitzungen zur Medikamentengabe erwiesen sich als einflussreiche Variablen.

Widersprüchliche Informationen vom Pflegepersonal – die großteils auf fehlende interne Koordination zurückzuführen ist – und Mitarbeiterkommunikation, die in Gegenwart und über die jeweils betroffenen Patientinnen/Patienten stattfindet, wird von Patientinnen/Patienten als unangenehm empfunden

Die Fragebogenuntersuchung von Cleary et al. (1991); Coulter/Cleary (2001) untersucht Einschätzungen und Bewertungen von Patientinnen und Patienten zu deren Erfahrungen im Krankenhaus. In den Jahren 1998–2000 nahmen etwa 63.000 Patientinnen und Patienten in fünf Ländern (Deutschland, Schweiz, Schweden, Großbritannien und den Vereinigten Staaten) teil. Einerseits wurde der Mangel an Information von Pat. durch Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal offengelegt, andererseits wurden auch Probleme evident, die sich in der Kommunikation zwischen Pat. und Pflegenden offenbaren, deren Ursache allerdings in der internen Krankenhauskommunikation verortet ist. So zeigt sich beispielsweise, dass insbesondere sich widersprechende Informationen vom Pflegepersonal, die großteils auf fehlende interne Koordination zurückzuführen ist, negativ bewertet wird. Besonders störend wurde zudem Mitarbeiterkommunikation empfunden, die in Gegenwart und über die jeweils betroffenen Patientinnen und Patienten stattfand, jedoch diese nicht aktiv integrierte (Coulter/Cleary 2001, 248).

Weitere ausgewählte Einzelstudien

Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit Übergaben, unklaren Verantwortlichkeiten und Entscheidungsfindung sind **für 43 Prozent aller berichteten chirurgischen Fehler in drei Krankenhäusern verantwortlich: Gawande et al. (2003)**

Wichtige Faktoren für effektive Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärztinnen/Ärzten im Krankenhaus sind Klarheit und Genauigkeit, die mit Hilfe von Rückfragen sicherzustellen sind, gemeinsames Problemlösen, ruhiges und unterstützendes Verhalten unter Stress, gegenseitiger Respekt und adäquates Rollenverständnis: **Robinson et al. (2010).**

Gerade in Gesundheitsinstitutionen wird eher parallel gearbeitet, mit Einsprengeln von kooperativem „Teamwork“ mit der Funktion der Selbstdarstellung; **die Kooperationspartner sind keine klar definierten interprofessionellen Teams, sondern lose Zusammenstellungen von**

Professionellen, die zusammen arbeiten, was eine klare Unterstrukturierung zur Folge hat. Wenn Kooperation stattfindet, dann nicht in offiziellen, klar definierten Bereichen wie etwa Visiten, sondern eher zufällig in informellen Hintergrundabsprachen. *Teambuilding*-Aktivitäten, die eine wechselseitige Wertschätzung, wechselseitigen Respekt, Information, Vertrauen und Unterstützung fördern, sollten daher an erster Stelle stehen: Lewin & Reeves (2011).