


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Strategie zur Etablierung einer
patientenzentrierten
Kommunikationskultur

Beschlossen von der Bundeszielsteuerungskommission
am 1. Juli 2016

Impressum

Fachliche Vorbereitung durch die Projektgruppe Gesprächsqualität

Magdalena Arrouas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Christina Dietscher, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mario Földy, Wiener Krankenanstaltenverbund

Christian Halper, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Peter Haubenberger, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (ab 02/2016)

Georg Palmisano, Amt der oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit

Jürgen Soffried, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, im Auftrag der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Stefan Spitzbart, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Ruth Taudes, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (bis 02/2016)

Sylvia Türk, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

sowie

durch die Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung und die Fachgruppe Qualität

im Auftrag der Bundeszielsteuerungskommission

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Peter Nowak

Marlene Sator

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

vertreten durch SC Dr.in Pamela Rendi-Wagner (BMGF, Sektion III)

Erscheinungsdatum:

Mai 2016

Zitiervorschlag:

BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Kurzfassung

Hintergrund und Ziel

Als eine **prioritäre Maßnahme zur Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“** (B-ZV, Art. 8, Operatives Ziel 8.3.2) wurde von der Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung eine Projektgruppe beauftragt, die hier vorliegende Strategie der Zielsteuerungspartner zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung zu erarbeiten.¹

Ziel der Strategie ist es, **inhaltliche Orientierung für die Entwicklung der Kultur und der Prozesse von Gesprächsführung in der Krankenversorgung zu geben** und damit die vielfältigen Initiativen in diesem Feld zu unterstützen. Die vorliegende Strategie knüpft an unterschiedliche Agenden der Gesundheitsreform an und kann auch einen Beitrag zu deren erfolgreicher Umsetzung leisten. Sie formuliert Handlungsfelder für eine mittel- und langfristige Entwicklung der Gespräche in der Krankenversorgung, definiert aber keine konkreten Umsetzungsmaßnahmen, da diese nur in Kooperation mit den wesentlichen Akteuren in der Krankenversorgung geplant werden können.

Was ist gute Gesprächsqualität?

Gesprächsqualität umfasst vier zentrale Ebenen, die gemeinsam Zieldimensionen für zukünftige Entwicklungsinitiativen darstellen: die **sprachlich-interaktive Ebene (Gesprächsführung)**, die **inhaltliche Ebene (Fachinhalte)**, die **psychosoziale Ebene (Beziehung)** und die **Ebene des Gesprächssettings (Umfeld)**. Vor dem Hintergrund der verfügbaren Evidenz und einer grundlegenden Ausrichtung auf das Modell der patientenzentrierten Krankenversorgung ist das Gespräch zwischen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Patientinnen/Patienten als **unerlässliches pflegerisches, diagnostisches und therapeutisches Werkzeug** zu verstehen. Es ist lehr- und lernbar und kann strukturell unterstützt und gesteuert werden. Das qualitätsvolle Gespräch zwischen GDA und Patientinnen/Patienten soll daher auch als Führungsaufgabe verstanden werden.

Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig?

Die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass Gespräche zwischen GDA und Patientinnen/Patienten **hochrelevant für die Outcomes der Krankenversorgung** sind. Gute Gesprächsqualität hat positive Effekte auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, auf die Patientensicherheit, die Häufigkeit von Klagen wegen Behandlungsfehlern, auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und auf ökonomische Belastungen für Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte und das gesamte Gesundheits- und Krankenversorgungssystem.

1

Die Projektgruppe hat auf den Ergebnissen von Grundlagenarbeiten aufgebaut, die in Form zweier Langberichte (Sator et al. 2015a; Sator et al. 2015b) und eines zusammenfassenden Kurzberichts (Sator et al. 2015c) vorliegen und die Evidenz für die dieser Strategie zugrunde gelegten Analysen zusammengefasst haben.

Wie ist der Status quo in Österreich?

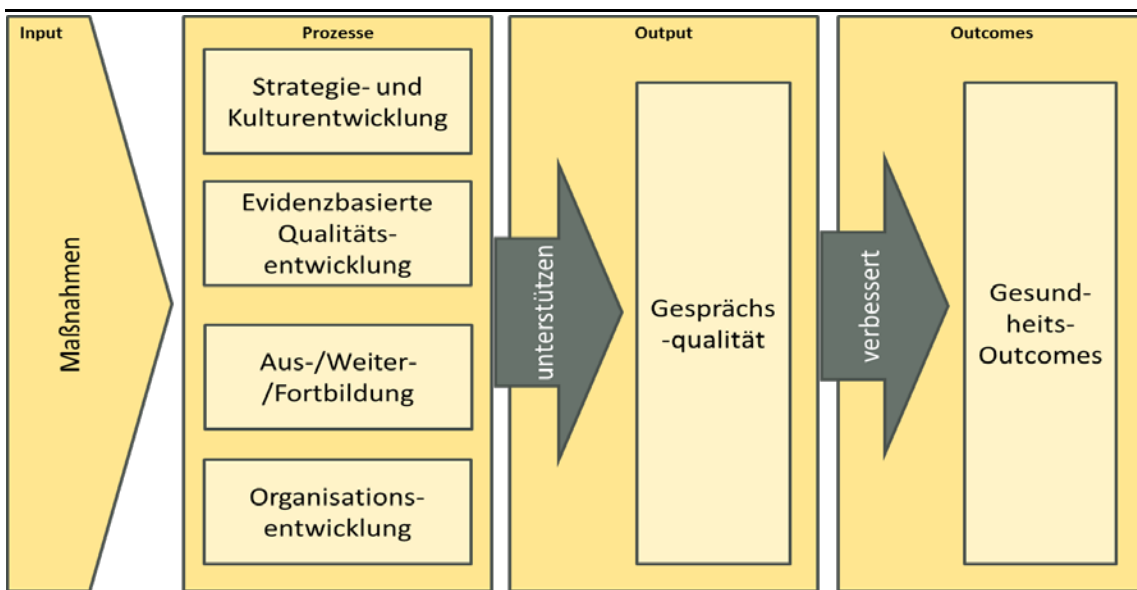
Europaweite Befragungen von Patientinnen/Patienten zur Arzt-Patient-Kommunikation, wissenschaftliche Analysen und Interviews mit Expertinnen/Experten zeigen: **Die Gesprächsqualität in Österreich hinkt dem EU-Durchschnitt hinterher.** Kommunikative Kompetenzen haben Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden, im Alltag der Krankenversorgung sind sie noch zu wenig umgesetzt. Es gibt zwar eine Reihe von Einzelinitiativen zur Verbesserung dieser Situation, auf die bei der Entwicklung von Umsetzungsmaßnahmen zurückgegriffen werden sollte. Diese sind aber meist von individuellem Engagement und Motivation von Einzelpersonen getragen und oft zeitlich begrenzt, während eine systematische Steuerung und flächendeckende Umsetzung weitgehend fehlt.

Wirkkette und strategische Handlungsempfehlungen

Das übergeordnete Ziel ist die **Verbesserung von Gesundheits-Outcomes**. Die Gesprächsqualität in der Krankenversorgung stellt eine wichtige Determinante der Outcome-Qualität dar. Einflussfaktoren auf die Gesprächsqualität sind in vier Handlungsfeldern zu sehen, für die jeweils Handlungsempfehlungen gegeben werden.

Abbildung 0.1:

Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung



Quelle und Darstellung: Projektgruppe Gesprächsqualität

1. Strategie- und Kulturentwicklung (Policy)

Vor dem Hintergrund, dass **ein gemeinsames Verständnis aller Stakeholder** von der Bedeutung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung und von kommunikativer Kompetenzentwicklung in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung entscheidend ist, wird empfohlen,

- » strategische Öffentlichkeitsarbeit zum Thema durchzuführen,
- » strategische Allianzen für Gesprächsqualität mit relevanten Partnern zu bilden,
- » ein Konsensus-Statement zur Umsetzung der kommunikativen Kompetenzentwicklung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung mit allen wesentlichen Stakeholdern zu erstellen, um die Umsetzung im jeweils eigenen Wirkungsbereich anzuregen,
- » Gesprächsqualität als Schwerpunktthema in der Umsetzung nationaler Strategien (Policies) und Programme zu etablieren.

2. Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung

Vor dem Hintergrund der derzeit sehr unterschiedlichen **Qualität von Fortbildungsangeboten** für GDA zur Kommunikation wird empfohlen,

- » Qualitätsstandards² zur Gesprächsführung und für deren Vermittlung zu erstellen,
- » Muster-Trainingskonzepte für Fortbildungsangebote zur Gesprächsführung zu erstellen,
- » die Qualität von Fortbildungsangeboten zur Gesprächsführung zu sichern und
- » Patienteninformation und Entscheidungshilfen qualitätsgesichert zu gestalten.

3. Aus-/Weiter-/Fortbildung

Vor dem Hintergrund des deutlichen Bruchs zwischen der qualitativ guten Ausbildung und den in kommunikativer Hinsicht unbefriedigenden Umsetzungsmöglichkeiten in der alltäglichen Praxis von GDA wird empfohlen,

- » leitende und ausbildende GDA und Fortbildner/innen in Hinblick auf Gesprächsführung weiterzuqualifizieren,
- » eine Fortbildungsinitiative für bereits praktizierende GDA zu lancieren,
- » evidenzbasierte Patientenschulungen durchzuführen.

4. Organisationsentwicklung

Vor dem Hintergrund, dass derzeit vielfach **förderliche Rahmenbedingungen** für gute Gesprächsqualität in den Gesundheits- und Krankenversorgungsorganisationen fehlen, wird empfohlen,

- » Gesprächsqualität organisational zu verankern,
- » die Rahmenbedingungen für die alltägliche Gesprächsführung und für den Kommunikationsunterricht sowie die Überprüfung der kommunikativen Kompetenzen in der praktischen Ausbildung zu reorganisieren,

2

Der Begriff „Qualitätsstandard“ ist hier in einem weiteren Sinne zu verstehen und **nicht** im engen Sinne eines „Bundesqualitätsstandards“ (gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz).

- » die Ausbildungsstätten bei der Umsetzung des Kommunikationsunterrichts in der praktischen Ausbildung systematisch zu unterstützen,
- » Informations- und Kommunikationstechnologien nicht anstelle von, sondern zur Unterstützung des Gesprächs zwischen GDA und Patientinnen/Patienten einzusetzen.

Weiterer Umsetzungsprozess

Im Bundes-Jahresarbeitsprogramm 2016 (op. Ziel 8.3.2.; Maßnahme 2) ist bereits festgelegt, dass im Jahr 2016 die schrittweise Umsetzung der vorliegenden Strategie unter **Einbeziehung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) und der zuständigen Fachgruppen Public Health / Gesundheitsförderung (FG PH/GF) und Qualität (FG Q)** beginnen soll.

Der Umsetzungsprozess soll dem Public Health Action Cycle folgen: Nach Beschluss der Strategie und ihrer breiten Dissemination sollen die priorisierten Handlungsempfehlungen **in enger Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern** (Ausbildungseinrichtungen aller Gesundheitsberufe, Krankenanstalenträger, berufliche Interessenvertretungen und Fachgesellschaften, Patientenvertretungen etc.) **schrittweise als Maßnahmen konkretisiert** werden, wobei finanzielle, zeitliche und personelle Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der Systempartner (Bund, Länder, Sozialversicherung) für die Strategie zu explizieren sind. Für Entwicklung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen gemeinsam mit den Stakeholdern wird es einer gesonderten Finanzierung bedürfen. Die priorisierten Umsetzungsmaßnahmen sollen evaluiert und die Wirkungen der Strategie insgesamt bewertet werden.

Inhalt

Kurzfassung	I
Abbildungen.....	VI
Abkürzungen.....	VII
1	Gesprächsqualität in der Krankenversorgung als Teil der Gesundheitsreform..... 1
2	Was ist gute Gesprächsqualität? 3
2.1	Grundlegende Orientierung..... 3
2.2	Ebenen von Gesprächsqualität..... 4
3	Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig? Erwarteter Nutzen einer Verbesserung der Gesprächsqualität (Outcomes)..... 5
4	Wie ist der Status quo in Österreich? Das Beispiel Arzt–Patient–Kommunikation..... 6
4.1	Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?..... 6
4.2	Wie ist der Stand der bisherigen Entwicklungsinitiativen in Österreich? 6
5	Strategische Handlungsempfehlungen..... 7
5.1	Handlungsfeld Strategie– und Kulturentwicklung (Policy) 8
5.1.1	Entwicklungsbedarf..... 8
5.1.2	Priorisierte Handlungsempfehlungen 9
5.2	Handlungsfeld evidenzbasierte Qualitätsentwicklung..... 10
5.2.1	Entwicklungsbedarf..... 10
5.2.2	Priorisierte Handlungsempfehlungen 11
5.3	Handlungsfeld Aus–/Weiter–/Fortbildung..... 12
5.3.1	Entwicklungsbedarf..... 12
5.3.2	Priorisierte Handlungsempfehlungen 12
5.4	Handlungsfeld Organisationsentwicklung 14
5.4.1	Entwicklungsbedarf..... 14
5.4.2	Priorisierte Handlungsempfehlungen 14
5.5	Grafischer Überblick über die prioritären Handlungsempfehlungen..... 15
6	Weiterer Umsetzungsprozess 17
7	Ausgewählte Literatur 20

Abbildungen

Abbildung 0.1: Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung.....	II
Abbildung 2.1: Vier zentrale Ebenen von Gesprächsqualität	4
Abbildung 5.1: Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung.....	7
Abbildung 5.2: Prioritäre Handlungsempfehlungen in vier Handlungsfeldern zur Verbesserung der Gesprächsqualität	16
Abbildung 6.1: Public Health Action Cycle	17

Abkürzungen

AG GS	Arbeitsgruppe Gesundheitssystem
BGK	Bundesgesundheitskommission
EU	Europäische Union
FG PH/GF	Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung
FG Q	Fachgruppe Qualität
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
MTD	Medizinisch-technische Dienste
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖPGK	Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziel

1 Gesprächsqualität in der Krankenversorgung als Teil der Gesundheitsreform

Hintergrund

Eine an den Rahmen-Gesundheitszielen (R-GZ) ausgerichtete gesundheitsförderliche Gesamtpolitik soll die gesunden Lebensjahre der in Österreich lebenden Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren schrittweise erhöhen. Das Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (R-GZ 3) wurde von der BGK als ein Ziel mit höchster Priorität verankert (www.gesundheitsziele-oesterreich.at).

Die zuständige Arbeitsgruppe zum R-GZ 3 stellte im Jahr 2013 fest, dass das Gespräch zwischen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Patientinnen/Patienten ein zentraler Prozess ist, in dem Gesundheitskompetenz benötigt und gleichzeitig gebildet wird. In einem gelungenen Gespräch sollten die Betroffenen (Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen) ihre gesundheitlichen Anliegen verständlich machen können, die Therapieoptionen verstehen, die Behandlung mitentscheiden und -tragen sowie ihren eigenen Beitrag zur gewählten Behandlung verstehen, um erfolgreich ihr gesundheitliches Problem bewältigen zu können. Wesentliche Entscheidungen über Patientenstatus, Diagnostik und Therapien und damit über eingesetzte Ressourcen werden im Gespräch zwischen GDA und Patientinnen/Patienten gemeinsam getroffen.

Im Rahmen einer Maßnahme des R-GZ 3 wurden daher durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger Grundlagen, Analysen und erste Umsetzungsempfehlungen für eine umfassende Weiterentwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung erstellt und einschlägige internationale und österreichische Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen aufbereitet.³ **Diese Arbeiten bilden die wissenschaftliche Grundlage für das vorliegende gemeinsame Strategiepapier der Zielsteuerungspartner.** Insbesondere die Fragen *Was ist gute Gesprächsqualität?* und *Warum ist gute Gesprächsqualität wichtig?* sowie *Wie ist der Status quo in Österreich?*, aber auch Determinanten für gute Gesprächsqualität als Ausgangspunkt für die *strategischen Handlungsempfehlungen* werden in diesen wissenschaftlichen Grundlagenarbeiten ausführlich behandelt. Für die wissenschaftliche Evidenz zu den Grundlagen der vorliegenden Strategie sei daher auf diese Arbeiten verwiesen. Für die im gegenständlichen Strategiepapier formulierten strategischen Handlungsempfehlungen liegen internationale Praxismodelle vor, die ebenfalls in den Grundlagenarbeiten dargestellt sind.

3

Die Ergebnisse dieser Grundlagenarbeiten liegen in Form zweier Langberichte (Sator et al. 2015a; Sator et al. 2015b) und eines zusammenfassenden Kurzberichts vor (Sator et al. 2015c).

Anschluss an die Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung–Gesundheit

Die vorliegende Strategie knüpft an unterschiedliche Agenden der Gesundheitsreform an und kann auch einen Beitrag zu deren erfolgreicher Umsetzung leisten, vor allem für

- » Definition von Versorgungsaufträgen und Rollenverteilung insbesondere in der multiprofessionellen Primärversorgung (op. Ziel 6.1.2.),
- » Kompetenzprofile und Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe (op. Ziel 6.3.1.),
- » Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie (op. Ziel 7.2.3),
- » Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation – stärken und routinemäßig messen (strat. Ziel 8.3.).

Grund für Anknüpfungspunkte an mehrere operative bzw. strategische Ziele der Zielsteuerung–Gesundheit ist, dass Versorgungsprozesse zu einem beträchtlichen Teil über Kommunikationsprozesse (und im Besonderen durch Gespräche) realisiert werden. **Kommunikation ist damit eine Querschnittsmaterie der Gesundheitsreform.**

Auftrag an die Projektgruppe

Vor diesem Hintergrund wurde von der Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung (FG PH/GF) eine Projektgruppe „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ beauftragt. Aufgabe der Projektgruppe war es, die vorliegende Strategie der Zielsteuerungspartner zu erarbeiten. Entwicklung und Definition von konkreten Umsetzungsmaßnahmen waren *nicht* Ziele dieser Projektgruppe. Ziel der Strategie ist es, inhaltliche Orientierung für die Entwicklung der Kultur und der Prozesse von Gesprächsführung zu geben und damit die vielfältigen Initiativen in diesem Feld zu unterstützen.

2 Was ist gute Gesprächsqualität?

2.1 Grundlegende Orientierung

Um eine umfassende Entwicklung der Gesprächskultur in der Krankenversorgung zu erreichen, bedarf es einer gemeinsamen inhaltlichen Orientierung der unterschiedlichen Partner auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Krankenversorgungssystems. Die traditionellen Bilder einer paternalistischen, krankheitsorientierten Medizin werden vielfach kritisiert, prägen aber nach wie vor an vielen Stellen die Vorstellungen von Patientinnen/Patienten, von Angehörigen, von GDA, von Organisationsabläufen und Entscheidungsprozessen auf der gesundheitspolitischen Ebene.

Daher werden folgende Prinzipien als grundlegende Orientierung für die Gestaltung von Gesprächsprozessen formuliert. Diese Prinzipien orientieren sich an Patientenorientierung, Selbstbestimmung der Patientinnen/Patienten und Evidenzbasierung des medizinischen Handelns.

1. **Grundlegende Ausrichtung auf das Modell der patientenzentrierten Krankenversorgung:**

Eine patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst

- » das Einnehmen einer somato-psycho-sozialen Perspektive, d. h. das Berücksichtigen der Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren,
- » das Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung von Krankheit für Patientinnen/Patienten,
- » ein partnerschaftliches Rollenverständnis, d. h. das Unterstützen der Anliegen der Patientinnen/Patienten, das Berücksichtigen ihres Informationsbedarfs und ihrer Präferenzen in der Entscheidungsfindung,
- » das Einbeziehen des Einflusses der Persönlichkeit der GDA und
- » das Herstellen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Allianz, d. h. die Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und der Beziehung zwischen GDA und Patient/in.

2. **Gespräch als zentrales pflegerisches, diagnostisches und therapeutisches Instrument:**

Professionelle Gesundheitsversorgung wird im Kern als eine kommunikative Aufgabe und eine Aufgabe der Gesundheitsbildung und Anleitung anerkannt. Das Gespräch ist ein wichtiger Teil des pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Handelns in der Krankenbehandlung. Gut geführte Gespräche der GDA leisten einen entscheidenden Beitrag zur gelungenen Diagnose und zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (insb. bei chronisch kranken) Patientinnen und Patienten. Gespräche sollen nur bei spezifischer Indikation an klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychiater/innen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten etc. delegiert werden.

3. **Gesprächsführung ist lern- und lehrbar:**

Gesprächskompetenz ist eine Fähigkeit, welche man zu einem guten Teil erwirbt und trainiert und die somit für jedermann ausbaufähig ist.

4. **Gespräch als Prozess, der strukturell ermöglicht und gesteuert werden kann:**

Weil Gesprächsführung lehr- und lernbar ist, ist die Qualität der Kommunikation zwischen GDA und Patientin/Patient nicht nur als Frage der individuellen Kompetenz, Begabung und

Motivation Einzelner zu sehen, sondern bedarf der Steuerung und Ermöglichung durch die Entwicklung entsprechender Schulungsmaßnahmen und Rahmenbedingungen.

Vor dem Hintergrund der verfügbaren Evidenz ist das Gespräch zwischen GDA und Patientinnen/Patienten nicht als vernachlässigbares „nice to have“, sondern als unerlässliches Werkzeug und als wirksame Intervention zu verstehen, die lehr- und lernbar ist und strukturell ermöglicht und gesteuert werden kann. Das qualitätsvolle Gespräch zwischen GDA und Patientinnen/Patienten bzw. deren Angehörigen soll daher in stärkerem Ausmaß als bisher zu einer zentralen pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Leistung werden und als Führungsaufgabe und Führungsverantwortung verstanden werden.

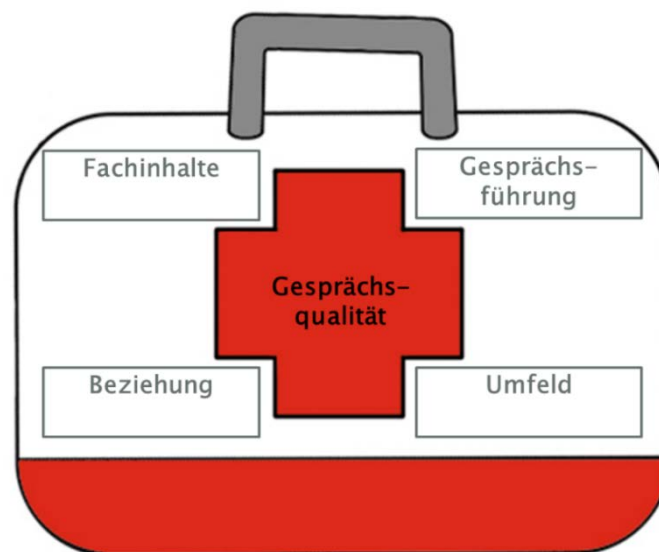
2.2 Ebenen von Gesprächsqualität

Gesprächsqualität umfasst vier zentrale Ebenen, die gemeinsam Zieldimensionen für zukünftige Entwicklungsinitiativen darstellen:

- » Sprachlich-interaktive Ebene – Gesprächsführung:
Welche verbalen und non-verbalen Verfahren unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?
- » Inhaltliche Ebene – Fachinhalte:
Werden die relevanten Fachinhalte besprochen?
- » Psychosoziale Ebene – Beziehung:
Mit welchen Haltungen und Einstellungen wird Beziehung gestaltet?
- » Ebene des Gesprächssettings – Umfeld:
In welchem zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmen wird das Gespräch geführt?

Abbildung 2.1:

Vier zentrale Ebenen von Gesprächsqualität



Quelle und Darstellung: GÖG

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

Die wissenschaftliche Literatur zeigt den Nutzen einer Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung: Gespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten beispielsweise sind hochrelevant im Hinblick auf Gesundheits-Outcomes⁴ wie

- » den **Gesundheitszustand** der Patientinnen/Patienten, z. B. bei Diabetes, Krebserkrankungen, koronaren Herzerkrankungen, Depression und grippalen Infekten,
- » das **Gesundheitsverhalten** der Patientinnen und Patienten (Therapietreue und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung z.B. diagnostischen Tests und Überweisungen),
- » die **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** und die **Weiterempfehlung** der Ärztin / des Arztes durch Patientinnen/Patienten. Insgesamt zeigt sich, dass die Interaktion mit und die Beziehung zu Ärztinnen/Ärzten und Gesundheits- und Krankenpflegepersonen den weitaus größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen/Patienten haben.
- » **Patientensicherheit** (Gefährdung der Patientensicherheit z. B. durch verzögerte Diagnosestellung, Verordnung ungeeigneter Therapien) und die **Häufigkeit von Klagen wegen Behandlungsfehlern**.

Weiters gibt es erste Belege dafür, dass nicht gelingende Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten auch negative Auswirkungen hat auf

- » Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (hohe Burnout-Werte),
- » ökonomische Belastungen für Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte und das gesamte Gesundheits- und Krankenversorgungssystem, z. B. durch Prozesskosten im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten, Kosten für unnötige oder nicht angewendete Behandlungen (z. B. Medikamente, Überweisungen) oder Kosten durch eine stärkere Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung infolge kommunikativ nicht aufgefangener psychischer Belastung der Patientinnen/Patienten.⁵

Auch die Relevanz *interprofessioneller* Kommunikation wird inzwischen als hoch eingeschätzt: Gelungene interprofessionelle Kommunikation trägt zu Motivation der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Patientenbeteiligung, Reduktion des Medikamentenkonsums, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit positiv bei.⁶

4

Für mehr Details vgl. Sator et al. (2015a).

5

ebd.; zusätzlich hat die FG PH/GF eine Evidenzrecherche in Auftrag gegeben, die vielfältige Hinweise auf ökonomische Effekte der verbesserten Gesprächsqualität erbracht hat, vgl. <http://evidenzberichte.goeg.at/?q=de/node/319>

6

ebd.

4 Wie ist der Status quo in Österreich? Das Beispiel Arzt–Patient–Kommunikation

4.1 Wie gut ist die Gesprächsqualität in Österreich?

Europaweite Befragungen von Patientinnen/Patienten zur Arzt–Patient–Kommunikation, sprachwissenschaftliche Analysen und Interviews mit Expertinnen/Experten kommen zu ähnlichen Befunden: **Die Gesprächsqualität in Österreich liegt unterhalb des EU–Durchschnitts.** Auch wenn kommunikative Kompetenzen inzwischen Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden haben und in der Literatur hoch bewertet werden, im Alltag der Krankenversorgung sollten sie noch wesentlich stärker eingesetzt werden. Dabei ist auch in Österreich die Gesamtzufriedenheit von Patientinnen/Patienten in hohem Maße von der Zufriedenheit mit der Kommunikation abhängig. Die Praxis der Arzt–Patient–Kommunikation stellt sich laut Expertenaussagen sehr heterogen dar: niedergelassener vs. stationärer Bereich, wahlärztlicher vs. kassenärztlicher Bereich, Kommunikation zwischen Gesundheits– und Krankenpflegepersonen und Patientinnen/Patienten vs. Arzt–Patient–Kommunikation, besondere Betroffenheit vulnerabler Gruppen.⁷

4.2 Wie ist der Stand der bisherigen Entwicklungsinitiativen in Österreich?

Insgesamt liegt eine große Zahl einschlägiger österreichischer Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung vor, auf die bei der Weiterbearbeitung konkreter Umsetzungsmaßnahmen zurückgegriffen werden kann.⁸ Diese sind aber meist von individuellem Engagement und der Motivation von Einzelpersonen abhängig und oft zeitlich begrenzt, während eine systematische Steuerung, die eine flächendeckende Verbesserung der Gesprächsqualität gewährleisten würde, weitgehend fehlt.

Erwartungsgemäß finden sich die meisten bereits umgesetzten Maßnahmen im Gesundheitsversorgungssystem, gefolgt von Aus–, Weiter– und Fortbildung sowie Wissenschaft, während bislang in Politik, Medien, Recht und Wirtschaft noch kaum Maßnahmen gesetzt wurden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass zur Verbesserung der Gesprächsqualität bislang kaum bei der Weiterentwicklung der übergreifenden Rahmenbedingungen und der systematischen Kultur– und Strategieentwicklung angesetzt wurde. Die österreichischen Maßnahmen wurden in der Grundlagenarbeit zudem im Vergleich zu den internationalen Maßnahmen als wenig evidenzbasiert eingeschätzt.

7

Für mehr Details vgl. Sator et al. (2015a).

8

Für mehr Details vgl. Sator et al. (2015b).

5 Strategische Handlungsempfehlungen

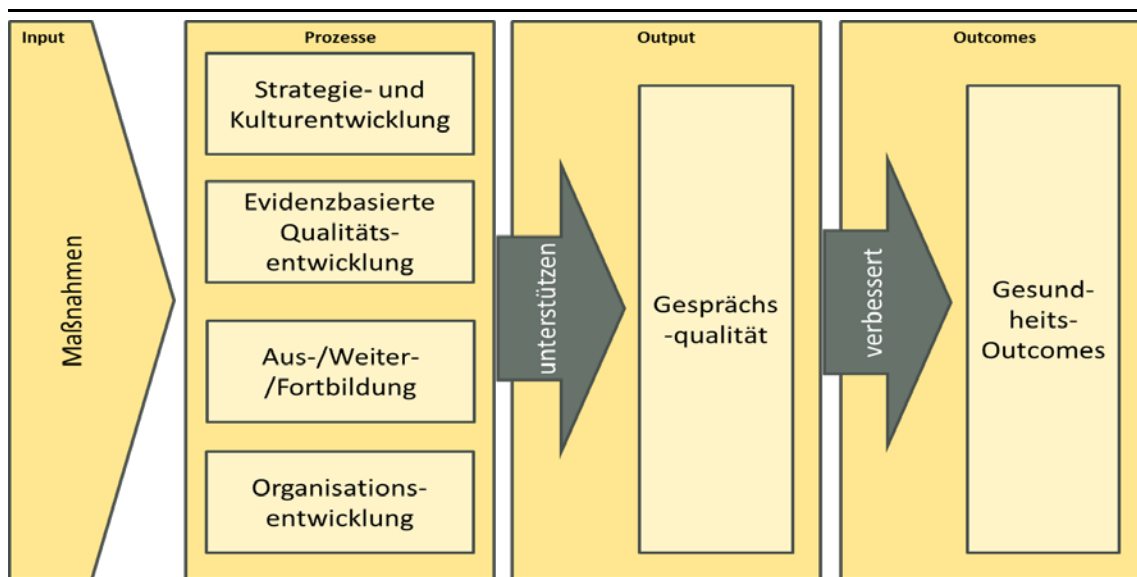
Die folgenden strategischen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung gehen von einer an Qualitätskonzepten angelehnten **Wirkkette** aus: Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung von Gesundheits-Outcomes. Die Gesprächsqualität in der Krankenversorgung stellt eine wichtige Determinante dieser erwünschten Outcome-Qualität dar. Einflussfaktoren auf die Gesprächsqualität sind in folgenden **vier Handlungsfeldern** zu sehen⁹:

1. Strategie- und Kulturentwicklung (Policy)
2. Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung
3. Aus-/Weiter-/Fortbildung
4. Organisationsentwicklung

Auf der Ebene überregionaler Rahmenbedingungen können Maßnahmen zur Strategie- und Kulturentwicklung (Policy) und evidenzbasierte Qualitätsentwicklungsprozesse die Gesprächsqualität in der Krankenversorgung unterstützen. Auf der lokalen/regionalen Ebene der GDA in ihren organisationalen Kontexten können kompetentes Personal und förderliche Rahmenbedingungen in den Gesundheitsorganisationen die Gesprächsqualität in der Krankenversorgung unterstützen. Es wird daher empfohlen, dass **Maßnahmen** an diesen vier Handlungsfeldern ansetzen (vgl. Abb. 5.1).

Abbildung 5.1:

Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung



Quelle und Darstellung: Projektgruppe Gesprächsqualität

9

in Anlehnung an das Modell des „Capacity Building & Awareness Raising“ (http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Menu-for-CB-Actions_1.pdf) und das „Outcome Model for Health Promotion“ (Nutbeam 1998) bzw. „Ergebnismodell“ der Gesundheitsförderung Schweiz (Spencer et al. 2008)

Die vorliegende **Strategie** zielt auf die Qualität der Gespräche **wichtiger GDA** wie insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD) mit Patientinnen und Patienten (und/oder deren An- und Zugehörigen) ab. Die **priorisierten Handlungsempfehlungen** fokussieren in einem ersten Schritt **schwerpunktmäßig auf persönliche Gespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten** (und/oder deren An- und Zugehörigen). Neben Gesprächen zur Krankenbehandlung sind damit auch Gespräche zur Gesundheitsförderung und Prävention gemeint. Viele der Handlungsempfehlungen sind jedoch ebenso auf **Gespräche zwischen Patientinnen/Patienten und anderen GDA**, wie insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD), Ordinationsassistentinnen und -assistenten etc. übertragbar. Dabei gilt es, die je nach Berufsgruppe unterschiedlichen kommunikativen Aufgaben zu berücksichtigen.

Im Umfeld dieses inhaltlichen Schwerpunkts sind eine Reihe angrenzender Themenbereiche zu nennen, die im Kontext einer umfassenden Verbesserung der Kommunikation in der Krankenversorgung relevant sind und bei der Ausarbeitung konkreter Umsetzungsmaßnahmen mitberücksichtigt werden sollen:

- » **Gespräche zwischen GDA** (auch interdisziplinär, interprofessionell und organisations- und sektorenübergreifend)
- » **Gespräche zwischen Patientinnen und Patienten untereinander und mit ihrem sozialen Umfeld** (z. B. Selbsthilfegruppen)
- » **Medial vermittelte** Kommunikationsprozesse (telefonisch, schriftlich, mittels neuer Informations- und Kommunikationstechnologien, massenmedial)

Im Folgenden werden Entwicklungsbedarf und prioritäre Handlungsempfehlungen für die vier Handlungsfelder definiert.

5.1 Handlungsfeld Strategie- und Kulturentwicklung (Policy)

5.1.1 Entwicklungsbedarf

Mit diesem Strategiepapier liegt eine erste gemeinsame Orientierung für die Entwicklung der Kultur und der Prozesse von Gesprächsführung auf der Ebene der Finanziere vor. Nach Aussage der in den Grundlagenarbeiten befragten Expertinnen und Experten fehlt bisher jedoch auf der Gesamtsystemebene ein alle Stakeholder **übergreifendes Verständnis über die Bedeutung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung und über die Umsetzung der kommunikativen Kompetenzentwicklung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der GDA**. Das Thema Gesprächsführung hat zwar in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe gefunden, allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Qualität. Ein bundesweiter Konsens der medizinischen Universitäten, beruflichen Interessengruppen und -vertretungen (ÖÄK, ÖGKV etc.) und Fachgesellschaften zur Relevanz sowie Lehr-/Lernbarkeit guter Gesprächsführung und zur systematischen Implementierung von Kommunikationscurricula und deren Umsetzung in Aus-, Weiter- und Fortbildung fehlt bislang.

5.1.2 Priorisierte Handlungsempfehlungen

Strategische Öffentlichkeitsarbeit

Es wird empfohlen, die Bedeutung von Gesprächsqualität in der Krankenversorgung und die Strategie zu deren Verbesserung in der relevanten Fachöffentlichkeit durch Beiträge in einschlägigen Fachzeitschriften und auf Fachtagungen bewusst bzw. bekannt zu machen.

Strategische Allianzen für Gesprächsqualität mit relevanten Partnern bilden

Es wird empfohlen, auf Basis dieses Strategiepapiers relevante Partner (z. B. Patientenanwaltschaft, berufspolitische Interessenvertretungen, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser) aktiv zu kontaktieren und anzuregen, dass diese Einrichtungen ihre Möglichkeiten nutzen, das Thema strategisch aufzugreifen (z. B. inhaltliche Arbeitsgruppen zum Thema Gesprächsqualität, Thematisierung bei Konferenzen, Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren/Akteurinnen).

Konsensus-Statement zur Umsetzung der kommunikativen Kompetenzentwicklung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der GDA erstellen und in Aus- und Weiterbildungsordnungen, Kompetenzlevel-Katalogen, Curricula, Prüfungsordnungen etc. verbindlich umsetzen

Es wird empfohlen, auf Basis dieses Strategiepapiers und internationaler Vorbilder alle Stakeholder einzuladen, ein bundesweites Konsensus-Statement zu entwickeln und in ihren Entscheidungsgremien zu beschließen. Es wird vorgeschlagen, die Inhalte dieses Konsensus-Statements schrittweise in Aus- und Weiterbildungsordnungen, Kompetenzlevel-Katalogen, integrierte, interdisziplinäre, interprofessionelle, longitudinale, multi-methodologische Kommunikationscurricula, Prüfungsordnungen etc. zu integrieren.

Gesprächsqualität als Schwerpunktthema in der Umsetzung nationaler Strategien (Policies) und Programme etablieren

Es wird empfohlen,

- » notwendige gesetzliche Grundlagen und Finanzierungskonzepte inkl. Anreizmechanismen zur Verbesserung der Gesprächsqualität zu beschließen,
- » Gesprächsqualität als Schwerpunktthema in die Umsetzung nationaler Strategien (Policies) im Gesundheitsbereich aufzunehmen (z. B. Aktionsplan Frauengesundheit, Diabetesstrategie, Demenzstrategie, Patientensicherheitsstrategie),
- » nationale, regionale und lokale Programme zur Verbesserung der Gesprächsqualität zu initiieren und zu fördern,
- » das Thema Gesprächsqualität in anderen Programmen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen (z. B. TEWEB, neue Primärversorgung, Integrierte Versorgungsprogramme für chronische Erkrankungen),

- » die Zielsteuerungspartner und relevanten Stakeholder (Ausbildungseinrichtungen aller Gesundheitsberufe, Fachhochschulen, berufliche Interessengruppen und Fachgesellschaften, Management von Gesundheitseinrichtungen) dabei zu unterstützen, für den jeweils eigenen Bereich eine Strategie (Policy) zur Verbesserung der Gesprächsqualität zu verankern,
- » in vorhandene Monitorings im Gesundheitsbereich ein bundesweit einheitliches Monitoring zur Gesprächsqualität zu integrieren.

5.2 Handlungsfeld evidenzbasierte Qualitätsentwicklung

5.2.1 Entwicklungsbedarf

Initiativen zur Qualitätsentwicklung im Bereich Gesprächsqualität sind laut der in den Grundlagenarbeiten befragten Expertinnen und Experten teilweise nicht ausreichend evidenzbasiert und teilweise zu wenig auf die spezifischen Herausforderungen des Alltags der Krankenversorgung bezogen. Als ein prioritäres Problem wurde die **unterschiedliche Qualität von Fortbildungsangeboten** identifiziert: Eine Vielzahl von kleinen und größeren Anbietern offeriert sehr unterschiedliche Inhalte und Trainingsmethoden zur ärztlichen Gesprächsführung: Es wird auf Kommunikationsmodelle und -techniken zurückgegriffen, die sehr unterschiedlich in Hinblick darauf zu bewerten sind, wie sie die verschiedenen kommunikativen Anforderungen in unterschiedlichen Fächern und Situationen berücksichtigen, wie sehr sie auf die Herausforderungen des Alltags der Krankenversorgung abgestimmt und wie evidenzbasiert (Umsetzung in die Praxis, Expertenkonsens, wissenschaftliche Evidenzbasierung) sie sind.

Ein weiteres prioritäres Problem ist, dass das **Arzt-Patienten-Gespräch noch nicht als Ansatzpunkt für einen sinnvollen und evidenzbasierten Ressourceneinsatz erkannt** ist. Die zunehmende Technisierung der Medizin und der trügerische Schluss, dass mehr Medizin zu mehr Gesundheit führe, führen zu einer Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen und damit zu einer Verschwendung von Ressourcen und der drohenden Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Es bedarf der zielgerichteten Gesprächsführung, die einen entsprechend gerichteten Einsatz der Ressourcen unter Einbeziehung der Betroffenen ermöglicht.

5.2.2 Priorisierte Handlungsempfehlungen

Evidenzbasierte Qualitätsstandards¹⁰ erstellen

Es wird empfohlen,

1. auf der Basis internationaler wissenschaftlicher Literatur evidenzbasierte **Gesprächsleitfäden** (*What to teach*) zu erstellen,

- » zu unterschiedlichen kommunikativen Anforderungen wie z. B. Risiko-Kommunikation und Aufklärung über Behandlungsoptionen (soweit indiziert inkl. der Option, keine medizinischen Maßnahmen zu setzen) und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in solchen Fällen ein verstärkter Kommunikationsaufwand notwendig sein kann¹¹),
- » für unterschiedliche Berufsgruppen, Fächer und Situationen und
- » für unterschiedliche Zielgruppen (auch um gesundheitliche Chancengerechtigkeit insbesondere für vulnerable Gruppen zu gewährleisten);

2. auf der Basis internationaler wissenschaftlicher Literatur evidenzbasierte **Didaktik-Leitfäden** zu Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Gesprächsführung zu erstellen (*How to teach*) und diese als Qualitätsstandards für die Bewertung von Fortbildungsangeboten einzuführen,

- » damit Fortbildungsangebote medizinisch-fachliche und kommunikative Inhalte bieten,
- » nicht nur Techniken, sondern auch Haltungen vermitteln und
- » spezifisch abgestimmt auf die Herausforderungen des Alltags der Krankenversorgung sind.

Muster-Trainingskonzepte für Fortbildungsangebote zur Gesprächsführung auf Basis der Qualitätsstandards erstellen

- » Entwicklung von Muster-Trainingskonzepten auf Basis der Qualitätsstandards
- » Entwicklung von Muster-Train-the-Trainer-Programmen zur Qualifizierung von Fortbildnerinnen/Fortbildnern auf Basis der Qualitätsstandards

¹⁰

Der Begriff „Qualitätsstandard“ ist hier in einem weiteren Sinne zu verstehen und **nicht** im engen Sinne eines „Bundesqualitätsstandards“ (gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz).

¹¹

Orientierungspunkt dafür kann die Initiative gegen Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen Choosing Wisely® sein: Medizinische Fachgesellschaften veröffentlichen evidenzbasierte Listen von diagnostischen und therapeutischen Handlungsempfehlungen aus den jeweiligen Fächern, für die keine ausreichende Evidenz vorliegt, die kein akzeptables Verhältnis des potenziellen Nutzens zum potenziellen Schaden aufweisen, dabei aber hohe Kosten verursachen. Diese Listen sollen helfen, im Arzt-Patienten-Gespräch die Sinnhaftigkeit spezifischer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen – bezogen auf den Einzelfall – zu besprechen.

Qualität von Fortbildungsangeboten sichern

Es wird empfohlen, durch entsprechende Maßnahmen die Umsetzung und Einhaltung von Qualitätsstandards zu Inhalten und Didaktik von Fortbildungsangeboten sicherzustellen.

Patienteninformation und Entscheidungshilfen qualitätsgesichert gestalten

Es wird empfohlen, schriftliche Patienteninformation und Entscheidungshilfen auf Basis wissenschaftlicher Evidenz zu gestalten. Dabei soll das Potenzial digital unterstützter Aufklärung durch den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Tablet-, Web- oder App-gestützt) verstärkt genutzt werden. Aber auch analoge Hilfsmittel zur Informationsvermittlung wie Bilddarstellungen und Texte in großer Schrift in allen wichtigen Sprachen sollen vermehrt zum Einsatz kommen. Für häufige Szenarien im Rahmen von chronischen Erkrankungen (v. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sollen Tools zur Risiko-Einschätzung und -Kommunikation genutzt werden.

5.3 Handlungsfeld Aus-/Weiter-/Fortbildung

5.3.1 Entwicklungsbedarf

Als prioritäres Problem im Handlungsfeld Aus-/Weiter-/Fortbildung wurde die **Theorie-Praxis-Kluft** identifiziert: Es gibt einen deutlichen Bruch zwischen qualitativ guter Ausbildung und den in kommunikativer Hinsicht unbefriedigenden Umsetzungsmöglichkeiten in der alltäglichen Praxis. Während kommunikative Kompetenzen formal zunehmend Eingang in die Ausbildung der Gesundheitsberufe gefunden haben, hinkt die Umsetzung im Alltag der Krankenversorgung diesen Fortschritten häufig hinterher. Motivierte GDA erleben Gesprächsqualität als in der Praxis häufig wenig wertgeschätztes, wenig gelebtes Nice-to-have und werden in Hinblick auf Gesprächsqualität immer wieder demotiviert und frustriert.

5.3.2 Priorisierte Handlungsempfehlungen

Leitende und ausbildende GDA weiterqualifizieren

Um eine qualitativ hochwertige Umsetzung des Kommunikationsunterrichts in der praktischen Ausbildung zu ermöglichen, bedarf es erstens der Überzeugung der leitenden GDA von der Bedeutung des Gesprächs sowie gegebenenfalls der Weiterqualifizierung der *leitenden* GDA in ausbildenden Krankenhäusern und Ordinationen in Hinblick auf Gesprächsqualität. Zweitens bedarf es einer fachlichen und didaktischen Weiterqualifizierung der *ausbildenden* GDA in Hinblick auf Gesprächsqualität (Train-the-Trainer) auf Basis einheitlicher Curricula. Im Rahmen dieser Handlungsempfehlung gilt es, insbesondere auch das Bewusstsein zu fördern, dass Gesprächsführung

mit Patientinnen und Patienten ein zentrales professionelles Werkzeug und wesentlicher Beitrag zu Gesundheits-Outcomes ist. Sie ist als Intervention lehr- und lernbar. Die Lehre und Überprüfung qualitätsvoller Gesprächsführung ist Führungsaufgabe und -verantwortung und unverzichtbarer Bestandteil der Organisationskultur von Gesundheitseinrichtungen. Die leitenden Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) sollten auch hinsichtlich einer qualitätsvollen Gesprächsführung eine Vorbildwirkung im Berufsalltag einnehmen.

Fortbildner/innen weiterqualifizieren

Um die Qualität von Fortbildungsangeboten zu sichern, wird die Weiterqualifizierung der Fortbildner/innen in Hinblick auf Gesprächsqualität (Train-the-Trainer) empfohlen.

Fortbildungsinitiative lancieren

Es wird empfohlen, dass sich bereits praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD) in der professionellen Gesprächsführung fortbilden. Vor dem Hintergrund, dass ärztliche Fortbildung bisher von den Ärztinnen/Ärzten selbst oder von der Pharmaindustrie direkt bezahlt wird, wird empfohlen, vorhandene und/oder neue Mittel in einen gemeinsamen Topf zusammenzuführen, zweckzuwidmen und dadurch einen Anreizmechanismus zur Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen zu schaffen.

Evidenzbasierte Patientenschulungen durchführen

Patientenschulungen, Peer- und Selbsthilfegruppen sollten das Verständnis für die eigene Erkrankung und das Verständnis für Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erhöhen und dadurch Patientinnen und Patienten unterstützen, die Rolle von informierten Akteurinnen und Akteuren einzunehmen und ihre eigenen Ressourcen zugunsten ihrer Gesundheit einzusetzen. Es wird empfohlen, verstärkt in Gesundheitsbildungsmaßnahmen für vulnerable Gruppen, v. a. für Migranten/Migrantinnen bzw. Asylwerber/innen und chronisch erkrankte Personen wie z. B. Diabetes-Erkrankte zu investieren.

5.4 Handlungsfeld Organisationsentwicklung

5.4.1 Entwicklungsbedarf

In der alltäglichen Praxis von GDA stehen laut Aussage der in den Grundlagenarbeiten befragten Expertinnen und Experten **hinderliche Rahmenbedingungen in den Gesundheits- und Krankenversorgungsorganisationen** einer guten Gesprächsqualität entgegen.

5.4.2 Priorisierte Handlungsempfehlungen

Organisationale Verankerung von Gesprächsqualität

Es wird empfohlen, die Gesprächskultur und -praxis im Routinebetrieb schrittweise auszubauen und Wert auf ein Klima zu legen, das gute Gespräche zwischen Patientinnen/Patienten und GDA ermöglicht. Es wird angeraten, dass gute Gesprächsqualität explizites Ziel der intra- und extramuralen Organisationen wird – dafür braucht es die Entscheidung leitender Personen, die Benennung verantwortlicher Personen, den Einbau in interne Personalentwicklungs- und -schulungspläne, das Implementieren von Anreizmechanismen zur Teilnahme an Schulungsmaßnahmen und zur Verbesserung der Gesprächsqualität (z. B. Auszeichnungen für engagierte Mitarbeiter/innen, spezifische Förderung in den Schulungsangeboten der beruflichen Interessenvertretungen), die Widmung von Budgets sowie die Überprüfung von Gesprächsqualität im Rahmen des Qualitätsmanagements (einschließlich Patientenbefragungen).

Rahmenbedingungen für die alltägliche Gesprächsführung und für den Kommunikationsunterricht sowie Überprüfung der kommunikativen Kompetenzen in der praktischen Ausbildung reorganisieren

Um sicherzustellen, dass in der praktischen Ausbildung befindliche GDA erleben, dass der Gesprächsqualität die ihr zustehende Wertigkeit in der Ausbildungsstätte beigemessen wird und dafür angemessene Zeit zur Verfügung steht, bedarf es eines entsprechenden Werte-Managements und angemessener Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, z. B. durch Identifikation und Reduktion unnötiger Tätigkeiten und beispielsweise Abgabe von nicht genuin ärztlichen Aufgaben im interprofessionellen Team (v. a. an administrative und pflegerische Berufe). Darüber hinaus wird empfohlen, dass für die ausbildenden Krankenhäuser und Lehrpraxen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um einen qualitativ hochwertigen Kommunikationsunterricht und eine Überprüfung der kommunikativen Kompetenzen umzusetzen.

Systematische Unterstützung der Ausbildungsstätten in der Umsetzung des Kommunikationsunterrichts in der praktischen Ausbildung

Durch die Ärzteausbildungsreform wurde die praktische Ausbildung neu geregelt und durch Angleichung an internationale Standards wurden Strukturen geschaffen, die u. a. eine stärkere Integration von sozialen und kommunikativen Kompetenzen in der praktischen Ausbildung ermöglichen können. Die ausbildenden Krankenhäuser und Ordinationen stehen damit jedoch vor der Herausforderung, diese Neuerungen mit begrenzten Ressourcen umzusetzen. Um sicherzustellen, dass es gelingt, einen systematischen, verpflichtenden und qualitativ hochwertigen Kommunikationsunterricht und eine (formative) Überprüfung der kommunikativen Kompetenzen in der praktischen Ausbildung erfolgreich umzusetzen, wird eine systematische Unterstützung der ausbildenden Krankenhäuser und Ordinationen – beispielsweise in Form eines Implementierungsprogramms – inkl. Organisationsberatung und Supervision empfohlen.

Informations- und Kommunikationstechnologien nicht anstelle von, sondern zur Unterstützung des Gesprächs zwischen GDA und Patientinnen/Patienten

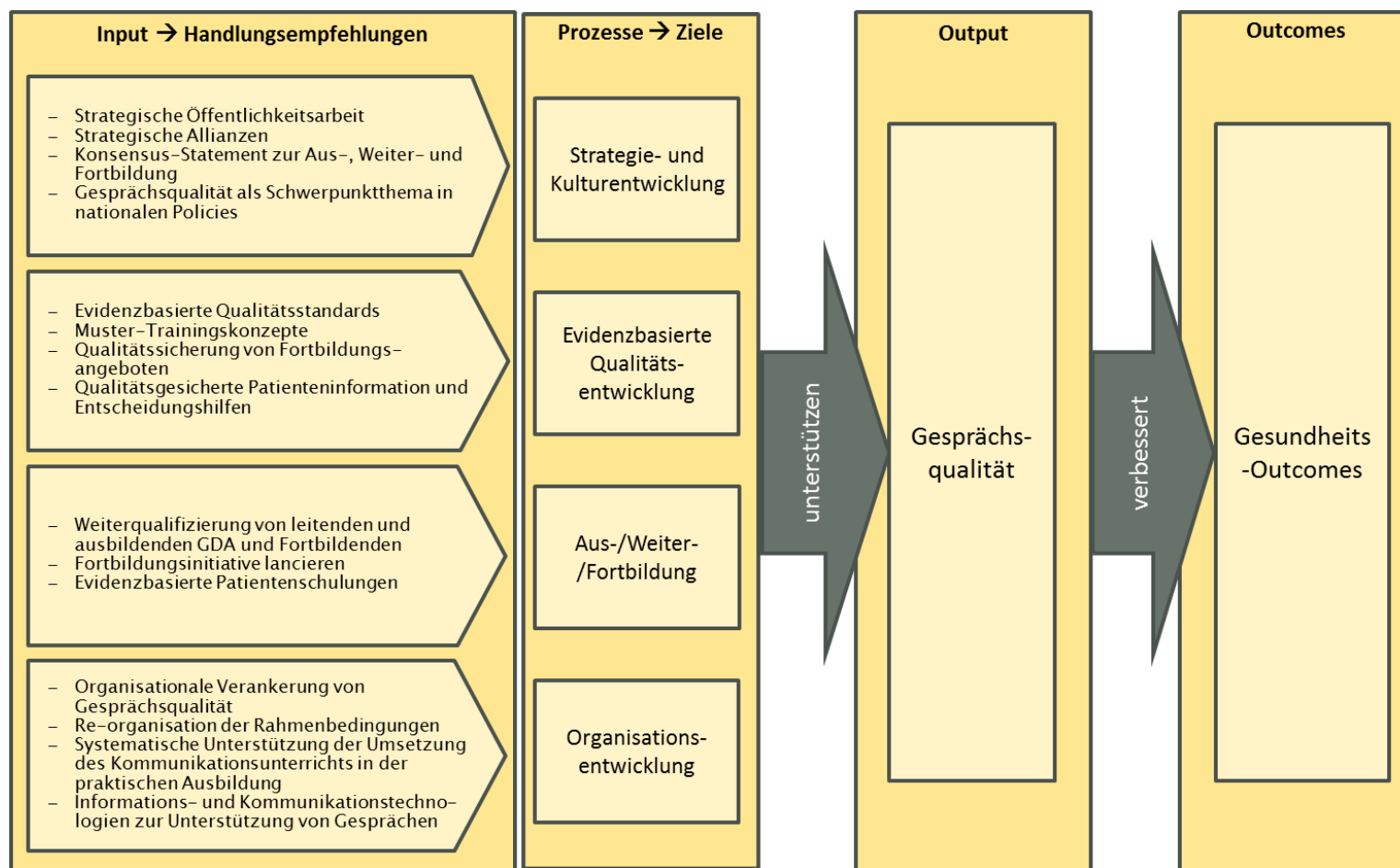
Im Einsatz und in Schulungsmaßnahmen zu neuen Informations- und Kommunikationstechnologien soll neben technischen Aspekten zur Nutzung dieser Technologien darauf abgestellt werden, dass solche Technologien immer nur ergänzend zu und nicht anstelle von persönlichen Gesprächen eingesetzt werden.

5.5 Grafischer Überblick über die prioritären Handlungsempfehlungen

Die folgende Grafik veranschaulicht **zusammenfassend** die dargestellten prioritären Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in den vier Handlungsfeldern (vgl. Abb. 5.2).

Abbildung 5.2:

Prioritäre Handlungsempfehlungen in vier Handlungsfeldern zur Verbesserung der Gesprächsqualität

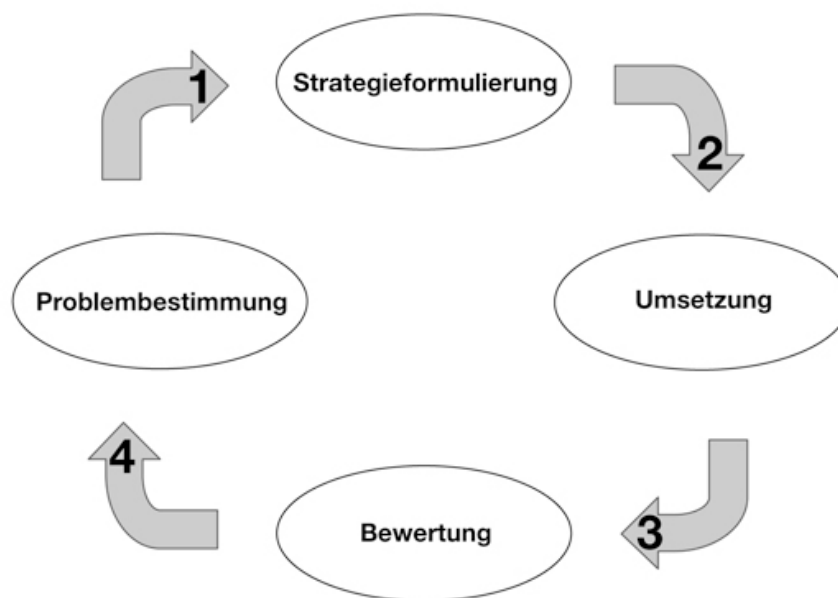


Quelle und Darstellung: Projektgruppe Gesprächsqualität

6 Weiterer Umsetzungsprozess

Die vorliegende Strategie „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ soll im Sinne des Public Health Action Cycles (Abbildung 6.1) kein statisches, sondern ein dynamisches Instrument sein. Auch soll der geplante Umsetzungsprozess, wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV, Teil A, Art. 3) festgelegt, zur kontinuierlichen Optimierung des Gesundheitssystems, zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, zur Selbstbestimmung und zur Orientierung an Bürgern/Bürgerinnen, Patientinnen/Patienten und den Beschäftigten im Gesundheitswesen beitragen.

Abbildung 6.1:
Public Health Action Cycle



Quelle: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock 1995) aus BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2010

Diesbezüglich ist im Bundes-Jahresarbeitsprogramm 2016 (op. Ziel 8.3.2.; Maßnahme 2) bereits festgelegt, dass im Jahr 2016 mit der schrittweisen Umsetzung der vorliegenden Strategie unter Einbeziehung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) und der zuständigen Fachgruppen Public Health / Gesundheitsförderung und Qualität begonnen werden soll.

Es ist davon auszugehen, dass es für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen in den vier skizzierten Handlungsfeldern eines mehrjährigen Prozesses bedarf, der durch die **strukturelle Verankerung eines „Umsetzungsmotors“** nachhaltig abzusichern ist. Mit der Unterstützung der Fachgruppen Qualität und Public Health / Gesundheitsförderung könnte eine geeignete Arbeitsstruktur der ÖPGK die nächsten Umsetzungsschritte initiieren. Diese koordinative Rolle der ÖPGK

wird damit begründet, dass durch die Umsetzung dieser Strategie ein wesentlicher Beitrag zur Realisierung des Wirkungsziels 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ des Rahmen-Gesundheitsziels 3 geleistet wird. Zentrale Aufgabe der ÖPGK wäre es, eine breite Dissemination und fachliche Diskussion der Strategie zu initiieren. Da die Umsetzung der Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung gleichzeitig der Realisierung der Zielsteuerung-Gesundheit dient und den Kern der Krankenversorgung in Österreich weiterentwickeln will, wird es jedenfalls auch der nachhaltigen Unterstützung durch die Bundesgesundheitsagentur bzw. durch alle Zielsteuerungspartner bedürfen.

Als erster Schritt nach dem Beschluss der Strategie ist die breite **Dissemination und Kommunikation** derselben bei den Zielsteuerungspartnern und den wesentlichen Stakeholdern (Ausbildungseinrichtungen aller Gesundheitsberufe, Krankenanstaltenträger, berufspolitische Interessenvertretungen, Patientenvertretungen etc.) für die Umsetzung vorgesehen. Eine öffentliche Präsentation (z. B. im Rahmen der Jahreskonferenz der ÖPGK) soll die gesundheitspolitische Bedeutung der Gesprächsqualität sichtbar machen. Des Weiteren sind Präsentationen in Fachmedien und auf Fachkonferenzen der Stakeholder vorzusehen und eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit, die die Unterstützung der Stakeholder und der breiten Öffentlichkeit ermöglicht (vgl. Abschn. 5.1.2). Die Dissemination und Kommunikation der Strategie und ihrer grundlegenden Orientierung (vgl. Kap. 2) ist selbst ein wesentlicher Beitrag zur Re-Orientierung der Krankenversorgung in Richtung Gesprächskultur.

Nachdem in der vorliegenden Strategie eine breite Palette an Handlungsempfehlungen vorgelegt wird, soll eine **zeitliche Priorisierung** für deren Umsetzung vorgenommen werden:

1. Im Handlungsfeld evidenzbasierte Qualitätsentwicklung steht insbesondere die **Entwicklung evidenzbasierter Gesprächs- und Didaktik-Leitfäden** an (vgl. Abschn. 5.2.2).
2. In den Handlungsfeldern Strategie- und Kulturentwicklung und Aus-, Weiter- und Fortbildung (vgl. Abschn. 5.1.2 und 5.3.2) bedarf es prioritär
 - a. eines **bundesweiten Konsensus-Statements zur Umsetzung der kommunikativen Kompetenzentwicklung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der GDA** (und ggf. zu Rahmenbedingungen guter Gesprächsqualität in der Krankenversorgung) innerhalb der und zwischen den Stakeholder-Institutionen,
 - b. der systematischen **Umsetzung** der Inhalte dieses Konsensus-Statements in **Kompetenzlevel-Katalogen, Curricula, Prüfungsordnungen** etc. und
 - c. der **Weiterqualifizierung von leitenden und ausbildenden GDA und Fortbildern/Fortbilderinnen (Train the Trainer)**,
 - d. der Verbreiterung des Angebots an **evidenzbasierten Patientenschulungen** sowie förderlicher Rahmenbedingungen für **Peer- und Selbsthilfegruppen**.
3. Im Handlungsfeld Organisationsentwicklung (vgl. Abschn. 5.4.2) werden einerseits die Überprüfung von Gesprächsqualität im Rahmen des Qualitätsmanagements und andererseits die **Erprobung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der praktischen Ausbildung und im Routinebetrieb durch Pilotseinrichtungen** empfohlen. Diese Pilotierungen sollen evaluiert und die Implementierungserfahrungen für den bundesweiten Rollout aufbereitet werden.

Entwicklung und Definition von konkreten Umsetzungsmaßnahmen waren laut Projektauftrag explizit *nicht* Ziele dieser Projektgruppe. Die priorisierten Handlungsempfehlungen sollen daher erst nach Beschluss dieser Strategie in enger Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern (Ausbildungseinrichtungen aller Gesundheitsberufe, Krankenanstaltenträger, berufliche Interessenvertretungen und Fachgesellschaften, Patientenvertretungen etc.) schrittweise als Maßnahmen konkretisiert werden, wobei finanzielle, zeitliche und personelle Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Konsequenzen der Strategie für die Systempartner (Bund, Länder, Sozialversicherung) zu explizieren sind. Für die Realisierung von konkreten Umsetzungsmaßnahmen gemeinsam mit den Stakeholdern wird es der gesonderten projektbezogenen Finanzierung bedürfen, die erst nach der genauen Abstimmung mit den Stakeholdern planbar ist.

Entsprechend dem Public Health Action Cycle (vgl. Abbildung 6.1) soll neben der Evaluierung der priorisierten Umsetzungsmaßnahmen die **Bewertung der Wirkungen** der Strategie insgesamt sichergestellt werden. Hier kann zunächst auf das bereits laufende Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele und auf die *Sektorenübergreifende Patientenbefragung* zurückgegriffen werden. Ein ebenfalls geplanter und in Vorbereitung befindlicher österreichischer (und internationaler) Health Literacy Survey kann die bevölkerungsbezogenen Effekte gut abbilden.

7 Ausgewählte Literatur

7.1 Grundlagenarbeiten für die Strategie

BMG (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit

Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015c): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

7.2 Was ist gute Gesprächsqualität?

Balint, Michael (1957): *The Doctor, His Patient and the Illness*. Pitman: New York: International Universities Press, London

Mead, Nicola; Bower, Peter (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. In: *Social Science & Medicine* 51/1087-1110

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

Nowak, Peter (2015): 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

Stewart, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. 152, *Canadian Medical Association Journal* 1423-1433.

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

Brown, R. F.; Butow, P.; Dunn, S. M.; Tattersall, M. H. N. (2001): Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. In: British Journal of Cancer 1273

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

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

Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria (2013): Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Picker Institut Deutschland GmbH, Hamburg

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

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

7.4 Wie ist der Status quo in Österreich?

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

7.5 Strategische Handlungsempfehlungen

„Capacity Building & Awareness Raising“
(http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Menu-for-CB-Actions_1.pdf)

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promot Int 1998;13(1):27–44.

Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the

Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promot Int, 23(1):86–97.

7.6 Weiterer Umsetzungsprozess

Bundes-Jahresarbeitsprogramm (BJAP) 2016 zur Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene. Beschlossen am 28.9.2015 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission.

Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock 1995) aus BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2010