

13. Symposium Integrierte Versorgung

1. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen – Voraussetzung für informierte Entscheidungen

Prof. Dr. phil. Anke Steckelberg

Wichtige Fragen sind „Worauf müssen wir schauen, um Informationen einschätzen zu können“ und „Wie werden Entscheidungen getroffen“? Lt. Gesundheitsmonitor 2014 möchte mehr als die Hälfte der Patienten in die Entscheidung über die Behandlungsoption einbezogen werden. Anke Steckelberg stellt dazu das Shared Decision-Making-Modell vor, bei welchem Behandlungsteam und Patient partnerschaftlich eine Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen wählen.

Voraussetzung für eine informierte Entscheidung sind adäquates Wissen und die Einstellung gegenüber einer Maßnahme. Präferenzen und Einstellung spielen eine wichtige Rolle.

Der des Fachbereich Patienteninformation und –beteiligung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V.m hat eine Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation erstellt, welche darauf abzielt, langfristig die Versorgung mit qualitativ hochwertiger Gesundheitsinformation sicherzustellen und damit informierte Entscheidungen zu befördern.

Der Erstellungsprozess für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen gliedert sich lt. Leitlinie in vier Phasen:

Phase 1: Entwicklung

Phase 2: Pilotierung

Phase 3: Evaluation

Phase 4: Implementierung

Für die Darstellung von Häufigkeiten in evidenzbasierten Gesundheitsinformationen gibt die Leitlinie verschiedene Empfehlungen vor:

- Die alleinige verbale Darstellung von Risiken, Nutzen und Schaden soll nicht eingesetzt werden
- Grafiken können ergänzend zu numerischen Darstellungen im Text oder in Tabellen eingesetzt werden
- Wenn Grafiken ergänzend eingesetzt werden, sollten Piktogramme oder Balkendiagramme genutzt werden

Die Verwendung von Patientenerzählungen (Narrativen) wird, auf Grund des manipulativen Charakters, nicht empfohlen.

2. So geht Gesundheitsinformation im Internet

Dr. Klaus Koch

Lt. einer Befragung aus dem Jahr 2018 zur Nutzung des Internets nutzen knapp über 50% der Befragten in Österreich das Internet in den letzten drei Monaten zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen. Es gibt somit immer noch große Bevölkerungsgruppen, die das Internet nicht zur Informationsbeschaffung nutzen. 95% der Suchanfragen erfolgen über Google. Der Suchalgorithmus von Google steuert, welche Informationen im Internet angezeigt werden. Dies zeigte sich Anfang 2018 nach der Umstellung des Google Suchalgorithmus (das Renommee einer Seite zählt seither mehr) sehr deutlich. Der Sichtbarkeitsindex von www.gesundheitsinformation.de stieg dadurch sprunghaft an (von 400.000 auf 2,5 Mio. Zugriffen/Monat). Zu Bedenken ist auch, dass die Bereitschaft sich mehr als die ersten 10 Treffer anzusehen sehr gering ist.

Zur inhaltlichen Qualität der Gesundheitsinformation im Internet wurden Studien durchgeführt, von denen 70% ergaben, dass Qualität im Internet ein Problem darstellt. Außerdem ist es für Menschen schwierig Informationen zu finden und diese inhaltlich zu beurteilen. Lt. Herrn Koch muss gute Gesundheitsinformation auf dem aktuellen Stand des Wissens, vollständig, verständlich, neutral und dort verfügbar sein, wo sie gebraucht wird. Er weist in diesem Zusammenhang auf die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“, ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V., und die Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation hin.

Kriterien dafür wie Information im Internet ausgewählt wird bzw. welchem Anbieter vertraut wird, sind u.a. Vertrauenswürdigkeit, Expertise, Relevanz und Verständlichkeit. Dazu kommen Indikatoren wie Ersteller der Website, Offenlegung der Finanzierung, Bewertung durch andere Nutzer und Empfehlung durch renommierte Organisationen. Zur Verbesserung von Gesundheitsinformation im Netz sind v.a. der Erwerb bzw. die Vermittlung von Kompetenzen, Vereinfachung der Informationen, Definition von Qualität und regelmäßige Messung derselben sowie das Design/die Gestaltung von Gesundheitsinformationen wichtig. Vorschläge für die Auffindbarkeit guter Gesundheitsinformationen sind z.B. die Steigerung der Sichtbarkeit und Bekanntheit, Kooperationen der Ersteller von Gesundheitsinformationen, Empfehlungen durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowie Empfehlungen durch Institutionen wie die Krankenkassen.

3. Expertenforum „Evidenz und Eminenz“ - wie vermitteln Ärztinnen und Ärzte die informierte Entscheidung

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger, Initiative „Gemeinsam gut entscheiden“

Mag.^a Martina Löwe, Österreichische Krebshilfe

Dr.ⁱⁿ Evelyn Kunschitz, Hanusch Krankenhaus

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Edith Flaschberger, Gesundheit Österreich GmbH

Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz, Wiener Pflege-, Patientinnen u. Patienten-anwaltschaft

Moderation: Mag.^a Romana Ruda MA MBA

Initial wurde der Frage nachgegangen, warum es gute Gesundheitsinformationen braucht. In ihrem Eingangsstatement erläuterte Frau *Mag.^a Dr.ⁱⁿ Flaschberger*, dass diese nötig sind, um die Bevölkerung zu befähigen. Die Bevölkerung braucht das Angebot guter Informationen, um die Unterstützung durch Expertinnen und Experten auch annehmen zu können. Frau *Dr.ⁱⁿ Pilz* berichtet, dass der Wiener Pflege-, Patientinnen u. Patienten-anwaltschaft immer wieder Fälle bekannt werden, bei denen Patientinnen und Patienten nicht ausreichend informiert wurden. Exemplarisch erläutert sie ein Fallbeispiel, bei welchem ein männlicher Patient nicht hinlänglich über das Risiko einer Behandlung aufgeklärt wurde. Er hat sich einer Behandlung unterzogen, obwohl das Verfolgen einer „watch and wait“-Strategie – eine Gewichtsreduktion wäre eine Therapieform gewesen - ausreichend gewesen wäre und leidet seit dieser nicht notwendigen Intervention an Inkontinenz und Impotenz. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten nicht immer compliant sind. Dies kann vorab aber nur durch ein aufmerksames Gespräch durch Ärztin oder Arzt festgestellt werden, um nochmals auf Risiken hinzuweisen. Auch können so falsche Vorstellung von Patientinnen und Patienten, was beispielsweise durch Schönheitsoperationen alles gemacht werden könne, berichtigt werden und so Enttäuschungen und Leid nach einer Operation vermindern.

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger sieht eine große Herausforderung darin, dass Evidenz durch ein Zusammenspiel von Werthaltungen, Wünschen/Präferenzen und Zukunftsplänen der Patientinnen und Patienten einerseits sowie den Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte andererseits geprägt wird. Die Ausbildung alleine qualifiziert Ärztinnen und Ärzte noch zu keinen guten Beraterinnen und Beratern. Dies wird erst durch die Erfahrung und Skills zur Gesprächsführung, wie unter anderem der Fähigkeit zum Zuhören, oder auch eigene Erfahrung aus Therapiemaßnahmen, erreicht.

Er informiert über die Initiative „Gemeinsam gut entscheiden“, welche ihren Ursprung 2011 in den USA („choosing wisely“) hatte. Diese verfolgt das Ziel, Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten zu verhindern. Das Projekt ist eine Kooperation der Medizinischen Universität Graz und der Donau-Universität Krems. Ein Teil davon ist die kritische Prüfung der Evidenz von Empfehlungen und deren Zusammenfassung und Publikation in Form sogenannter „Top-5 Listen“. Diese, an Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie an Pflegekräfte gerichtete Unterlagen, beschreiben in kompakter Form, Maßnahmen, welche häufig eingesetzt werden, aber mit einem hohen Risiko, niedrigem Nutzen und ggf. auch mit Schäden für Patientinnen und Patienten verbunden sein können.

Frau *Dr.ⁱⁿ Kunschitz* sieht einen hemmenden Faktor beim Schaffen guter Gesundheitsinformationen im Fehlen von Rollenvorbildern, da eine Ärztegeneration besteht, die der Kommunikation einen geringeren Wert beimisst. Einen wichtigen Ansatz sieht sie durch Schulungen, da ein wesentlicher Teil des Wissens aus dem Studium schwindet. Auch gehört es nicht zur Gewohnheit der Ärztinnen und Ärzte, Feedback adäquat zu geben. Eine große kommunikative Herausforderung liegt bei der Übermittlung von Krebsdiagnosen. Diese Gespräche sind durch ein hohes Maß an Emotionalität geprägt. Erschwerend kommt der fehlende Zeitfaktor hinzu und dass Gespräche für Ärztinnen und Ärzte einen Teil ihres Berufs ausmachen, für Patientinnen und Patienten aber oft durch Überbringung von Diagnosen eine Welt zusammenbricht und die Gesprächsbasis nicht die gleiche für beide Seiten ist. Seitens der Österreichischen Krebshilfe wird diesbezüglich empfohlen, dass Ärztinnen und Ärzte bei Diagnoseübermittlungen psychoonkologische Hilfe beziehen sollen.

Frau *Mag.^a Dr.ⁱⁿ Flaschberger* berichtet über die Initiative „3 Fragen für meine Gesundheit“ der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. Diese soll Patientinnen und Patienten zu einer größeren Gesprächsbeteiligung mit ihren Ärztinnen und Ärzten und mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern ermutigen. Die zentralen Einstiegsfragen lauten: Was habe ich? Was kann ich tun? Warum soll ich das tun? Aber auch das System muss auf diese Fragen eine Antwort haben und dahingehend geschult/angepasst werden.

Eine weitere Option zur Förderung einer guten Kommunikation ist es, den Patientinnen und Patienten zu vermitteln, wie sie mit Gesundheitsinformationen umgehen können, sowie der Rückversicherung, ob oder wie die Information bei Patientin oder Patient angekommen sind und wie richtig auf, oft auch emotionale Äußerungen reagiert werden soll. Dafür gibt es bereits Angebote für spezielle Kommunikationstrainings für Angehörige von Gesundheitsberufen, die auch gutes Feedback seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten haben.

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger spricht über die Problematik der eingeschränkten Zeitressourcen, die eine hohe Kontaktfrequenz mit kurzen Kontaktzeiten bedingt. Eine umfassende Information und Befähigung der Patientinnen und Patienten über wesentliche Eingriffe ist vor diesem Hintergrund, wenn man Aufklärung als punktuelle Information versteht, nur schwer umsetzbar. Viel eher sieht er eine gute Kommunikation als einen laufenden Prozess, der über die gesamte Behandlung andauert. Ergänzend zum Zeitfaktor erwähnt Frau *Dr.ⁱⁿ Pilz*, dass der größte Zeitbedarf beim Erst- bzw. Anamnesegespräch liegt. In Folgegesprächen ist ein deutlich kürzerer Zeitbedarf nötig, je problemzentrierter die Gesprächsführung gestaltet wird. Denn je bekannter der Ärztin oder dem Arzt die Patientin bzw. der Patient

ist, desto mehr kann die Therapie individuell angepasst werden und der Zeitaufwand verringert sich dann wieder.

Kritisch wurde dazu angemerkt, dass eine fehlende Gesprächshonorierung seitens der Sozialversicherung ein einschränkender Faktor für die Gesprächsqualität darstellt, darüber hinaus zeugt dieser Umstand von keiner Wertschätzung für eine persönliche Betreuung.

Wichtig ist es auch, die bestehenden Angebote bekannt zu machen. Frau *Mag.^a Löwe* informiert, dass die Unterstützung seitens der Österreichischen Krebshilfe und das Angebot der kostenlosen Begleitung noch nicht hinreichend bekannt ist. Darüber hinaus sieht sie Herausforderungen bei der Gesundheitserziehung von gesunden Personen, wo ein wesentlicher Ansatzpunkt in der Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen geortet wird.

4. Wie viel informierte Entscheidung brauchen Frau und Herr Österreicher?

Christina Dietscher

Für die Definition, wann eine sogenannte „informierte Entscheidung“ bzgl. Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung vorliegt, gibt es viele verschiedene, meist komplexe, Erklärungsansätze. Für eine informierte Entscheidung müssen jedenfalls immer unterschiedliche Kriterien herangezogen werden. Das macht eine solche Entscheidung komplex, schwierig und, trotz aller vorhandenen Daten und Fakten, immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet.

Von Gesundheitskompetenz spricht man u. a. dann, wenn Patientinnen und Patienten ihre Krankheit verstehen bzw. begreifen, welche Folgen die jeweilige Behandlungsmethode für jemanden haben kann, einschließlich einer Abwägung des Nutzens und der Risiken. Dafür müssen zuerst entsprechende gesundheitsbezogene Informationen in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen und auch gefunden werden.

Das heißt: finden>>>verstehen>>>beurteilen>>>anwenden

Ein Beispiel wäre eine Entscheidung für oder gegen eine Brustkrebsvorsorgeuntersuchung. Beide Entscheidungen können aus Sicht der betroffenen, im Idealfall gut informierten, Patientin richtig sein, beide bergen aber gleichzeitig eine gewisse Unsicherheit mit sich.

Leider ist die Gesundheitskompetenz in Österreich im EU-Vergleich relativ gering. Konkret besitzen 56% der Österreicherinnen und Österreicher bloß eine inadäquate oder problematische/mangelhafte Gesundheitskompetenz. Bestimmte Gruppen sind hier noch stärker betroffen: vor allem schlechter Gebildete, chronisch Kranke und ältere Menschen.

Die Aufgabe von Patientenschulungen muss es folglich sein, Menschen zu unterstützen und sie dort abzuholen, wo sie gerade stehen.

5. Die zwei Seiten des gelingenden Arztgespräches

Jürgen Soffried

Ein Grund für die häufig auftretenden Kommunikationsdefizite beim Arzt/Ärztinnen-Patientinnen/Patientengespräch stellt für Jürgen Soffried u.a. die Tatsache dar, dass Ärztinnen und Ärzte um oder über 50 – so wie er selbst - keinerlei entsprechende Ausbildung erhalten haben. Die einzige Möglichkeit für diese Generation, diese Kompetenz zu erwerben, war und ist die Absolvierung freiwilliger Fortbildungen.

Dem Faktor „Zeit“ kommt erhebliche Bedeutung zu: Patientinnen und Patienten erwarten von der Kommunikation bzw. dem GÄAPP (=Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient) vor allem, dass man ihnen zuhört, sich Zeit nimmt und die von den Medizinerinnen und Medizinern übermittelten Informationen für sie verständlich sind.

In früheren Zeiten erwarteten Ärztinnen und Ärzte von ihren Patientinnen und Patienten dagegen vor allem „Compliance“. Die Ärztin/der Arzt erklärt seinen Patientinnen und Patienten was sie zu tun haben und diese sollen den Anweisungen widerspruchslos folgen. Soffried kritisiert den Begriff „Compliance“ als autoritär. Besser wäre eine gemeinsame und gut informierte Entscheidungsfindung, die für beide Seiten passt und dadurch auch hohe Realisierungschancen hat. Die verfügbare Gesprächszeit soll optimal genutzt werden.

Einen wichtigen Aspekt hierbei stellen Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. In diesen soll die Bedeutung von Gesundheitskompetenz und des Erkennens von mangelnder Gesundheitskompetenz vermittelt werden. Patientenzentrierte Kommunikation hat dabei einen hohen Stellenwert.

Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPKK) hat ein Trainernetzwerk etabliert, das bedarfsspezifische Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe anbietet. Alle Trainerinnen und Trainer werden auf der Homepage mit ihren Schwerpunkten und aktuellen Arbeitsbereichen vorgestellt.

Die zusammenfassende Kernbotschaft des Vortrages lautet demnach:

„Mind the GÄAPP!“

6. „Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen stärken“

Dominique Vogt, Dr.ⁱⁿ PH, Careum Zürich

Wesentlich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ist die Vermittlung von Information. Dabei stehen zwei Punkte/Fragen im Fokus: an welche Person wird Information vermittelt? Und wie geht diese mit der Information um? In diesem Kontext spielt auch die Sozialisation eine Rolle, d.h. es geht um die Person und ihren Kontext (Sozialisation, Kultur, Themen, welche die Person beschäftigen, aber auch Medien, die genutzt werden).

Um Gesundheitskompetenz erfolgreich zu vermitteln, ist ein Zusammenspiel vieler Faktoren notwendig; v.a. Sprache und Gestaltung sind wesentliche Faktoren.

Bezüglich der Gesundheitskompetenz einzelner Personengruppen ist auffallend, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz relativ weit verbreitet ist und in einzelnen Bevölkerungsgruppen dann nochmals häufiger vorkommt. Aber ganz allgemein ist niedrige Gesundheitskompetenz kein Randgruppenphänomen, sondern stellt vielmehr ein zentrales Problem unserer Gesellschaft dar. Entsprechende Erhebungen belegen eine niedrige Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – unabhängig vom Erhebungsinstrument, d.h. sowohl gemessen mit einem Selbsteinschätzungsinstrument als auch wenn entsprechende funktionale Fähigkeiten erhoben werden.

Allgemein lässt sich sagen, dass Gesundheitskompetenz ein Public Health-Problem ist und einem sozialen Gefälle folgt. Bestimmte Gruppen, die mehr betroffen sind, sollten selbstverständlich speziell gestärkt werden. Diese Gruppen sind durch folgende Merkmale, die mit Gesundheitskompetenz zusammenhängen, gekennzeichnet: Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, finanzielle Deprivation, aber auch altersbedingte Veränderungen und Erfahrungen und Einstellungen, die erworben werden.

Aus Versorgungssicht stellt sich die Frage, ob Gesundheitskompetenz Folgen für die Gesundheit und die Versorgung hat. Diesbezüglich ist aus der Literatur bekannt, dass ein schwieriger Umgang mit Gesundheitsinformationen, d.h. eine niedrige Gesundheitskompetenz, mit einem reduzierten subjektiven Gesundheitszustand, schlechteren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, einer verminderten Selbstmanagementfähigkeit und mit vermehrten Arztkontakten, Spitalsaufenthalten und Frequentierung des ärztlichen Notfalldienstes einhergehen.

Bzgl. einer Stärkung der Gesundheitskompetenz muss angemerkt werden, dass es immer um eine Stärkung auf beiden Seiten gehen muss: d.h. auf der einen Seite muss das Individuum gestärkt werden in den Kompetenzen; auf der anderen Seite muss das System in Richtung Verminderung der Komplexität, d.h. in Richtung eines erleichterten Zugangs, gestärkt werden. Oder anders ausgedrückt braucht es eine erhöhte Systemkompetenz, um der Komplexität der Individuen gerecht zu werden.

Gesundheitskompetenz ist ein lebenslanger Prozess und es braucht zur Stärkung selbiger sowohl Setting- als auch Sektoren-übergreifende Ansätze und Maßnahmen.

7. Health Communication

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Birgit Hladschik-Kermer MME

Dr.ⁱⁿ Hladschik-Kermer erwähnt einleitend, dass heutzutage im Hinblick auf das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten im Gegensatz zur früheren eher paternalistischen Sichtweise eine symmetrische, partnerschaftliche Ärztin/Arzt-Patientin/Patient-Beziehung angestrebt wird. Anstelle des Wohls der Kranken/des Kranken steht nun der Wille der Patientin/des Patienten als oberstes Gebot im Vordergrund. Die moderne Medizin wünscht sich mündige Patientinnen und Patienten, die aufgeklärt, eigenverantwortlich und selbstbestimmt am Behandlungsprozess teilnehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es eine umfassende, verständliche sowie umsetzbare Information, begleitet von einer emotionalen Unterstützung seitens der Ärztin/des Arztes.

In der Praxis besteht laut Dr.ⁱⁿ Hladschik-Kermer die Schwierigkeit jedoch darin, dass die Patientinnen und Patienten ihre Informationsbedürfnisse nicht immer direkt und eindeutig gegenüber den Ärztinnen und Ärzten äußern. Die weitverbreitete Meinung, die Patientinnen und Patienten würden schon sagen, wenn sie etwas wissen wollen, ist trügerisch. Eine weitere Hürde stellt die begrenzte Aufnahmekapazität der Menschen im Allgemeinen dar, Dr.ⁱⁿ Hladschik-Kermer bringt das Beispiel, dass nur bis zu sieben neue Informationen in einem Gespräch aufgenommen werden können, d.h. wir wissen nicht, was Patientinnen und Patienten tatsächlich aufnehmen und/oder behalten und letztendlich auch nicht, was diese Informationen für sie bedeutet.

Dr.ⁱⁿ Hladschik-Kermer betont, wie wichtig es ist, bei den Patientinnen und Patienten aktiv nachzufragen, um herauszufinden, was und wieviel diese wissen wollen. „Welche Fragen beschäftigen Sie?“, „Was haben sie bisher schon über Ihre Erkrankung gehört?“, „Wie könnten Sie sich vorstellen, wie wir das am besten umsetzen?“ Somit beginnt jede Informationsvermittlung mit einer Frage, gefolgt von Warten und Zuhören. Weitere Aspekte, Informationen effektiv zu vermitteln sind beispielsweise:

- ✓ Richtigen Zeitpunkt abwarten: Patientin/Patient muss aufnahmefähig sein, dies ist von der Ärztin/dem Arzt abzuschätzen
- ✓ Relevantes herausfiltern: Was müssen Patientinnen und Patienten unbedingt wissen, um für sich die richtigen Entscheidungen treffen zu können?
- ✓ Vorwissen der Patientinnen und Patienten aktiv erfragen
- ✓ Emotionale Bedürfnisse aufgreifen: Emotionen ansprechen und Unterstützung anbieten
- ✓ Nicht zu viel und nicht zu wenig informieren: Informationsbedürfnis abschätzen

Dr.ⁱⁿ Hladschik-Kermer hält abschließend fest, dass die Kommunikation als gelungen bezeichnet werden kann, wenn die biomedizinische Perspektive und die Patientinnen-/Patientenperspektive miteinander verbunden werden können und ein medizinisch vertretbarer, von Patientinnen und Patienten akzeptierter und umsetzbarer Konsens gefunden wird.