

19 Wie werden Gesundheitsfachkräfte und Patienten im Jahr 2020 zusammenarbeiten?

Ein Manifest für den Wandel

Ralph Hertwig, Heather Buchan, David A. Davis, Wolfgang Gaissmaier, Martin Härter, Kai Kolpatzik, France Légaré, Norbert Schmacke und Holger Wormer

Wie können wir den Wechsel hin zum neuen Paradigma der patientenzentrierten Gesundheitsversorgung beschleunigen? In diesem Kapitel wird ein Manifest für den Wandel vorgestellt. Dabei erkennen wir an, dass Gesundheitssysteme hoch komplexe Systeme sind, für die es keine einfachen Lösungen gibt. Die Ausgangsprämisse lautet, dass man positive Entwicklungen sowohl bei Klinikern als auch bei Patienten anstoßen und verstärken muss. Zu diesem Zweck wird eine Vision beschrieben, die eine Umwandlung medizinischer Fakultäten in Schulen für Gesundheitsfachleute aufzeigt. Es werden Wege beschrieben, um das Spielfeld des Wissens zwischen Klinikern und Patienten zu ebnet, sodass Patienten dazu befähigt werden, mehr Fragen zu stellen und Kliniker von „vermeidbarer Unwissenheit“ abgebracht werden. Der 3-Stufen-Aktionsplan von Wennberg wird vorgeschlagen, um aufzuzeigen, wie ein patientenzentriertes Leitbild der Gesundheitsversorgung für wichtige Prozess- und Endpunkte funktionieren kann. Um das Engagement der Patienten innerhalb des Gesundheitssystems zu fördern, wird ein bereits existierendes Modell beschrieben, welches Grundschulkindern in Gesundheitskompetenz schult. Es werden Möglichkeiten vorgeschlagen, um die Vermittlung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationen über die Medien und Online-Gemeinden zu fördern. Dabei ist das Internet die Technologie, die mit der größten Wahrscheinlichkeit die Dynamik des Zusammenspiels zwischen Arzt und Patient verändern wird. Das 21. Jahrhundert wird als das Jahrhundert betrachtet, das Reformen für eine mündige Konversation zwischen Patienten und Ärzten einleitet.

19.1 Einleitung

Unmittelbar nach der Wahl von Barack Obama und mitten in der schlimmsten wirtschaftlichen Rezession seit der Weltwirtschaftskrise verkündete der neu eingesetzte Stabschef des designierten US-Präsidenten, Rahm Emanuel, folgenden Satz, welcher

seither in den Vereinigten Staaten das „Emanuel Prinzip“ genannt wird: „Regel Nummer eins: Verschwende nie eine Krise; sie gibt uns Gelegenheit, große Dinge zu tun.“ (Zeleny 2008) Das Gesetz der Eponyme (Stigler 1983) besagt, dass eine große Idee niemals nach der Person benannt wird, die sie zuerst hatte. Diesem Gesetz treu bleibend, gibt Emanuels Beobachtung den Rat von Niccolo Machiavelli in *Il Principe* wieder: „Vergeude nie die Gelegenheiten, die eine gute Krise zu bieten hat.“ (Machiavelli 1513)

Wir befinden uns in der Tat mitten in einer guten Krise. Mit Ausnahme einiger weniger Länder leiden die Gesundheitssysteme in der industrialisierten Welt an steigenden Kosten. Werden nicht bald radikale Reformen durchgeführt, könnten Regierungen in den Bankrott getrieben werden. Das offenkundigste Beispiel ist das System der Vereinigten Staaten. In den vergangenen paar Jahrzehnten sind in den USA die Kosten im Gesundheitswesen kontinuierlich um 2,5 Prozentpunkte mehr angestiegen als die Wachstumsrate der Wirtschaft. Sollte dieser Verlauf bis zum Jahre 2050 anhalten, wird damit gerechnet, dass Medicare und Medicaid (die Regierungsprogramme, mit denen ältere Menschen bzw. arme Bevölkerungsschichten versichert werden) zusammen 20% des US-amerikanischen Bruttoinlandsprodukts aufzehren. Das ist fast so viel wie der gesamte heutige Bundeshaushalt (Economist 2009). Darüber hinaus erwarten viele Experten, dass die Gesundheitsreform, die im März 2010 endlich verabschiedet wurde, die treibenden Kräfte hinter Amerikas schwinhaft ansteigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung nicht zügeln wird (Economist 2010). Laut einer RAND-Analyse (basierend auf der Version des US-Senats der Gesetzesvorlage), wird die Gesundheitsreform die amerikanischen Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung relativ zur Status-quo-Prognose weiter erhöhen (Ringel et al. 2010). Aber Amerika befindet sich nicht allein in dieser Klemme. Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sind die Gesundheitsausgaben in den Jahren 2000 bis 2003 in vielen Ländern rapide angewachsen. Dabei lag die durchschnittliche jährliche OECD-Wachstumsrate während dieses Zeitraums bei 6,2%. Im Jahr 2008 hatten die USA (gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) die höchsten Gesundheitsausgaben (16,0%), gefolgt von Frankreich (11,2%), der Schweiz (10,7%) sowie Österreich und Deutschland (10,5%). Die Kostenspirale für die Gesundheitsversorgung ist außer Kontrolle geraten.

Wie Muir Gray zu Beginn dieses Forums formulierte: „Die letzten 40 Jahre waren fantastisch“ für das Gesundheitswesen – stetig wachsende Ressourcen, die Entwicklung anspruchsvoller Forschungsmethodiken und Behandlungsverfahren sowie der Aufbau einer modernen Infrastruktur. Aber die ehemals vollen Säcke leeren sich, und wir treten zu just dem Zeitpunkt in eine neue Periode der knappen Ressourcen ein, in dem die wirtschaftlichen Anforderungen an das Gesundheitssystem steigen. Zu diesen Anforderungen gehören die Ausgaben für die Langzeitversorgung einer alternden Bevölkerung und für die Folgen des Klimawandels, von dem erwartet wird, dass er praktisch jedes bekannte Gesundheitsproblem von Herzerkrankung und Hitzschlag bis zu Salmonellen und durch Insekten übertragene Krankheiten verschlimmern wird (Brahic 2009).

Jedoch ist die finanzielle Notwendigkeit nicht die einzig treibende Kraft: Ein Wandel ist auch aus ethischen und klinischen Gründen erforderlich. Es gibt umfangreiche Belege dafür, dass der Moloch des 21. Jahrhunderts, der medizinisch-pharmazeutische Komplex – als moderner Rivale dessen, was Präsident Eisenhower einst als industriell-militärischen Komplex bezeichnet hat –, systematisch fehlerhafte (aber gewinnmaximierende) Annahmen über die Präferenzen der Patienten macht. Behan-

delt wird inzwischen eher angebots- als patientenorientiert. Angebotsorientierte Behandlung bedeutet, dass die angeordnete Versorgung – zum Beispiel Diagnosetests, Krankenhauseinweisungen, Operationen, Überweisungen zu Fachärzten und ambulante Pflege – oftmals von finanziellen, rechtlichen und ähnlichen Bedürfnissen der Versorger angetrieben wird. Andererseits kann die Versorgung auch durch ungeklärte Bedürfnisse der Patienten selbst bestimmt sein, anstatt auf deren medizinischen Bedürfnissen zu beruhen. Mehr Versorgung ist allerdings nicht unbedingt besser, und – gemessen an einigen Indikatoren – ist ein Mehr an Versorgung sogar nachteiliger als weniger Versorgung (siehe die Analysen im Dartmouth Atlas of Health Care 2010). Die Krise des Gesundheitssystems ist nicht einfach nur eine finanzielle Krise. Sie ist auch eine besorgniserregende ethische Krise. Der Moloch trägt seinen Namen zurecht. Ständig fordert er teure Opfergaben. Dabei zwingt er die Gesellschaften dazu, andere wichtige Aufgaben (z.B. den Unterhalt unverzichtbarer Infrastrukturen wie Schulen oder Brücken) zu vernachlässigen und schädigt so beispielsweise die internationale Wettbewerbsfähigkeit von US-amerikanischen Unternehmen.

Zusammengenommen gibt es starke Argumente zugunsten des Wandels. Die Eingangsprämisse dieses Gruppenberichts lautet, dass der Fortschritt Einzug halten wird: Erstens wird es effiziente Mechanismen und Richtlinien geben, um die vollständige und transparente Berichterstattung von Forschungsergebnissen durchzusetzen. Zweitens werden künftige Generationen von Medizinstudenten und Gesundheitsfachkräften nicht mehr unter mangelnder Statistikkompetenz leiden, sondern darin geschult sein, mit Risiken und Unsicherheit umzugehen, diese zu interpretieren und sie gegenüber ihren Patienten zu kommunizieren. Drittens werden effiziente Wege entwickelt und etabliert, um unverzerrte Evidenz an Gesundheitsfachleute und Patienten zu vermitteln und diese somit zu befähigen, gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Ende gut, alles gut – nur sind wir noch lange nicht am Ziel. Bevor diese neuen Mechanismen ihre volle Wirkung entfalten können – und dies ist unsere zweite Prämisse –, müssen wir aktiv werden, um den Wandel so schnell und effektiv wie möglich zu fördern. Wie verkürzen wir die Periode der Revolution, in der die alte Garde womöglich am herrschenden Paradigma festhält und dem Wandel so lange wie möglich Widerstand leistet? Oder wie, um den Ausdruck vom Paradigmenwechsel von Thomas Kuhn (1962) zu verwenden, beschleunigen wir den Wechsel in ein neues Paradigma der patientenorientierten Gesundheitsversorgung? Wie beschleunigen wir die Reform des alten Systems, und wie können wir erreichen, dass das Jahr 2020 keine Wiederholung des Jahres 2010 sein wird?

Es gibt viele existierende und zu erwartende Hindernisse für die Umsetzung einer mehr patientenorientierten Versorgung. Tabelle 26 listet die wichtigsten dieser Hindernisse auf.¹⁸ In diesem Kapitel besprechen wir einige davon, andere werden beiseite gelassen. Dies spiegelt nicht deren Bedeutung (oder mangelnde Bedeutung) wider, sondern unsere Entscheidung, sich eher auf die Gesundheitsfachkraft (insbesondere auf den Arzt) und den Patienten als Analyseeinheiten zu konzentrieren, anstatt auf das Gesundheitssystem per se. Indem wir diese beiden Akteure getrennt behandeln, wollen wir nicht unterstellen, dass sie auch getrennt sind. Dies sind zwei Schlüsselakteure, die im Rahmen eines größeren Systems miteinander verknüpft sind. Wenn

18 Diese Tabelle wurde von einer Liste von Barrieren für die Implementierung partizipativer Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis von Légaré et al. (2008) inspiriert, ist jedoch nicht mit dieser identisch.

Tab. 26 Barrieren für die Implementierung patientenzentrierter Versorgung

(Übergreifende Barrieren)

Evidenz zu Risiken, Nutzen und Ergebnissen fehlt für viele komplexe Leiden oder im Fall multipler Gesundheitsprobleme.

Krankheiten im Zusammenhang mit der Alterung in industrialisierten Gesellschaften erfordern möglicherweise eher Interventionen hinsichtlich der Lebensweise als medizinische Versorgung.

Bedenken politischer Entscheidungsträger, dass patientenzentrierte Versorgung Nachfrage und Kosten im Gesundheitswesen erhöhen wird.

Barrieren auf Patientenebene

Mangel an Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Informationen zu potenziellen Nutzen und Risiken beurteilen zu können.

Emotionale Einstellung zu Krankheit führt dazu, dass ein externer Entscheider bevorzugt wird.

Mangel an Verständnis über die mögliche eigene Rolle in der Entscheidungsfindung.

Mangel an Verständnis über Behandlungsoptionen und deren potenzielle Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden.

Der gesundheitliche Zustand schließt eine aktive Rolle aus.

Es sind möglicherweise multiple Entscheidungen erforderlich.

Man bemüht sich eventuell um ergänzende oder alternative Versorgung und will der Gesundheitsfachkraft die Details nicht mitteilen.

Barrieren auf Ebene der Gesundheitsfachkraft

Mangel an Zeit, um die Patientenpräferenzen herauszufinden.

Mangel an Fertigkeiten, um die Patientenpräferenzen herauszufinden.

Fehlende Überzeugung, dass patientenzentrierte Versorgung/partizipative Entscheidungsfindung angemessen ist oder die besten Ergebnisse bietet.

Rolle des „wohlwollenden Patriarchen“ wird gegenüber des „patientenzentrierten Vermittlers“ bevorzugt.

Fehlendes Bewusstsein dafür, dass sich die Werte der Patienten von denen der Gesundheitsfachkraft unterscheiden können.

Mangelnde Kenntnisse, Fertigkeiten oder Kapazität, um soziale Unterstützung und Versorgung an Stelle von Gesundheitsversorgung anzubieten.

Barrieren auf Organisations/Systemebene

Mangelndes Bewusstsein dafür, dass die Verhaltensweisen von multiplen Versorgungsanbietern miteinander interagieren und sich negativ auf die Patienten auswirken könnten.

Fehlen eines einzigen vorgesehenen Koordinators für die Versorgung des Patienten.

System eher ausgelegt für Akutversorgung als für das kontinuierliche Management von chronischer Krankheit.

Die erforderliche Versorgung sollte möglicherweise eher in Gestalt sozialer Unterstützung als Gesundheitsversorgung erfolgen, und die Gesundheitssysteme sind nicht gut dafür gerüstet, diese Versorgung zu bieten.

Vergütungssysteme sind eventuell nicht gut auf die Art von Versorgung eingestellt, die benötigt/gewählt wird.

Barrieren auf Interaktionsebene

Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft nicht gut etabliert.

Schlechte Kommunikation zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft.

Patient wird möglicherweise von mehreren Versorgern behandelt, die von der Beteiligung der jeweils anderen nichts wissen oder nicht miteinander kommunizieren.

man an den Fäden des einen zieht, beeinflusst dies die Bewegungen des anderen. Die Parameter des Systems, das beide umschließt, haben Auswirkungen auf beide. Daher sagt jede Analyse des einen Mitspielers auch etwas über den anderen aus. In unserem Rezept für den Wandel war es unser Bestreben, eher verwegen als zurückhaltend zu sein. Jedoch kann man in hochkomplexen Systemen wie dem Gesundheitssystem nicht einfach auf einen Knopf drücken und alles neu starten. Man muss diverse Entwicklungen einführen und stärken. Wir haben uns der Sache eher subversiv innerhalb des Systems genähert, anstatt es auseinanderzureißen. Denn schließlich wurde unser Manifest für den Wandel von einer Gruppe Akademiker verfasst und nicht etwa von „Gesundheitsrevolutionären“.

19.2 Wie man Kliniker verändert

Wir haben drei Strategien entwickelt, um Kliniker zu Veränderungen anzuspornen. Die erste bezieht sich auf die medizinische Ausbildung. Wir schildern eine neue Art von Schule und schlagen dann vor, auf bestehende Kompetenzinseln aufzubauen, die einzelne Elemente dieser Vision verkörpern. Der folgende fiktionale Bericht, der den Eröffnungstag der neuen Strüngmann-Schule für Gesundheitsfachkräfte beschreibt, führt uns in diese Vision ein. Die zweite Strategie zielt darauf ab, die Dynamik zwischen Patienten und Klinikern zu verändern, indem das Risiko erhöht wird, dass die Letzteren, nun ja, inkompetent erscheinen. Die dritte Strategie ruft zu einer konzertierten Forschungsbemühung auf. Diese soll den Weg für die Etablierung informierter Patientenentscheidungen in jenen medizinischen Umständen ebnen, in denen die Präferenzen des Patienten eine zentrale Rolle spielen.

Frankfurter Globus

Spätausgabe

26. Oktober 2020

Neue Schule für Gesundheitsfachkräfte öffnet ihre Pforten

Es ist ein sonniger Montagmorgen im Herbst – der erste Tag für die brandneue Strüngmann-Schule für Gesundheitsfachkräfte.

Die Schule startet an mehreren Standorten der Primärversorgung und anderen Akuteinrichtungen, die über die Innenstadt verteilt sind, und ist damit nicht einfach eine normale medizinische Fakultät. Keine hohen Türme, keine Efeu bedeckten Gebäude. Diese Schule verbindet verschiedene berufliche Kompetenzen. Die Mitglieder ihres Lehrkörpers sind auch Klinikärzte in der Primärversorgung, Spezialisten und andere Gesundheitsfachleute. Die einzelnen Standorte sind miteinander per Video-

konferenz und Internet eng verknüpft, und es fällt schwer, den Arzt vom Krankenpfleger, Studenten oder anderen Auszubildenden zu unterscheiden. Dazu gibt es einen weiteren Unterschied: Einige der Patienten gehören zum „Lehrkörper“. Sie sitzen in Beraterausschüssen für den Lehrplan, dessen Ausrichtung und Inhalte sie mit beeinflussen.

Ich finde das interessant.

Es dauerte einige Minuten, bis ich das Dekanat für mein Interview gefunden hatte. Andere medizinische Führungskräfte, die ich in der Vergangenheit interviewt habe, haben mich in ihren großen, repräsentativen Büros mit Sofas und toller Aus-

sicht empfangen und mir Kaffee serviert. Dieses ist anders: Irgendwo am Ende eines langen Flurs sitzt die Dekanin in ihrem Hausarztbüro. Ihr Computer, so fällt mir auf, steht auf einem kleinen Drehständer und hat zwei Bildschirme – dazu später mehr. Sie ist freundlich, aber geschäftsmäßig, und sie erinnert mich an ihren engen Zeitrahmen. Wir fangen sofort an.

Wie und weshalb die Schule ins Leben gerufen wurde? Sie lacht. „Es würde 30 Minuten dauern, allein diese Frage zu beantworten“, sagt sie. „Es ist eine ziemlich lange Liste, und ich meine, sie fängt mit der Unzufriedenheit der Patienten an. Nicht, dass die Patienten ihre Ärzte nicht mochten. Aber man war allgemein mit dem Gesundheitssystem nicht glücklich, mit seiner insgesamt unpersönlichen Natur und dem Gefühl, dass die Kontrolle nicht bei den Patienten lag. Es gab auch noch andere Faktoren, wie die fehlenden Möglichkeiten der Ärzte, sich Zeit für ihre Patienten zu nehmen, deren mangelndes Verständnis, was überhaupt mit ihnen passiert – und, ja, gelegentlich, oder vielleicht häufiger als gelegentlich, der Arzt, der den Patienten als Objekt behandelte und nicht als Mensch.“

Ich hatte gelesen, dass die Schule viel Zeit in die Aufnahme ihrer Studenten investiert und fragte, ob das so sei. „Ja“, antwortete sie. „Studien belegen, dass Qualitäten, die wir uns bei Klinikern wünschen, von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen geformt und unterstützt werden. Zu diesen gehören Altruismus, Selbstbewusstsein, die Fähigkeit, negatives Feedback zu akzeptieren und darauf zu reagieren, lebenslange Lernfähigkeit sowie Offenheit für Teamarbeit und Zusammenarbeit. Wir gehen davon aus, dass dies lehrbare und modifizierbare Fähigkeiten sind und haben eine Liste von Attributen entwickelt, nach denen wir in unserem langen Aufnahmeprozess mit großer Sorgfalt Ausschau halten. Wir denken, dass sich das bezahlt macht. Die Redensart ‚Vorbeugen ist besser als Heilen‘ bewahrheitet sich auch in der medizinischen Ausbildung.“

„Oh“, fügt sie hinzu, „und schlau sollten die jungen Leute auch sein.“ Wissenschaftlicher Hintergrund? „Nun, ja und nein. Es gibt viele kluge Absolventen in Wissenschaft und Mathematik. Wir su-

chen nach diesen sowie weiteren Fähigkeiten. Und zumindest bis jetzt wurden wir nicht enttäuscht.“

„Wie sieht Ihr Lehrplan aus?“ Sie antwortet mit einem Blick auf die Uhr, „Wir haben ihn grob in drei Teile aufgeteilt: Sie überlappen sich in einem gewissen Maß, aber es gibt einen bestimmten Grad des Könnens, den jeder Lernende auf jeder Stufe meistern muss, bevor er oder sie in die nächste aufsteigen kann. Zunächst gibt es da das Grundlagen- oder Kernmaterial – Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie der Krankheiten, Biochemie, Pharmakologie, Epidemiologie – das Übliche. Aber es gibt noch andere Dinge, die für uns absolut zu den Grundlagen gehören: Ethik und Kommunikation und wie sie einander bedingen. Natürlich sind diese Fähigkeiten sehr wichtig, sogar entscheidend, aber sie sind nur die ersten von vielen Bausteinen. Auch haben wir einen wichtigen „roten Faden“ im Kern unseres Modells eingebaut, der sich auf Qualitätsverbesserung, Teamarbeit und Veränderungsmanagement bezieht. Manche Studenten fliegen förmlich durch die Module – sie sind alle online – und nehmen jede Stufe mit Leichtigkeit. Andere brauchen länger, um voranzukommen. Für einige der Module sind kleine Gruppendiskussionen erforderlich, bei anderen muss live und interaktiv gelernt werden, damit die Lernenden Gelegenheit für Rollenspiele haben.“

„Sobald sie bewiesen haben, dass sie den Kern beherrschen, gehen sie in die zweite Phase über: die anwendungsorientierte Phase. Hier lernt der Student, sich durch Probleme durchzuarbeiten, um das anzuwenden, von dem er oder sie in der vorangegangenen Phase nachgewiesen hat, dass es beherrscht wird. Dies wird mit standardisierten oder echten Patienten erreicht – echte Patientenprobleme hier vor Ort oder anderswo im System. Es gibt praktisch keine ‚Klassenzimmer‘ mehr – alle ‚Vorlesungen‘, wenn Sie sie so nennen wollen, sind online. Wir verwenden Patientenerfahrungen – echte, auf Video aufgezeichnete, simulierte Probleme oder Probleme auf Papier – und betonen so Lernen durch Anwendung. Wir nutzen auch intensiv die Rückmeldungen der Patienten – das ist sehr wichtig für die Entwicklung des Lehrkörpers. Etwas Neues, was wir ausprobieren, ist der Patientenaus-

bilder, der besonders beim Management von chronischen Krankheiten nützlich ist. Dazu mussten wir eine formale Struktur schaffen, die Patienten dazu befähigt, ihre Interessen besser zu vertreten: Sie sollen zu einem gewissen Grad verstehen, wie Evidenz eingesetzt wird, um Optionen abzuwägen, und lernen, sich besser durchzusetzen, echte Partner in ihrer Versorgung zu sein. Dies kann natürlich nicht alle Patienten einschließen, aber wir haben das Privileg, auf eine ausgewählte Gruppe von Patienten als außerordentliche Lehrkräfte zugreifen zu können. Durch Mittel wie diese lernen die Studenten, Kommunikationsfertigkeiten anzuwenden, – seltenerweise gibt sie an dieser Stelle ihrem Computer einen kleinen Klaps – „Evidenz und deren Anwendung, kontinuierliches Auf-dem-neuesten-Stand-bleiben und andere Themen.“

„Wie lange dauert diese Phase?“, frage ich.

„So lange, wie es eben dauert“, antwortet sie.

„Sobald der Lernende alle Kompetenzkriterien hier in der praktischen Umgebung erfüllt hat – was von Patienten, anderen Mitarbeitern und ihren Kommilitonen beurteilt wird –, gehen sie in die dritte Stufe über.“

Diese dritte Stufe, so erfahre ich, wird „Verbesserung“ genannt – und sie zögert hier, da unsere Zeit fast abgelaufen ist. Aufgrund ihres Zögerns fällt mir ein, sie danach zu fragen, warum sie ihren Computer berührt. Diese kleine Geste fasziniert mich.

„Ich bin froh, dass Sie fragen, denn dieses einfache Werkzeug“, sagt sie und zeigt auf die beiden Bildschirme, „hat so vieles möglich gemacht. Patienten bekommt ihre Laborergebnisse zu sehen, ihre Diagramme, Risikotabellen – all das, was ich sehen kann –, sodass wir darüber sprechen können. Ich kann Informationen von Webseiten für sie ausdrucken, kann mit ihnen hier im Büro interagieren, ihnen zeigen, inwiefern ihre Testergebnisse jetzt mit den Zielgrößen übereinstimmen (oder nicht), warum sie mit einer Hüftoperation weitermachen könnten (oder nicht) und vieles mehr. Oder wir können die Konversation später, wenn sie zu Hause sind, per E-Mail oder auf meiner CareBook-Seite weiterführen. Wissen Sie, es ist nur ein Werkzeug, aber es ist wirklich praktisch: Es ermöglicht

uns, Entscheidungen gemeinsam zu treffen und nimmt eine große Last von mir. Ich werde viel mehr zum Wissensvermittler und Unterstützer. Dadurch werden Patienten in vielerlei Hinsicht ihre eigenen Versorger, ebenso wie sie mir und meinen Studenten Rückmeldungen geben und so auch uns etwas beibringen können.“

Und was ist mit der dritten Phase der Schule für Gesundheitsfachkräfte, frage ich und denke, dass ich so noch ein paar Minuten mehr ergattern könnte.

„Oh, das“, sagt sie, steht auf und hält mir die Tür auf. „Die heißt Verbesserung. Sie beginnt mit dem Nachweis, dass all diese Kompetenzen beherrscht werden, und, tja, sie endet eigentlich nie wirklich. Darum nennen wir dies hier die ‚Schule für Gesundheitsfachkräfte ohne Mauern‘. Das hat mit praxisbasiertem Lernen zu tun, dem Arbeiten in Systemen, Patientensicherheit, Teamarbeit, dem kontinuierlichen Aktualisieren unserer Wissensbasis. Sie sehen also, auch ich bin hier eine Lernende. Und hier ist ein Trick für Sie, den wir vor Jahren gelernt haben: Ein großer Teil bei der Entwicklung der neuen Schule hing von der funktionellen Verschmelzung von traditioneller Fortbildung mit Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit sowie der professionellen Entwicklung der Lehrkräfte ab. Uns wurde klar, wie es funktionieren könnte, als wir uns der Patientensicherheit und geringerer Varianz in der Versorgung verschrieben haben. Das war unsere Phase der ‚Qualitätsverbesserung‘. Aber wir haben verstanden, wie wichtig diese Verschmelzung war, als wir damit angingen, den starken Einfluss des ‚verborgenen Lehrplans‘ zur Kenntnis zu nehmen. Wir diskutierten zum Beispiel Empathie und Teamarbeit oder Qualitätsverbesserung im Grundstudium, testeten diese und stellten fest, dass sich diese Fähigkeiten der Studierenden zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich erschöpften Klinikern und müden, überarbeiteten Assistenzärzten ausgesetzt sahen, verringert hatten. Unser Lehrkörper umfasst unsere Patienten, deren Erfahrungen und meine Kollegen.“

Und die Studenten?

„Die Studenten unterrichten uns auch. Haben wir nicht Glück?“, fragt sie.

19.2.1 Zurück zur Realität

Es ist uns klar, dass unsere Modellschule nicht in naher Zukunft erreicht sein wird. Es ist unwahrscheinlich, dass die dargestellten Veränderungen bis zum Jahr 2020 vollständig in das Curriculum der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten eingebunden sind. Nichtsdestoweniger gibt es viele Beispiele für hervorragende Arbeit in der Gesundheitsausbildung:

- In vielen Grund- und Bachelorstudiengängen für Medizin (z.B. McMasters), Krankenpflege (z.B. University of York) und andere Gesundheitsfachberufe gibt es Lehrpläne für evidenzbasierte Medizin (z.B. Universität Hamburg oder das Center for Evidence Based Physiotherapy an der University of Minnesota).
- In manchen medizinischen Fakultäten wird der Lehrplan bereits vom Grundgedanken der patientenzentrierten Versorgung geleitet (z.B. University of Western Ontario).
- Es gibt Beispiele für fachübergreifende Versorgung in Bachelorstudiengängen für Krankenpflege, Medizin und andere Gesundheitsberufe (z.B. University of Minnesota).
- Ausbildung in Entscheidungsunterstützung für Patienten wurde in einen Lehrplan zur Grundausbildung in Krankenpflege integriert (z.B. University of Minnesota).
- Eine innovative Strategie zur Patientenbeteiligung wurde am Center for Shared Decision Making des Dartmouth-Hitchcock Medical Centers in Lebanon, New Hampshire implementiert.

Wir möchten andere dringend bitten, auf diese Erfolge aufzubauen und noch etwas zu tun: Führen Sie diese Elemente zusammen, um einen besser integrierten Lehrplan zu gestalten, bei dem Sie sich auf evidenzbasierte Versorgung, patientenzentrierte Versorgung, fachbereichsübergreifende Versorgung und Entscheidungsunterstützung für Patienten konzentrieren und diese Bereiche weiterentwickeln. Zusätzlich zu Veränderungen in der Grundausbildung von Medizinerinnen und Gesundheitsfachkräften betonen wir die Entwicklung verschiedener Besonderheiten der Facharztweiterbildung, die Beispiele für optimale Verfahren bieten: das zunehmende Fokussieren auf evidenzbasierte Medizin, patientenzentrierte Versorgung, teamorientierte Versorgungsmodelle, praxisbasiertes Lernen sowie partizipative Entscheidungsfindung.

Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte durchlaufen eine langwierige Ausbildung. Daher verfügen kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung (*continuing professional development, CPD*) oder medizinische Fortbildung (*continuing medical education, CME*) über das Potenzial, eine Triebfeder für den Wandel zu werden. In dieser Hinsicht betrachten wir die kontinuierliche Fortbildung als einen natürlichen, lebenslangen Prozess, in den Konferenzen, Kurse und Workshops integriert sind, der sich aber nicht ausschließlich auf diese stützt. Wenn wir darüber hinaus CME bzw. CPD als Sammlung von Patientenerfahrungen, Feedback, Gruppendiskussionen, Teamarbeit, Informationen vor Ort bei der Patientenbegegnung und vielen anderen Elementen betrachten, sehen wir Fortschritte. Tatsächlich werden auf mehreren Dimensionen in zunehmendem Maße gemeinsame Entscheidungen basierend auf der besten Evidenz getroffen.

19 Wie werden Gesundheitsfachkräfte und Patienten im Jahr 2020 zusammenarbeiten? Ein Manifest für den Wandel

1. Gesetzliche Veränderungen in den Vereinigten Staaten und Kanada haben dazu geführt, dass Fortbildungsaktivitäten weniger stark von kommerzieller Unterstützung abhängig sind. Dadurch wurde der Einfluss dieser Interessen auf die dargebotenen Inhalte reduziert oder gar eliminiert.
2. Weiterentwicklungen bei der Revalidierung und Rezertifizierung, die eher auf die Qualität der erbrachten Leistung statt einfach auf einer simplen Anhäufung von Anrechnungstunden und Punkten basieren, können zu Leistungsmaßstäben in Bezug auf partizipative Entscheidungsfindung führen.
3. In den Vereinigten Staaten und andernorts wird die Aufmerksamkeit zunehmend auf vergleichende Wirksamkeitsstudien und ähnliche Vergleichsstudien gerichtet. Diese von der Regierung oder von Versicherungen finanzierten Studien können Wissen schaffen, das Klinikern bei der partizipativen Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen.
4. Es gibt Studien über die Integration von partizipativer Entscheidungsfindung in Maßnahmen zur beruflichen Fortbildung, die sowohl aus praktischer Sicht als auch aus Sicht der Forschung vielversprechend sind.

Es existiert ein Cochrane Review zu Maßnahmen, welche die Akzeptanz der partizipativen Entscheidungsfindung durch Gesundheitskräfte verbessern sollen. Obwohl die Ergebnisse nicht völlig schlüssig sind, können wir daraus ableiten, dass eine mehrstufige Vorgehensweise (Bildungsveranstaltungen, bei denen Lehrmaterialien an Ärzte verteilt werden plus Nachprüfung und Rückmeldung) möglicherweise die effektivste Methode ist, um dies in der klinischen Praxis zu implementieren (Légaré et al. 2010).

Wann werden wir diese Veränderungen sehen? Vielleicht werden wir sie in den kleineren Veränderungen bemerken, die oben beschrieben sind. Vielleicht steht am Ende die neue Schule für Gesundheitsfachkräfte. Aber um dahin zu gelangen, müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass wir alle im gleichen Boot sitzen und dass Zusammenarbeit notwendig ist. Hoffentlich genießen wir die gemeinsame Reise und suchen nach dem, was die Menschheit am besten geben kann: Wohlbefinden durch ein Netzwerk von bedeutungsvollen und respektvollen Beziehungen.

19.2.2 Das Spielfeld des Wissens ebnen: Freier Zugang und Dr. Google

Arrow (1963) hat als erster die Beziehung zwischen Arzt und Patient als ein paradigmatisches Beispiel für eine Agency-Beziehung analysiert (z.B. Behrens et al. 2010). Es gibt viele Situationen, in denen eine Person, Prinzipal genannt, die Zuständigkeit für eine Entscheidung an eine andere, den sogenannten Agenten, delegiert. In der Medizin ist der Patient der Prinzipal und der Arzt ist der Agent. Die Gesundheit des Patienten hängt entscheidend von der Leistung des Arztes ab, und der Patient sieht sich mit zahllosen Unsicherheiten konfrontiert:

- Ist mein Arzt kompetent und sachkundig?
- Wird er sich selbstlos für meine Belange einsetzen?
- Wird er alles medizinisch Mögliche tun, um mir zu helfen?

Angesichts dieser Fragen hat der Prinzipal zwei Alternativen: entweder zu versuchen, den Agenten mit einem Vertrag zur wunschgemäßen Leistung zu verpflichten oder sich auf Vertrauen zu verlassen.

In den vergangenen paar Jahrzehnten ist das verlässliche und vertrauenerweckende System der medizinischen Versorgung à la Marcus Welby (Dranove 2001) verschwunden – falls es dies je gegeben hat. *Dr. med. Marcus Welby* war eine beliebte Fernsehserie in den frühen 1970er-Jahren. Der Fernseh-Arzt „war jedermanns beliebtester Hausarzt. Er war weise, gütig und eine der Personen mit dem höchsten Vertrauensstatus in seinem sozialen Umfeld“ (Dranove 2001:7). Laut Dranove machte der Hausarzt in der Welby-Welt Hausbesuche, nahm sich für die erste Diagnose so viel Zeit wie nötig, stellte, falls erforderlich, ein sorgfältig beschriebenes Rezept aus und rief eventuell sogar später noch einmal an, um sich nach der Genesung zu erkundigen. War der Patient ernstlich erkrankt, hätte dieser Arzt an einen Spezialisten überwiesen. Während der gesamten Behandlung blieb dieser Arzt ein standhafter Fürsprecher für den Patienten, und der Patient konnte ihm vertrauen. Das medizinische System à la Marcus Welby gibt es nicht mehr. In der neuen Welt der Medizin sind Interessenkonflikte zwischen Ärzten und Patienten im Überfluss vorhanden. Dadurch ist die Heuristik, einfach dem weißen Kittel zu vertrauen, nicht mehr sinnvoll (Wegwarth & Gigerenzer 2013). Unglücklicherweise ist die andere verfügbare Alternative für den Patienten, um auf das Dilemma von Prinzipal und Agent zu reagieren, ebenfalls nicht gut: Ökonomen haben verschiedene Grenzen der Vertragsbildung umrissen, wodurch Verträge „für die Nutzung in der Medizin nicht optimal“ sind (Dranove 2001:15). Zudem können Verträge kaum alle Eventualitäten des medizinischen Versorgungsprozesses sowie das Problem der versteckten Aktionen und der versteckten Informationen abdecken.

Doch wenn Patienten weder blind vertrauen noch vertragliche Lösungen nutzen können – was bleibt ihnen zu tun? Wie können sie das Spielfeld ebnen? Um Missverständnisse zu vermeiden: Ärzte verbringen fünf Jahre in einer medizinischen Fakultät und weitere vier bis sechs Jahre mit der Facharztausbildung. Sie haben viele zusätzliche Jahre an Erfahrung. Die Patienten können diese medizinischen Fachkenntnisse nicht aufholen. Aber abgesehen davon, auch die Patienten zur medizinischen Fakultät zu schicken, können viele Dinge getan werden, um die „vermeidbare Unwissenheit“ der Ärzte (Albert Mulley, pers. Komm.) inakzeptabel zu machen. Unser Denkansatz lautet wie folgt: Alles, was das von den Klinikern wahrgenommene Risiko erhöht, dadurch das Gesicht zu verlieren, dass sie Fragen der Patienten nicht beantworten können, sollte ihren Willen fördern, auf das Ziel hinzuarbeiten, ihre vermeidbare Unwissenheit zu vermeiden. Wie? Hier einige konkrete Vorschläge:

1. Freier Zugang: Patienten sollten auf die gleichen Daten wie die Ärzte zugreifen können (Interpretation von Laborberichten, systematische Übersichten, den einzelnen Forschungsbericht, die Krankenakte). Erinnern Sie sich an die beiden Bildschirme in der neuen Schule für Gesundheitsfachleute. Eine weitere Form des offenen Zugangs ist, medizinisches Wissen und aktuelle Evidenz nicht nur für Gesundheitsfachkräfte, sondern auch für Patienten, Patientenvertreter, Verwandte und, allgemeiner gesagt, allen Bürgern zugänglich zu machen. Instrumente, um diesen Zugang zu bieten, sind beispielsweise die der „Patientenuniversitäten“ in Hannover oder Jena (GU 2010; MHH 2010).
2. Bildungsmöglichkeiten nicht verschwenden: Lerngelegenheiten für Patienten anbieten. Beispielsweise verschickte das britische Gesundheitssystem 1,5 Milliarden Briefe (z.B. Mitteilungen an die Patienten über Einladungen zu Screenings, Erinnerungen), verpasste aber Hunderte Millionen Gelegenheiten, die Patienten zum Beispiel durch das Angebot zusätzlicher Informationen zu Früh-

erkennungsforschungen, Risikoinformationen, Entscheidungshilfen oder Links zu Entscheidungshilfen aufzuklären (siehe z.B. das A-Z-Verzeichnis von Entscheidungshilfen des Ottawa Hospital Research Institute [OHRI 2010]).

3. Die „Weisheit der Vielen“ nutzen: Gibt es Wege, um die Kommunikation zwischen den Patienten zu fördern, sodass diese von den Erfahrungen anderer profitieren und indirekt lernen können, welches die wichtigen Fragen sind? Lassen Sie uns die Patienten einander vorstellen (über Internetportale wie patientslike.me, healthtalkonline, krankheitserfahrungen) und die Patienten mit den aktuell 20.000 und mehr medizinischen Websites im World Wide Web verknüpfen.

Aber lassen Sie uns nicht naiv sein. Das Internet kann den Patienten mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten geben, aber es wird die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung in absehbarer Zeit nicht ersetzen. Auch sind die Informationen, die von medizinischen Websites bereitgestellt werden, nicht notwendigerweise objektiv oder korrekt. Was die Lage noch verwickelter macht ist die Tatsache, dass unterschiedliche Websites eventuell konkurrierende Informationen vermitteln, und die daraus resultierende Verwirrung kann Ärzten große Kopfschmerzen bereiten. Aber wir wollen uns auch nicht aufs hohe Ross setzen: Nach den Berechnungen von Ioannidis (2005) sind die meisten veröffentlichten Forschungsergebnisse falsch, und gemäß einer von *Nature* durchgeführten Analyse kommt *Wikipedia* der *Britannica* in Sachen Präzision ihrer wissenschaftlichen Einträge nahe (Giles 2005; siehe auch *Nature* 2006).

Die logische Überlegung hinter den von uns vorgeschlagenen Maßnahmen ist, die Patienten zu befähigen, Fragen zu stellen und irgendwann bessere Fragen zu stellen, wenn sie mit ihren Gesundheitsdienstleistern kommunizieren. Zugegeben, dies mag nicht immer funktionieren. Manche Patienten verwandeln sich eventuell in Besserwisser, und manche Ärzte werden vielleicht dickköpfig, wenn sie herausgefordert werden. Auch kann Halbwissen eine gefährliche Sache sein. Aber abweichend von Alexander Popes ursprünglicher Bedeutung kann unvorhersehbares Wissen seitens der Patienten eine gefährliche Sache für die Ärzte sein: Niemand will ständig als inkompetent dastehen.

Lassen Sie uns nicht enden, ohne eine äußerst geschätzte Ressource jenseits von Wissen anzusprechen, die das Internet bietet – Zeit. Für Ärzte ist Zeit eine äußerst begrenzte Ressource, und es ist eine weitverbreitete Auffassung, dass Ärzte im Vergleich zu früher weniger Zeit mit ihren Patienten verbringen. Im Gegensatz zu dieser Auffassung zeigen Studien, dass die durchschnittliche Dauer einer Konsultation in England und in den Vereinigten Staaten in den 1990er-Jahren zugenommen hat (Mechanic 2001; Mechanic et al. 2001). Die Wahrnehmung der Ärzte, weniger Zeit mit den Patienten zu verbringen, mag aus der Notwendigkeit stammen, während eines Patientenbesuchs mehr zu tun (z.B. Präventivversorgung zu leisten), aus gestiegenen Patientenerwartungen (z.B. mehr Informationen) und aus der wachsenden Komplexität der Gesundheitsversorgung. Für die Patienten ist Zeit eine weniger stark eingeschränkte Ressource, da sie sich typischerweise nur um sich selbst sorgen müssen und nicht um jede Menge anderer Patienten. Daher hat ein Patient mehr Zeit als ein Arzt, um nach Informationen zu suchen, zu lesen und zu überlegen, und bislang wurde diese Ressource größtenteils noch nicht erschlossen. Mit der Hilfe des Internets könnte sie nutzbar gemacht werden, da die Beratung so nicht länger auf die persönliche Zeit mit dem Arzt eingegrenzt wird. Abbildung 26 illustriert eine erweiterte Konsultation im Kontext der Sorgen einer Patientin hinsichtlich Brustkrebs. Indem die

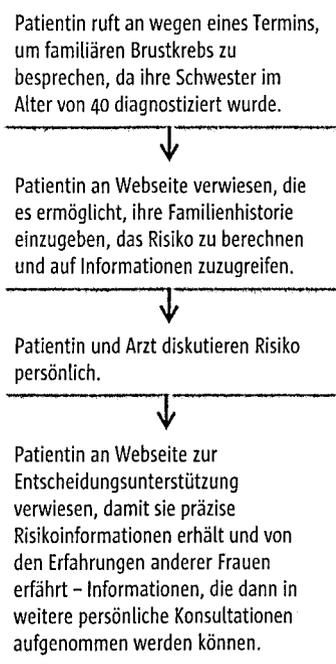


Abb. 26 Stadien einer erweiterten Konsultation, die webbasierte Instrumente nutzt, um das Modell der traditionellen klinischen Praxis neu zu gestalten (mit freundlicher Erlaubnis von Muir Gray)

Patienten in den Prozess der Informationssuche und Entscheidungsfindung einbezogen werden, könnten Ärzte die Zeit für persönliche Beratung sinnvoller und zufriedenstellender zu nutzen – für sich selbst und für die Patienten. Bei der erweiterten Konsultation wird allerdings vom Patienten erwartet, sich auf den Besuch in der Arztpraxis vorzubereiten. Solche Vor- und Nachbereitungstätigkeiten können das Erlernen anatomischer und medizinischer Begriffe oder die Zuhilfenahme der Familienkrankheitsgeschichte zur Bewertung von Risiken umfassen, ebenso die Nutzung von Websites zur Entscheidungsunterstützung, um über die Informationen und Behandlungsoptionen nachzudenken, die im persönlichen Beratungsgespräch besprochen wurden.

19.2.3 Probieren geht über Studieren

Gemäß Kuhns (1962) Analyse von wissenschaftlichen Revolutionen findet ein Paradigmenwechsel mit höherer Wahrscheinlichkeit statt, wenn das neue Paradigma konkrete Lösungen für wissenschaftliche Anomalien bietet. Ohne eine konkrete Lösung wird sich kein Wissenschaftler davon überzeugen lassen, zu einem neuen Paradigma zu wechseln. In dem Umfang, in dem Kuhns Analyse der Paradigmenwechsel auf das Gesundheitssystem verallgemeinert werden kann, können wir seine „Zeig-mir-dass-es-funktioniert“-Heuristik ausnutzen, um einen Wechsel hin zum neuen Gesundheitsparadigma der patientenzentrierten Versorgung und partizipativen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Zugegeben, diese Heuristik ist nur eine von mehreren Strategien, um Kliniker zu überzeugen (siehe Cialdini 2001).

19 Wie werden Gesundheitsfachkräfte und Patienten im Jahr 2020 zusammenarbeiten?
Ein Manifest für den Wandel

Tab. 27 Der 3-Stufen-Aktionsplan für den Wandel von Wennberg

Ziel: Etablierung informierter Patientenentscheidungen als Standard für die Bestimmung medizinischer Behandlungsnotwendigkeiten für ausgewählte, präferenzsensitive Leiden bis zum Jahr 2020.

Schritt 1 Jahre 2010-2014

1. Durchführung von Pilotprojekten (und Aufbau auf bestehende Pilotprojekte) für ausgewählte Leiden, um Implementierungsstrategien in der partizipativen Entscheidungsfindung mithilfe von Entscheidungshilfen zu testen. Verschiedene klinische Zentren aufnehmen, Standorte der Primärversorgung fokussieren, aber chirurgische Spezialstandorte nicht ausschließen.
2. Entwicklung von Maßstäben für Entscheidungsqualität, konzipiert für die Bewertung von Patientenwissen zu relevanten Fakten und Übereinstimmung zwischen den Bedenken einzelner Patienten zu Behandlungsergebnissen und den Behandlungsentscheidungen, die der Einzelne trifft.
3. Bewertung und Verbesserung der Maßstäbe für Entscheidungsqualität und der Entscheidungshilfen für Patienten nach Umsetzung der Pilotstrategien (siehe Elwyn, Frosch et al. 2009).
4. Finanzierung dieser Projekte durch Kostenträger.

Schritt 2 Jahre 2015-2018

1. Breitflächige Einführung erfolgreicher Modelle mit Kostenübernahme durch Kostenträger.
2. Kontinuierliche Messung der Entscheidungsqualität, um den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung zu bewerten.
3. Belohnung von Hausärzten (und Spezialisten), die partizipative Entscheidungsfindung erfolgreich einführen (d.h. gute Punktzahlen bei der Entscheidungsqualität erreichen).
4. Förderung der Verfechtung der Ethik von informierten Patientenentscheidungen durch Hausärzte als Eckpfeiler ihrer beruflichen Verantwortung.

Schritt 3 Jahre 2019-2020

1. Basierend auf dem Erfolg der oben genannten Punkte etablieren Kostenträger die informierte Patientenentscheidung als Praxisnorm und als Voraussetzung für die Bereitschaft der Kostenträger, für ausgewählte Eingriffe nach eigenem Ermessen und für diagnostische Früherkennungsuntersuchungen zu zahlen.
2. Die Erweiterung der Liste präferenzsensitiver Leiden als Ergebnis von Forschung und Entwicklung.

Liste der vorrangigen präferenzsensitiven Leiden für die Aufnahme in das Pilotprojekt:

Leiden	Behandlungsoptionen
Stummer Gallenstein	Eingriff vs. wachsames Abwarten
Chronische, stabile Angina	Perkutane Koronarintervention vs. Eingriff vs. andere Methoden
Hüft- und Kniearthritits	Gelenkersatz vs. Schmerzmedikation
Stenose der Carotis	Operation vs. Aspirin
Bandscheibenvorfall	Operation vs. andere Strategien
Früher Prostatakrebs	Operation vs. Bestrahlung vs. Abwarten
Vergroßerte Prostata	Operation vs. andere Strategien
Psychische Gesundheit (Depression)	Antidepressiva vs. Psychotherapie
Brustkrebs	Lumpektomie vs. Mastektomie

Jedoch wäre es ironisch, wenn eine Gemeinschaft, die dem Nutzen von Evidenz zusetzen ist, nicht auf genau diese Heuristik setzen würde. Tabelle 27 verdeutlicht einen Aktionsplan – mit freundlicher Erlaubnis von John Wennberg –, um Forschung zur

potenziellen Wirksamkeit von informierter und partizipativer Entscheidungsfindung ins Rollen zu bekommen. Es wird das Ziel verfolgt, deren Vorteile darzustellen und ein neues Gesundheitsparadigma bis zum Jahr 2020 herbeizuführen. Schlüsselkomponenten dieses Forschungsunterfangens – die Messung von Präferenzen (z.B. Sepucha & Ozanne 2010) und Entscheidungshilfen für Patienten (z.B. Elwyn, Frosch et al. 2009) – existieren bereits.

Es ist möglich, dass die „Zeig-mir-dass-es-funktioniert“-Heuristik über eine ganze Reihe von Variablen hinweg funktionieren könnte, darunter Entscheidungsqualität, Patientenzufriedenheit (z.B. mehr Folgebereitschaft, weniger Beschwerden, weniger Gerichtsverfahren), Ärztezufriedenheit und möglicherweise Kosten. Der letzte Punkt wird natürlich für politische Entscheider von besonders entscheidender Bedeutung sein. Viele scheinen von der Voraussetzung auszugehen, dass, wenn Patienten im Entscheidungsfindungsprozess mehr Mitsprache haben, sie zwangsläufig teurere Behandlung fordern werden. Tatsächlich ist auch das Gegenteil möglich. Erste Belege weisen darauf hin, dass Menschen, sobald sie umfassend und transparent über die Kosten und Nutzen von Behandlungsoptionen informiert wurden, tendenziell die eher konservative Vorgehensweise bevorzugten (sich z.B. nicht einer Hormonersatztherapie zu unterziehen; O'Connor et al. 2009). Dazu der folgende Vergleich: Je mehr (und je besser) die Patienten über die Kosten und Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen für Prostatakrebs mit PSA-Tests informiert wurden, desto weniger wahrscheinlich war es, dass sie daran teilnahmen (Frosch et al. 2001). Allgemeiner gesagt, scheint partizipative Entscheidungsfindung übermäßige Inanspruchnahme effektiv zu senken (z.B. Evans et al. 2005) und zu geringe Nutzung zu steigern (O'Connor, Bennet et al. 2007).

Wir enden mit einer Frage, auf die es sowohl eine ideale als auch eine pragmatische Antwort gibt: Welche der beiden folgenden Strategien sollte verfolgt werden, um patientenzentrierte Versorgung zu verwirklichen? Sollte jeder Kliniker letztlich danach streben, ein guter Kommunikator zu sein und das ABC der partizipativen Entscheidungsfindung lernen? Oder sollte eine Team-Umgebung mit einem designierten Entscheidungscoach (Stacey et al. 2008) geschaffen werden, um unleugbare Unterschiede in Kommunikationsfertigkeiten und schlichtem Mitgefühl auszugleichen (z.B. Wagners Chronic-Care-Modell, besprochen in Bodenheimer et al. 2002a, 2002b)? Obwohl der zweite Ansatz pragmatischer scheint, birgt er das Risiko, dass der Entscheidungsprozess als nachrangig bewertet wird, beispielsweise im Vergleich zu den heldenhaften Fertigkeiten eines Chirurgen. Würde man den Entscheidungscoach allerdings ebenso hoch oder gar höher als den Chirurgen entlohnen, würde die Hierarchie des alten Regimes schnell durchbrochen.

19.3 Wie man das Engagement der Patienten im Gesundheitssystem verändert

Der Titel dieses Forums schlägt ein kontroverses Konzept vor, nämlich das der „besseren“ Patienten. Obwohl sich Fürsprecher der partizipativen Entscheidungsfindung wahrscheinlich darüber einigen können, was einen besseren Arzt ausmacht, ist das Konzept eines „besseren“ Patienten sehr viel kontroverser. Die Uneinigkeit konzentriert sich auf die Frage, in welchem Umfang man von den Patienten erwarten kann und soll, Verantwortung im Entscheidungsprozess zu übernehmen. Lassen Sie uns

zwei gegensätzliche Positionen beschreiben, um die Unterschiede in den Ansichten herauszustellen: Die erste Ansicht beginnt mit der Annahme, dass alle Patienten verschieden sind. Sie nimmt den Standpunkt ein, dass man nicht von jedem Patienten erwarten kann, unsere hochfliegenden Ideale in puncto partizipativer Entscheidungsfindung zu erfüllen. Laut dieser Ansicht sollte den Patienten ermöglicht werden, ihre eigenen Ziele zu definieren. Dies kann aber nicht unter allen Umständen von ihnen erwartet werden. Nehmen Sie zum Beispiel eine berufstätige Mutter mit zwei Kindern im Teenageralter und einem gewalttätigen Alkoholiker als Ehemann. Sie hat gerade die furchtbare Nachricht erhalten, dass sie Brustkrebs hat. Die psychologische Realität dieser Patientin – und vieler anderer Patienten, die gerade über eine lebensbedrohliche Erkrankung informiert wurden und mit Angst, Verwirrung und Depression zu kämpfen haben –, könnte sein, dass sie einfach nicht die mentalen Ressourcen hat, um ihre Werte zu definieren und darüber nachzudenken, welche der Behandlungsoptionen diesen am besten entspricht.

Laut der zweiten Ansicht hat die Autonomie eines Patienten im folgenden Sinne Grenzen: Menschen haben kein Anrecht auf sinnlose Versorgung. Insbesondere, wenn die verfügbaren Behandlungsoptionen eine Wahl erfordern, die Ermessensspielräume und Abwägungsprozesse beinhalten, sind die Patienten dazu *verpflichtet*, sich zu engagieren. Aus dieser Grundannahme folgt beispielsweise, dass einer Person, die sich nicht am Entscheidungsprozess beteiligen will, ein Elektiveingriff nicht angeboten wird.

Die gerade umrissenen Standpunkte repräsentieren zwei recht entgegengesetzte Ansichten (natürlich gibt es auch mehr oder weniger extreme Varianten) in dieser notwendigen Debatte über die ethischen Auswirkungen von partizipativer Entscheidungsfindung für die Patienten. Wir selbst konnten nicht zu einer Einigung gelangen, welche der beiden Positionen angemessener ist. Wir waren uns allerdings darüber einig, dass die Patienten der Zukunft wahrscheinlich Patienten sein werden, die an ihre Ärzte andere Anforderungen stellen. Das bedeutet, dass es weniger wahrscheinlich ist, dass die Gesundheitsfachkräfte ihre Rolle auf die des Interventionisten beschränken können, der bestimmte medizinische Leiden kuriert. Stattdessen wird das Management von Veränderungsprozessen zunehmend an Bedeutung gewinnen, und daher werden die Patienten und ihre Gesundheitsversorger einen größeren Teil ihres gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses der Veränderung von Lebensgewohnheiten widmen: um medizinischen Leiden vorzubeugen, um sie zu mildern, und um es zu ermöglichen, sich an sie anzupassen.

Lassen Sie uns eine Klärung des kontroversen Konzepts eines besseren Patienten für die Zukunft aufsparen und wenden wir uns der Frage zu, wie wir dem Patienten einen Anstoß geben wollen, informierte und bessere Entscheidungen zu treffen. Unser Strategieplan konzentriert sich auf die folgenden Bereiche: frühe Bildungsarbeit, Gesundheitsversorgung in den Medien und Wege, um die Umwelt einzubeziehen.

19.3.1 Gesundheitskompetent werden: Je früher desto besser

Wir sollten nicht damit warten, über unsere Gesundheit nachzudenken und gesund zu leben, bis wir zum ersten Mal ernstlich zur medizinischen „Reparatur“ müssen. Der Langzeitnutzen *früher* Gesundheitsschulung könnte massiv sein: eine Fertigkeit zu erlernen, auf die die Menschen ihr ganzes Leben lang zurückgreifen können. Eben-

so wie Kinder lesen und schreiben lernen, so sollten sie auch lernen, wie man Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten versteht. Auf diese Weise werden sie dafür gerüstet, beispielsweise Risiken genau zu bewerten. Bevor sie die Mathematik der Unsicherheit erlernen, könnten Kinder die Psychologie und die Biologie von Gesundheit erfahren (z. B. Warum bekomme ich Gänsehaut? Warum bin ich kitzlig? Was passiert mit dem, was ich esse?). Frühe Gesundheitskompetenz könnte die Grundlage sein, auf der Erwachsene während ihres ganzen Lebens bessere Entscheidungen zu ihrem Lebenswandel treffen.

Ein Gesundheitslehrplan ist keine hochfliegende Idee. Es gibt bereits erfolgreiche Modelle. Ein Beispiel ist ein Programm mit dem Namen ScienceKids – Kinder entdecken Gesundheit. Es zielt darauf ab, bei Kindern in der Grundschule (im Alter von sechs bis zehn Jahren) Interesse an gesundheitsbezogenen Themen zu wecken. Das Programm wurde von der AOK Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium Baden-Württemberg entwickelt (AOK Baden-Württemberg 2010) und in den Lehrplan von Grundschulen eingebaut. Seine Hauptziele sind:

1. Mit einer erforschenden Herangehensweise Antworten auf (manchmal heikle) Fragen zu finden, die mit der Funktion des Körpers, Ernährung, Bewegung, Sport und Wohlbefinden verknüpft sind.
2. Kindern beizubringen, was es bedeutet, wie wichtig es ist und wie viel Freude es bereitet, gesund zu leben.
3. Eine Grundlage für verbesserte Gesundheitskompetenz zu schaffen, indem man Kindern ermöglicht, ihren eigenen Körper zu erfahren und kennenzulernen.
4. Das Bewusstsein der Eltern über gesundheitliche Themen zu verstärken und spezielle Unterstützung anzubieten.
5. Eine aktivitätsbasierte, nachhaltige Gesundheitsbildung zu etablieren.
6. Ein Konzept zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz und kreativer Skepsis zu entwickeln.

Die modulare Struktur dieses Lehrplans ist flexibel genug, um ihn in den Klassenzimmern, in Workshops und als Teil der außerschulischen Aktivitäten umzusetzen. Wie Abbildung 27 zeigt, nehmen Erfahrungen aus erster Hand den Platz moralisierender Ermahnungen ein. Kinder werden wie Wissenschaftler behandelt, wodurch man sich ihre natürliche Neugier und ihre Freude am Experimentieren mit der Welt zunutze macht. Jeder Schule, die an dem Programm teilnimmt, wird ein Minilabor angeboten, in dem bis zu 30 Schüler Platz finden und das es Lehrern ermöglicht, Experimente während der normalen Schulstunden durchzuführen. Wenn man Kinder dazu befähigt, nach Antworten auf ihre Fragen zu suchen – was passiert mit dem, was ich esse; was sind die Bedürfnisse meines Körpers; was gehört dazu, damit ich mich gut fühle –, stehen die Chancen gut, dass ihre neu gewonnenen Kompetenzen und Kenntnisse längerfristige Auswirkungen auf ihr gesundheitliches Verhalten haben werden.

Wie wurde der Lehrplan entwickelt? Zu Beginn und unter Zuhilfenahme der AOK-Magazine für Kinder wurden die Schüler darum gebeten, ihre Fragen zu Ernährung, Sport und Gesundheit einzureichen. Basierend auf diesem „Rohmaterial“ entwickelten Experten aus den Bereichen Ernährungswissenschaft, Sport und Wissenschaftsdidaktik das Lehrmaterial. Während einer Woche in einem wissenschaftlichen Sommerferienlager prüften dann fast 50 Kinder, Wissenschaftler und Studenten das Material gemeinsam gründlich. Anschließend wurde mit dem Lehrplan ein Pilotversuch an 70 Schulen durchgeführt, wobei Experten das Programm weiter optimierten und

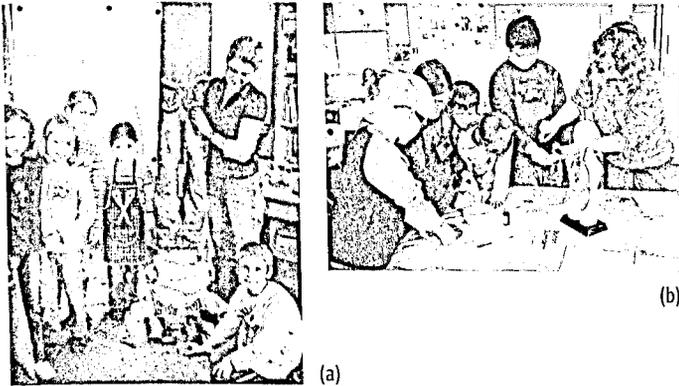


Abb. 27 Kinder im ScienceKids-Programm lernen durch aktive Erfahrung etwas über ihren Körper. (a) Kann man Wasser trinken, wenn man einen Handstand macht? (b) Wie funktioniert unser Verdauungssystem? (Mit freundlicher Genehmigung; © AOK Baden-Württemberg)

an die Grundschulumgebung anpassten. Um dessen Reichweite zu erhöhen, wurde das Programm seitdem in die Lehrerbildung integriert. Sogenannte ScienceKids-Multiplikatoren bieten an, Lehrer und Schulen in diesem Lehrplan zu unterrichten. Zu guter Letzt bietet die Website (AOK Baden-Württemberg 2010) aktuelle Informationen und zusätzliches Hintergrundmaterial für Lehrer.

Obwohl die Vorteile der Einbeziehung von Schulen als Bindeglied zur Gesundheitskompetenz offensichtlich sind, ist die Idee, noch ein weiteres Thema in den bereits vollgepackten Lehrplan einzuführen, schwer zu verkaufen.

Fürsprecher für die Ausweitung dieses Programms auf nationaler Ebene und in die Lehrpläne von Sekundarstufen¹⁹ werden sich um die Unterstützung von denjenigen, die großen Einfluss auf die öffentliche Meinung haben, von Eltern- und Lehrerorganisationen sowie Kostenträgern bemühen müssen, damit diese eine Lobby für eine *Gesundheits- und Risikoschule* schaffen (siehe Bond 2009). Wir glauben, dass es in der Macht der „Zeig-mir-dass-es-funktioniert“-Heuristik liegt, nicht nur diese Interessengruppen von der Bedeutung von Gesundheitskompetenz bei Kindern zu überzeugen, sondern auch Schulbehörden und politische Entscheider. Das ScienceKids-Programm repräsentiert einen mutigen und inspirierenden Schritt in diese Richtung.

19.3.2 Der Öffentlichkeit einen Impuls geben

Es gibt mindestens zwei Wege, um das Verhalten der Menschen zu verändern. Der eine besteht darin, direkt auf sie einzuwirken, indem man sie beispielsweise aufklärt. Ein anderer Weg besteht darin, auf die Umwelt einzuwirken, von dem ihr Verhalten eine Funktion ist. Herbert Simon (1992:156) betonte, dass, wenn „die Menschen vollkommen anpassungsfähig wären, die Psychologie nur die Umwelt untersuchen müsste, in der Verhalten stattfindet“, um zu verstehen, wie sie denken und

19 Ein Lehrplan zur Gesundheitskompetenz für Sekundarschulen wurde vor kurzem entwickelt und in einem Pilotversuch getestet (Steckelberg et al. 2009).

funktionieren. Er illustriert dies mit dem Beispiel der Vorhersage eines Gelatinedesserts: Hätten Sie eine Chance, dessen Form korrekt zu erraten, indem Sie die internen Eigenschaften von Gelatine verstehen? Wahrscheinlich nicht. Aber schauen Sie sich die Form an, in die sie gegossen wurde, dann ist das kein Problem.

Lassen Sie uns die Macht der Umwelt durch das schwierige Problem der Organspende illustrieren. Seit dem Jahr 1995 sind rund 50.000 Menschen gestorben, während sie auf ein passendes Spenderorgan warteten (Johnson & Goldstein 2003; eine allgemeinere Abhandlung siehe Thaler & Sunstein 2008). Obwohl viele Menschen beteuern, dass sie Organspenden befürworten, unterschreiben relativ wenige einen Spenderausweis: nur ungefähr 28% in den Vereinigten Staaten (Johnson & Goldstein 2003). Also warum melden sich nicht mehr als potenzielle Spender an? Fehlt es ihnen an Mitgefühl für das Leiden anderer? Oder haben sie Angst, dass ein Notarzt sie im Falle des Falles nicht so sorgfältig behandelt, wenn er entdeckt, dass sie potenzielle Spender sind? Aber warum sind dann im Lichte dieser Ängste 99,9% der Franzosen oder Ungarn potenzielle Spender? Der frappierende Unterschied in den Raten potenzieller Spender zwischen den Ländern macht mangelndes Mitgefühl oder Angst als Erklärung für das große Ganze unwahrscheinlich. Allerdings könnte eine einfache Heuristik solch markante Unterschiede bei den Raten potenzieller Spender über die Länder hinweg erklären (Gigerenzer 2008). Die Heuristik besagt: „Wenn es eine Vorgabe gibt, weiche nicht davon ab.“ Die Vorgabeheuristik führt zu unterschiedlichen Ergebnissen, da sich Umwelten unterscheiden. In Gesellschaften, die mit Zustimmungsregelung arbeiten, darunter die Vereinigten Staaten, Deutschland und die Niederlande, schreibt das Gesetz vor, dass niemand ein Spender ist, wenn er oder sie sich nicht *dafür* entscheidet. In Gesellschaften mit Widerspruchsregelung, wie Frankreich und Ungarn, ist das Gegenteil die Vorgabe: Jeder wird als Spender betrachtet, es sei denn, dass die Person sich *dagegen* entscheidet. Aus der Perspektive der rationalen Wahl sollte die Vorgabe ohne wirkliche Bedeutung sein, da man davon ausgehen sollte, dass die Menschen die Vorgabe außer Acht lassen, wenn sie ihren Präferenzen widerspricht. Das heißt, in einem Land mit Zustimmungsregelung sollten die Menschen sich aktiv dafür entscheiden, während sie sich in einem Land mit Widerspruchsregelung dagegen entscheiden sollten.

Ungeachtet dessen, ob man glaubt, dass die Widerspruchsregelung das Gemeinwohl fördert oder das Risiko erhöht, dass eine kostspielige Technologie übermäßig in Anspruch genommen wird – das Beispiel der Organspende illustriert die Macht der Umwelt bei der Beeinflussung eines Zielverhaltens.

Nehmen Sie als weitere Erklärung das weitverbreitete Problem schlechter Ernährung und körperlicher Inaktivität – ein Problem, das nach Auffassung vieler Epidemiologen (s. z.B. Mokdad et al. 2000) zu einer zentralen Herausforderung für die Gesundheitsversorgung wird. Wie im Beispiel der Organspende ist es aufschlussreich, verschiedene Gesellschaften zu vergleichen. Der Anteil adipöser US-Amerikaner (22,3%) ist etwa dreimal so hoch wie der der französischen Bevölkerung (7,4%; siehe Rozin et al. 2003). Warum ist das so? Immerhin ist die französische Küche nicht bekannt für ihre Askese in puncto Kalorien. Die niedrigere Adipositasrate in Frankreich ist wahrscheinlich das Resultat einer Vielzahl von Faktoren, aber ein mächtiger Umweltfaktor scheint entscheidend zu sein: die Portionsgröße. Rozin und Kollegen verglichen durchschnittliche Portionsgrößen in Restaurants, Supermärkten und Kochbuchrezepten. Sie fanden heraus, dass die französischen Portionsgrößen im Durchschnitt,

verglichen mit den US-amerikanischen Portionsgrößen, erheblich kleiner waren. Dies war sogar innerhalb derselben weltweiten Kette von Fast-Food-Restaurants der Fall: eine mittlere Portion Pommes Frites in einem McDonalds Restaurant in Frankreich wog 90 g, im Vergleich zu 155 g in Philadelphia.

Unsere Umwelt – im Sinne von alltäglichen Eigenschaften wie der Häufigkeit von Tante-Emma-Läden oder der Fußgängerfreundlichkeit der Wohngegend – beeinflusst, was und wie viel wir essen (Story et al. 2008) und den Umfang unserer körperlichen Betätigung (Saelens et al. 2003). Diese und viele andere Beispiele zeigen, dass Gesundheitsfachkräfte, politische Entscheidungsträger und Bürger die Umwelt als einen mächtigen Verbündeten benutzen sollten, um uns einen Anstoß zu gesünderen Verhaltensweisen und partizipativer Entscheidungsfindung zu geben (z.B. durch Veränderung der Darstellung von Risiko und Unsicherheit; siehe Gigerenzer et al. 2007).

19.3.3 Wie man bessere Informationen zu den Patienten bringt

Gegenwärtig sind vermutlich die Massenmedien (z.B. Zeitungen, TV, Magazine, das Internet) für die breite Öffentlichkeit die wichtigste Quelle für Gesundheitswissen (und in manchen Fällen sogar für den Arzt). Können wir qualitativ höherwertige Informationen in den Medien fördern (s. Wormer, Kap. 11)? Uns ist bewusst, dass Medienprodukte hergestellt werden, um verkauft zu werden, und dass sich die Gesetze des Marktes in naher Zukunft nicht ändern werden. Man könnte den Medien dennoch einen Impuls geben, damit sie Informationen von höherer Qualität anbieten. Hier ist ein einfacher, aber zugegebenermaßen zeitintensiver Ansatz: Freiwillige einer wissenschaftlichen Gesellschaft oder Institution (wie dem EBM-Netzwerk) könnten beispielsweise die Nachrichten zur Hauptsendezeit der vier wichtigsten Fernsehsender (z.B. im deutschen Fernsehen: ARD, ZDF, SAT1, RTL) und/oder einige der überregionalen Tageszeitungen (z.B. in Deutschland die *Süddeutsche Zeitung*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* und *Die Welt*) für einen bestimmten Zeitraum „überwachen“. Anstatt in ihren Elfenbeintürmen über eklatante Fehler zu schäumen, könnten die Experten routinemäßig einen Brief an die Chefredakteure dieser Medienorgane schicken. In diesen erklären sie die Fehler und illustrieren, wie die Informationen auf eine leserfreundlichere Art hätten präsentiert werden können. Der Ton sollte höflich und nicht herablassend sein. Der Redakteur kann geködert werden, indem der Fokus auf dem Publikum liegt und in seinem Interesse an einem Zeitungsartikel oder einer Fernsehsendung, die es ihm gestattet, die Unsicherheiten der modernen Welt zu verstehen. Natürlich ist es möglich, dass es einigen Leuten in der Medienindustrie egal ist, ob die Informationen gut präsentiert und richtig sind. Oder vielleicht empfinden sie die Einmischung der Experten als einen Akt der Eigenwerbung. Aber andere sehen vielleicht eine Nische für ihr Produkt in einer wettbewerbsintensiven Umgebung. Ein Ergebnis dieses Unterfangens könnte sein, dass die „freundliche Überwachung“ selbst zu einem Medienthema wird, das die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Rechts der Öffentlichkeit auf qualitativ hochwertige Informationen lenkt. Darüber hinaus könnten die Medienhäuser selbst Experten (oder deren Studenten) zu Redaktionskonferenzen („unser eingebetteter Experte für Unsicherheit“) einladen oder Kurse in statistischem Denken für Journalisten abhalten (hausintern oder in Journalistenschulen).

In der Zukunft, die bereits gestern begonnen hat, werden Online-Gemeinden eine wesentliche Quelle für gesundheitsbezogene Informationen sein. Sie repräsentieren so-

wohl Chancen als auch Risiken (oben besprochen). Für den Augenblick wollen wir uns auf die Risiken konzentrieren. Das Internet gestattet es jedem Nutzer, selbst die unsinnigsten Gesundheitsmythen zu verbreiten. Dies kann ohne jede böse Absicht passieren, wenn die Einzelnen persönliche Erfahrungen und ihre Interpretationen des Erlebten austauschen. Solche persönlichen Fallberichte können in jede Richtung verzerrt sein und Verzerrung hervorrufen: Sie können sich auch stärker auf die Entscheidungen der Menschen auswirken als statistische Informationen (z.B. Fagerlin et al. 2005). Online-Gemeinden sind natürlich auch leichte Ziele für jene, die absichtlich Fehlinformationen verbreiten wollen. Eine offensichtliche Möglichkeit für Menschen mit kommerziellen Interessen ist es, sich beispielsweise in Patientenforen einzuschleichen und dort zu behaupten, sie seien durch irgendeine Methode kuriert worden.

Ungeachtet dieser Risiken gewähren Online-Gemeinden Experten einen großen Einblick in die Gedanken und Sorgen der Patienten. Überdies können Experten dabei helfen – wie im Falle der Zeitungen –, qualitativ hochwertige Informationen zu fördern. Sie können beispielsweise einige Mitglieder der Gemeinde zum „leitenden medizinischen Manager“ ausbilden. Glossare und Wikis wie zum Beispiel *Wikipedia* könnten regelmäßig überwacht und – falls nötig – verbessert werden (die deutsche *Wikipedia* scheint beispielsweise in Bezug auf wichtige Kriterien evidenzbasierter Patienten- und Verbraucherinformationen fehlerhaft zu sein; siehe Mühlhauser & Oser 2008).²⁰ Auch lassen die Diskussionen beispielsweise zu neuen Behandlungsoptionen in Online-Gemeinden die Fragen ahnen, die Ärzten in der Zukunft gestellt werden (wodurch es der medizinischen Gemeinschaft gestattet wird, Fragen und Antworten vorzubereiten). Und schließlich könnten manche Online-Gemeinden sogar bei einer systematischen Untersuchung zweckdienliche Informationen über Einstellungen, Auffassungen, Verhalten und Ergebnisse der Zielpatienten offenbaren. Tatsächlich machen sich zum Beispiel verschiedene Websites diese Informationen bereits zunutze (*PatientsLikeMe* 2010). Es ist offensichtlich, dass es sich Experten im Gesundheitswesen nicht leisten können, den Informationsmarkt im Internet zu ignorieren.

19.4 Schlussfolgerung

Unser Manifest für den Wandel zielt auf bessere Ärzte und Patienten ab. Um Ärzte für den Wandel zu gewinnen, ist es unsere Vision, medizinische Fakultäten weiterzuentwickeln zu Schulen für Gesundheitsfachleute. Es existieren bereits exzellente Einrichtungen, die Teile einer Blaupause für solch eine neue Bildungseinrichtung bieten können. Wir haben konkrete Wege vorgeschlagen, um das Spielfeld des Wissens zwischen Ärzten und Patienten zu ebnen und so die Patienten zu befähigen, immer bessere Fragen zu stellen. Aus Angst vor diesen Fragen sollte es dem Arzt nicht länger möglich sein, sich den Luxus „vermeidbarer Unwissenheit“ zu leisten. Menschen sind Gewohnheitstiere. Wenn man jedoch zeigen kann, dass das neue Gesundheitsparadigma in wichtigen Prozess- und Ergebnisdimensionen funktioniert, könnte dies dabei helfen, mit solchen Gewohnheiten zu brechen. Zu diesem Zweck haben wir Wennbergs 3-Stufen-Aktionsplan für den Wandel vorgeschlagen (s. Tab. 27).

20 Basierend auf ihrem Ranking in Suchmaschinen und Statistiken zu Seitenaufrufen hat die englische Version von *Wikipedia* bereits andere Online-Anbieter von Gesundheitsinformationen (z.B. *MedlinePlus*) als Quelle für Gesundheitsinformationen im Internet überflügelt (Laurent & Vickers 2009).

Wie können wir das Engagement der Patienten im Gesundheitssystem verändern? Wir schlagen vor, Gesundheitskompetenz in die Lehrpläne der Schulen zu tragen, und beschreiben ein existierendes Modell, mit dem Kinder in Grundschulen in Gesundheitskompetenz unterrichtet werden. Auch erinnern wir andere und uns selbst daran, die Umwelt nicht als wichtigen Verbündeten für den Wandel zu übersehen. Das Schaffen einer intelligenten Umwelt kann den Versuch ergänzen, Menschen in die Lage zu versetzen, zu lernen, Schlüsse zu ziehen und für sich selbst zu entscheiden. In der Zukunft wird der Besuch beim Arzt nicht mehr den Ausgangspunkt ihres Lernprozesses im Hinblick auf ihre Beschwerden darstellen (s. Abb. 26). Das Internet und webbasierte Ressourcen wie Online-Gemeinden werden die Dynamik der Interaktion zwischen Arzt und Patient vollständig verändern. Wir schlagen einige wenige pragmatische Wege vor, wie Gesundheitsdienstleister dabei helfen können, gute Informationen in diesen neuen Gefilden des Wissens zu fördern.

Vordergründig hat unser Manifest für den Wandel zahlreiche Barrieren, die einer Veränderung entgegenstehen, ignoriert. Einige davon sind in Tabelle 26 aufgeführt. Möglicherweise ist es unsere eklatanteste Unterlassung, dass wir nicht – zumindest nicht ausdrücklich – über die Hebel für den Wandel gesprochen haben. Obwohl wir beispielsweise eine Vision der Schule für Gesundheitsfachleute in der Zukunft gezeichnet haben, haben wir nicht die Hebel benannt, die betätigt werden könnten, um den gewünschten institutionellen Wandel herbeizuführen. Wir können uns einige dieser Hebel vorstellen – Akkreditierungsstandards, vermehrte Schulung des Lehrkörpers, staatliche und soziale Regeln und Reglementierungen –, aber es widerstrebt uns, diese Hebel genau zu bestimmen, da es nicht die eine länderübergreifende Lösung gibt. Die Entscheidung darüber, welche Kombination an Hebeln – darunter wirtschaftliche Anreize (z.B. Bezahlung von Leistungen [*fee-for-service*] vs. für Gesundheit [*fee-for-health*]), Verordnungen und Gesetze, Ausbildung und Informationen, der Appell an die idealistische Ader der Gesundheitsfachkräfte und, natürlich, Evidenz – angemessen erscheint, muss von den jeweiligen Mitspielern und Institutionen abhängig sein. Es wird darauf ankommen, wie die hehren Ziele (einschließlich Annäherung an die patientenzentrierte Versorgung, Kostendämpfung oder Leistungsausweitung) priorisiert werden und welche zusammen verfolgt werden können oder miteinander in Konflikt stehen. Es wird auch auf die historisch gewachsenen Eigenheiten des speziellen Gesundheitssystems ankommen, und so fort. Folglich ist unsere Zurückhaltung, über Hebelpunkte zu sprechen, der Tatsache geschuldet, dass es uns an einem Königsweg fehlt. Und wir mochten ihn nicht durch Plattitüden ersetzen.

Das 20. Jahrhundert war das Jahrhundert fantastischer Fortschritte in der medizinischen Forschung, der Einführung einer großartigen Infrastruktur in der Gesundheitsversorgung und der stetig ansteigenden Ressourcen, die Gesellschaften dem Gesundheitswesen widmeten. Diese goldenen Tage sind jedoch vorbei. Wir erwarten, dass sich der wissenschaftliche Fortschritt mit atemberaubender Geschwindigkeit fortsetzt. Aber wir werden mehr mit weniger Ressourcen erreichen müssen. Die Versorgung im 21. Jahrhundert muss patientenzentriert werden, und die Lobbyisten der Patienten können dabei helfen, eine neue Kultur der Entscheidungsfindung, der Transparenz, der Kommunikation und der Patientenpartizipation in der Welt der Gesundheitsversorgung zu beflügeln. Ein Kennzeichen der individuellen Freiheit ist die Freiheit der Wahl. Im Akt der Wahl entfaltet sich individuelle Freiheit (z.B. Schwartz 2004). Die Bewährungsprobe für das Engagement einer Gesellschaft für Freiheit und Demokratie ist das Maß, in dem ihre Bürger zwischen religiösen Glau-

bensformen (einschließlich dem Glauben, nicht zu glauben), politischen Parteien, Meinungen und sexueller Orientierung wählen können. Die Bewährungsprobe für ein demokratisches Gesundheitssystem ist das Maß, in dem die Patienten ermächtigt werden zu wählen, basierend auf transparenten Informationen. Das 21. Jahrhundert sollte das Jahrhundert sein, in dem ein frischer Wind eine erwachsene Konversation zwischen Patienten und Ärzten auf den Weg bringt.



(von links nach rechts, oben nach unten):
Heather Buchan, Martin Härter, Norbert Schmacke
Holger Wormer, France Légaré, David A. Davis
Kai Kolpatzik, Wolfgang Gaissmaier, Ralph Hertwig
Diskussion am Abend