

Teil 1

Qualitätsentwicklung und Salutogenese



Johannes Riedel, ›Ruhe‹

Skizze zur umfassenden Qualitätsentwicklung einer gesundheitsorientierten Arzt-Patient-Interaktion

PETER NOVAK

Zusammenfassung

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient¹ wird als zentraler Faktor für die Gesundung von Patienten angesehen. Vor dem Hintergrund hoher Veränderungsresistenz stellt sich die Frage: Was braucht es, um gesundheitsorientierte Arzt-Patient-Interaktion auf breiter Basis zu implementieren? Es werden die Rahmenbedingungen in einer funktional differenzierten Gesellschaft (Makro-Ebene), in den Organisationen des Gesundheitssystems (Meso-Ebene) und in der Mikro-Ebene der Interaktionen charakterisiert. Ausgewählte Steuerungskonzepte lassen einen umfassenden Zugang als geeignet erscheinen, der Akteure auf allen gesellschaftlichen Ebenen einbezieht. Die vorgelegte Skizze konzentriert sich auf die Makro- und Meso-Ebene, für die jeweils inhaltliche Orientierung, Umsetzungsmaßnahmen und Evaluation als notwendige Veränderungselemente beschrieben werden.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Interaktion; Qualitätsmanagement; Politikentwicklung; Organisationsentwicklung; Steuerung

Einleitung

Die Qualität des Gesprächs zwischen Arzt und Patient wird seit langem als zentraler Faktor für die Gesundung und Gesunderhaltung von Patienten angesehen. Epstein u.a. (1993) sehen die Arzt-Patient-Interaktion im ›Herz der Medizin‹ oder wie es Julian T. Hart (1998) aus ökonomischer Sicht formuliert: Es ist der ›Kern des Leistungsprozesses im Gesundheitswesen‹. Der Zusammenhang zwischen der Qualität der Interaktion und der Gesundheit der Betroffenen erschließt sich mit Blick auf das Konzept der Salutogenese aus Prozessen des Empowerments, der interaktiven Beteiligung und der Selbstbestimmung von Patienten im Gespräch (Nowak 2011).

In den letzten Jahrzehnten wurden vielfältige Ansätze vorgestellt und umgesetzt, die die ›Droge Arzt‹ (Balint 1957) weiterentwickeln. Im Zentrum dieser Anstrengungen stehen Versuche, die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden der Medizin und praktizierender Ärzte auszubauen. Die ärztlichen Experten sollen befähigt werden, die Gespräche in patientenorientierter Weise zu führen und Patienten in ihrer Rolle als Produzenten ihrer Gesundheit, als Koproduzenten der Krankenbehandlung und im Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen zu stärken. Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen im Aus- und Fortbildungssystem der Medizin scheint die Qualität der alltäglichen Kommunikationspraxis zwischen Arzt und Patient vielerorts nach

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

wie vor eingeschränkt (Øvretveit 2012). Ein Vergleich von Gesprächen aus 1986 und aus 2002 kommt sogar zum Schluss, dass die rezentere ärztliche Gesprächsführung mehr ›businesslike‹ und weniger an den Anliegen der Patienten orientiert ist (Bensing u.a. 2006). Der Reformdruck hin zu patienten- und salutogeneseorientierter Kommunikation scheint also größer denn je (vgl. z.B. Coulter u.a. 2011; Krucien u.a. 2013). Einzelne Arbeiten verweisen auf vielfältige Zusammenhänge, die nicht nur die Entwicklung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe, sondern gesetzliche Rahmenbedingungen, Anreizmechanismen und technische Unterstützungssysteme als Erfolgsfaktoren erkennen lassen (vgl. z.B. Evans u.a. 2007).

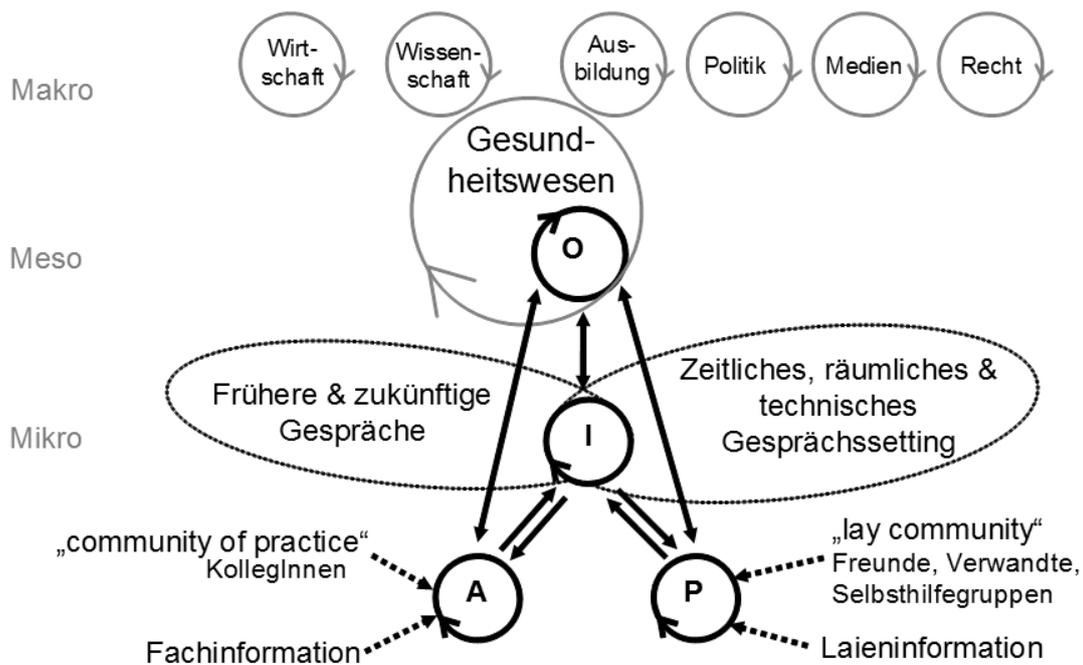
Vor diesem Hintergrund des nach wie vor bestehenden hohen Bedarfs nach Entwicklung patientenorientierter Gesprächsführung und der komplexen Einflussfaktoren auf die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion, stellt dieser Beitrag sich die Frage: Was kann aus den Erfahrungen des Qualitätsmanagements und aus anderen Ansätzen der Systementwicklung gelernt werden, um erfolgversprechende Veränderungsbedingungen in den Blick zu bekommen und konkrete Entwicklungsstrategien zu implementieren? Zunächst wird die Komplexität des Umfelds der Arzt-Patient-Interaktion verdeutlicht, dann werden grundlegende Steuerungskonzepte präsentiert und schließlich der Versuch unternommen, eine umfassende Antwort auf die Frage der Qualitätsentwicklung des Arzt-Patient-Gesprächs zu geben. Die hier

gegebene Antwort ist aus der Perspektive eines gesundheitspolitischen Akteurs auf nationaler Ebene (z.B. Gesundheitsministerium, nationales Qualitätsinstitut) geschrieben, der sich eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualität der Arzt-Patient-Interaktion überregional zum Ziel setzt. Ein fiktiver Akteur, denn eine solche Zielformulierung ist meines Wissens noch in keinem deutschsprachigen Land gesundheitspolitische Wirklichkeit. Der Artikel will aber ermutigen, in diese Richtung konkret weiter zu denken und zu diskutieren. Die differenzierte Ausarbeitung von Maßnahmen auf allen gesellschaftlichen Ebenen soll auch deutlich machen, dass sich eine Vielzahl von Akteuren an einem solchen Unterfangen beteiligen kann und soll, um erfolgreich zu sein.

Grundlagen

Das komplexe Umfeld der Arzt-Patient-Interaktion

Um die Komplexität der Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Interaktion besser verstehen zu können, scheint es zunächst sinnvoll, drei gesellschaftliche Betrachtungsebenen einzuführen: 1) die Makro-Ebene der politischen und gesellschaftlichen Systemzusammenhänge; 2) die Meso-Ebene der im Gesundheitssystem tätigen Organisationen und 3) die Mikro-Ebene der Personen und ihrer Interaktionen (Hurrelmann/Razum 2012, S. 205). Die jeweils übergeordnete Ebene stellt den untergeordneten Ebenen



Arzt (A), Patient (P), Interaktion (I) und Organisationen (O)
 Symbolismus für selbstreferenzielle Systeme nach Maturana, H.; Varela, F. (1992)

Abb. 1: Vereinfachtes Modell relevanter Umwelten der Arzt-Patient-Interaktion (nach Nowak 2010)

Rahmenbedingungen zur Verfügung, die deren Funktion beeinflussen, aber aus systemtheoretischer Sicht keinesfalls determinieren. Vielmehr muss von weitgehender Selbststeuerung in den jeweiligen Systemen ausgegangen werden, die von außen nur irritiert werden kann (Bauch 1996).

Folgt man der Systemtheorie, so sind auf der Makro-Ebene verschiedene relativ autonome Sozialsysteme funktional ausdifferenziert. Neben dem Gesundheitssystem (besser eigentlich Krankenbehandlungssystem) sind für die Organisationen und Interaktionen in der Krankenbehandlung vor allem auch das Wissenschafts-, Ausbildungs-, Wirtschafts-, Politik-, Medien- und Rechtssystem von Bedeutung. Diese Funktionssysteme setzen parallel ihre funktionalen Orientierungen für die Krankenbehandlung. So werden Fragen der Behandlungsqualität vom Wissenschaftssystem laufend weiterentwickelt oder Patientenrechte im Rechtssystem festgelegt. Massenmedien und soziale Systeme der Patienten (Familie, Freunde usw.) gestalten gesellschaftliche Deutungssysteme (Alltagswissen, Krankheitsvorstellungen usw.), in denen somatische, psychische oder soziale Phänomene als gesund oder krank und ggf. als behandlungswürdig erscheinen. Die Organisationen des Gesundheitswesens, die im Gesundheitssystem Tätigen und die Nutzer des Gesundheitssystems bewegen sich also in all diesen Funktionssystemen gleichzeitig und versuchen deren Bedeutungszusammenhänge zu berücksichtigen (vgl. Abbildung 1).

Beachtenswert für die Organisationen des Gesundheitssystems auf der Meso-Ebene sind die Analysen von Mintzberg (1992). Mintzberg zeigt am Beispiel von Universitäten und Krankenhäusern, dass das Management dieser »Profibürokratien« ihren Kernmitarbeitern ein hohes Maß an Entscheidungsautonomie übergeben müssen, um ihre komplexen Aufgaben erfüllen zu können. Damit orientieren sich die Kernmitarbeiter (insbesondere Ärzte) in ihrem professionellen Handeln weniger an den Vorgaben der Führung ihrer Organisation, sondern mehr an der kollegialen Selbstkontrolle und dem Diskurs ihrer Fachgesellschaften bzw. »communities of practice« (Li u.a. 2009).

Wenn wir uns schließlich der Mikro-Ebene der Arzt-Patient-Interaktion zuwenden, so ist nicht nur das laufende Gespräch beachtenswert, sondern auch die vor- und nachgelagerten Gespräche – der weitere interaktive Kontext (Kieserling 1999). So beraten sich in Entscheidungssituationen Patienten vor und nach dem Arzt-Gespräch mit Freunden, Verwandten, anderen Gesundheitsberufen, Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen, die dann relevanten Einfluss auf die tatsächlich getroffene Entscheidung nehmen (Rapley 2008). Ebenso sind die konkreten zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmenbedingungen des Gesprächs mit Ärzten (z.B. Gesprächsdauer, Privatheit der Räume, Positionierung von Bildschirm, Sitzgelegenheit und Schreibtisch) zentrale Gestaltungsaspekte auf der Mikroebene (Nowak 2010, S. 68f). Des weiteren geben das Internet und die Massenmedien den Patienten zunehmend die Chance, unabhängig von der ärzt-

lichen Konsultation ihre Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Krankenbehandlung zu entwickeln.

Bisher stehen die anwesenden Personen mit ihren Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Zentrum der meisten Überlegungen zur Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktionen. Insbesondere Ärzte und Studierende der Medizin sollen in Aus- und Fortbildungsmaßnahmen ihre kommunikativen Fähigkeiten entwickeln und damit den Charakter dieser Gespräche verändern können. Die interaktiven Steuerungsmöglichkeiten des Arztes im Sinne des Empowerments, der Beteiligung und der Selbstbestimmung von Patienten sind groß: Von einer wertschätzenden, klaren und offenen Gesprächseröffnung, über die Art des Zuhörens, der Frageformulierung, der interaktiven Orientierung, der Informationsweitergabe und der Entscheidungsfindung bis zur Gestaltung des Gesprächsabschlusses stehen dem gesprächsführenden Arzt vielfältige und bewährte Gesprächsführungstechniken zur Verfügung (Nowak 2011). Aber vor dem Hintergrund des oben angedeuteten vielschichtigen und multidimensionalen Umfeldes der Arzt-Patient-Interaktion stellt sich die Frage der Qualitätsentwicklung bzw. der Steuerbarkeit in einer großen Komplexität. Gleichzeitig wird die beklagte Veränderungsresistenz verständlicher: Es wird plausibel, dass die Ausbildung der Ärzte als Steuerungsimpuls allein zu kurz greift.

Steuerung im Gesundheitssystem – strategische Grundkonzepte

Steuerungskonzepte auf der Makro- und Meso-Ebene sind vielfach entwickelt worden, davon können hier nur ausgewählte kurz angedeutet werden, um die Antwort auf die Frage nach der Qualitätsentwicklung des Arzt-Patient-Gesprächs strukturieren zu helfen.

Eine grundlegende Arbeit von Kaufmann (1991) definiert drei zentrale Steuerungsmechanismen, die zu einem kontinuierlichen Steuerungszyklus verbunden werden können:

1. »Guidance« beschreibt die (normative) Orientierung für die Akteure eines Systems, die ihnen ermöglicht zu verstehen, wie sie einen Beitrag zum Nutzen im weiteren Kontext des Systems leisten können. Beispiele aus der Politik und Organisationsentwicklung sind Strategiepapiere, Aktionspläne, Ziel- und Werteformulierungen, Standards, Behandlungsleitlinien.
2. »Control« umfasst die Umsetzungsmechanismen, die die Konformität der Akteure mit den gewählten Orientierungen anregen oder unterstützen soll. Hier sind vor allem Maßnahmen der Kontrolle, Befähigung und Motivation der Akteure zu nennen, wie Information, Anleitung, Anordnung und Anreizmechanismen.
3. »Evaluation« meint Feedbackmechanismen, die feststellen lassen, ob die Ziele erreicht werden und die Handlungsmuster der Akteure sich an die gewählte Orientierung anpassen. Dazu gehören alle Formen von Berichtssystemen, Benchmarking oder auch Beschwerdesysteme.

Den Grundgedanken, dass die Entwicklung komplexer Systeme einen kontinuierlichen Entwicklungszyklus braucht, wurde von unterschiedlicher Seite für die Makro- und Meso-Ebene formuliert: z.B. als »Public Health Action Cycle / gesundheitspolitischer Aktionszyklus« (IOM 1988; Rosenbrock/Hartung 2011), als »Capacity Development Cycle« (UNDP 2009) oder auf der Meso-Ebene im Qualitätsmanagement allgegenwärtig als »Plan-Do-Check-Act-Cycle« oder »Demingkreis«. In all diesen Ansätzen sind die Elemente der Zielformulierung, Umsetzung und Evaluation zentral. Als weiteres Steuerungselement wird auch die Beteiligung aller relevanten Stakeholder gesehen (UNDP 2009). Die Bedeutung von Partizipationsprozessen wird auch durch eine neue Überblicksarbeit (Best u.a. 2012) für das Gesundheitssystem empirisch belegt: Ohne die Beteiligung von Entscheidungsträgern auf allen Ebenen sowie von Ärzten und Patienten sind große Systemveränderungen wenig erfolgreich.

Auch aus soziologischer Perspektive wurde ein Steuerungsansatz, der die Vielfältigkeit und gegenseitige Autonomie gesellschaftlicher Akteure berücksichtigt, für moderne Gesellschaften als angemessen formuliert (Mayntz 2008). Mit dem Begriff »Governance« wird dieses Neben- und Miteinander von Regelungsversuchen aller gesellschaftlichen Akteure beschrieben. Demgegenüber wurden zentrale (staatliche) Steuerungsversuche auf der Makro-Ebene als wirkungslos oder sogar kontraproduktiv analysiert. Vor diesem Hintergrund sei ein »elegantes Durchwurschteln« mit einzelnen Steuerungselementen und Autonomiespielräumen auf allen Ebenen das Mittel der Wahl (Mechanic 1997). Damit lässt sich ein umfassender prozessualer Zugang für Qualitätsentwicklungen als geeignet bestimmen, der die Akteure auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene des Gesundheitssystems einschließt und mit Feedback-Schleifen einen kontinuierlichen Lern- und Entwicklungsprozess aufsetzt.

Umfassende Qualitätsentwicklung für die Arzt-Patient-Interaktion

Vor diesem Hintergrund soll nun versucht werden, einen umfassenden Qualitätsentwicklungsprozess der Arzt-Patient-Interaktion zu skizzieren, der sich – wie erwähnt – aus einer überregionalen gesundheitspolitischen Perspektive die Reorientierung der ärztlichen Gesprächspraxis zum Ziel gesetzt hat. Die vorgelegte strategische Skizze konzentriert sich auf die Makro- und Meso-Ebene. Die Steuerung der Mikro-Ebene des singulären Arzt-Patient-Gesprächs wird wesentlich vom Gesprächsverhalten des Arztes (Nowak 2011) und von der Gesundheitskompetenz (»Health Literacy«, Nutbeam 2000) des Patienten bestimmt. Beides wird durch die Rahmenbedingungen auf der Makro- und Meso-Ebene geleitet.

Makroebene – Entwicklung der politischen, rechtlichen, wirtschaftlichen und medialen Rahmenbedingungen

Orientierung entwickeln – Guidance

Im Sinne der »guidance« besteht zunächst die Herausforderung eine normative Orientierung zu entwickeln, die das Arzt-Patient-Gespräch als den zentralen Ort der Bildung von Erwartungen und Gesundheitskompetenz sowie der Produktion von Entscheidungen über Patientenstatus und der eingesetzten Ressourcen im Gesundheitssystem in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Strategien stellt.

Dabei sollte die Arzt-Patient-Interaktion als koproduktive Leistung zwischen autonomen Partnern verstanden werden, die sich an den Prinzipien der Patientenorientierung, Selbstbestimmung und Evidenzbasierung orientiert. Das inkludiert auch ein neues Rollenverständnis sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Patienten. Ärztliches Handeln umfasst im Kern kommunikative Aufgaben und Aufgaben der Gesundheitsbildung, die den Betroffenen erlaubt, für die eigene Gesundheit besser zu sorgen.

Im Sinne der breiten Einbindung aller Stakeholder (insbesondere auch Patientenvertretungen, Patientenorganisationen, Ärzte, medizinischer Industrie) bedarf es eines gesundheitspolitischen Verhandlungsraums (Steuerungsgremium). Dieser braucht das Mandat der politischen und zivilgesellschaftlichen Akteure (Gesundheitsministerium, Berufsverbände, Patientenorganisationen usw.), die entsprechende Strategiedokumente (Konsensustexte, nationale Strategien) entwickeln und verabschieden. Es bedarf gegebenenfalls auch zunächst eigener Strategiepapiere einzelner kollektiver Akteure, die als Input für den übergreifenden Strategieentwicklungsprozess dienen (vgl. z.B. von Fragstein u.a. 2008). Hier wird die Einbindung der medizinischen Fachgesellschaften eine entscheidende Rolle spielen.

Parallel dazu braucht ein solcher gesundheitspolitischer Entwicklungsprozess Wissen über machbare Umsetzungsmaßnahmen und ihre Effekte. Dafür müssten wissenschaftliche Kompetenzzentren aufgebaut und finanziert werden, die evidenzbasiertes Wissen zu Modellen guter Praxis, Entscheidungshilfen, Qualitätsstandards etc. sammeln, entwickeln, in Pilotprojekten erproben und dem Diskussionsprozess der Stakeholder zur Verfügung stellen. Die Fülle und Differenziertheit des Wissens über Arzt-Patient-Interaktion ist in den letzten Jahren enorm gestiegen (vgl. z.B. Zimmermann u.a. 2011), jedoch zumeist nur in Einzelstudien und lokal erprobt. Daher bedarf es der systematischen Wissensaufbereitung, die breite gesundheitspolitische Entwicklungen mit dem notwendigen Fachwissen unterstützen kann. Diese Wissensentwicklung könnte in etablierten, nationalen Qualitätsinstituten (z.B. in Deutschland das IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder in Österreich das BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen) integriert werden und von dem dort aufgebauten methodischen Knowhow profitieren.

Umsetzungsmaßnahmen – Control

Im Sinne von ›control‹ oder Umsetzung auf der Makro-Ebene bedarf es einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit, die im Zusammenspiel von politischen Akteuren, ärztlichen Leitfiguren, Massenmedien und Patientenvertretungen die Inhalte der gesundheitspolitischen Strategie zugänglich und verständlich machen.

Parallel können regulative Maßnahmen, wie die Veränderungen von Anreizmechanismen für die Organisationen und Vertreter der Gesundheitsberufe, unterstützend wirken. Honorierungssysteme wären neu zu regeln, die geeignet sind, qualitativ hochwertige Konsultationen auch für die beteiligten Gesundheitsberufe (insbesondere Ärzte) ökonomisch attraktiv zu machen. Beispielsweise können besonders aufwändige und komplexe Gespräche, wie z.B. ›Bilanzierungsdialoge‹ (Bahrs 2011), als gesonderte Abrechnungspositionen eingeführt werden. Einen weiter gehenden Ansatz beschreiben Modelle der integrierten Versorgung, wie das ›Gesunde Kinzigtal‹ (Hildebrandt u.a. 2011; <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>, letzter Zugriff: 13.8.2013), die ihren ökonomischen Gewinn u.a. durch kommunikative Maßnahmen zur Gesunderhaltung einer regionalen Bevölkerung erzielen. Im Bereich der Honorierung wird es eine besondere Herausforderung sein, die wirtschaftlichen Interessen der medizinischen Industrie auszubalancieren.

Ebenso wäre es hilfreich, die rechtlichen Rahmenbedingungen, wie die Berufsgruppengesetze, die Patientenrechte und die gesundheitspolitischen Zielsteuerungssysteme, den neuen inhaltlichen Orientierungen anzupassen.

Auf diese rechtliche Basis kann die Personalentwicklung aller Gesundheitsberufe aufbauen und Ausbildungsrichtlinien, Curricula usw. neu definieren. Diese können auch an grundlegende Reformüberlegungen im Sinne einer ›Gesundheitsbildungspolitik‹ (Sottas u.a. 2013) anschließen. Gegebenenfalls wird es auch der Entwicklung neuer komplementärer Berufsrollen bedürfen, die die ärztlichen Kommunikationsangebote ergänzen (z.B. ›community nurse‹). Fortbildungsverpflichtungen und -richtlinien für alle Ärzte müssen sicherstellen, dass die Neuorientierung der Gesprächskultur nicht erst in 30 Jahren wirksam wird. In diesem Zusammenhang ist auch die Finanzierung berufsbegleitender Qualitätsentwicklungsmaßnahmen wie Supervision, Peer-Interventionen, Balintarbeit, Qualitätszirkel etc. zu klären und attraktiv zu gestalten, sodass die Teilnahme an solchen Maßnahmen nicht ›Hobby der Idealisten‹ bleibt.

Auf der anderen Seite bedarf es der öffentlichen Unterstützung, Informationsangebote und Kompetenzentwicklungsmaßnahmen auf Patienten- und Nutzerseite systematisch zu planen, zu erproben, rechtlich abzusichern und zu finanzieren. Hier kann auf vielfältige Modelle zurückgegriffen werden: öffentliche Patienteninformationsportale (z.B. www.gesundheit.gv.at), Patientenberatungen (z.B. ›Unabhängige Patientenberatung Deutschland‹, www.upd-online.de), Patientenuniversitäten (z.B. www.patienten-universitaet.de), Selbsthilfegruppen (vgl. auch Scha-

ffer/Schmidt-Kaehler 2012). Öffentliche Förderung kann auch die Organisationen des Gesundheitssystems anregen, regionale Patientenschulungs- und -informationsangebote zu entwickeln und im eigenen Wirkungsfeld zu implementieren. Zur Stärkung der Patientenrolle wird weiters die Einführung von individuell zugänglichen elektronischen Gesundheitsakten und transparenter Information über die Qualität der Leistungserbringer einen Beitrag leisten.

Ergebnisse relevant machen – Evaluation

Auch der Prozess der Evaluation muss auf der Makroebene auf eine für die Stakeholder relevante Weise rechtlich geregelt, finanziert und organisatorisch umgesetzt werden. Die Entwicklung der Kommunikationsqualität in der Arzt-Patient-Interaktion braucht Begleitforschungen und Monitoringsysteme mit Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen und ökonomischen Analysen, die kontinuierlich auf nationaler Ebene die Qualitätsentwicklung beobachten. Dabei kommt der systematischen Analyse der Kommunikationsprozesse selbst eine besondere Bedeutung durch den konkreten Lerngewinn für die beteiligten Ärzte zu. Die Transparenz und Bewertung all dieser Analyseergebnisse im Rahmen von Berichterstattung, Benchmarking, Peer-Review-Verfahren und Zertifizierungssystemen auf der Ebene der einzelnen Leistungsanbieter ist ein zentraler Impuls zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Relevant ist auch die Nutzung dieser Ergebnisse als Ergebnisindikatoren in obligatorischen Zielsteuerungs- und Qualitätsmanagementsystemen. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die Qualität und Unabhängigkeit dieser Bewertungsverfahren gelegt werden, damit eine rein legitimatorische Dateninterpretation zur besseren Selbstdarstellung vermieden werden kann. Die Ergebnisse dieser Analysen sollen im Fachaustausch mit Fachgesellschaften und ›communities of practice‹ zur Meinungsbildung in den Gesundheitsberufen beitragen und die Qualität der Evaluation kontinuierlich weiterentwickeln.

Meso-Ebene – Organisationsentwicklung

Vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bedarf es der Organisationsentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen auf der Meso-Ebene, die die lokalen Systembedingungen für die Arzt-Patient-Interaktionen auf der Mikro-Ebene herstellen. Organisations- und Qualitätsentwicklung sind für große Organisationen des Gesundheitssystems, wie Krankenhäuser, Ambulatorien oder Rehabilitationskliniken inzwischen eine wohl etablierte Managementpraxis. Um die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als Organisation wahrnehmen und die entsprechenden Entwicklungsprozesse erfolgreich umsetzen zu können, bedarf es interner Expertise und Organisationsstrukturen, wie z.B. Stabstellen für Qualitätsmanagement (Øvretveit 2009). Für die ärztliche Einzelpraxis sind Qualitätsentwicklungsprozesse direkt von den auf der Makro-Ebene bereitgestellten Rahmenbedingungen (Honorierungsordnung, rechtliche Aufla-

gen für die Qualität erbrachter Leistungen, Fortbildungsrichtlinien etc.) abhängig, die der einzelne Arzt in seinem ›Reich‹ mit hoher Autonomie umsetzt (oder auch nicht). Für diese kleinen, aber zahlreichen Organisationen des Gesundheitssystems sind lose, organisationsübergreifende Kooperationsnetzwerke und Qualitätszirkel die einzigen Organisationsstrukturen auf der Meso-Ebene, an denen Reorientierungsprozesse ansetzen können (vgl. auch Bahrs/Matthiessen 2007). Im Folgenden werden daher Organisationsentwicklungsschritte für die großen Organisationen (Krankenhäuser usw.) skizziert, deren Umlegung für die ärztliche Einzelpraxis noch gesondert konzipiert werden müssten.

Orientierung entwickeln – Guidance

Wieder der Logik von Kaufmann (1991) folgend, bedarf es in der Organisationsentwicklung zunächst der normativen Orientierung innerhalb der Organisation. Die relative Abgeschlossenheit von Organisationen gegenüber ihrer Umwelt (›Was gehen uns die da draußen an!‹) verlangt die Übersetzung inhaltlicher Orientierungen in die historisch determinierten Kommunikationen der jeweiligen Organisation. Die bewährten Instrumente für die inhaltliche Orientierung einer Organisation sind Strategiedokumente (Leitbild, Missionstatement, Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheiten, ...), die durch breite partizipative Prozesse und klaren Einsatz der Führung entwickelt werden können. Die auf gesellschaftlicher Ebene bestimmten kommunikativen und edukativen Aufgaben des Arztes müssen ins Zentrum dieser Strategiedokumente gehoben werden, um für die Mitarbeiter einer Organisation relevant zu werden.

Es bedarf u.U. langer Austausch- und Aushandlungsprozesse, bevor diese Reorientierung verstanden, an die lokale Geschichte angepasst und akzeptiert wird. Entscheidend wird hier die ärztliche Führung auf allen Ebenen der Organisation sein, die, wie erwähnt, sich zunächst an den Priorisierungen der Fachgesellschaften und ihrer ›communities of practice‹ orientieren wird. Dies ist insofern heikel, als gerade ärztliche Führungspersonen häufig weniger an salutogenetischen Entwicklungen interessiert sind. Entwicklungsinitiativen können durchaus ›bottom up‹ von jüngeren, nicht entscheidungsbefugten Ärzten ausgehen. Aber die Beobachtung großer Systemveränderungen im Gesundheitswesen zeigt, dass jedenfalls das ärztliche Führungspersonal zur Unterstützung der Initiative gewonnen werden muss, um erfolgreich zu sein (Best u.a. 2012).

Umsetzungsmaßnahmen – Control

Auch die Umsetzung der gewonnenen Orientierung braucht analog zur gesellschaftlichen Ebene das formelle und informelle Eintreten der Führungskräfte für die Neuorientierung (interne Öffentlichkeitsarbeit) (Best u.a. 2012). Auch organisationsinterne Steuerungsstrukturen (›Qualitätssicherungskommissionen‹ etc.) müssen sich dem Thema mit Priorität widmen und die internen Entwicklungsexperten (›Qualitätsmanager‹) müssen für diese Aufgabe qualifiziert und mit Ressourcen ausgestattet werden

(Kapazitätsentwicklung). Die Konkretisierung der Strategiedokumente in Umsetzungspläne mit klaren Verantwortlichkeiten, zeitlichen Festlegungen und ausreichend Ressourcen wird die erste Nagelprobe für das tatsächliche Gewicht der ›großen Worte‹ sein. So bedarf es der Schwerpunktsetzung im hausinternen Qualitätsmanagement auf die Entwicklung der Arzt-Patient-Interaktion. Ein solches hausinternes Schwerpunktprogramm könnte nach entsprechender Vorbereitung schrittweise in jeder Abteilung eine Status Quo-Erhebung durchführen, Qualitätszirkel einrichten und gezielte, abteilungsbezogene Schulungs- und Infrastrukturmaßnahmen (z.B. Raumgestaltung) setzen.

Im Personalbereich braucht eine solche Priorisierung sowohl Umsetzungsmaßnahmen im Bereich der Sozialisation als auch der Selektion der Mitarbeiter. Die kontinuierliche Sozialisation neuer und auch langjähriger Mitarbeiter durch Aus- und Fortbildungsprogramme muss das notwendige Wissen, die Fertigkeiten und Haltungen einer patientenorientierten, salutogenetischen Gesprächsführung vermitteln. In den derzeit üblichen ärztlichen Aus- und Fortbildungsroutinen, die meist durch industriegeponserte Angebote dominiert werden, kann das auch eine Herausforderung für das Ausbildungsbudget der Organisation bedeuten. Entscheidend wird auch sein, ob in der Selektion von Kandidaten für ärztliche Führungspositionen deren kommunikative und edukative Kompetenzen sowie die entsprechenden Werthaltungen als entscheidend angesehen werden. Derzeit stehen meist medizinisch wissenschaftliche Erfolge, gegebenenfalls Managementkompetenzen, aber auch politische Verbindungen im Mittelpunkt der Auswahlentscheidungen.

Eine angemessene Raumgestaltung für gute Gesprächsführung ist vielerorts schon begonnen worden, aber auch hier können Investitionen und Umbauten notwendig werden. Die Zeitgestaltung für Arzt-Patient-Gespräche sollte an den individuellen Bedürfnissen der beteiligten Patienten flexibel ausgerichtet werden. Das kann wohl etablierte Routineabläufe, die sich meist an den komplexen Erfordernissen der Organisation orientieren, in Frage stellen und als veränderungsbedürftig darstellen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass für gute Gesprächsführung in Summe nicht unbedingt mehr Zeit zur Verfügung zu stellen ist, weil auch Effizienzgewinne durch patientenorientierte Gespräche lukriert werden können (vgl. für die niedergelassene Praxis Bahrs/Matthiessen 2007, S. 327). In diesem Zusammenhang wird eine Reorientierung der Gesprächsführung auch Veränderungen in den Kooperationsroutinen und Aufgabenverteilungen zwischen den unterschiedlichen Professionen und Disziplinen in der Organisation erfordern (ebenda S. 328).

Die Organisationen des Gesundheitssystems können auch einen direkten Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz ihrer Patienten leisten. Insbesondere können evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patienten (engl. decision aids) zur Unterstützung im Entscheidungsgespräch (z.B. vor geplanten Eingriffen und bei der Entlassung) systematisch eingesetzt werden. Die Evidenzbasierung solcher Entscheidungshilfen ist zentral,

um eine interessensunabhängige Information der Patienten zu gewährleisten (Steckelberg u.a. 2005; Klemperer u.a. 2010). Eine weitere strukturelle Maßnahme ist die Einrichtung von Patientenbibliotheken bzw. Patienteninformationszentren, die den Patienten und auch Besuchern qualitativ hochwertige Informationen bereitstellen und sie in ihrer Informationssuche durch geschultes Personal unterstützen (Abt-Zegelin 2007).

Einen weiteren Schritt in der Stärkung der Patientenrolle stellt die systematische Kooperation mit Selbsthilfegruppen dar. Hier ist insbesondere der Aufbau eines eigenen Netzwerks ›Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen‹ (SPiG; www.selbsthilfefreundlichkeit.de) zu erwähnen, das auf langjährige Modellprojekte in Deutschland aufbaut (Trojan u.a. 2012). Hier wird auch der Kapazitätsentwicklungsprozess für Patientenorganisationen relevant, um ihre Rolle als unabhängiger, kollektiver Partner im Gesundheitssystem spielen zu können. Ohne ausreichende Unterstützung von außen gehen Patientenorganisationen in diesen Kooperationen auch Risiken der Überforderung und Instrumentalisierung ein (Etgeton 2009; Klemperer 2009). Dies gilt in besonderer Weise natürlich auch für ihr oben beschriebenes Engagement auf der Makro-Ebene. Beachtenswert ist dabei, dass Selbsthilfegruppen sich meist um chronische oder spezifische Gesundheitsprobleme konstituieren und stark am Expertenwissen ihrer Ärzte orientiert sein können (Forster/Nowak 2011). Damit können diese Gruppen nur eingeschränkt alle Patienteninteressen vertreten bzw. unter Umständen selbst eine stark krankheitsorientierte und medikalisierte Perspektive vertreten. Dennoch scheint die aktive Beteiligung von Patienten in Entwicklungsprozessen im Gesundheitswesen wesentlichen Nutzen zu stiften (z.B. Etgeton 2009; Christiaens u.a. 2013).

Nicht zu vergessen und hier nur kurz erwähnt sei die notwendige inhaltliche und strukturelle Entwicklung der ärztlichen Ausbildungseinrichtungen. Die Schwerpunktsetzung auf kommunikative und edukative Fähigkeiten im Medizinstudium erfordert eine Neuausrichtung der Curricula, Lehrmethoden und Prüfungserfordernisse. Die Herausforderung ist groß, aus einem ›Orchideenfach Kommunikation‹ einen alle Spezialfächer durchziehenden Kerninhalt des Medizinstudiums zu machen (Silverman 2009).

Ergebnisse relevant machen – Evaluation

Für den dritten Steuerungsprozess stellt sich die Grundfrage, woran informell und formell die *performance* einer Einrichtung bzw. ihrer Abteilungen gemessen wird. Welche Erfolgsindikatoren werden angelegt, und spielen in diesen Bewertungssystemen die kommunikativen Kompetenzen der Ärzte und die Empowerment-Ergebnisse bei den Patienten eine Rolle? Patientenbefragungen gehören inzwischen zum Standardrepertoire von Krankenhäusern. Die Abbildung von kommunikativer Qualität der ärztlichen Gespräche, der bereitgestellten Information und der patienten-seitigen Empowermenteffekte bedarf aber guter methodischer Überlegungen und entsprechender Transparenz der Ergebnisse in Benchmarking-Systemen oder anderen Berichtswesen. Patien-

tenerfahrung braucht in der Bewertung von Abteilungsleistungen ähnliche Relevanz wie ökonomische und klinische Ergebnisse.

Schlussbemerkung

Die hier vorgestellte Skizze eines Vorgehens zur Qualitätsentwicklung der Arzt-Patient-Interaktion verbindet vielfältige Maßnahmen von zum Teil hoher Komplexität und Reichweite. Dabei zeigt sich zunächst aus der hier gewählten übergeordneten gesundheitspolitischen Perspektive Eines: Es ist kein triviales Unterfangen, die Bedingungen für die alltägliche ärztliche Gesprächspraxis herzustellen, die eine Orientierung an den Erkenntnissen der Salutogenese unterstützen. Eine nationale Institution (z.B. Gesundheitsministerium, nationales Qualitätsinstitut), die sich eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualität der Arzt-Patient-Interaktion überregional zum Ziel gesetzt hat, wird einen umfassenden strategischen Zugang benötigen und dabei auf Vorgängermodelle aus anderen Bereichen zurückgreifen können (z.B. Mitic/Rootman 2012). Dennoch darf der notwendige Entwicklungsprozess von guten wissenschaftlichen Analysemethoden und praxistauglicher Umsetzungsinstrumente nicht unterschätzt werden.

Es wird der Mitwirkung einer Vielzahl von Akteuren bedürfen, um erfolgreich zu sein. Sehr unterschiedliche Akteure können im Gesundheitssystem die Initiative für dieses in vieler Hinsicht bedeutsame Unternehmen übernehmen, ihren Beitrag dazu entwickeln und versuchen, im Bewusstsein der vielseitigen Abhängigkeiten die notwendigen Partner auf den anderen Ebenen des Gesundheitssystems zu gewinnen. Es sollte aber auch deutlich geworden sein, dass an vielen Stellen dieses Entwicklungsprozesses mit Widerstand zu rechnen ist. Es wird daher neben den hier angedeuteten geschickten Mitteln der gesellschaftlichen und organisationalen Entwicklung, den Mut und der Ausdauer beherzter Menschen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems benötigen, um eine solche grundlegende Reorientierung der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe zu erreichen. Oder mit den Worten von Max Weber gesprochen: Diese Entwicklung wird nur mit dem ›starken, langsamen Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich‹ (Weber 1921/2012, S. 450) erfolgreich sein. ▣

Dr. Peter Nowak

ist seit über 25 Jahren als Sozialwissenschaftler in der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens tätig. Er hat Sprachwissenschaft und Psychologie in Wien studiert und ist über Studien zur Arzt-Patient Kommunikation in medizinsoziologischen Forschungen und Entwicklungsprojekten im Gesundheitswesen (Integrierte Versorgung, Qualitätsmanagement, Patientenorientierung) und in der Gesundheitsförderung gekommen.

Bis Jänner 2011 war er Stellvertretender Institutsleiter und Senior Researcher am Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research in Wien zuletzt mit den Forschungsschwerpunkten: Partizipation und Gesundheitsförderung, Selbsthilfe- und



Patientenorganisationen und Arzt-Patient-Kommunikation.

Seit Februar 2011 ist er in der Gesundheit Österreich GmbH in Wien mit der Weiterentwicklung des Wissensmanagement im Gesamtunternehmen beauftragt. Er war bis August 2013 auch Stellvertretender Leiter des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen. Ab September 2013 ist er der Leiter der neu gegründeten Abteilung »Gesundheits und Gesellschaft« an der Gesundheit Österreich GmbH.

Ausgewählte Publikationen:

Nowak, Peter (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion: Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang Verlag. (Arbeiten zur Sprachanalyse, 51.)
 Nowak, Peter (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Balint Journal 12/01, 8–14
 Nowak, Peter (2011): Synthesis of qualitative linguistic research—a pilot review integrating and generalizing findings on doctor-patient interaction. In: Patient education and counseling 82/3, 429–441
 Marent, Benjamin; Forster, Rudolf; Nowak, Peter (2013): Conceptualizing Lay Participation in Professional Health Care Organizations. In: Administration & Society 45/5
 Trummer, Ursula F.; Müller, U.O.; Nowak, Peter; Stidl, Thomas; Pelikan, Jürgen M. (2006): Does Physician Patient Communication that Aims at Empowering Patients Improve Clinical Outcome? A Case Study. In: Patient Education and Counseling, 61, S. 299–306.

Für das kritische Durchsehen des Manuskripts danke ich Ottomar Bahrs und Florian Menz.

Literatur

Abt-Zegelin, A. (2007): Patienteninformationszentren als pflegerisches Handlungsfeld: Aufbau und Gestaltung. Schlütersche
 Bahrs, O. (2011): Der Bilanzierungsdialo – Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. In: Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft 11 /4, 7–15
 Bahrs, O.; Matthiessen, P. F. (2007): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Hans Huber, Bern
 Balint, M. (1957): The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman, London
 Bauch, J. (1996): Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis Jg. 19/3, 242–247
 Bensing, J.; Tromp, F.; van Dulmen, S.; van den Brink-Muinen, A.; et al. (2006): Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. In: BMC family practice 7/1–62
 Best, A.; Greenhalgh, T.; Lewis, S.; Saul, J.E.; et al. (2012): Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. In: Milbank Quarterly 90/3, 421–456
 Coulter, A.; Fernandopulle, R.; Samb, B.; Adshear, F.; et al. (2011): Realising the Potential of Patient Empowerment for Tackling Chronic Disease. BUPB – The George Institute for Global Health, Oxford
 Christiaens, W.; Kohn, L.; Léonard, C.; Denis, A.; et al. (2013): Models for Citizen and Patient Involvement in Health Care Policy. Part I: Exploration of Their Feasibility and Acceptability. Bd. KCE Report 195C. Belgian Health Care Knowledge Centre, Brüssel
 Epstein, R. M.; Campbell, T. L.; Cohen-Cole, S. A.; McWhinney, I. R.; et al. (1993): Perspectives on Patient-Doctor Communication. In: The Journal of Family Practice 37/4, 377–388
 Etgeton, S. (2009): Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52/1, 104–110
 Evans, R.; Edwards, A.; Coulter, A.; Elwyn, G. (2007): Prominent strategy but rare in practice: shared decision-making and patient decision support technologies in the UK. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101/4, 247–253
 Forster, R.; Nowak, P. (2011): Zur Rolle von Patientengruppen und -organisationen in einem »lernenden Gesundheitssystem« Schlussfolgerungen aus einer österreichischen Studie. In: Lernen für Gesundheit Tagungsband der 13 wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Hg. v. K. Krajc. Linz: Johannes Kepler Universität Linz; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, 120–103
 Hart, J. T. (1998): Expectations of health care: Promoted, managed or shared? In: Health Expectations 1/1, 3–13
 Hildebrandt, H.; Michalek, H.; Roth, M. (2011): Integriertes Management auf Augenhöhe – Anforderungen an eine konsistente Führungsphilosophie in IV-Systemen am Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Innovatives Versorgungsmanagement Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Hg. v. V. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 215–226
 Hurrelmann, K.; Razum, O. (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim und Basel
 IOM, Institute of Medicine – Committee for the Study of the Future of Public Health – Division of Health Care Services (1988): The Future of Public Health. National Academies Press, Washington DC

Kaufmann, F.-X. (1991): The Relationship between Guidance, Control, and Evaluation. In: The Public Sector Challenge for Coordination and Learning. Hg. v. F.-X. Kaufmann. Berlin: de Gruyter-213 – 234
 Kieserling, A. (1999): Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme. Suhrkamp, Frankfurt/Main
 Klemperer, D. (2009): Interessenkonflikte der Selbsthilfe durch Pharma-Sponsoring. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52/1, 71–76
 Klemperer, D.; Lang, B.; Koch, K.; Bastian, H.; et al. (2010): Die »Gute Praxis Gesundheitsinformation«. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104/1, 66–68
 Krucien, N.; Le Vaillant, M.; Pelletier-Fleury, N. (2013): Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method. In: Health Expectations 16/1, 3–13
 Li, L.; Grimshaw, J.; Nielsen, C.; Judd, M.; Coyte, P.; et al. (2009): Evolution of Wenger's concept of community of practice. In: Implementation Science 4/1, 11-
 Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1992): Tree of Knowledge. Bd. Revised edition, Shambhala
 Mayntz, R. (2008): Von der Steuerungstheorie zu Global Governance. In: Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 41, Gunnar Folke Schuppert, Michael Zürn (Hg.), Governance in einer sich wandelnden Welt, 43–61
 Mechanic, D. (1997): Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. In: Health Affairs 16/5, 83–92
 Mintzberg, H. (1992): Die Mintzberg-Struktur: Organisation effektiver gestalten. Verlag Moderne Industrie, Landsberg/Lech
 Mitic, W.; Rootman, I. (2012): An Inter-sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians. Discussion paper, Victoria (Kanada): University of Victoria
 Nowak, P. (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion: Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Peter Lang Verlag, Frankfurt a.M. u.a.
 Nowak, P. (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Balint Journal 12/01, 8–14
 Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15/3, 259–267
 Øvretveit, J. (2009): Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation, London
 Øvretveit, J. (2012): Evidence: Do changes to patient-provider relationships improve quality and save money? A review of the evidence about value improvements made by changing communication, collaboration and support for self-care. Identify Innovate Demonstrate Encourage, Bd. Volume 2. The Health Foundation, London
 Rapley, T. (2008): Distributed decision making: the anatomy of decisions-in-action. In: Sociology of Health & Illness 30/3, 429–444
 Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2011): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Hg. v. BZgA. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung–480
 Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S. (2012): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl., Huber, Bern
 Silverman, J. (2009): Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? In: Patient education and counseling 76/361–367
 Sottas, B.; Höppner, H.; Kickbusch, I.; Pelikan, J.; et al. (2013): Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. careum working paper, Bd. 7. Careum Stiftung, Zürich
 Steckelberg, A.; Berger, B.; Köpke, S.; Heesen, C.; et al. (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99/343–351
 Trojan, A.; Bellwinkel, M.; Bobzien, M.; Kofahl, C.; et al. (2012): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhafen
 UNDP, United Nations Development Programme (2009): Supporting Capacity Development the UNDP Approach. UNDP, New York
 von Fragstein, M.; Silverman, J.; Cushing, A.; Quilligan, S.; et al. (2008): UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. In: Medical Education 42/11, 1100–1107
 Weber, M. (1921/2012): Gesammelte politische Schriften. Nachdruck des Originals von 1921. Deutsch Historisches Wirtschaftsarchiv, Paderborn
 Zimmermann, C.; de Haes, H.; Visser, A. (2011): Enhancing the patient position in the world of health care: Contributions from the EACH conference 2010 in Verona. In: Patient education and counseling 84/3, 283–286