

spectra

122



Kommunikation im Gesundheitswesen

6/7 **Warum das Gespräch so wichtig ist**

Der Therapieerfolg hängt massgeblich von der Qualität des Arzt-Patient-Gesprächs ab. Das bedeutet, dass beide Seiten einander zuhören, dass sie ein gemeinsames Ziel verfolgen und dass sie einen gemeinsamen Weg einschlagen. Eine gute Beziehung zum Patienten kann mehr bewirken als ein Medikament.

9 **Warum Organspende kein Tabu sein darf**

Jeder Mensch kann in die Situation kommen, auf ein Spenderorgan angewiesen zu sein. Alle können sich auch plötzlich mit der Entscheidung konfrontiert sehen, ob die Organe eines verstorbenen Angehörigen zur Entnahme freigegeben werden sollen oder nicht. Wer frühzeitig seinen Willen zur Organspende kundtut, entlastet seine Familie – und kann erst noch selbst entscheiden, was in einer Notsituation mit ihm und seinem Körper geschieht.

10 **Warum Dolmetschen Komplikationen vorbeugt**

In der Schwangerschaft und während der Geburt sind Frauen und ihre Babys besonders verletzlich. Wenn die werdenden Mütter in dieser Zeit in ihrer Muttersprache angesprochen werden, lassen sich Missverständnisse vermeiden, die Komplikationsrate senken und letztlich auch Kosten sparen. Das sind die Vorteile von interkulturellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern.



Kommunikation ist ein wichtiges Instrument, um die Gesundheitskomp



Ein Gespräch auf Augenhöhe zwischen Patientin und Ärztin ist die Basis für eine erfolgreiche Therapie.

Das BAG hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement bei chronischen Krankheiten in der Bevölkerung zu verbessern. Die Kommunikation kann auf verschiedenen Wegen dazu beitragen, dieses Ziel zu erreichen.

Viele Personen in der Schweiz haben Mühe, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Das zeigt eine Studie zur Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahre 2015. Diese Personen verfügen über eine problematische oder gar ungenügende Gesundheitskompetenz. Das Problem betrifft insbesondere ärmere Menschen sowie Migrantinnen und Migranten. Gute Kommunikation ist wichtig, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern. Darunter fallen insbesondere

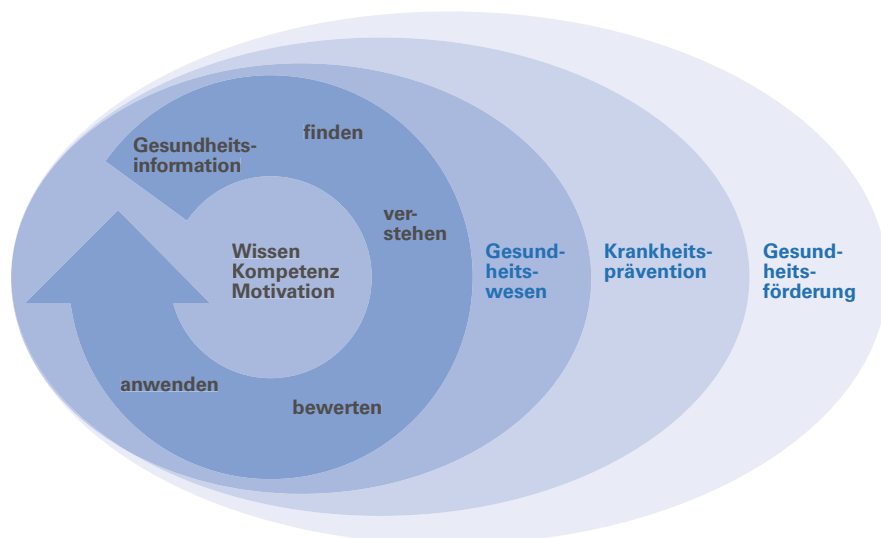
- die Sensibilisierung der Bevölkerung mit dem Ziel, Krankheiten oder Sucht vorzubeugen,
- das Zurverfügungstellen von leicht zugänglichen und verständlichen Gesundheitsinformationen sowie
- das Fördern der Verständigung zwischen Gesundheitsfachleuten und Patienten.

Das BAG hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. Grundlage für diese Arbeiten sind die bundesrätliche Strategie «Gesundheit 2020» sowie die NCD-Strategie 2017–2024. Um das Ziel zu erreichen, setzt das BAG auf verschiedene Kommunikationsmassnahmen, etwa Kampagnen zur Sensibilisierung der Bevölkerung (HIV, Organspende etc.). Dabei fokussiert das BAG immer stärker auch auf den Dialog anstatt auf einseitige Informationsübermittlung, etwa mithilfe von Social Media oder Apps, die ein Feedback und einen Austausch ermöglichen.

Ein weiteres Angebot ist die Online-Plattform migesplus, das Portal für gesundheitliche Chancengleichheit des Schweizerischen Roten Kreuzes, die vom BAG unterstützt wird. Das Portal verbreitet leicht verständliche Gesundheitsinformationen in verschiedenen Sprachen. Auf der Plattform stehen Broschüren, Flyer und Filme von 80 Gesundheitsorganisationen zur Verfügung, die sich spezifisch an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz richten. Besonders beliebt ist der «Gesundheitswegweiser Schweiz», der auf einfache Weise unser Gesundheitssystem erklärt und kostenlos in 18 Sprachen erhältlich ist.

Auch die aktuelle Organspende-Kampagne ist eine Massnahme des BAG, die zeigt, welche Bedeutung Kommunikation haben kann: Ein Entscheid für oder gegen eine Organspende muss frühzeitig erfolgen, da im Notfall oft die Zeit oder die Möglichkeit fehlt, sich darüber Gedanken zu machen. Wenn dieser Entscheid in einer Notfallsituation gefällt werden muss, entscheiden sich die An-

gehörigen aufgrund der Unsicherheit, was der Patient bzw. die Patientin wirklich will, erfahrungsgemäss eher gegen eine Organentnahme (siehe Artikel Organspende Seite 9). Entsprechend



Was versteht man unter Gesundheitskompetenz?

Selbstmanagement fördern

Selbstmanagement beinhaltet das, was Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Suchtbetroffene unternehmen, um mit der eigenen Erkrankung umzugehen, ihren Symptomen, der Behandlung, den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen und den damit zusammenhängenden Änderungen der Lebensumstände.

Das BAG fördert das Selbstmanagement auf verschiedenen Ebenen. So können in der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (gemeinsam mit Gesundheitsförderung Schweiz) Projekte mit Interventionsbereich Selbstmanagement finanziell unterstützt werden. Zudem hat das BAG einen sogenannten Referenzrahmen für die Selbstmanagement-Förderung erarbeitet, ein Grundlagenbericht, der ein gemeinsames konzeptionelles Verständnis unter den Akteuren fördern soll.

Auch im Bereich der Selbstmanagement-Förderung ist die Kommunikation ein wichtiges Element: Das BAG hat dieses Jahr eine Stakeholder-Plattform ins Leben gerufen, damit sich interessierte Organisationen regelmässig austauschen können. Das Ziel besteht darin, die Bedürfnisse der Stakeholder zu identifizieren, innovative Ansätze zu entwickeln und relevante Fragestellungen anzugehen.

Wichtig sind zudem die Information und die Sensibilisierung der Fachleute: Es braucht ein besseres Verständnis, was Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht bedeutet und welchen Nutzen diese Angebote den Betroffenen, den Akteuren in der Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft bringen.

Kontakt: Nadine Stoffel-Kurt, Sektion Ernährung und Bewegung, nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch

verfolgt die Organspende-Kampagne das Ziel, dass möglichst viele Menschen mit Angehörigen über ihre Wünsche sprechen.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachleuten und Patientinnen und Patienten (siehe Interview mit Sabina Hunziker Seite 6, Studie zur Gesundheitskompetenz Seite 4 und Bericht zum interkulturellen Dolmetschen Seite 10). Gesundheitsfachleute müssen sich klar und verständlich ausdrücken können und eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen.

Was ist Gesundheitskompetenz?

Aber was versteht man eigentlich unter Gesundheitskompetenz? Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) umfasst das Wissen sowie die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Gesundheitskompetent ist, wer im Alltag Entscheidungen treffen kann, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dazu gehört das kritische Hinterfragen von Informationen: Muss ich bei einem Arzt eine Zweitmeinung einholen? Benötige ich diese Impfung? Gesundheitskompetenz umfasst sowohl

Krankheitsbewältigung als auch Prävention und Gesundheitsförderung.

Bei Patientinnen und Patienten ist Gesundheitskompetenz ein wesentlicher Faktor für den Behandlungserfolg und die Verbesserung der Patientensicherheit. Studien zeigen, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz eine geringere Anzahl Spitalbesuche aufweisen, zum Beispiel aufgrund richtiger Einnahme von Medikamenten. Gesundheitskompetente Menschen können besser mit ihrer Krankheit und den Veränderungen der Lebensumstände umgehen. Gesundheitskompetenz ist auch eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Patienten und ermöglicht erst eine aktive, selbstbestimmte Teilhabe am Gesundheitssystem. Dieser Umgang mit der Erkrankung und der Gesundheitsversorgung ist ein Teilaspekt der Gesundheitskompetenz und wird als Selbstmanagement bezeichnet (siehe Box).

Kommunikation als Schlüsselfaktor

In der Schweiz gibt es im Bereich Gesundheitskompetenz noch einiges an Verbesserungspotenzial. Die Kommunikation wird eine Schlüsselrolle übernehmen, wenn es darum geht, die Bevölkerung gesundheitskompetenter zu machen. Dazu braucht es mehr Sensibilisierungsangebote, die sich spezifisch an Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz richten. Möglichkeiten gibt es viele, etwa die Erarbeitung von einfach verständlichen Texten und Infografiken oder Erklärfilmen zu spezifischen Erkrankungen. Fachleute wiederum können Techniken wie die «Show-Me-Methode» anwenden, um sicherzustellen, dass der Patient oder die Patientin das Gesagte auch wirklich verstanden hat. Auch die Gesundheitsligen können eine wichtige Rolle übernehmen, wenn sie leicht verständliches Informationsmaterial entwickeln und einsetzen. Allerdings wären auch Veränderungen im Gesundheitssystem selbst bedenkenswert. Dieses ist zurzeit relativ komplex und überträgt dem Einzelnen viel Verantwortung. Diese Komplexität kann Personen mit wenig Gesundheitskompetenz überfordern. Gezielte Kommunikationsmassnahmen auf verschiedenen Ebenen sowie einfache und klare Strukturen können die Bevölkerung unterstützen, ihren Weg durchs Gesundheitssystem zu finden und die für sie richtigen Entscheidungen zu treffen.

Kontakt:
Karin Gasser, Sektion
Gesundheitliche Chancengleichheit,
karin.gasser-gp@bag.admin.ch

Links:
Förderung Prävention in
der Gesundheitsversorgung
<https://bit.ly/2MBzn4Z>

Referenzrahmen:
<https://bit.ly/2wgpfeU>

«Lebende Bücher» erzählen die Geschichten ihrer Demenz

Zurzeit sind schätzungsweise 148 000 Menschen in der Schweiz an Demenz erkrankt. Wichtige Schwerpunkte der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 sind die Verbesserung des Wissens der Bevölkerung über Demenzerkrankungen, die Entstigmatisierung sowie der Abbau von Vorurteilen und Hemmschwellen für die gesellschaftliche Partizipation. Zu diesem Zweck organisiert Alzheimer Schweiz in Zusammenarbeit mit Science et Cité und dem BAG drei Pilotveranstaltungen besonderer Art.

In einer «Living Library» können Menschen für Gespräche zu speziellen Themen «ausgeliehen» werden, zum Beispiel eine Burnout-Betroffene, ein Flüchtling, ein Sehbehinderter – oder eben eine Person mit Demenz. Es sind Menschen, die mit Vorurteilen oder sozialer Ausgrenzung zu kämpfen haben. Die Betroffenen, ihre Angehörigen und Fachpersonen stellen sich für persönliche Gespräche zur Verfügung, etwa im Rahmen einer Veranstaltung. Alzheimer Schweiz, Science et Cité sowie das BAG organisieren von Herbst 2018 bis Frühjahr 2019 drei «Living Library»-Veranstaltungen zum Thema «Demenz im Gespräch». Das Ziel dieser Pilotveranstaltungen ist es, einer breiten Öffentlichkeit den Austausch mit Betroffenen zu ermöglichen und Berührungsängste abzubauen und so das Verständnis für die Erkrankung und die Betroffenen zu fördern. Das einzigartige «Living Library»-Format ermöglicht einen ungewöhnlichen, niederschweligen Erfahrungsaustausch, bei dem Betroffene, Angehörige und Fachpersonen im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung über

ihre Erfahrungen und Erlebnisse berichten. Bei diesen sehr persönlichen Gesprächen können sich die «Leserinnen und Leser» in die Situation ihres Gegenübers hineinversetzen und erfahren dadurch mehr über Demenz. Die Männer und Frauen, die sich im Rahmen der Pilotveranstaltungen als «lebende Bücher» zur Verfügung stellen, haben viel Erfahrungswissen zum Thema Demenz. Für jede der drei Veranstaltungen werden andere Menschen mit unterschiedlicher Erfahrungs- und Fachexpertise ausgewählt. Der Fokus liegt in erster Linie auf Menschen mit Demenz im Frühstadium sowie deren Angehörigen. Die Veranstalter legen grossen Wert darauf, eine besonders für Demenzerkrankte angemessene Atmosphäre zu schaffen, die es ihnen ermöglicht, ihre Rolle als Expertin oder Experte für Fragen zu einem Leben mit Demenz einzunehmen, ohne überfordert zu werden. Die Veranstaltungen werden von Mitarbeitenden von Alzheimer Schweiz und ihren kantonalen Sektionen begleitet. Das Pilotprojekt wird von Science et Cité begleitet evaluiert. Die Erkenntnisse fliessen in die Erarbeitung eines Veranstaltungsmanuals durch Alzheimer Schweiz ein, das als Praxisanleitung für weitere Veranstaltungen dienen soll. Die erste Veranstaltung fand im September 2018 in Bern statt. Bis Ende des Jahres wird auch im Kanton Tessin eine Veranstaltung organisiert. Den Abschluss der Reihe bildet die Pilotveranstaltung Anfang 2019 in der Westschweiz.

Kontakt:
Sara Duric, Sektion Nationale
Gesundheitspolitik
sara.duric@bag.admin.ch

Allgemeine Anfragen an
demenzstrategie@bag.admin.ch



Im Rahmen von «Living Library»-Veranstaltungen erzählen Demenzerkrankte über ihre Erfahrungen und schwindenden Erinnerungen.

Glaubwürdig kommunizieren

Kommunikation in der Gesundheitsversorgung deckt viele Bereiche ab, vom Arzt-Patient-Gespräch bis zur Präventionskampagne für die Bevölkerung. Aber überall gilt: Für eine erfolgreiche Kommunikation braucht es Vertrauen. Die Forschung zeigt, dass eine vertrauensvolle Beziehung positive Folgen für die Motivation zur Therapie sowie für deren Verlauf und Wirkung zeitigt. Es geht nicht nur darum, die Patientinnen und Patienten in die Entscheidungen zu ihrer Gesundheit miteinzubeziehen, sondern auch darum, ihnen diejenigen Entscheidungen zu überlassen, die sie tatsächlich treffen können, ohne damit überfordert zu sein.

Qualitativ hochwertige Informationen

Wie schafft man Vertrauen? Indem man glaubwürdig kommuniziert. Das gilt auch für das BAG. Wir können unsere Botschaften nur dann erfolgreich an die Bevölkerung bringen, wenn diese davon überzeugt ist, dass das BAG vertrauenswürdige und qualitativ hochwertige Informationen verbreitet. Die verschiedenen Kampagnen des BAG sind ein wichtiger Teil dieser Gesundheitskommunikation: Informationen zur Prävention von HIV-Infektionen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Empfehlungen zur Vermeidung von nicht übertragbaren Krankheiten oder Informationen darüber, wer sich gegen die Grippe impfen lassen soll. Auch hier geht es darum, glaubwürdig zu kommunizieren und den Menschen die Grundlagen zu liefern, damit sie sich entscheiden können.

Um jemandem vertrauen zu können, muss ich seine Informationen zudem verstehen und kritisch hinterfragen können. Egal ob es sich um eine Kommunikationskampagne handelt oder um ein Gespräch mit dem Chefarzt. Darum ist es dem BAG ein Anliegen, dass die Bevölkerung über eine gute Gesundheitskompetenz verfügt und jede Person weiss, was ihr guttut und wie sie langfristig gesund bleiben kann. Eine gute Gesundheitskompetenz schafft Vertrauen in sich selbst und seine eigenen Fähigkeiten.



Gregor Lüthy,
Leiter Abteilung Kommunikation
und Kampagnen

Die Fülle an Informationen aus dem Internet kann zum Problem werden

Eine Studie des Schweizerischen Roten Kreuzes zeigt, dass Fachleute, die aufmerksam zuhören und Vertrauen aufbauen, die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten steigern können. Zudem hat die Studie ergeben, dass Gesundheitsinformationen aus dem Internet Personen mit niedrigem Bildungsniveau oft überfordern.

Menschen müssen tagtäglich Entscheidungen fällen, die sich auf ihre Gesundheit auswirken: Soll ich zum Arzt? Brauche ich eine medizinische Behandlung? Wie kann ich mich gesund ernähren? Wie viel Sport tut mir gut? Um solche Entscheidungen treffen zu können, braucht es Informationen.

Wer sich über Gesundheitsthemen informieren will, benötigt bestimmte Fähigkeiten: lesen, schreiben, die erhaltenen Informationen verstehen, aber auch ihre Qualität beurteilen können. Diese Fähigkeiten sind ausschlaggebend für die Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

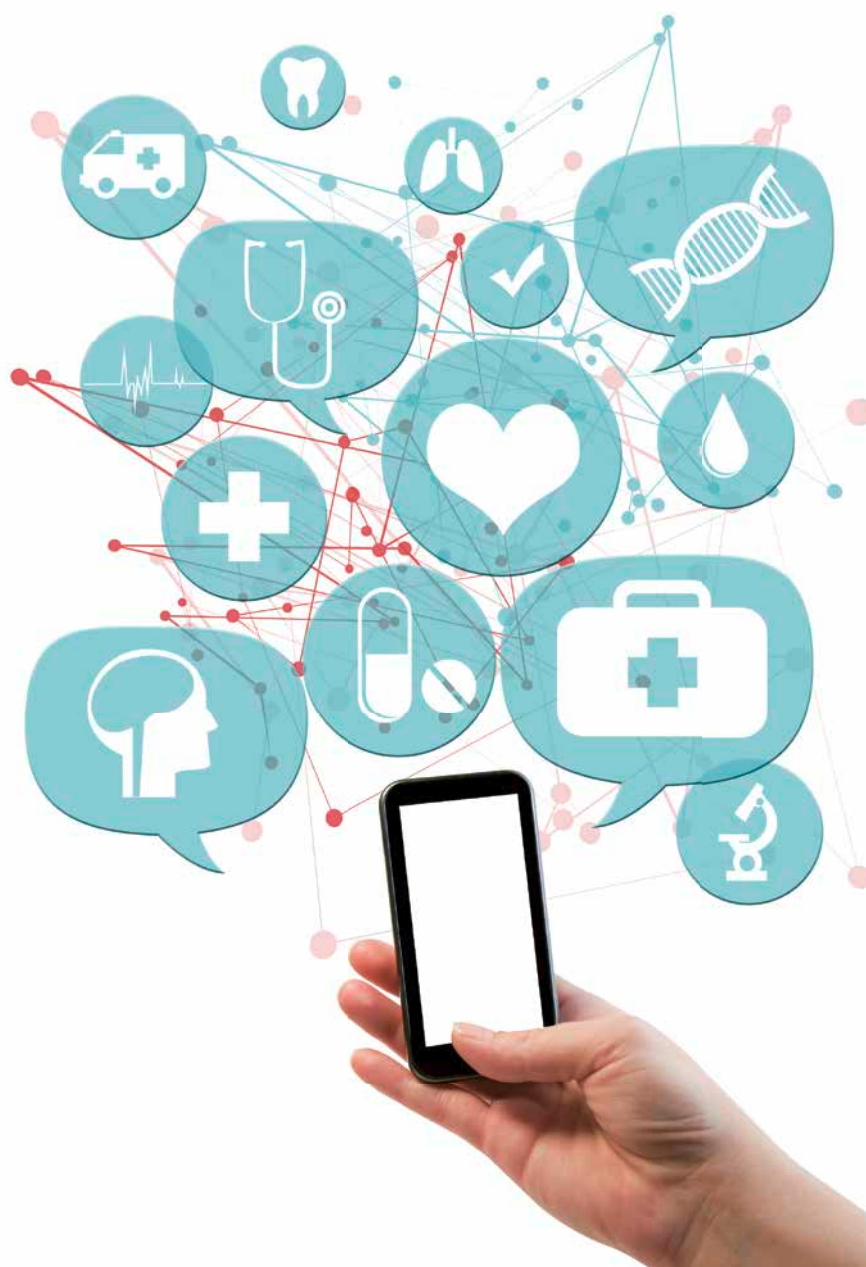
Zu einem Problem wird das dann, wenn die Informationen aus dem Internet nicht mit den Informationen der Gesundheitsfachleute übereinstimmen.

Mit finanzieller Unterstützung des BAG hat das Schweizerische Rote Kreuz eine qualitative Studie zur Gesundheitskompetenz durchgeführt, insbesondere im Hinblick auf Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz sowie Migrantinnen und Migranten. Die Studie umfasste sieben Fokusgruppen mit insgesamt 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Fokusgruppen wurden betreffend Bildung, Herkunft, Alter und Geschlecht unterschiedlich zusammengesetzt.

Aufmerksames Zuhören

Die Ergebnisse zeigen, dass ein gutes Verhältnis zwischen Patient und Gesundheitsfachperson, das sich durch Vertrauen und aufmerksames Zuhören auszeichnet, zur Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten beiträgt. Diese fühlen sich infolgedessen in ihrem Selbstvertrauen gestärkt, unterstützt und beruhigt, was sich positiv auf das Befolgen von ärztlichen Verordnungen auswirkt.

Bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau reichen Vertrauen und Zuhören allerdings oft nicht aus, denn sie sind teilweise nicht in der Lage, ihre Gesundheitsprobleme hinreichend zu erklären und sich an einem zielführenden, kritischen Dialog zu beteiligen. Die Gesund-



Die Fülle an Gesundheitsinformationen aus dem Internet kann Patienten verwirren und verunsichern.

heitsfachleute müssen sich auf diese Situation entsprechend einstellen. Zum Beispiel sollen Fachpersonen möglichst wenig Fachbegriffe verwenden, wenn nötig Dolmetschende beiziehen und sich bemühen, das spezifische Problem des Patienten oder der Patientin zu verstehen. Denn Personen mit niedrigem Bildungsstand haben oft den Eindruck, dass Fachleute sie aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozial benachteiligten Schicht weniger gut behandeln.

Weiter zeigen die Ergebnisse, dass sich die Befragten in erster Linie via Ärztin und Arzt sowie im Internet über ihre Gesundheit informieren. Im Internet finden sie jedoch nicht immer geeignete und zweckmässige Informationen. Zu einem Problem wird das dann, wenn die Informationen aus dem Internet nicht mit den Informationen der Gesundheitsfachleute übereinstimmen. Dies kann zu einem Konflikt führen, der Patientinnen und Patienten verunsichert und das gegenseitige Vertrauen zwischen Fachleuten und Patient beeinträchtigt. Nicht selten verlassen diese Patienten die Arztpraxis oder das Spital, ohne wirklich verstan-

den zu haben, welche Informationen stimmen und was sie nun tun sollen. Hier braucht es mehr Offenheit zwischen

Arzt und Patient. Die Fachperson muss die Sorgen des Patienten ernst nehmen und auf dessen Vorwissen eingehen, bevor die eigentliche Beratung beginnen kann.

Informationsfülle überfordert

Das grösste Problem bei der Suche nach Informationen im Internet ist weniger deren Verständlichkeit als vielmehr die Informationsfülle und wie der Patient mit dieser Fülle umgehen soll. Die Informationsüberflutung führt oft dazu, dass Personen mit niedrigem Bildungsniveau sich nicht über die Widersprüchlichkeit der Informationen im Internet beschweren, sondern über ihre eigene Unfähigkeit, die richtigen Informationen von den falschen zu unterscheiden.

Personen mit niedrigem Bildungsniveau brauchen Unterstützung, um gute von schlechten Informationen unterscheiden und passende Gesundheitsinformationen finden zu können.

Es ist daher wichtig, Personen mit niedrigem Bildungsniveau zu unterstützen, sodass sie Fähigkeiten entwickeln, mit Überinformation besser umzugehen, und wissen, dass es im Internet Informationsquellen zum Thema Gesundheit gibt, die verlässlich und brauchbar sind. Sie brauchen Unterstützung, um gute von schlechten Informationen unterscheiden und passende Gesundheitsinformationen finden zu können. Für Personen mit niedrigem Bildungsniveau sollten Gesundheitsthemen grundsätzlich leicht verständlich und wenn nötig auch hauptsprachlich aufbereitet werden. Mithilfe von Videos oder Infografiken können komplexe Inhalte besser veranschaulicht werden. Auch die Show-Me- oder Teach-Back-Methode ist hilfreich, um zu gewährleisten, dass Patienten wesentliche Informationen richtig verstanden haben.

Kontakt:
Isabelle Villard, Sektion
Gesundheitliche Chancengleichheit,
isabelle.villard@bag.admin.ch

Bülent Kaya, Gesundheit und Diversität,
Schweizerisches Rotes Kreuz,
buelent.kaya@redcross.ch



Die Fachstudie des Schweizerischen Roten Kreuzes (nur auf Französisch erhältlich).

Wie kann die Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen optimiert werden?

Wie können sozial benachteiligte Menschen erreicht und angesprochen werden? Wie kann ihre Gesundheitsversorgung optimiert werden? Die Studie «Sozialhilfe und Gesundheit» zeigt aktuelle Praxisbeispiele. Im Auftrag des BAG wird zurzeit auch ein Konzept erarbeitet, um die Versorgung älterer Menschen mit problematischem Konsumverhalten (insbesondere Alkohol) zu optimieren.

In der Schweiz ist der Zugang zum Gesundheitssystem dank der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich gesichert. Dennoch gibt es Hinweise, dass sozial benachteiligte Personen die notwendigen Versorgungsleistungen nicht in Anspruch nehmen oder nehmen können. Zu diesen zählen neben Armutsbetroffenen auch Suchtkranke.

Analysen zu Armut und Gesundheit

Armut geht oft einher mit Gesundheitsproblemen, geringerer Gesundheitskompetenz und weniger Möglichkeiten, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Dies ist nicht nur auf materielle Defizite zurückzuführen, sondern auch darauf, dass die Betroffenen nicht ausreichend in soziale Netzwerke eingebunden sind und weniger leicht Zugang zum Gesundheitssystem finden.

Die Studie «Sozialhilfe und Gesundheit» zeigt anhand verschiedener Praxisbeispiele, mit welchen Massnahmen der Zugang von Armutsbetroffenen zur Gesundheitsversorgung erleichtert werden kann. Beispielsweise, indem die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt wird oder Gesundheitsangebote gebündelt werden.

Alles unter einem Dach

Die Psychiatrisch-Psychologischen Sprechstunden in den Zürcher Sozialzentren vereinen zum Beispiel verschiedene soziale Angebote der Stadt unter einem Dach: Sozialhilfe, Familienhilfe, Wohnhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz. Das Angebot wird vor allem von Sozialhilfebeziehenden mit psychischer Beeinträchtigung rege genutzt, da es ohne Vorinformationen leicht zugänglich ist und zugleich viele Bedürfnisse abdeckt. Dieses Modell entlastet auch die Sozialarbeitenden und vereinfacht die Kommunikation: Fachleute können vor Ort bei ihren Kollegen psychiatrisch-psychologische Fragestellungen abklären oder eine Zweitmeinung einholen. Dies ermöglicht eine Beratung, die umfassender auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Die Nutzung und die Vernetzung von Fachwissen aus den Bereichen Sozialarbeit, Psychologie und Medizin sind Voraussetzungen, um Armutsbetroffene besser anzusprechen. Dies bestätigen die untersuchten Projekte, die neue



Übermässiger Alkoholkonsum im Alter – ein Problem, das die Organisationen und Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung, des Alters- und des Suchtbereichs möglichst gemeinsam angehen.

Ansatzpunkte für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufe in der Praxis erproben. So beispielsweise das Angebot der Psychiatrischen Poliklinik mit den Fachbereichen Mobile Krisenintervention & Kompass sowie Ambulante Beratung und Therapie der Stadt Zürich. Ein Team von Fachpersonen aus den Bereichen Sozialarbeit, Pflege und Psychologie begleitet Personen in komplexen Situationen und ermöglicht eine adäquate Versorgung. Die Beratung geht dabei über die Gesundheitsversorgung hinaus und deckt zum Beispiel auch Budget- und Wohnungsfragen ab.

Interessant ist auch der Ansatz des Kantons Waadt (d.h. der Psychiatrischen Abteilung des Universitätsspitals Lausanne, der Fondation de Nant und der IV-Stelle Waadt): Ein interdisziplinäres Team begleitet Sozialhilfebeziehende, die aufgrund von psychischer Beeinträchtigung nicht berufstätig sein können. Das Team vermittelt Orientierung im Gesundheitsversorgungsnetz, indem es das Schweizer Gesundheitssystem erläutert, die verschiedenen Angebote und Dienstleister vorstellt und diese den Sozialhilfebeziehenden näherbringt.

Herausforderung im Altersheim

Auch bei der Versorgung von alternden abhängigen Menschen sind interdisziplinäre Vernetzung und Kommunikation wichtig. In der Schweiz werden die Menschen immer älter und die Resultate des «Suchtmonitoring Schweiz 2015» zeigen, dass 7,3 Prozent der Männer und Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren einen chronisch-risikoreichen Alkoholkonsum aufweisen (4 bzw. 2 Gläser Wein pro Tag). Im Alter wirkt der Alkohol stärker,

er kann die Wirkung von Medikamenten verändern und Verwirrtheit oder Stürze verursachen.

7,3 Prozent der Männer und Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren haben einen chronisch-risikoreichen Alkoholkonsum.

Umfragen zeigen, dass es bei Alters- und Pflegeheimen zum Teil Vorbehalte oder Unsicherheiten gibt, wie abhängige Menschen betreut werden sollen. Bisher sind auf Sucht spezialisierte Institutionen und Pflegeorganisationen (etwa Spitex sowie Alters- und Pflegeheime) zu wenig miteinander vernetzt. So fehlt den Pflegeinstitutionen das nötige Wissen, wie sie mit abhängigen Menschen umgehen sollen, und den Institutionen im Suchtbereich fehlen die nötigen Kompetenzen im Bereich Pflege und Medizin. Das BAG will nun Grundlagen schaffen und möglichst viele Wissenslücken schliessen. Dazu wurde gemeinsam mit Akteuren der Altersversorgung ein Projekt gestartet, das drei Elemente umfasst: erstens die Erarbeitung eines Betreuungskonzepts für abhängige Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Das Konzept kann als Standard verwendet werden und gibt den Institutionen aus dem Altersbereich und ihren Mitarbeitenden einen inhaltlichen und formalen Rahmen im Umgang mit Menschen mit Suchtproblematik. Zweitens werden vom Fachverband Sucht in Zürich Ethikempfehlungen für Pflegefachleute zum Umgang und zur Betreuung dieser Men-

schen erarbeitet. Die Ethikempfehlungen unterstützen Pflegeinstitutionen sowie einzelne Pflegefachleute dabei, ihre Haltung in Bezug auf die Aufnahme abhängiger Menschen zu klären. Als dritter Bestandteil des Projekts werden In-house-Schulungen konzipiert, die es Kliniken, Suchtfachstellen, ambulanten Pflegediensten sowie Alterseinrichtungen erlauben, ihre Mitarbeitenden für die besonderen Bedürfnisse abhängiger Männer und Frauen zu sensibilisieren und sie im Umgang mit diesen zu schulen. «Am Ende des Projekts haben wir dazu beigetragen, passende Angebote und eine bessere Versorgung sicherzustellen», davon ist Stefanie Knocks, Generalsekretärin des Fachverbands Sucht in Zürich, überzeugt.

Das Ziel besteht darin, die Organisationen und Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung, des Alters- und des Suchtbereichs besser miteinander zu vernetzen. Die engere Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren sowie das Auseinandersetzen mit dem Thema auf beiden Seiten werden einen wertvollen Beitrag zur Sensibilisierung und schliesslich zu einer besseren Gesundheitsversorgung leisten.

Kontakt:

Facia Marta Gamez, Sektion
Gesundheitliche Chancengleichheit,
facia.martagamez@bag.admin.ch

Stefanie Knocks, Fachverband Sucht,
knocks@fachverbandsucht.ch

«Eine gute Beziehung zum Patienten kann mehr bewirken als ein Medik

Kommunikation zwischen Gesundheitsfachperson und Patientin und Patient ist eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung. Insbesondere im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention kann die richtige Kommunikation ein entscheidender Faktor sein, um eine Veränderung zu erzielen. Sabina Hunziker, Professorin für Medizinische Kommunikation am Universitätsspital Basel, legt daher grossen Wert auf die Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen.

Was ist ein gutes Arzt-Patient-Gespräch?

Ein gutes Gespräch findet statt, wenn beide Gesprächspartner ihre Punkte anbringen können, wenn beide ein gemeinsames Ziel verfolgen und man am Ende einen gemeinsamen Weg einschlagen kann.

Was ist ein schlechtes Arzt-Patient-Gespräch?

Wenn die Personen aneinander vorbeireden, es Missverständnisse gibt, wenn Ängste und Probleme nicht angesprochen werden. Zum Beispiel wenn der Patient von seinen Ängsten erzählt und der Arzt nicht darauf eingeht und stattdessen nur Wissen vermitteln möchte.

Beispiel eines unglücklichen Dialogs

Patient: Ich habe Angst, dass ich einen Herzinfarkt erleide, ich habe Schmerzen in der Brust, und es gab auch schon ähnliche Fälle von Herzinfarkt in unserer Familie.

Arzt: Die Befunde sind unauffällig, es liegt kein Herzinfarkt vor.

Patient: Ich habe aber diese Schmerzen.

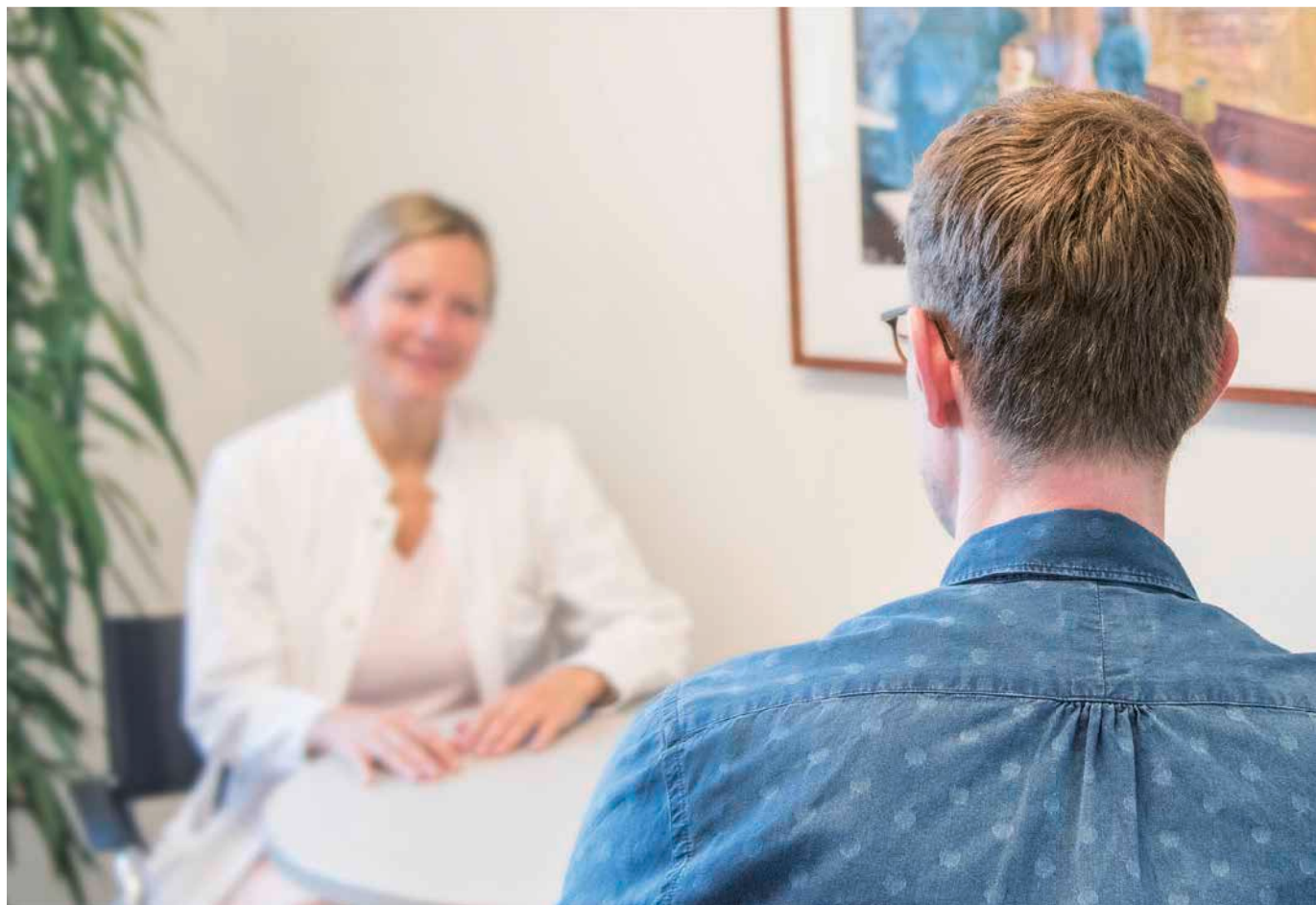
Arzt: Machen Sie sich keine Sorgen. Wir haben einen Herzinfarkt klinisch, im EKG und laborchemisch ausgeschlossen.

Patient: Vielleicht stimmt etwas nicht mit diesen Untersuchungen ...

Welche Arten von Gesprächen gibt es?

Es gibt zum Beispiel die arztzentrierte und die patientenzentrierte Gesprächsform. Wenn der Patient von unspezifischen Symptomen erzählt und die Fachperson noch nicht weiss, um was es sich handelt, macht ein patientenzentriertes Gespräch Sinn. Das heisst, die Fachperson lässt dem Patienten Raum, um zu erzählen. Sie wartet ab und stellt offene Fragen.

Wenn klarer wird, wo das Problem liegt, kommt das arztzentrierte Modell zum Einsatz. Die Fachperson übernimmt die Gesprächsführung und versucht mit spezifischen Fragen die Problematik einzugrenzen. In einem Gespräch kann je



Sabina Hunziker misst dem Patientengespräch ebenso grosse Bedeutung zu wie dem medizinischen Fachwissen des Arztes.

nach Situation zwischen den beiden Gesprächsformen gewechselt werden.

Wie hat sich die Kommunikation im Gesundheitswesen über die vergangenen zehn Jahre verändert? Zwischen Gesundheitsfachleuten und Patient, aber auch interprofessionell?

Vor allem die Rollen haben sich in den vergangenen zehn Jahren stark verändert. Eine gute Gesundheitsfachperson muss heute nicht nur über viel Wissen verfügen, sie muss es auch in der richtigen Form dem Patienten oder der Patientin verständlich erklären können. Das Patientengespräch hat an Bedeutung gewonnen und ist aus meiner Sicht ebenso wichtig wie das medizinische Fachwissen. Eine gute Beziehung zum Patienten kann mehr bewirken als ein Medikament. Vertrauen steigert die Selbstverantwortung und das Selbstmanagement der Patienten.

Wie sieht es mit der Rolle der Patienten aus?

Auch die Rolle der Patienten hat sich gewandelt: Vor allem die jüngere Generation tritt selbstbewusster auf, akzeptiert nicht einfach so die Einschätzung der Fachleute und holt rascher eine Zweitmeinung ein. Jüngere Menschen machen sich zudem vor dem Arztbesuch oft im Internet schlau und kommen mit einem gewissen Vorwissen ins Gespräch, was für den Arzt durchaus auch schwierig sein kann. Manchmal kommen die Patienten auch mit einem spezifischen Behandlungswunsch. Diese

Wünsche und das Vorwissen kann die Fachperson nicht einfach zur Seite wischen. Sie muss zunächst darauf eingehen und kann erst dann über Alternativen reden.

Wie werden heute Entscheidungen zwischen Gesundheitsfachleuten und Patienten gefällt?

Auch dieser Bereich hat sich sehr verändert. Früher entschied der Arzt, was gut für den Patienten ist. Eine Diskussion fand weniger statt. Heute werden Patienten oft mehr in die Entscheidungen involviert, etwa in Situationen, wo es mehr als eine Behandlungsmöglichkeit gibt, eine sogenannte Equipoise. Dabei informiert der Arzt über die verschiedenen Behandlungsoptionen und erklärt die Vor- und Nachteile. Danach wird gemeinsam eine Entscheidung getroffen. Die Kommunikationsforschung zeigt, dass dieses Modell die besseren Aussichten auf Behandlungserfolg hat.

«Eine gute Gesundheitsfachperson muss heute nicht nur über viel Wissen verfügen, sie muss es auch in der richtigen Form dem Patienten verständlich erklären können.»

Es gibt Situationen, wo diese gemeinsame Entscheidungsfindung sehr wichtig ist, etwa bei Entscheidungen am Lebensende respektive bei einem Therapieabbruch. Hier werden oft Angehörige in die Entscheidung miteinbezogen, die

dann als «Surrogate-Entscheider» mit-helfen, den Willen des Patienten umzusetzen. Diese Gespräche sind aber auch für die Angehörigen selbst sehr wichtig und können einen erheblichen Einfluss auf die psychosoziale Verarbeitung des Ereignisses haben.

Wie wichtig ist die gemeinsame Entscheidungsfindung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung?

Auch in diesem Bereich ist das sehr wichtig. Nehmen wir als Beispiel einen Patienten mit «mildem» Bluthochdruck. Hier kann der Arzt dem Patienten zwei Optionen erläutern: Eine oft nicht einfach umzusetzende Veränderung des Lebensstils oder die Einnahme von Medikamenten, die Nebenwirkungen hervorrufen können. Arzt und Patient entscheiden sich dann gemeinsam für eine Option. Der Arzt agiert hier mehr als Berater, er präsentiert die Vor- und Nachteile. Eine gemeinsame Entscheidung erhöht die Chance markant, dass der Patient das Medikament auch einnimmt oder seinen Lebensstil verändert. Allerdings ist auch klar, dass Bluthochdruck nicht durch ein einzelnes Gespräch behoben werden kann.

Gibt es noch andere Möglichkeiten, um Personen von einem gesünderen Lebensstil zu überzeugen?

Ein anderer Ansatz ist das sogenannte «Motivational Interviewing». Dies wird zum Beispiel bei Personen mit erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum eingesetzt.



Teams anhand einer Puppe zum Beispiel die richtigen Griffe bei einem Herzkreislauf-Stillstand üben und die Abläufe im Team verbessern. Hier konnte gezeigt werden, dass die Führungskomunikation im Team wichtig ist für eine erfolgreiche Reanimation.

Wie sieht es mit der Fehlerkultur aus?

Wenn medizinische Fehler passieren, gibt es meist auch einen Zusammenhang mit der Kommunikation. Allerdings ist das Gebiet bislang immer noch wenig wissenschaftlich untersucht. Es gibt also wenig Zahlen dazu, wie oft medizinische Fehler aufgrund von Kommunikationsproblemen tatsächlich passieren.

«Die Sätze, die Gesundheitsfachleute ihren Patienten sagen, können sehr lange haften bleiben. Manchmal ein Leben lang.»

Es sind vor allem zwei Fragen, die hier im Vordergrund stehen: Wie können wir Fehler vermeiden? Und was geschieht, wenn ein Fehler passiert ist?

Zur ersten Frage braucht es zum Beispiel mehr sogenanntes «Speaking-up», also dass die Leute sich auch trauen, Fehler anzusprechen. Oft bemerkt jemand, dass ein Eingriff nicht ganz korrekt abläuft oder dass nach einer Operation ein Tupfer fehlt. Aber man getraut sich nicht, es anzusprechen. Trotzdem ist es wichtig, dass man es sagt. Man kann es auch charmant sagen. «Speaking-up» kann eingeübt und trainiert werden. Im Sinne der Patientensicherheit ist eine Verbesserung der Fehlerkultur ein wichtiger Aspekt.

Auch Checklisten können helfen, um Fehler zu reduzieren. Aber mit der Checkliste allein ist es nicht getan. Hier kommt es vor allem darauf an, dass jemand weiss, wie die Checkliste angewendet wird. Insbesondere in Stresssituationen ist das wichtig.

Was geschieht, wenn ein Fehler passiert ist?

Es braucht natürlich die Kommunikation mit dem Betroffenen. Es ist wichtig, dass rasch darüber gesprochen und informiert respektive auf Fragen oder Vorwürfe eingegangen wird. Aber auch die Kommunikation mit dem Arzt ist wichtig, denn er hat einen Fehler gemacht und auch er muss damit umgehen. Dies wird meist nicht einheitlich gehandhabt, es gibt je nach Spital oder Abteilung verschiedene Strategien, wie mit Fehlern umgegangen wird.

Wie wichtig ist nonverbale Kommunikation?

Sicher wichtig, aber auch dazu gibt es leider wenig gute Studien, die den Effekt

untersucht haben. Was eine Fachperson ausspricht und wie sie das mit nonverbaler Gestik unterstreicht, sind wichtige Parameter für den Patienten. Ein Beispiel: Eine Patientin wartet im Wartezimmer auf die Diagnose, von der sie annimmt, dass sie schlecht sein wird. Der Arzt kommt ins Wartezimmer mit einem mürrischen Gesicht, weil er gestresst ist. Dann hat die Patientin gleich das Gefühl, dass nun sicher eine schlechte Nachricht kommt.

Auch ist es unangebracht, mit dem Patienten fröhlich zu lachen oder ausgelassen über unwichtige Dinge zu plaudern und danach schlechte Nachrichten zu überbringen.

Sehr wichtig bei der nonverbalen Kommunikation ist der Blickkontakt. Wenn der Arzt zum Beispiel einem Patienten schlechte Nachrichten überbringen muss, dann schaut der Patient im ersten Schock immer weg. Erst wenn der Patient den Blickkontakt zum Arzt wieder sucht, kann er weitere Informationen aufnehmen.

Was ist bei der Kommunikation mit Demenzkranken zu beachten?

Hier ist die Kommunikation besonders schwierig, weil die etablierten Kommunikationstechniken meist nicht funktionieren. Hier muss noch klarer und

strukturierter vorgegangen werden. Jeder Punkt muss angekündigt und einzeln besprochen werden. Wichtig ist, den Patienten ernst zu nehmen, auch wenn er nicht mehr im Besitz aller geistigen Kräfte ist und sich an manches nicht mehr erinnern kann. Die Patienten merken, wenn sie nicht ernst genommen werden.

Wenn zum Beispiel getestet wird, ob eine Demenz vorliegt, mit zum Teil einfachen Fragen wie «Welcher Wochentag ist heute?», dann muss das dem Patienten im Voraus angekündigt werden. Im Sinne von: «Ich muss Ihnen jetzt einige «komische» Fragen stellen. Ich frage diese, um mir ein besseres Bild über Ihre jetzige Orientierung zu machen ...»

Was ist bei der interkulturellen Kommunikation besonders?

Auch wenn Menschen unterschiedlicher Herkunft miteinander sprechen, ist es immer noch ein Gespräch; es gelten also nicht grundsätzlich andere Regeln. Allerdings gilt es einige Ausnahmen und spezielle Voraussetzungen zu beachten. Zum Beispiel, wenn ein Arzt einer Patientin nicht in die Augen schauen darf.

«Schwierig kann es auch werden bei Entscheidungen, die in anderen Ländern anders gehandhabt werden, etwa Entscheidungen am Lebensende.»

Schwierig kann es auch bei Entscheidungen werden, die in anderen Ländern anders gehandhabt werden, etwa Entscheidungen am Lebensende. Wenn der Arzt vorschlägt, die Therapie abzubrechen und die Geräte abzustellen, und die Angehörigen das nicht akzeptieren. Hier ist ebenfalls wichtig, die Personen in die Entscheidung einzubeziehen. Die Entscheidung über Leben und Tod braucht eine gemeinsame Grundlage.

Die Gesundheitsfachleute tragen hier auch eine grosse Verantwortung.

Absolut. Die Sätze, die sie sagen, können sehr lange haften bleiben. Gewisse Patienten erinnern sich ihr Leben lang an bestimmte Sätze, die ihnen die Fachperson gesagt hat. Da darf man erwarten, dass sich die Fachperson auch einige Gedanken dazu macht, wie sie es sagt.



Sabina Hunziker

Sabina Hunziker ist Professorin und stellvertretende Chefärztin für Psychosomatik und Medizinische Kommunikation an der Universität Basel. Sie ist in Lehre, Forschung und Klinik tätig.

Hunziker ist 1973 in Basel geboren, studierte Medizin an der Universität Basel und schloss 2005 mit dem Doktorat ab. Nach der Assistenzzeit arbeitete sie als Oberärztin in der Inneren Medizin und der Intensivmedizin, erlangte einen Master of Public Health während eines zweijährigen Masterstudiums an der Harvard Medical School in Boston (USA) und bildete sich in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin weiter, Habilitation 2012. Sabina Hunziker ist verheiratet und Mutter eines Buben und eines Mädchens.

Es ist eine nicht ganz einfache Technik, bei der es darum geht, herauszufinden, wo der Patient oder die Patientin steht. Hat er schon viele Dinge ausprobiert, um mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja, welche? Was hat funktioniert? Welche Ressourcen hat die Patientin zur Verfügung? Wo gibt es Motivation für Veränderung? Dabei ist wichtig, dass Arzt und Patient vertrauensvoll miteinander sprechen und eine gemeinsame Strategie entwickeln. Die Fachperson muss sehr genau auf den Patienten eingehen, ihm gut zuhören und versuchen, Motivation und Zuversicht zu fördern. Welche «Tür» öffnet sich im Gespräch? Wenn sich eine Tür für einen Behandlungsansatz öffnet, kann die Fachperson dort einhaken und einen gemeinsamen Plan für eine Veränderung erarbeiten.

All diese Techniken benötigen eine fundierte Ausbildung und ein regelmässiges Training. Wie werden die heutigen Gesundheitsfachleute ausgebildet?

An der Universität Basel haben wir ein sogenanntes longitudinales Curriculum für Medizinische Kommunikation. Dies bedeutet, dass die Studentinnen und Studenten während des gesamten Studiums aufbauend in entsprechenden Kursen und Vorlesungen ausgebildet werden, in denen theoretisches wie auch praktisches Wissen vermittelt wird. Tutoriate, Kurse, Kleingruppen stehen auf dem Programm. Wir arbeiten auch mit Videos oder mit Simulationspatienten. Ein wichtiges Trainingsinstrument ist der Patientensimulator: Hier können

Über das Lebensende nachdenken und sprechen

Die repräsentative Studie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) «Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017» zeigt, dass sich viele Menschen konkrete Gedanken zur Art von Behandlung und Betreuung am Lebensende machen. Palliative Care – die lindernde Medizin – spielt dabei eine wichtige Rolle. Allerdings nur wenige Menschen sprechen ausdrücklich mit Fachleuten über ihre Wünsche am Lebensende. Die Bevölkerungsbefragung ist Teil des Monitorings der nationalen Plattform Palliative Care.

82 Prozent der Befragten denken gelegentlich oder regelmässig über das Lebensende nach. 68 Prozent der Befragten haben sich bereits konkrete Gedanken dazu gemacht, welche Art der Behandlung und der Betreuung sie am Lebensende in Anspruch nehmen möchten. Das sind einige der Ergebnisse der Studie, die von Oktober bis Dezember 2017 durchgeführt wurde (siehe Box). Befragt wurden 1685 in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren aus allen Landesteilen.

Viele Fragen, aber kaum Gespräche mit Fachpersonen

Auf die Frage, wie häufig sich Personen mit dem Lebensende beschäftigen, zeigen sich signifikante Unterschiede bei den Geschlechtern: 22 Prozent der Männer beschäftigen sich nicht mit Fragen des Lebensendes. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil 15 Prozent. Auch die Bildung und die Herkunft haben einen Einfluss: Menschen mit tieferem Bildungsabschluss sowie Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit machen sich weniger Gedanken und sprechen weniger häufig über das Lebensende. Konfessionslose sowie Personen aus der protestantisch und evangelisch-reformierten Kirche beschäftigen sich wiederum etwas häufiger mit Lebensendfragen als Menschen anderer Glaubensgemeinschaften.

Die Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz wird gemessen

Die nationale Plattform Palliative Care wird von einem Gremium aus Bund, Kantonen und palliative.ch geleitet und ist bestrebt, allen Menschen, die palliativmedizinischer Versorgung bedürfen, Zugang zu qualitativ guten und bedarfsgerechten Angeboten zu sichern. Die Entwicklung der Palliative Care wird in den nächsten Jahren anhand eines Monitorings begleitet.

Die «Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017» ist Teil dieses Monitorings. Mit ihr wurden die Bekanntheit von Palliative Care in der Schweizer Wohnbevölkerung sowie die Bedürfnisse der Schweizer Wohnbevölkerung in Bezug auf die Betreuung am Lebensende ermittelt. Befragt wurden 1685 in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren aus allen Landesteilen. Die Ergebnisse können teilweise mit den Ergebnissen aus einer ähnlichen Studie aus dem Jahre 2009 verglichen werden. Durchgeführt wurde die Studie vom LINK Institut und von dem Büro BASS im Auftrag des BAG. Im Frühjahr 2019 erscheint eine nächste Publikation mit Fokus auf die Verankerung von Palliative Care in den Kantonen.

Informationen: www.bag.admin.ch/palliativecare > Forschungsberichte Palliative Care > Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2018

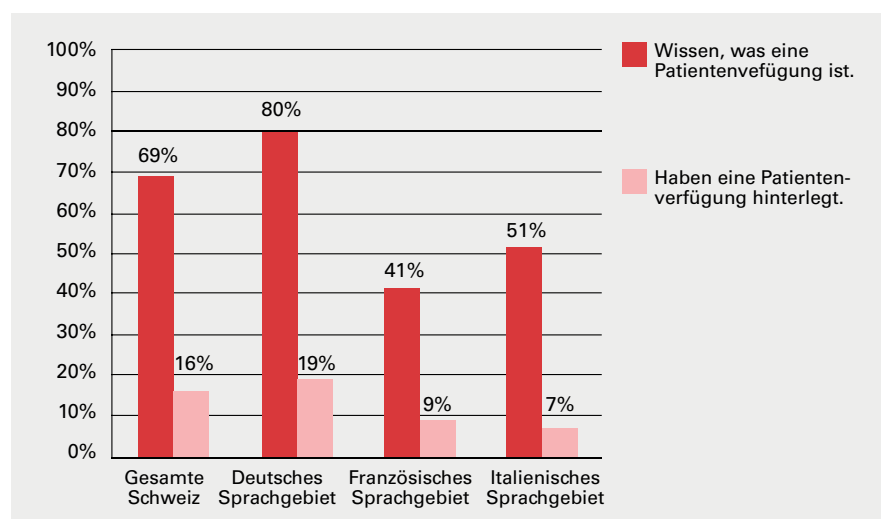


Nur wenige Menschen sprechen mit Fachleuten über ihre Wünsche am Lebensende. Wenn sie es tun, dann sprechen sie am ehesten mit Ärztinnen und Ärzten.

Die befragten Personen sprechen primär mit Menschen aus dem persönlichen Umfeld über ihre Behandlungswünsche am Lebensende, in erster Linie mit dem Partner oder der Partnerin sowie mit Eltern, Kindern und Freunden. Über 50 Prozent geben an, die Wünsche des Partners oder der Partnerin am besten zu kennen. Etwas weniger gut wissen die Befragten über diejenigen der Eltern Bescheid – mit einem deutlichen Unterschied: 36 Prozent kennen die Wünsche ihres Vaters, 45 Prozent kennen die der Mutter.

Geht es um spezifische Behandlungswünsche am Lebensende bei unheilbarer Krankheit (zum Beispiel, ob betroffene Personen gewisse Operationen möchten oder nicht), so haben sich nur wenige Gedanken gemacht: Nur 8 Prozent haben darüber mit einer Gesundheitsfachperson gesprochen.

Und mit wem sprechen die Befragten, wenn sie mit Fachleuten sprechen? Am ehesten mit Ärztinnen und Ärzten, gefolgt von Pflegefachpersonen. Der Anteil der Personen, die das Gespräch mit



Anzahl Personen in der Schweiz, die wissen, was eine Patientenverfügung ist und die eine Patientenverfügung hinterlegt haben.

Fachpersonen suchen, ist seit 2009 deutlich zurückgegangen, dies vor allem wegen der Gruppe der 35- bis 64-Jährigen. Bei den über 65-Jährigen ist der Anteil hingegen stabil geblieben.

Die Ergebnisse der Befragung weisen darauf hin, dass die individuelle Planung über die klassischen Lebensbereiche wie Beruf, Familie und Vorsorge hinausgeht – auch am Lebensende wünschen sich viele Personen eine Vorausplanung: Über die Hälfte der Befragten findet, dass man sich damit frühzeitig, d. h., wenn man noch gesund ist, auseinandersetzen sollte. Für 24 Prozent ist es der richtige Moment, wenn eine schwere Krankheit diagnostiziert wurde.

Die eigenen Wünsche in einer Patientenverfügung festhalten

Damit die individuellen Behandlungspräferenzen in der konkreten Krankheitssituation – insbesondere bei Urteilsunfähigkeit – auch tatsächlich berücksichtigt werden können, müssen diese artikuliert und dokumentiert sein: Gespräche mit der Familie, mit Freunden oder mit Fachpersonen sind eine Möglichkeit. Eine andere Möglichkeit ist,

eine Patientenverfügung zu hinterlegen. Die Bekanntheit von Patientenverfügungen hat in den letzten zehn Jahren zugenommen: um fast 20 Prozent auf heute 70 Prozent. Allerdings bestehen in der Schweiz hinsichtlich Kenntnis und Verbreitung von Patientenverfügungen markante Unterschiede: In der Deutschschweiz wissen 80 Prozent der Personen, was eine Patientenverfügung ist und jede fünfte Person hat eine hinterlegt. In der Romandie und im Tessin liegt der Anteil der Bevölkerung mit entsprechenden Kenntnissen bei 41 respektive 51 Prozent. Nur knapp jede zehnte Person in der Romandie hat eine Patientenverfügung hinterlegt.

Kontakt:
Flurina Näf, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
flurina.naef@bag.admin.ch
palliativecare@bag.admin.ch

Link:
Bevölkerungsbefragung Palliative Care:
www.plattform-palliativecare.ch/monitoring

Mit Gesprächen die Bereitschaft zur Organspende erhöhen

Die Kampagne «Rede über Organspende» des Bundesamtes für Gesundheit sensibilisiert die Schweizer Bevölkerung für das Thema Organspende. Sie soll anregen, über das Thema nachzudenken und darüber zu sprechen.

Im Jahr 2017 konnten Organe von 145 verstorbenen Personen transplantiert werden – so viele wie nie zuvor. Nach einem vorübergehenden Tief im Jahr 2016 setzte sich damit der positive Trend der vergangenen Jahre fort: Die Spendezahl pro Million Einwohnerinnen und Einwohner ist von 14,4 im Jahr 2014 auf 17,2 im Jahr 2017 gestiegen. Dennoch warteten Ende 2017 immer noch 1478 Personen auf ein Organ.

Verlängerung des Aktionsplans bis 2021

Mit der Lancierung des Aktionsplans im Jahr 2013 hat der Bundesrat auf den Organmangel in der Schweiz reagiert. Ziel ist es, die Spenderate zu erhöhen. Da eine transparente und offene Information der Bevölkerung eine wichtige Voraussetzung für einen Entscheid und für das Festhalten des Willens darstellt, wurde die Bevölkerungskampagne als wichtige Massnahme darin integriert. Die Verbesserungsmaßnahmen des Plans sind erfolgreich, brauchen aber noch mehr Zeit, um vollumfänglich zu wirken. Deshalb wurde der Aktionsplan bis 2021 verlängert.

Diskrepanz zwischen Spendebereitschaft und Spendeentscheid

Umfragen zeigen, dass eine grosse Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer der Organspende positiv gegenübersteht. Nur etwa die Hälfte hat jedoch die Angehörigen über ihren Willen informiert und in der Praxis tragen nur die wenigsten möglichen Spenderinnen und Spender eine Organspende-Karte auf sich.

Die häufigste Barriere für eine Willensäusserung ist die fehlende Betroffenheit.

Woher kommt diese Diskrepanz? Warum mündet eine grundsätzlich positive Haltung nicht immer in ein offen ausgesprochenes Ja zu einer Spende? Die Spendebereitschaft wird durch kulturelle und religiöse Werte, den Lebensstil, die bisherige Lebenserfahrung und das soziale Umfeld geprägt. Die Beschäftigung mit dem eigenen Tod und dem der nächsten Angehörigen ist in der Regel mit Unsicherheiten, Ängsten, Trauer und Schmerz verbunden oder – für jüngere Menschen – nicht relevant. Teile der Bevölkerung stufen das Thema als privat ein und sprechen deshalb selbst mit Angehörigen kaum darüber. Die häufigste Barriere für eine Willensäusserung ist jedoch die fehlende Betroffenheit: Der Entscheid wird aufgeschoben, weil für



Plakat aus der neuen Serie der BAG-Organspende-Kampagne unter dem Motto «Rede über Organspende».

den Einzelnen und die Einzelne keine unmittelbare Notwendigkeit besteht. Im Fokus der aktuellen Organspende-Kampagne steht denn auch nicht die Überzeugungsarbeit, da die Bevölkerung grundsätzlich positiv gegenüber Organspenden eingestellt ist. Vielmehr dreht sich alles um den Dialog: Menschen sollen motiviert werden, über Organspende zu reden und ihren Willen zu äussern. Weil Gespräche mit anderen Personen der häufigste Auslöser für eine Entscheidung sind, erhalten konkrete Handlungsaufforderungen zu Gesprächen eine zentrale Bedeutung in der Kampagne. Nebst den Angehörigen können auch Hausärzte, Apotheker und andere Gesundheitsfachleute als Ansprechpersonen dienen.

Und warum soll man das Gespräch suchen? Heute müssen Angehörige oft stellvertretend entscheiden, ohne den Willen der verstorbenen Person zu kennen – dies in einer ohnehin sehr schwierigen Situation. Und die Erfahrung zeigt: In diesem Moment sind die trauernden Angehörigen mit der Entscheidung häufig überfordert. Ist der Wille der verstorbenen Person nicht bekannt, wählen sie

aus Unsicherheit oft den einfacheren Weg und lehnen eine Spende ab. Wer mit seinen Angehörigen über Organspende redet, entlastet diese also möglicherweise von einer schwierigen Entscheidung. Wer sich für eine Spende entscheidet, kann überdies das Leben schwer kranker Menschen retten oder zumindest verbessern.

Weiterführung der Organspende-Kampagne

Das Bundesamt für Gesundheit führt seit 2007 massenmediale Organspende-Kampagnen durch. Die strategische Ausrichtung der Kampagnen wurde in dieser Zeit stets angepasst und weiterentwickelt, um den gesellschaftspolitischen Gegebenheiten und dem gesellschaftlichen Wandel gerecht zu werden. Die aktuelle Organspende-Kampagne «Rede über Organspende» sensibilisiert die Bevölkerung für das Thema. Sie regt an, über das Thema nachzudenken und zu sprechen, sie vermittelt Wissen und schliesst Informationslücken. Die Kampagne ist als massenmediale und crossmediale Kampagne konzipiert. Sie wird zusammen mit den wichtigsten Partnern

im Organspendebereich (Swiss-transplant und Comité National du Don d'Organes) in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch umgesetzt. Aufgrund der 2015 vom BAG durchgeführten Situationsanalyse wurden Personen, die weder mit ihren Angehörigen geredet haben noch eine Spendekarte besitzen, als Fokuszielgruppen definiert. Diese Zielgruppen umfassen insbesondere die Altersgruppen der 15–24-Jährigen sowie der über 50-Jährigen.

Die Kampagne soll eine Bewegung auslösen, die sich mit den Jahren verstärkt.

Das BAG hat Informationsmaterial erarbeitet, das Privatpersonen, Partnern der Kampagne und anderen interessierten Kreisen wie Arztpraxen, Apotheken oder Drogerien zur Verfügung steht. Informationsbroschüren, Plakate und anderes Material kann heruntergeladen oder kostenlos via Kampagnen-Webshop bezogen werden. Über TV-Spots wird die gesamte Bevölkerung erreicht und für das Thema Organspende sensibilisiert. Punktuell wird dies mit Printanzeigen gestärkt.

Über die Online- und Social-Media-Verbreitung von Spots, Videos, Informationsfilmen und Bildern werden viele weitere Hintergrund- und Begleitinformationen verbreitet, um mit den Hauptbotschaften «Leben ist teilen» und «Rede über Organspende» die Zielgruppen zu erreichen. Die Kampagne soll eine Bewegung auslösen, die sich mit den Jahren verstärkt. Sämtliche Massnahmen sorgen für den viralen Effekt bzw. Gesprächsstoff in Social Media sowie Printmedien und laufen auf der zentralen Website leben-ist-teilen.ch zusammen. Public-Relations-Massnahmen, Medienkooperationen und Partnerschaften unterstützen die Bekanntheit der Kampagne.

Link:
www.leben-ist-teilen.ch

Kontakt:
Cinzia Pastore Ferrari,
Sektion Gesundheitsinformation
und Kampagnen,
cinzia.pastorefferrari@bag.admin.ch

Christa Käser,
Sektion Transplantation und
Fortpflanzungsmedizin,
christa.kaeser@bag.admin.ch

Interkulturelles Dolmetschen in der Geburtshilfe

Sprachbarrieren können in der Gesundheitsversorgung zu Missverständnissen und in der Folge zu gesundheitlichen Komplikationen und Mehrkosten führen. Das gilt auch in der Geburtshilfe. Durch interkulturelles Dolmetschen werden Frauen in ihrer Muttersprache angesprochen und auf diese Weise Schwangerschaft und Geburt optimiert.

Wenn es um die Gesundheit geht, ist es entscheidend, zu verstehen und verstanden zu werden. Insbesondere in der Geburtshilfe spielen vertrauensvolle Gespräche eine zentrale Rolle. Schwangere müssen verstehen, welche Eingriffe geplant sind. Sie müssen mitentscheiden und ihre eigenen Anliegen verständlich machen können.

Dolmetschen verbessert Behandlungsqualität

Unter den in der Schweiz lebenden Migrantinnen gibt es viele, die zwar ein Alltagsgespräch führen können, aber bei komplizierteren Gesundheitsfragen sprachlich überfordert sind und sich im Gesundheitswesen nicht recht auskennen. Dies ist eine Herausforderung für die medizinische Betreuung. Insbesondere während Schwangerschaft und Geburt können Missverständnisse ungewollte medizinische Eingriffe (z.B. Dammschnitt, Kaiserschnitt) und hohe Folgekosten verursachen. Deshalb ist interkulturelles Dolmetschen bei Beratungsgesprächen oder Arztkonsultationen wichtig.

Schwangere Migrantinnen haben verglichen mit einheimischen Schwangeren



Informationen in der Muttersprache senken das Komplikationsrisiko für Schwangere und Gebärende sowie ihre Babys.

oft einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand. Das BAG setzt sich für einen chancengleichen Zugang zum Gesundheitswesen ein, unabhängig von Sprache, Herkunft, sozialem Status und Bildungsniveau. Seit 2002 werden daher der Einsatz und die Qualität des interkulturellen Dolmetschens gefördert. Das Interesse an dieser Dienstleistung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Das Besondere an interkulturell Dolmet-

schenden ist, dass sie nicht nur übersetzen, sondern auch bei Missverständnissen aufgrund unterschiedlicher Herkunft und Lebenswelt vermitteln. Sie verfügen über eine zertifizierte Ausbildung und sind an die Schweigepflicht gebunden.

Gefühl der Abhängigkeit

Die Studie «Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE»

zeigt, dass Patientinnen (aus Eritrea, dem Kosovo und aus Albanien) in der Schweiz teilweise die Erfahrung machten, wesentliche Dinge nicht erklärt zu bekommen, und sich entsprechend abhängig fühlten. Sie hatten den Eindruck, in wichtige Entscheidungen nicht einbezogen zu werden, was zum Teil grosse Ängste auslöste. Auch nach einem Eingriff (z. B. Notfallkaiserschnitt) erhielten sie nicht immer ausreichende Erklärung. Die Resultate der Studie zeigen weiter: Eine gute Verständigung ist zentral für die Gesundheitsversorgung, und Verständigungsschwierigkeiten zwischen Patientinnen und Gesundheitsfachleuten können durch interkulturelles Dolmetschen reduziert werden. Allerdings sollten die Fachleute darauf achten, nicht zu viele Informationen auf einmal zu geben, da die Patientinnen mit der Fülle von Informationen bald überfordert waren. Die BRIDGE-Studie enthält zahlreiche Empfehlungen, wie die Kommunikation in der geburtshilflichen Praxis verbessert werden kann.

Kontakt:
Michèle Baehler, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit,
michele.baehler@bag.admin.ch

Quelle:
Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE, Paola Origlia Ikhilior et al., Juli 2017

Forum

«Sprechen Sie medizinisch?»

«Sprechen Sie medizinisch?», so sollte die zentrale Frage zwischen einer Patientin und ihrer Ärztin bei der ersten Begegnung in etwa lauten. Die Absicherung einer gemeinsamen Sprache ist im Alltag bei jeder Begegnung selbstverständlich. Nicht so in der Arztpraxis oder im Spital. In stillschweigender Übereinkunft haben wir uns als Gesellschaft und Individuum geeinigt: Eine Patientin und ihre Ärztin verstehen sich. Das ist umso erstaunlicher, als es doch keinerlei Anhaltspunkte für diese Übereinkunft gibt. Im Gegenteil: Die Patientin ist Laie, hat meist einen medizinfremden Beruf, befindet sich vielleicht in einer Ausnahmesituation und muss unvorbereitet Entscheidungen in einem ihr fremden, aber sehr wichtigen Bereich treffen.

Die Ärztin ist in ihrem Berufsalltag, verfügt über das Fachwissen, eine Fachsprache und hat nebst der Wissensasymmetrie die Vernetzung mit Fachleuten, die sie konsiliarisch oder beratend zuziehen kann. Als Ärztin

wird sie innert kurzer Zeit mit vielem konfrontiert: Einer Patientin mit einer lebensbedrohlichen Krankheit, der sie mitteilen muss, dass die Krebserkrankung Ableger gebildet hat, und einem Patienten, der unter Hypochondrie leidet. Beiden muss sie gleichermassen mit Empathie und Professionalität begegnen und die jeweils verständliche Sprache finden und gut zuhören, um Missverständnisse möglichst zu vermeiden. Über die Kommunikation muss es gelingen, die Patientin oder den Patienten aktiv in die Behandlung miteinzubeziehen, mit ihren jeweiligen Ressourcen, ihrem Umfeld und ihren Möglichkeiten. Erst dann sind die Erfolgsaussichten auf Besserung oder Heilung am grössten. Erst durch eine gemeinsame Sprache entsteht dieses unabdingbare Vertrauensverhältnis.

Dem Leiden Worte geben

Die gemeinsame Sprache ist auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wichtig. Ob ein gesunder Mensch sein gesundheitsgefährdendes Verhalten ändern will oder ob ein kranker Mensch

behandelt werden muss: Jede Gruppe, jedes Individuum braucht eine gemeinsame Sprache mit der Fachperson. Die Fachperson muss die Sprache finden, die ihr Gegenüber versteht. Ihr Gegenüber muss sich wiederum ausdrücken und verständlich machen können. Bereits zur Gründungszeit der Patientenstelle im Jahr 1979 klagten die Patientinnen und Patienten, sie hätten keine Sprache für sich. Sie könnten sich nicht ausdrücken, ihrem Leiden keine Worte geben. Die Kommunikation zwischen der Patientin, dem Patienten und der Fachperson ist denn auch seit Jahren die grösste Herausforderung in der Gesundheitsversorgung.

Irrtümlicherweise gehen die Fachpersonen von einer gemeinsamen Sprache mit der Patientin oder dem Patienten aus. Erwiesenermassen ist es aber die Kommunikation, die zwischen den Patientinnen und den Fachpersonen seit Jahrzehnten zu Missverständnissen bis zu offenen Fehlern führen kann. Die oft fehlende gemeinsame Sprache ist auch den Fachpersonen längst bekannt. Lösungsvorschläge dafür liegen auf dem Tisch

und werden vielerorts von den unterschiedlichsten Fachpersonen und «Laien» umgesetzt. Auch immer mehr Patientinnen und Patienten sind zudem in der Lage, eine verständliche Sprache einzufordern.

Wir vom Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen setzen uns auf allen Ebenen für die individuelle Gesundheits- und Risikokompetenz ein. Eine verständliche, gemeinsame Sprache zu finden, muss uns alle gleichermassen beschäftigen.



Erika Ziltener, Präsidentin des Dachverbands Schweizerischer Patientenstellen

«Das Wort ist ein starkes Instrument»



5 Fragen an Stefan Neuner-Jehle, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Leiter des Programms «Gesundheitscoaching-KHM» am Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) in Freiburg. Bei diesem Programm geht es darum, die Gesundheitsfachleute auszubilden, damit sie Patientinnen und Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz coachen können. Das Wort und die eigene Rolle sind hier die Medizin.

Worum geht es bei diesem Programm?

Entstanden ist das Projekt aus einer Unzufriedenheit heraus. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist vieles im Gang, jedes Jahr werden neue Kampagnen lanciert, die sich einem spezifischen Thema widmen: Darmkrebs, Hautkrebs, gesunde Ernährung. Grundsätzlich begrüßen wir Hausärztinnen und Hausärzte solche Initiativen, allerdings empfinden das manche mit der Zeit auch als ermüdend und wenig zielführend. Das Problem dabei ist, dass ein Thema das nächste ablöst, es fehlt der Blick fürs Ganze. Zudem haben einige dieser Kampagnen den Anstrich von «verordnet»: Die Gesundheitsbehörde verordnet dem Patienten, auf seine Gesundheit zu achten. Die Wünsche des Patienten sind dabei oft nur zweitrangig. Deshalb ist die Idee für das Gesundheitscoaching entstanden. Wir wollten das Ganze thematisch breiter aufstellen, die Prävention ganzheitlicher betrachten und die Angebote besser auf den Patienten ausrichten. Der Arzt soll nicht für den Patienten entscheiden, sondern der Patient soll selbst entscheiden, was er in welchem Zeitraum umsetzen möchte.

Das Projekt verfolgt zwei Ziele. Die Fachleute verfügen über die nötigen Kommunikationstechniken und wissen, wie sie den Patienten coachen. Die Patientinnen und Patienten sind in Gesundheitsfragen kompetenter und aktiver.

Wichtig ist die interprofessionelle Zusammenarbeit, denn die Beratung erfolgt nicht nur durch den Arzt, sondern auch durch eine medizinische Praxisassistentin (MPA) oder weitere Gesundheitsfachleute. Jedes Jahr führen wir etwa 10 Kurse mit circa 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch.

Wie funktioniert das Projekt und welchen Beitrag kann die Kommunikation zum Behandlungserfolg leisten?

Arzt und Patient besprechen gemeinsam, in welchen Bereichen der Patient motiviert ist, etwas zu ändern. Die Bereiche umfassen vor allem Gewicht, Ernährung, Bewegung, Stress, Alkohol und Tabak. Aber der Patient entscheidet ganz alleine, ob und wo er etwas ändern möchte. Es findet ein Rollenwechsel statt. Der Patient übernimmt dadurch mehr Verantwortung für seine Gesundheit.

Eine wichtige Voraussetzung ist die Motivation des Patienten: Der Patient muss am Programm teilnehmen wollen, ansonsten ist es meist vergebliche Mühe.

Dieses Vorgehen braucht sowohl ein Umdenken bei den Patienten als auch bei den Ärzten. Ärzte sind vor allem darin geschult, den Patienten zu sagen, was gut für sie ist. Beim Gesundheitscoaching müssen die Ärzte umdenken, denn die Entscheidung liegt ganz alleine beim Patienten. Der Arzt unterstützt ihn nur darin, seine Ziele zu erreichen. Die

Kommunikation ist ein sehr wichtiger Teil dieses Programmes, das Wort ein wichtiges Instrument. Ärztinnen und Ärzte, die am Programm teilnehmen, werden unter anderem in der motivierenden Gesprächsführung unterrichtet. Wir haben diese Gesprächstechnik für das Programm angepasst und auf die Bedürfnisse einer Hausarztpraxis heruntergebrochen. Die Technik ist in der Anwendung nicht ganz einfach und muss geübt werden, zum Beispiel in Form von Rollenspielen mit Schauspieler-Patienten.

Wie sind die bisherigen Erfahrungen mit dem Programm?

2012 haben wir einen Pilotversuch mit folgenden Ergebnissen durchgeführt: Ein Drittel der Personen, die vom Arzt auf das Programm angesprochen wurden, haben dieses absolviert. Von diesen Personen haben die Hälfte ihr Verhalten positiv geändert.

Der Pilotversuch hat zudem gezeigt, dass das Programm zeitlich umsetzbar ist, es kann also in die übliche Konsultation eingebaut werden. Eine Sitzung dauert maximal 25 Minuten. Das Konzept funktioniert, ist wissenschaftlich evaluiert und auch die Langzeitdaten zeigen einen positiven Effekt.

Allerdings ist auch klar, dass eine Verhaltensänderung Zeit braucht, Rückfälle kommen häufig vor, weshalb es wichtig ist, dass die Patienten nach dem ersten Rückschlag nicht aufgeben. Eine wichtige Voraussetzung ist die Motivation des Patienten: Der Patient muss am Programm teilnehmen wollen, ansonsten ist es meist vergebliche Mühe. Schwierig kann es auch werden, wenn es eine

Sprachbarriere zwischen Arzt und Patient gibt, da die Kommunikation in diesem Programm sehr wichtig ist.

Wo liegt die Herausforderung für das Programm?

Im Moment haben wir das Problem, dass der Aufwand für dieses Programm nicht oder nur teilweise abgerechnet werden kann. Beim Arzt kann ein Teil der Gespräche abgerechnet werden, bei der MPA ist das nur sehr beschränkt möglich. Das hemmt natürlich die Verbreitung dieses Programmes. Wir hoffen, dass die Revision des Ärztetarifs hier in Zukunft andere Möglichkeiten erlaubt, aber das ist am Ende eine Frage der Politik.

Wie geht es mit dem Programm weiter?

Wir möchten noch enger mit bestimmten Partnern zusammenarbeiten, sinnvoll ist eine bessere Vernetzung mit Ernährungs- und Bewegungsberatern sowie mit Suchtexperten im Bereich Alkohol oder Tabak. Zudem möchten wir das Programm erweitern und zum Beispiel Eltern mit chronisch kranken Kindern coachen.

Interessant finde ich, dass man das Vorgehen in diesem Programm auch auf andere Bereiche übertragen kann. Dass der Patient mehr Verantwortung übernimmt, funktioniert nicht nur im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch bei chronischen oder multimorbiden Erkrankungen. Hier tut sich also ein weiteres Feld auf, in dem «Gesundheitscoaching-KHM» in Zukunft sinnvoll eingesetzt werden kann.



Gemeinsam mit dem Patienten festgelegte Ziele sind erfolgversprechender als einseitig vom Arzt verordnete.

Gesundheitliche Vorausplanung ist ein kommunikativer Prozess

Der Bundesrat hat in seiner Agenda «Gesundheit2020» festgehalten, dass das Gesundheitssystem um die Menschen und ihre Bedürfnisse herum weiterentwickelt werden soll. Dazu gehört auch die gesundheitliche Vorausplanung, welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellt. Es geht darum, bei einer schweren Erkrankung oder in einer Notfallsituation den Willen von Patientinnen und Patienten zu kennen, um sich daran orientieren zu können. Einen wichtigen Aspekt bildet dabei die Qualität der Kommunikation.



Wie soll ich behandelt werden, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? Wer soll für mich entscheiden, wenn es darum geht, sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden? Und an welchen Vorgaben und Wünschen soll sich diese Person orientieren? Die Schweizer Bevölkerung macht sich relativ viele Gedanken zur finanziellen Absicherung, zu Versicherungsschutz und Erbfragen. Aber die gesundheitliche Vorausplanung geht oft vergessen.

Wie soll ich behandelt werden, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? Die Schweizer Bevölkerung macht sich zu wenig Gedanken über die gesundheitliche Vorausplanung.

tiver, kommunikativer Prozess zwischen der betroffenen Person, Angehörigen und Gesundheitsfachleuten. Sie entspricht einem Bedürfnis der Menschen, wie eine Bevölkerungsbefragung im Auftrag des BAG zeigt.

Rahmenkonzept als Basis

Ausgangspunkt für die Arbeiten zur gesundheitlichen Vorausplanung ist das Projekt «Koordinierte Versorgung», welches das BAG im Jahre 2015 lanciert hat (siehe Box). Ein Ziel der «Koordinierten Versorgung» besteht darin, den Patientenwillen zu stärken, damit Behandlung und Betreuung entlang seiner Bedürfnisse optimaler koordiniert werden können. Um dies zu erreichen, braucht es eine bessere gesundheitliche Vorausplanung, weshalb das BAG eine Arbeitsgruppe unter der Federführung der Fachgesellschaft «palliative.ch» eingesetzt hat. Die Arbeitsgruppe hat ein Rahmenkonzept erarbeitet und im April 2018 publiziert. Es beinhaltet Grundlagen und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung der

gesundheitlichen Vorausplanung in die Gesundheitsversorgung der Schweiz. Einen wichtigen Aspekt bildet dabei die Qualität der Kommunikation der betroffenen Person mit ihren Angehörigen und Fachpersonen.

Unterschiedliche Ebenen

Das Rahmenkonzept unterscheidet drei Ebenen der Vorausplanung:

1. Die allgemeine Vorausplanung (Planung) umfasst das Planen in unterschiedlichen Lebensbereichen (z. B. Vorsorgeauftrag, Testament). Reflexion und Diskussion eigener Werte und Präferenzen bilden die Grundlage für die gesundheitliche Vorausplanung.
2. Die krankheitsspezifische Vorausplanung für Betreuung und Behandlung (Care Planning) ist ein strukturierter und fortlaufender Prozess zwischen der betroffenen Person, den Angehörigen und den Fachpersonen. Es geht darum, individuelle Behandlungswünsche zu definieren und zu

dokumentieren. Es werden konkrete Krankheitsbilder beziehungsweise -situationen und Behandlungs- und Betreuungspläne erstellt, zum Beispiel eine palliative Notfallplanung.

3. Auf dieser Ebene geht es vor allem um den Zeitpunkt der eigenen Urteilsunfähigkeit (Advance Care Planning), das gewünschte Vorgehen im Hinblick auf lebenserhaltende Massnahmen sowie um spezifische Therapien. Der Patientenwille wird in medizinisch klare Handlungsanweisungen übersetzt. Dokumentiert wird das zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung und in ärztlichen Notfallanordnungen.

Zentrale Rolle der Kommunikation

Bei der gesundheitlichen Vorausplanung geht es letztendlich darum, die individuellen Erwartungen und Wünsche der betroffenen Person mit den Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Medizin zusammenzubringen. Die Schlüsselkompetenz hierfür heisst Kommunikation: Zwischen der betroffenen Person und der Fachperson braucht es eine Kommunikation auf Augenhöhe. Grundlage dafür sind Vertrauen und gemeinsam getragene Entscheide (Shared Decision Making).

Mit der gesundheitlichen Vorausplanung wird die Selbstbestimmung der betroffenen Person gestärkt. Es werden klare Vorgehensweisen und Verantwortlichkeiten im Fall von Komplikationen und Notfällen festgelegt. Damit leistet die gesundheitliche Vorausplanung einen wichtigen Beitrag, um die Gesundheitsversorgung vermehrt an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten.

Kontakt:
Lea von Wartburg, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
lea.vonwartburg@bag.admin.ch

Link:
Rahmenkonzept «Gesundheitliche Vorausplanung» (2018)
www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung
> Patientengruppen & Schnittstellen >
(Hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten

Ein Ziel der «Koordinierten Versorgung» besteht darin, den Patientenwillen zu stärken, damit Behandlung und Betreuung entlang seiner Bedürfnisse optimaler koordiniert werden können.

Das soll sich ändern. Bei der gesundheitlichen Vorausplanung ermitteln Fachpersonen gemeinsam mit der betroffenen Person Werte, Erwartungen und Wünsche. In einem weiteren Schritt werden diese Informationen in künftige Therapieziele, Behandlungsentscheide und entsprechende Massnahmen «übersetzt». Die Ergebnisse dieses Prozesses werden dokumentiert, etwa in einer eindeutig formulierten Patientenverfügung. Es wird sichergestellt, dass diese Informationen jederzeit verfügbar sind und umgesetzt werden können. Die Vorausplanung im Gesundheitswesen ist ein ak-

Projekt «Koordinierte Versorgung»

Ein Ziel der bundesrätlichen Agenda «Gesundheit2020» besteht darin, die koordinierte Versorgung zu verbessern. Es geht darum, die Qualität der Versorgung zu erhöhen und unnötige Kosten zu vermeiden. Im Fokus stehen dabei vor allem Patientinnen und Patienten mit chronischen oder mehrfachen Erkrankungen sowie Patienten, die sowohl an einer psychischen als auch an einer körperlichen Erkrankung leiden. Strukturen, Prozesse und Angebote sollen optimiert werden, um diesen Patientinnen und Patienten besser gerecht zu werden.

Impressum • spectra Nr. 122, Oktober 2018

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und erscheint viermal jährlich in Deutsch, Französisch und Englisch. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des BAG decken.

Herausgeber: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch

Realisation: BAG, Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Redaktionskommission: Agathe Blaser, Claudia Brunner, Eva Zwahlen, Adrien Kay, Selina Lusser-Lutz, Esther Walter

Textbeiträge: Adrian Heuss, weitere Mitarbeitende des BAG, weitere Autorinnen und Autoren

Fotos/Copyrights: Autorinnen, Autoren, V. Imhof, Carubia Rita, Bildagenturen

Layout: VischerVettiger Hartmann AG, Basel Druck: Büetiger AG, 4562 Biberist

Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. französisch, 1050 Ex. englisch

Einzelnummern und Gratisabonnemente von spectra können bestellt werden bei:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen, 3003 Bern, kampagnen@bag.admin.ch

Die nächste Ausgabe zum Thema «Umfassende Gesundheitspolitik» erscheint im Januar 2019.

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Abteilung Prävention nicht übertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	058 462 62 26
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen	058 463 87 79

www.spectra-online.ch