



Europäische Ministerkonferenz
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:
„GESUNDHEITSSYSTEME,
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

Welche Stellung haben Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache?

Angela Coulter, Suzanne Parsons und
Janet Askham



Schlüssel Wörter:

PATIENT PARTICIPATION -
methods

DECISION MAKING

DELIVERY OF HEALTH CARE

HEALTH POLICY

EUROPE

Dieses Grundsatzpapier wurde für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (25. bis 27. Juni 2008, Tallinn, Estland) verfasst. Es erscheint in einer neuen Reihe, die sich an politische Entscheidungsträger und Gesundheitssystemmanager wendet.

In ihrem Rahmen sollen zentrale Aussagen entwickelt werden, welche die Gestaltung von Politik auf der Grundlage von Erkenntnissen unterstützen. Die Herausgeber beabsichtigen, die Reihe durch kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Autoren auszubauen und die Berücksichtigung von Grundsatzoptionen und Umsetzungsfragen weiter zu verbessern.

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2008

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	
Kurzfassung	
Grundsatzpapier	
Das Grundsatzthema: Einbeziehung der Patienten	1
Initiativen zur Förderung der Einbindung von Patienten	6
Optionen für eine bessere Einbindung der Patienten	10
Umsetzung: Entwicklung von Strategien für die nationale und lokale Ebene	13
Fazit	16
Literatur	17

Autoren

Janet Askham, Picker Institute Europe, Oxford, Vereinigtes Königreich

Angela Coulter, Picker Institute Europe, Oxford, Vereinigtes Königreich

Suzanne Parsons, Picker Institute Europe, Oxford, Vereinigtes Königreich

Herausgeber

WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Redakteur

Govin Permanand

Ko-Redaktion

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Redaktionsassistentz

Kate Willows
Jonathan North

Die Autoren und Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

Zentrale Aussagen

Das Grundsatzthema: Einbeziehung von Patienten

Jeder Bürger sieht sich irgendwann vor wichtige gesundheitsrelevante Entscheidungen gestellt, die Auswirkungen auf seine Gesundheit haben werden. Zu den Grundpfeilern der Gesundheitspolitik sollten daher Strategien gehören, deren Aufgabe die Aufklärung und Schulung und die Einbeziehung von Patienten ist. Zudem können Patienten eine wichtige Rolle spielen: Sie können die Ursachen von Krankheiten verstehen, die eigene Gesundheit schützen, indem sie geeignete Maßnahmen ergreifen, sie sollten in akuten Phasen von schlechter Gesundheit die richtige Therapiewahl treffen und wissen, wie mit chronischen Krankheiten umzugehen ist. In diesen Rollen müssen Patienten zur Kenntnis genommen und unterstützt werden.

Grundsatzoptionen

In Strategien zur Förderung einer aktiven Rolle für Patienten sollten Gesundheitskompetenz, partizipative Entscheidungsfindung und Selbstbewältigung an vorderer Stelle stehen.

Erfahrungsgemäß eignen sich eine Reihe von Mitteln und Vorgehensweisen für die Schaffung von Gesundheitskompetenz, für eine bessere Einbindung der Patienten in Therapieentscheidungen und für ihre Anleitung, sodass sie bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen eine aktive Rolle übernehmen können; zu nennen sind u. a.:

- Schriftliche Informationen zur Ergänzung klinischer Konsultationen
- Webseiten und andere elektronische Informationsquellen
- Personalisierte, computergestützte Information und virtuelle Unterstützung
- Kommunikationsschulung für Gesundheitsfachkräfte
- Beratung und Fragenkataloge für Patienten
- Entscheidungshilfen für Patienten
- Schulungsprogramme für Selbstbewältigung.

Umsetzung

Zwischen staatlichen Stellen, Gesundheitsbehörden oder Zahlern ist beim Bemühen um Vorgehensweisen, mit denen Patienten informiert und befähigt werden können, ein Konsens hinsichtlich einer klaren Zielsetzung und einer

kohärenten Strategie erforderlich, gefolgt von konkreten Maßnahmen auf landesweiter, regionaler und auf Organisationsebene.

Kurzfassung

Das Grundsatzthema: Einbeziehung von Patienten

Patienten können beim Schutz ihrer Gesundheit eine spezifische Rolle spielen, indem sie in Phasen schlechter Gesundheit geeignete Therapien wählen und chronische Erkrankungen zu bewältigen verstehen. Nicht wenige wissenschaftliche Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass es dem Erleben und der Zufriedenheit der Patienten zugute kommt, wenn sie in die Vorgänge eingebunden werden, und dass dies sowohl klinisch als auch ökonomisch effizient ist.

Im vorliegenden Grundsatzpapier werden Forschungserkenntnisse zu den Auswirkungen einer Einbindung der Patienten in ihre klinische Versorgung dargelegt. Weiterhin werden Handlungsansätze vorgestellt und diskutiert, die in verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen verfolgt wurden (oder werden könnten). Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Strategien zur Verbesserung von:

- Gesundheitskompetenz
- Therapie-Entscheidungsfindung
- Selbstbewältigung/Selbstbehandlung bei chronischen Erkrankungen.

Handlungsansätze

Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist gegeben, wenn ein Individuum Gesundheitsinformationen lesen, verstehen, auswerten und nutzen kann, um angemessene Entscheidungen bezüglich Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu treffen. Geringe Gesundheitskompetenz geht mit Ungleichheiten im Gesundheitsbereich einher. Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind tendenziell weniger gesund und müssen eher ins Krankenhaus eingewiesen werden. Interventionen im Sinne der Gesundheitskompetenz haben eine dreifache Zielsetzung: Information und Aufklärung geben, zur angemessenen und wirksamen Nutzung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung ermutigen und gegen gesundheitliche Ungleichheiten vorgehen.

Auf Gesundheitskompetenz abzielende Interventionen erfolgen in unterschiedlichen Formen mit wiederum unterschiedlichen Vorzügen. Gesundheitsinformationen in Schriftform und auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten bekräftigen die Erläuterungen, die eine Fachkraft zu Gesundheitsproblemen gegeben hat. Computergestützte Informationen können wirkungsvoller sein als solche in Papierform, da sie sich leichter an individuelle Bedürfnisse anpassen lassen. Die Erfolgsquote von interaktivem Fernsehen, Audiokassetten und

webgestützten Maßnahmen für die Erweiterung des Wissens ist gemischt. Es kann damit jedoch günstig auf das Selbstvertrauen der Patienten eingewirkt werden sowie auf ihre Einbindung in Entscheidungsvorgänge, und auch klinische Resultate und das Gesundheitsverhalten könnten davon profitieren.

Eine Information und Aufklärung, die sich speziell an Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz wendet, kann nützlich sein. Gut ausgelegte Schulungsprogramme sind hier möglicherweise ausschlaggebend. Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass Mitglieder sozial benachteiligter Gruppen von computergestützten Hilfen mehr profitieren als Menschen aus begünstigteren Bevölkerungsgruppen, sofern Zugangshindernisse überwunden werden.

Verbesserung des Therapie-Entscheidungsprozesses

Patienten sind besonders deshalb häufig unzufrieden, weil sie meinen, über ihre Therapie nicht richtig informiert (und nicht in sie eingebunden) zu sein. Diesem Problem lässt sich wirkungsvoll durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung begegnen, wobei die Patienten als aktive Partner der Kliniker in Therapieentscheidungen eingebunden werden mit dem Ziel, zu akzeptablen medizinischen Optionen und der Auswahl angemessener Behandlungsformen zu kommen. Zwar sind nicht alle Patienten daran interessiert, sich aktiv an der Therapieauswahl zu beteiligen – alters- und kulturell bedingte Gründe spielen hier eine Rolle – den meisten jedoch liegt daran, dass der Kliniker sie informiert und ihre Wünsche berücksichtigt.

In gut angelegten Kursen können Ärzte, Pflegefachkräfte und Apotheker ihre Kommunikationsfähigkeit verbessern. Je stärker Patienten einbezogen werden, desto besser wird ihr Kenntnisstand, sie sind weniger ängstlich und deutlich zufriedener.

Beratung und Fragenkataloge tragen zur Befähigung der Patienten bei und erlauben ihnen eine aktivere Rolle, wenn sie eine medizinische Fachkraft aufsuchen. Derartige Kataloge erweitern das Wissen und dienen als Gedächtnisstütze, und sie vermitteln Patienten das Gefühl, an ihrer Versorgung mitzuwirken und darüber mitzubestimmen.

Evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patienten erleichtern informierte Entscheidungen hinsichtlich des Umgangs mit einer Krankheit und der Therapie. Entscheidungshilfen können den Wissensstand der Patienten und den Grad ihrer Einbindung in Therapieentscheidungen anheben. Zudem verhelfen sie den Patienten zu einer differenzierteren Risikowahrnehmung und motivieren sie, geeignete Auswahlverfahren umsichtig einzusetzen.

Verbesserung der Selbstbewältigung bei chronischen Krankheiten

Drei von zehn Europäern leiden an einer langfristigen Krankheit oder gesundheitlichen Problematik. In vielen Ländern suchen die Entscheidungsträger derzeit nach Wegen, Ressourcen in die Kommunen zu verlagern, um die Bewältigung von chronischen Gesundheitsproblemen effizienter zu gestalten. Insbesondere sucht man nach Möglichkeiten, die Menschen so zu befähigen, dass sie sich eigenständig um ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung kümmern, indem man ihnen einschlägige Hilfen für die Selbstbewältigung und Selbstbehandlung bereitstellt.

Die Aufklärung und Schulung der Patienten hinsichtlich Selbstbewältigung und Selbstbehandlung kann zur Erweiterung ihres Wissens über und ihres Verständnisses von ihrem Gesundheitsproblem beitragen und sich günstig auf ihr Bewältigungsverhalten, ihre Therapietreue, ihre Selbstwirksamkeit und das Symptommiveau auswirken. Eine computergestützte Aufklärung und Schulung der Patienten über Formen der Selbstbewältigung erweitert den Wissensstand und die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen. Sie verbessert zudem den sozialen Rückhalt, was zu einem günstigeren Gesundheitsverhalten und besseren Gesundheitsresultaten führt.

Offenbar sind Selbstbewältigungsinitiativen wirkungsvoller, wenn sie in das System der Gesundheitsversorgung integriert sind, als wenn sie separat organisiert werden. Den Gesundheitsfachkräften kommt mit der hinführenden Begleitung der Patienten im Prozess die ausschlaggebende Rolle zu, damit die Umsetzung solcher Initiativen Erfolg hat.

Die Umsetzung: geboten ist ein das Gesamtsystem erfassender Ansatz

Zwischen staatlichen Stellen, Gesundheitsbehörden oder Zahlern ist beim Bemühen um Vorgehensweisen, mit denen Patienten informiert und befähigt werden können, ein Konsens hinsichtlich einer klaren Zielsetzung und einer kohärenten Strategie erforderlich, gefolgt von konkreten Maßnahmen auf Makro- (nationaler), Meso- (regionaler) und auf Mikro- (Organisations-) Ebene. Für eine solcherart kohärente Strategie ist ein das Gesamtsystem erfassender Ansatz erforderlich. Er stützt die Einbeziehung der Patienten auf folgende Säulen:

- Patientenrechte oder Patientencharta
- Verbindliche Regularien für Organisationen der Leistungserbringer, einschließlich finanzieller Anreize und Verträge
- Verfahren zur Regulierung des Fachpersonals, einschließlich Rückmeldung der Patienten bezüglich interpersoneller Fähigkeiten und Qualität der Versorgung

- Bereitstellung von gesundheitsrelevantem Informationsmaterial, Webseiten und Webportalen
- Schulung in Kommunikationstechniken für Gesundheitsfachkräfte
- Integrierte Schulung und Unterstützung für Selbstversorgung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung sowie
- Spezifische Hilfsmittel und Techniken, die den Patienten die Übernahme einer aktiveren Rolle ermöglichen.

Zwar ist die Erkenntnislage teilweise noch lückenhaft, andererseits jedoch genügend belastbar, um darauf Strategien für eine erweiterte Einbeziehung der Patienten aufbauen zu können. Eine Strategieplanung im Interesse der verbesserten Patienteneinbeziehung muss Morbiditätsmuster, kulturelle Hemmnisse und soziale Ungleichheiten in Betracht ziehen. Es ist potenziell überaus einträglich, wenn diese Hemmnisse überwunden werden, denn besser informierte und in den Prozess eingebundene Menschen beanspruchen tendenziell weniger Ressourcen für Gesundheitsversorgung und treffen angemessenere Entscheidungen, was bessere gesundheitliche Resultate nach sich zieht. Abgesehen von der somit erzielten effizienteren Ressourcennutzung könnte es sich als ein wirkungsvolles Instrument zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit erweisen, wenn Patienten in gesundheitlichen Krisenzeiten motiviert werden, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen.

Grundsatzpapier

Das Grundsatzthema: Einbeziehung der Patienten

In den Gesundheitssystemen überall in Europa und der Welt wird nach Wegen gesucht, um die Dienste für Patienten und die Öffentlichkeit bedarfsgerechter zu gestalten. Oft scheint es unumgänglich, dem Druck der Konsumenten nachzugeben und Gesundheit zu einem weiteren Konsumprodukt zu machen. Dabei gerät das unverzichtbare Engagement der Patienten oft aus dem Blick – nämlich, dass Patienten motiviert werden sollten, aktiv eine Schlüsselrolle für den Schutz ihrer Gesundheit zu übernehmen, indem sie in Phasen schlechter Gesundheit die passenden Behandlungsmöglichkeiten wählen und mit chronischen Erkrankungen kompetent umgehen. Nicht wenige wissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass es dem Erleben und der Zufriedenheit der Patienten zugute kommt, wenn sie in die Vorgänge eingebunden werden, und dass dies sowohl klinisch als auch ökonomisch effizient sein kann.

Die Patienten können im Rahmen ihrer gesundheitlichen Versorgung eine entscheidende Rolle übernehmen, indem sie:

- Krankheitsursachen und die Faktoren verstehen, die sich auf die Gesundheit auswirken
- Selbstdiagnose betreiben und banale, selbst begrenzende Beschwerden eigenständig behandeln
- Im akuten Krankheitsfall in partnerschaftlicher Kooperation mit Gesundheitsfachkräften die geeignetste Behandlungsform wählen
- Den Behandlungsplan einhalten und der Medikation folgen
- Ihre Symptome und die Auswirkungen der Behandlung beobachten
- Sich über Sicherheitsfragen klar sind und darüber Bericht erstatten
- Lernen, mit den Symptomen einer chronischen Erkrankung angemessen umzugehen
- Sich gesundheitsförderlich verhalten, um eine Erkrankung oder Wiedererkrankung zu vermeiden.

Für einen patientennäheren Ansatz in der Gesundheitsversorgung ist es zentral, die Rolle der Patienten zu erkennen und zu stärken. Damit ist zudem der Unterbau für Strategien gelegt, die das Ziel haben, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und mehr Gesundheit für alle zu erreichen.

Im vorliegenden Grundsatzpapier werden die Forschungserkenntnisse zu den Auswirkungen einer Einbindung der Patienten in ihre klinische Versorgung

skizziert. Weiterhin werden Handlungsansätze vorgestellt und diskutiert, die in verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen verfolgt wurden (oder werden könnten). Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Strategien zur Verbesserung von:

- Gesundheitskompetenz
- Therapie-Entscheidungsfindung
- Selbstbewältigung/Selbstbehandlung von chronischen Erkrankungen.

Das Papier bezieht sich auf Studien zur Effektivität von Maßnahmen, mit denen diese Vorgaben eingelöst werden sollen. Die komplexe und gleichermaßen wichtige Fragestellung, wie die Bürger in Entscheidungen über Entwicklung, Planung und Angebot von Gesundheitsleistungen einbezogen werden können, ist nicht Schwerpunkt dieser Arbeit. Sie konzentriert sich vielmehr darauf, welche Rolle die Individuen bei ihrer eigenen Gesundheitsversorgung spielen. Nachstehend ist ausgeführt, weshalb dieses Thema für gesundheitspolitisch bedeutsam erachtet wird. Weiterhin werden Erkenntnisse zu den Auswirkungen spezifischer Maßnahmen diskutiert, mit denen eine weiterreichende Patientenpartizipation angestrebt wird, sowie deren Anwendbarkeit in europäischen Gesundheitssystemen.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist definiert als „die Fähigkeit, unter Alltagsgegebenheiten sinnvolle gesundheitliche Entscheidungen zu treffen – zu Hause, in der Gruppe, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, gegenüber Anbietern und im politischen Feld“ (1).

Die Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Informationen und Schulungen gilt im Interesse einer gesteigerten Gesundheitskompetenz als ausschlaggebend. Es werden drei unterschiedliche Ebenen oder Zielrichtungen für Gesundheitskompetenz herausgearbeitet (2):

- *Funktion*: Grundfähigkeiten im Lesen und Schreiben als Voraussetzung für wirksames Auftreten in einem gesundheitlichen Zusammenhang
- *Interaktion*: Erweiterte kognitive und soziale Kompetenz, die eine aktive Beteiligung an der Gesundheitsversorgung ermöglicht
- *Kritik*: die Fähigkeit, Informationen kritisch zu analysieren und zu nutzen, um sich an Handlungen zu beteiligen, mit denen strukturelle gesundheitliche Hemmnisse überwunden werden.

Gesundheitskompetenz ist die Grundlage der Partizipation der Patienten. Wer grundlegende Gesundheitsinformationen nicht aufnehmen, verarbeiten und verstehen kann, wird nicht gut für sich selbst sorgen oder gute Entscheidungen

treffen. Für den Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz maßgeblich. Der Gesundheitszustand von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ist schlechter, sie müssen eher ins Krankenhaus eingewiesen werden, halten sich weniger verlässlich an Medikationen und Behandlungspläne, werden eher Opfer von Arzneimittel- und Therapiefehlern und nehmen Vorsorgeangebote seltener wahr (3). Eine Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Bildungs- und Gesundheitsstatus in 22 europäischen Ländern ergab, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand auch eher weniger gesund sind. Dies betrifft insbesondere Länder wie Ungarn, Polen und Portugal (4).

Die Menschen haben sehr unterschiedliche Informationsbedürfnisse. Sie variieren nach Alter, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Überzeugungen, Vorlieben und Bewältigungsstrategien und richten sich nach Allgemeinbildung, Muttersprache, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Oft wandelt sich der Informationsbedarf im Zuge einer Erkrankung. Wenn z. B. Patienten eine Erstdiagnose erhalten, brauchen sie oft praktische Informationen, auf die sie Entscheidungen zur Versorgung stützen können, sowie beruhigende Versicherungen um Ängste abzubauen. Wenn ihre Aufmerksamkeit sich später auf Langzeitprognose und Selbstbehandlung richtet, benötigen sie vielleicht spezifischere, in die Tiefe gehende Informationen.

Weltweit haben Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz folglich eine dreifache Zielrichtung: Bereitstellung von Information und Aufklärung/Schulung, Motivation für angemessene und effiziente Nutzung von Gesundheitsressourcen sowie Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit.

Partizipative Entscheidungsfindung

Patienten sind besonders deshalb häufig unzufrieden, weil sie meinen, über ihren Gesundheitszustand und die Therapieoptionen nicht richtig informiert zu sein. Überwiegend wünschen sie sich eingehendere Informationen als routinemäßig von den Gesundheitsfachkräften gegeben, und viele wünschen sich auch mehr Mitsprache bei der Entscheidungsfindung bezüglich ihrer Behandlung (5).

Partizipative Entscheidungsfindung ist „ein Prozess, in den Patienten als aktive Partner des Kliniklers eingebunden sind mit dem Ziel, akzeptable medizinische Optionen zu finden und sich auf einen genehmen klinischen Versorgungsablauf zu verständigen“ (6). Eine partizipative Entscheidungsfindung ist immer dann angemessen, wenn es sinnvolle Handlungsalternativen gibt und wenn nicht eine einzige Option offensichtlich für alle das Beste ist. Diese Situation ist häufig, denn oft lassen sich gesundheitliche Probleme auf vielen unterschiedlichen Wegen angehen, die jeweils zu einem anderen Ergebnis führen können. In solchen Fällen wird von präferenzsensiblen Entscheidungen gesprochen. Das

heißt, für die Therapieauswahl muss in Betracht gezogen werden, wie der Patient das Ergebnis bewertet.

Ein wesentlicher Bestandteil des gemeinsamen Vorgehens ist der wechselseitige Austausch zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft. Er oder sie ist Fachmann/ Fachfrau und teilt sich in Bezug auf soziale Verortung sowie Einstellung zu Krankheit und Risiken, Werten und Vorlieben mit. Diese Faktoren können sich erheblich darauf auswirken, wie die Eignung irgendeines Behandlungsansatzes gewichtet wird, und sollten bei der Entscheidungsfindung als legitim akzeptiert werden. Zu akzeptieren ist auch die vom Patienten geteilte Verantwortung für die Entscheidung und für etwaige Risiken.

Nicht alle Patienten möchten eine Mitsprache bei Entscheidungen. Ältere Menschen oder Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung z. B. tendieren eher dazu, dem Arzt die Entscheidung zu überlassen (7). Andere wiederum wollen in alle Entscheidungen über ihre Versorgung einbezogen sein und erwarten vom Arzt die dafür erforderlichen Informationen, während wieder andere gelegentlich die Entscheidung lieber an den Arzt delegieren.

Die Ansichten zur Einbeziehung der Patienten können zwischen Kulturen und sozialen Gegebenheiten variieren. Bei einer Umfrage in Deutschland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, der Schweiz und im Vereinigten Königreich zeigte sich in Polen und Spanien eine eher paternalistische Sichtweise des Verhältnisses Arzt-Patient als in den anderen sechs Ländern: 91% der befragten Schweizer und 87% der befragten Deutschen meinten, der Patient solle bei Therapieentscheidungen eine Schlüsselrolle spielen, indem er die Verantwortung mit dem Arzt teilt oder der Hauptentscheidungsträger ist. In diesem Sinne äußerten sich nur 59% der befragten Polen und nur 44% der befragten Spanier (8).

Wer relativ gesund ist, strebt vielleicht mehr Einbindung an – etwa in Bezug auf Screenings – als schwer kranke Menschen. Wichtig ist, dass die Gesundheitsfachkraft aufgrund ihrer Beobachtung des Patienten keine Vermutungen darüber anstellt, wie stark der Patient einbezogen sein möchte. Kliniker sollten sich immer bemühen, in direkter Kommunikation mit dem Patienten ein Bild von dessen Präferenzen zu erhalten.

Selbstbewältigung

Unter dem Ausdruck "Selbstversorgung" ist alles zusammengefasst, was Menschen unternehmen, um ihre gesundheitlichen Probleme unabhängig vom Medizinsystem zu erkennen, zu behandeln und zu bewältigen. Es ist die vorherrschende Form der Gesundheitsversorgung. Die meisten Menschen werden mit weniger gravierenden gesundheitlichen Störungen fertig, ohne fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und Menschen mit langfristigen Beschwerden verbringen weitaus mehr Zeit in Eigenbetreuung als in der

Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte. Bei der Planung der Gesundheitsdienste wird diese wichtige Tatsache jedoch ignoriert. Wenn die Bemühungen der Menschen um Selbstversorgung nicht zur Kenntnis genommen werden, verführt dies zu unnötiger Abhängigkeit von Fachkräften. Daraus folgt ein steigender Bedarf an teuren Gesundheitsressourcen, was die langfristige Nachhaltigkeit vieler Gesundheitssysteme zu unterminieren droht.

Selbstversorgung besteht zu einem großen Teil aus dem alltäglichen Umgang mit langfristigen und chronischen Erkrankungen, etwa Asthma, Diabetes und Arthritis. Drei von zehn Europäern leiden unter einer lange dauernden Erkrankung oder Gesundheitsstörung. Das macht diese Art von Gesundheitsproblemen zu einer Gesundheitspriorität ersten Ranges, wie auch die Europäische Kommission einräumt (9). Selbstbewältigung bzw. Selbstbehandlung wird von den meisten Menschen mit einem langfristigen Gesundheitsproblem ständig betrieben. Sie gestalten ihren Alltag und bewältigen die Auswirkungen ihres Gesundheitsproblems nach bestem Vermögen und überwiegend ohne irgendwelches Zutun von Gesundheitsfachkräften. Wenn Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen dann doch um fachlichen Rat nachsuchen, benötigen sie Hilfe und Unterstützung in angemessener Form, um ihre Fähigkeit zur Selbstbewältigung zu erweitern. Leider wird ihnen dies nicht immer gewährt (8). Zu häufig fördert die Art der Interaktion zwischen Klinikern und Patienten tendenziell Passivität und Abhängigkeit statt Selbstgewissheit. Dadurch wird das Selbstvertrauen der Patienten geschwächt und ihr Bewältigungsvermögen unterlaufen.

Entscheidungssträger in vielen Ländern suchen mittlerweile nach Möglichkeiten, Ressourcen in die Kommunen zu verlagern – und weg von der Abhängigkeit vom teuren Krankenhaussektor – um wirkungsvoller auf chronische Erkrankungen eingehen zu können. Das Chronic Care Model, das von Ed Wagner und Kollegen in den USA entwickelt wurde, hat international viel Beachtung gefunden (10). An zentraler Stelle in diesem Modell steht, Menschen so zu befähigen, dass sie mit ihrer Gesundheit und ihrer Gesundheitsversorgung umzugehen verstehen, und ihnen eine effiziente Unterstützung zukommen zu lassen, die es ihnen erlaubt, langfristige Gesundheitsprobleme zu bewältigen.

Hilfe zur Selbstbewältigung soll Patienten in den Stand setzen, sich in drei Aufgabenbereichen erfolgreich zu betätigen (11):

1. Medizinischer Umgang mit der Krankheit – z. B. durch Einnahme von Arzneimitteln oder Einhalten einer speziellen Diät
2. Übernahme normaler Rollen und Aktivitäten
3. Umgang mit den emotionalen Auswirkungen ihrer Erkrankung.

Die Prinzipien der Selbstbewältigung wurden in einer Reihe von theoretischen Modellen entwickelt, überwiegend im Bereich von Psychologie und Verhaltenswissenschaft. Am häufigsten wird auf Baduras Theorie der Selbstwirksamkeit verwiesen (12). Der Ausdruck „Selbstwirksamkeit“ bezeichnet die Überzeugung eines Individuums fähig zu sein, sich ein bestimmtes Verhalten aneignen und realisieren zu können. Ein ausgeprägter Selbstwirksamkeits-Sinn vermittelt das Gefühl, die Fäden in der Hand zu halten sowie die Bereitschaft, neue und schwierige Aufgaben in Angriff zu nehmen (und durchzuhalten). Auf Gesundheit angewandt besagt diese Theorie, dass Patienten befähigt und motiviert werden, sich ihrer gesundheitlichen Probleme anzunehmen, wenn sie sich sicher sind, dass sie ihrer Aufgabe auch gerecht werden. Interventionen zur Verbesserung der Selbstversorgung sollten folglich schwerpunktmäßig darauf abzielen, Selbstvertrauen aufzubauen und die Patienten so auszustatten (durch Wissen und Fertigkeiten), dass sie sich Ziele setzen können und effiziente Vorgehensweisen herausfinden, um diese auch zu erreichen.

Initiativen zur Förderung der Einbindung von Patienten

In großer Anzahl wurden Methoden erarbeitet und ausgewertet, mittels derer Patienten darin bestärkt werden sollen, eine aktivere Rolle für ihre Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Die nachstehende Kurzfassung stützt sich auf eine Übersicht über Studien zur Effizienzbewertung relevanter Initiativen, die für das vorliegende Grundsatzpapier aktualisiert wurde (13, 14). Die systematische Recherche erstreckte sich auf elektronische Datenbanken einschließlich Medline, Embase, CINAHL, die Cochrane Library, die Database of Abstracts of Reviews of Effects, die Datenbank der Weltgesundheitsorganisation sowie der Agency for Healthcare Research and Quality. Die Recherche wurde auf englischsprachige Artikel mit Erscheinungsdatum ab 1998 beschränkt. Sie ergab insgesamt 120 systematische Übersichtsstudien; ihre Ergebnisse sind nachfolgend zusammengefasst. Eine eingehendere Zusammenfassung der Methoden und Ergebnisse und die vollständige Literaturliste liegen in einem separaten Dokument vor (auf Anfrage durch die Autoren erhältlich). Der Datenbestand weist erhebliche Lücken auf – insbesondere die Aussagen zu Kosteneffizienz und Langzeitergebnissen sind schwach. Die nachstehend referierten Initiativen stützen sich jedoch auf eine ausreichend gesicherte Erkenntnisgrundlage.

Initiativen zur Herstellung von Gesundheitskompetenz

In Europa besteht erhebliches Interesse daran, Patienten und der Öffentlichkeit Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Die aktuellen Unternehmungen konzentrieren sich größtenteils auf computergestützte Informationen sowie den Aufbau von Webseiten und Gesundheitsportalen, einschließlich Unterstützung leistender Gruppen (15). Gut abgefasste schriftliche Informationen können hilfreich sein, insofern damit Erläuterungen der Gesundheitsfachkraft zu

Gesundheitsproblemen und Behandlungen verstärkt werden. Informationen erfüllen ihren Zweck am besten, wenn sie auf das betreffende Individuum zugeschnitten sind, daher sind computergestützte Materialien solchen in Papierform u. U. überlegen (16).

Maßnahmen insbesondere für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz konzentrierten sich auf Schulungskurse und gemeindenaher Unternehmungen, und man erstellte oder überarbeitete Gesundheitsinformationen für die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe. Wie die Evaluierung zeigt, hatten solche Interventionen gemischten Erfolg: einige, jedoch nicht alle konnten Kenntnisstand und Verständnis steigern (17, 18). Es wurde auch die Verwendung von Piktogrammen und anderen visuellen Hilfsmitteln ausprobiert. Die Datenlage gestattet allerdings keine Aussage zu einer möglichen Auswirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten. Computernutzer beziehen ihre Gesundheitsinformationen oft gern aus dem Internet. Es kann jedoch gesundheitliche Ungleichheiten verschärfen, wenn man sich auf dieses Medium verlässt, denn es könnten damit ältere und behinderte Menschen, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen und ethnische Minderheiten ausgeschlossen werden. Wenn jedoch die Zugangsbarrieren überwunden werden, besteht Grund zur Annahme, dass der Nutzen für Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen den für wirtschaftlich besser gestellte Personen überwiegt (19).

Die Informationsvermittlung mithilfe anderer elektronischer Medien – etwa mittels des interaktiven digitalen Fernsehens, mit Texten für das Mobiltelefon, Audiokassetten und webgestützte Maßnahmen – hat hinsichtlich einer Verbesserung des Wissensstandes variable Ergebnisse, könnte sich jedoch auf das Selbstvertrauen der Patienten und ihre Fähigkeit zur Mitgestaltung bei Entscheidungen günstig auswirken. Nachweislich lassen sich dadurch klinische Ergebnisse und das Gesundheitsverhalten verbessern, vor allem, wenn damit Aufklärung und Schulung im klinischen Zusammenhang ergänzt werden (20). In elektronischen Formaten vermittelte Informationen sind u. U. für schwer zugängliche Gruppen besonders nützlich. Das gilt z. B. für junge Diabetiker. Bei dieser Gruppe wurden Mitteilungen per Mobiltelefon mit einigem Erfolg eingesetzt, um dem Ziel der Selbstbewältigung nahe zu kommen (21).

Den meisten Menschen ist vor allem wichtig, dass Gesundheitsinformationen verfügbar sind, wenn Entscheidungen von besonderer Tragweite anstehen. Diese Informationen müssen passend, rechtzeitig, einschlägig und verlässlich sein. Die Qualität von Informationen aus dem Internet ist sehr unterschiedlich und oft fragwürdig, und daher ist ein Instrumentarium wichtig, mit dem Qualität und Zuverlässigkeit bewertet werden können (22). Kliniker und Entscheidungsträger meinen für gewöhnlich, vor allem die gängigen medizinischen Informationen seien zu verbreiten, z. B. Fakten über eine Krankheit. Die Patienten dagegen sind vielleicht eher an Therapieoptionen

interessiert, an ihren Erfolgsaussichten (Prognose) oder wo sie Unterstützung bei der Bewältigung ihres Leidens finden (23). Es wurde eine Reihe von Qualitäts-Checklisten zusammengestellt, um auf Bedenken hinsichtlich der Zuverlässigkeit von gesundheitsrelevanten Materialien eingehen zu können. Genannt seien: Health on the Net Foundation Code of Conduct (24) und die von DISCERN aufgestellten Qualitätskriterien (25).

Initiativen zur Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung bei der Auswahl von Therapien

Die Patienten müssen von dafür gut ausgebildeten Klinikern motiviert und aufgefordert werden, wenn sie aktiv in die Entscheidungen über ihre Versorgung eingreifen sollen. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge können gut aufgebaute Schulungen die Kommunikationsfähigkeit von Ärzten, Pflegefachkräften und Apothekern anheben (26, 27). Dank solcher Ermutigung lassen Patienten sich stärker einbinden, ihre Kenntnisse nehmen zu und die Ängste ab, und sie sind zufriedener. Allem Anschein nach ist das nicht kostensteigernd, es kann sogar Kosten reduzieren, z. B. indem weniger Rezepte ausgestellt werden (28, 29). Außerdem halten diese Patienten sich eher an die Medikation (Adhärenz), was die Wirksamkeit einer Behandlung wahrscheinlicher macht. Offensichtlich kann es ausschlaggebend sein, wie Fachkräfte mit ihren Patienten kommunizieren.

Über die Maßnahmen hinaus, die in erster Linie auf Kliniker abzielen, wurden verschiedene Techniken zur Befähigung von Patienten entwickelt und ausgewertet. Zu nennen sind: Gezielte Beratung, damit Patienten mit gestärktem Selbstvertrauen in Konsultationen gehen und dort eine aktive Rolle übernehmen; Gesundheitskarteikarten mit Fragen, die sie stellen sollten; Notizbücher oder Themenlisten für die Diskussion sowie Zusammenfassungen von Konsultation zur späteren kritischen Sichtung. Mithilfe solcher Befähigungstechniken verbessern sich Kenntnisstand und Erinnerung der Patienten, sie erleben sich als stärker einbezogen und als Herr der Dinge (30, 31). Es gibt Grund zur Annahme, dass diese Befähigung der Patienten die Wirksamkeit von Konsultationen erhöhen kann, ohne die Kosten zu steigern. Weniger eindeutig ist jedoch, ob sich dies auch auf die körperliche Gesundheit der Patienten günstig auswirkt.

Bei den Entscheidungshilfen für Patienten handelt es sich um ein evidenzbasiertes Instrumentarium, das den Austausch zwischen Patienten und Fachkräften verbessert. International kennen wir mehr als 500 solcher Instrumente (32). Es werden dafür verschiedene Medien genutzt, z. B. Flugblätter, Computerprogramme, Audiokassetten und CDs. Anhand dieser Entscheidungshilfen können die Patienten sich ein Bild von der Effizienz unterschiedlicher Behandlungsansätze machen und sich ihrer Präferenzen klar werden, sodass ihre Entscheidungen auf der Kenntnis der potenziellen Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen beruhen.

Entscheidungshilfen können sehr wirkungsvoll sein, wenn sie gut angelegt sind. Dank solch einer wirksamen Entscheidungshilfe gewinnen die Patienten an Kenntnissen, sie werden besser eingebunden, und die Übereinstimmung zwischen ihren Werten und der gewählten Behandlung ist größer (33). Eine internationale Expertengruppe hat als Anleitung für die Entwicklung und Evaluierung solcher Hilfen eine Reihe von Standards erarbeitet (34). Entscheidungshilfen werden Ängste weder steigern noch abbauen, aber sie erlauben den Patienten eine genauere Risikowahrnehmung. Je individuell passender die Risikoinformation ist, desto günstiger wird sie sich auf die Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess und die Abstimmung zwischen seinen Präferenzen und der Therapiewahl auswirken. Einiges deutet auch daraufhin, dass Entscheidungshilfen kostenwirksam sein können, insbesondere in Kombination mit einer Eins-zu-eins-Beratung. Schätzungen zum Nutzen von Entscheidungshilfen für Patienten lassen darauf schließen, dass sie die Rate fakultativer chirurgischer Eingriffe um bis zu 25% senken können. Diese Angabe hängt natürlich von den Ausgangsdaten ab, die bekanntlich zwischen den Ländern und auch intern erheblich schwanken (35).

Entscheidungshilfen sollten auf einer aktuellen, kritischen Bestandsaufnahme von Forschungserkenntnissen basieren. Daher muss möglicherweise eine auf Landesebene tätige Einrichtung, z. B. ein Forschungsinstitut, das Material aufnehmen, aufarbeiten und aktualisieren. Trotz nachweislicher Vorzüge gehen die breitflächige Umsetzung von Innovationen zur Verbesserung der Entscheidungsfindung und die Förderung von mehr Einbeziehung der Patienten nur langsam voran. In einer Reihe von Ländern, darunter Australien, Deutschland, Frankreich, Italien, Kanada, den Niederlanden, den USA und dem Vereinigten Königreich, haben einschlägige Initiativen die Dinge jedoch anscheinend beschleunigt (36–43). Entscheidungsträgern und Klinikern wird allmählich klar, dass es sinnvoller ist, Patienten als Partner mit Entscheidungsauftrag einzubeziehen, als sie wie passive Versorgungsempfänger zu behandeln.

Initiativen für Patientenschulung in Formen der Selbstbewältigung

Chronisch kranke Menschen – die z. B. an einer Depression, an Essstörungen, Asthma, Arthritis oder Bluthochdruck leiden – profitieren von Formen der Schulung in Selbstbewältigung, bei der sie von Menschen mit derselben chronischen Erkrankung lernen. Selbstbewältigungsprogramme für chronische Erkrankungen, die oft von Freiwilligenorganisationen getragen werden, wurden in Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich eingerichtet (44). Die Teilnehmer an diesen Kursen lernen, wie sie sich entspannen, mit depressiven Verstimmungen, Ängsten und Zorn umgehen können, sie erfahren etwas über Ernährung, Problemlösung, Arzneimitteleinnahme, partizipative Entscheidungsfindung und Planung der

künftigen Versorgung. Diese Art der Schulung durch Selbsthilfe kann Fortschritte bei Kenntnissen, Bewältigungsverhalten, Befolgung von Therapieempfehlungen und Selbstwirksamkeit begünstigen. Sie kann in bescheidenem Umfang auch kurzfristig Besserungen bei Schmerz, Behinderung, Fatigue und Depression bewirken (45).

Möglicherweise sind Schulungen in Selbstbewältigung wirkungsvoller, wenn sie in das primäre und sekundäre Gesundheitssystem integriert erfolgen und wenn das Gelernte durch Fachkräfte verstärkt wird. Vielfach haben von Fachkräften geleitete Selbstbewältigungsprogramme spezifische Zielgruppen. So haben sich Selbstbewältigungskurse für Diabetespacienten als vorteilhaft erwiesen, und das kann eine Kostensenkung bei den Dienstleistungen bedeuten (46). Auch die Überprüfung von professionell angeleiteten Selbstbewältigungsschulungen für Pacienten mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit ergab eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen (47).

Zwar spricht vieles für eine Anhebung von Umfang und Qualität der Gesundheitsinformationen für Pacienten und die Allgemeinheit, aber schriftliche Informationen allein können das Verhalten der Menschen nur selten verändern oder bessere gesundheitliche Ergebnisse hervorbringen. Es ist immer effizienter, aktiv zu schulen und praktische Fertigkeiten zu vermitteln, als nur Flugblätter auszulegen (48). Diese Art des aktiven Ansatzes kann durch den Computer wahrgenommen werden. In zwei systematischen Übersichtsarbeiten zur computergestützten, interaktiven Anwendung waren erweiterte Kenntnisse und Fähigkeiten der Pacienten feststellbar. Zudem erlebten die Pacienten sich als sozial besser unterstützt und ihr Gesundheitsverhalten und die gesundheitlichen Ergebnisse verbesserten sich (20, 49).

Am wirkungsvollsten sind Schulungsprogramme für Selbstbewältigung, wenn sie gut in das Gesundheitssystem integriert sind, und wenn Gesundheitsfachkräfte das Gelernte anlässlich der regulären Nachbetreuung verstärken. Die Bemühung sollte dahin gehen, den Pacienten Gelegenheit zur Entwicklung von praktischen Fertigkeiten sowie der Überzeugung zu verschaffen, dass sie mit ihrer Gesundheit eigenständig umgehen können. Ein partizipatives Hands-on-Lernen ist im Allgemeinen den didaktisch traditionellen Vermittlungsformen überlegen (50).

Optionen für eine bessere Einbindung der Pacienten

Die staatlichen Stellen, Gesundheitsbehörden oder Zahler, deren Bestrebungen in Richtung Aufklärung und Schulung, Information und Befähigung von Pacienten gehen, müssen zu einer Übereinstimmung bei klaren Zielvorgaben und einer kohärenten Strategie kommen, zu der Aktivitäten auf nationaler, regionaler und Organisationsebene gehören. Ziel ist ein kultureller Wandel,

und folglich ist ein gesamtsystemischer Ansatz erforderlich, um unter den verschiedenen Gegebenheiten Maßnahmen auszubauen und zu verstärken.

Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen des Systems sollten sich wechselseitig verstärken und gut koordiniert sein. Ihr Ausmaß und ihre Ausgewogenheit müssen kulturell relevant und den lokalen Gegebenheiten entsprechend sein. Gesamtperspektive und Strategie müssen klar ausformuliert sein, sodass alle Beteiligten wissen, was von ihnen erwartet wird. Ein allgemeinverbindliches Konzept, das unter allen Gegebenheiten funktioniert, ist nicht machbar. Es lohnt jedoch, die nachstehenden Initiativen zu überdenken.

Maßnahmen auf der Makroebene (z. B. national, bundes- oder gesamtstaatliche Ebene)

Das Recht auf Information und Engagement der Patienten ist in den Gesetzen einiger Länder verankert. Folgendes sollte in Betracht gezogen werden: Eine gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Patienteninteressen zu schützen und zu fördern; die Forderung an jeden Kliniker, ein Maximum an Patienteneinbeziehung im Rahmen ihrer Versorgung und Behandlung zu ermöglichen; Gewährleistung, dass Patienten über ihre Rechte und Verantwortung informiert sind.

Mit ausdrücklich formulierten Standards oder Zielvorgaben können Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, ihre Kompetenz bezüglich Patientenschulung nachzuweisen sowie die Einbindung der Patienten in die Entscheidungsfindung zu belegen. Solche Standards könnten auch den Nachweis verlangen, dass Selbstbewältigung unterstützt sowie Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfsmittel in unterschiedlichen Formen bereitgestellt wurden. Auf Anreize gestützte oder den Wettbewerb nutzende Methoden, einschließlich Wahlmodalitäten oder spezifischer vertraglicher Verpflichtungen, sind nutzbar, um die Leistungserbringer für den Wandel zu motivieren. Zudem haben sich koordinierte Programme zur Patientenbefragung als der Leistungserhebung im gesamten System dienlich erwiesen, insofern sie von den Leistungserbringern verlangen, systematisch die Erfahrungen der Patienten zu erheben und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

Maßnahmen auf mittlerer Ebene (z. B. regionale Gesundheitsbehörden und Fachverbände)

Verordnungen für die Berufsgruppen können eine Schlüsselrolle spielen. Standards für eine gute fachliche Praxis können festschreiben: Einbindung der Patienten in Entscheidungen zu Behandlung und Management; Übernahme evidenzgeleiteter Vorgehensweisen zum Aufbau von Gesundheitskompetenz. Diese Standards könnten Kliniker auch verpflichten, ihre Patienten so zu

unterstützen, dass sie sich im System zurechtfinden, und sie auf passende Quellen für Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen hinzuweisen. Wiederum kann anhand von standardisierten Fragebögen für Patienten die Leistung von Klinikern verfolgt und gute Praxis honoriert werden. Landesweit zuständige Einrichtungen für professionelle Ausbildung sowie für die Entwicklung von Schulungsmethoden, Curricula und Bewertung sollten sicherstellen, dass die Leistungserbringer sich an die patientenzentrierten Standards halten.

Obleich in jüngster Zeit von kommerzieller Seite Gesundheitsinformationen in Papier- und elektronischer Form breit gestreut werden, haben sich viele Gesundheitsbehörden zur Investition in diesen Bereich entschlossen, um zuverlässige Informationen verfügbar und zugänglich zu machen. In einigen Ländern haben Gesundheitsbehörden, Versicherer oder Organisationen von Leistungserbringern in Webseiten oder Webportale investiert, um der Bevölkerung relevante und zuverlässige Informationen bereitzustellen, auf die sie ihre gesundheitlichen Entscheidungen stützen kann. Nicht nur muss auf die allgemeine Nachfrage nach zuverlässigen Gesundheitsinformationen eingegangen werden, besondere Beachtung sollten vor allem die Bedürfnisse von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz finden. Auch andere Formen der Informationsvermittlung im elektronischen Format – virtuelle Gemeinden oder Netzwerke, interaktives digitales Fernsehen, Kioske mit Touch-screen-Computern, Taschencomputer, Videos, DVDs (digitale Videodisketten) und Audiokassetten – könnten für bestimmte Patientengruppen oder benachteiligte Bevölkerungsgruppen von Vorteil sein.

Maßnahmen auf Mikroebene (z. B. Klinikteams, Gruppenpraxen und örtliche Gemeinschaften)

Die Förderung einer Kultur der Partnerschaft zwischen Gesundheitsfachkräften und Patienten setzt voraus, dass die Fachkräfte sich eine Reihe von Fertigkeiten und Eigenschaften aneignen. Darunter fallen:

- Verständnis für die Sichtweise des Patienten
- die Fähigkeit, den Patienten zu Informationsquellen zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu leiten
- die Fähigkeit, sie aufzuklären und zu schulen, damit sie ihre Gesundheit schützen und das Auftreten oder Wiederauftreten von Krankheiten verhindern
- die Fähigkeit, die Präferenzen eines Patienten herauszufinden und in Betracht zu ziehen
- die Fähigkeit, kommunikativ über Risiken und Wahrscheinlichkeiten zu informieren

- die Fähigkeit, partizipativ Entscheidungen zu treffen
- die Fähigkeit, Selbstversorgung und Selbstbewältigung zu unterstützen
- die Fähigkeit, in multidisziplinären Teams zu arbeiten
- die Fähigkeit, neue Technologien zu nutzen und damit dem Patienten zu helfen, sich mehr für ihre Gesundheit zu engagieren und
- die Fähigkeit, effizient mit Zeit umzugehen, um all dies zu ermöglichen.

Aufklärung und Schulung der Patienten muss integraler Bestandteil der Interaktion zwischen Fachkraft und Patient werden. Das setzt eine wirkungsvolle professionelle Leitungsfunktion sowie die Erarbeitung, Ausführung und Auswertung von effizienten Schulungsprogrammen voraus. Anweisungen per Telefon und E-Mail in angemessener Weise, telefonische Beratung, schriftliche Nachrichten mit Stichworten und Erinnerungen, so genannte virtuelle Unterstützung (z. B. interaktive Webseiten und virtuelle Netzwerke), unterstützende Technologie und Ausrüstung zur Selbstüberwachung können zu Selbstvertrauen und kompetenter Selbstbewältigung der Patienten beitragen. In einigen Ländern werden persönliche Budgets oder Gutscheine (sofern erforderlich) für die Inanspruchnahme von Dienstleistung eingeführt, um für Menschen mit komplexem Bedarf eine individualisierte Versorgung zu erleichtern.

Wenn die Patienten motiviert werden, sich aktiv an Entscheidungen über ihre Versorgung zu beteiligen, kann damit u. U. sichergestellt werden, dass Behandlung und Krankheitsmanagement angemessen auf das Individuum zugeschnitten sind. Folgende Methoden sind nachweislich nützlich: Kliniker bringen ihren Patienten nützliche Informationsquellen nahe; eine Fragenkartei, die dem Patienten beispielhaft mögliche Fragen zu Behandlung und Versorgung aufzeigt; evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patienten, damit diese zu einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Fachkräften finden; Leitlinien zur Selbstbewältigung und Selbstbehandlung, die Patienten mit chronischen Krankheiten dabei helfen, mit Symptomen, Behinderungen und emotionalen Problemen fertig zu werden; Zugang zu medizinischen Aufzeichnungen in Papier- oder elektronischer Form für Patienten; Zustellung der Kopie von Überweisungen an die betreffenden Patienten.

Umsetzung: Entwicklung von Strategien für die nationale und lokale Ebene

Die zum Zweck des vorliegenden Grundsatzpapiers gesichteten Studien unterscheiden sich hinsichtlich der Art, wie die evaluierten Maßnahmen und gemessenen Ergebnisse dargestellt werden. In einigen Fällen sind die Maßnahmen oder der Kontext der Studie nicht ausreichend deutlich beschrieben. In anderen Fällen werden demographische und klinische

Merkmale der Patienten nicht oder nur ungenügend referiert. Auch die Verlaufskontrollperiode war oft recht kurz, sodass längerfristige Auswirkungen der Maßnahmen nicht erfasst wurden, und in nur wenigen Studien wurden die Kostenwirksamkeit der Maßnahmen evaluiert oder die potenziellen Opportunitätskosten in Betracht gezogen. Die meisten Untersuchungen wurden in einem einzigen Land durchgeführt, vielfach in Nordamerika, während nur wenige Studien aus Ost- oder Südeuropa stammten. Es ist daher Vorsicht geboten, wenn man erwägt, solche Maßnahmen unter abweichenden Gegebenheiten umzusetzen.

Dennoch meinen wir dargelegt zu haben, dass es eine breite, wenn auch nicht perfekte Erkenntnisgrundlage gibt, auf die Strategien zur stärkeren Einbeziehung von Patienten sich stützen können. In der Mehrzahl der referierten Übersichtsstudien werden für wichtige Zielgrößen positive Ergebnisse genannt, und insgesamt lässt sich aus den Daten auf viel versprechende Wege schließen, die es zu verfolgen lohnt.

Bei der Planung für ein Programm zur Einbeziehung der Patienten müssen die unterschiedlichen Krankheitsmuster bedacht werden. In ihrer großen Mehrheit meint die europäische Bevölkerung, ihre Gesundheit sei gut. Nur 7% geben einen schlechten Gesundheitszustand an, aber jeder Dritte leidet unter chronischen Beschwerden (9). Unter den 25 Ländern der Europäischen Union, die vor Januar 2007 zu den Mitgliedstaaten zählten, ist die Gesundheit laut Eigenangabe in den 10 neuen Mitgliedstaaten schlechter: Durchschnittlich 61% gaben einen guten Gesundheitszustand an, verglichen mit 76% in den 15 älteren Mitgliedstaaten. Den höchsten Anteil an Menschen, die sich im Alltag durch eine langfristige Krankheit beeinträchtigt fühlen, haben osteuropäische Länder (es sind 34% in Slowenien, 30% in der Tschechischen Republik und 28% in Estland und Ungarn). Die niedrigsten Anteile haben Luxemburg (15%), Spanien (15%), Italien (12%) und die Schweiz (8%). Zudem erhalten 25% der europäischen Bevölkerung wegen eines chronischen Zustands eine medikamentöse Langzeittherapie. Den höchsten Bevölkerungsanteil mit einer Langzeitbehandlung haben Finnland (33%), Ungarn und Schweden (31%), wohingegen weniger als 20% der Bevölkerung von Italien, den Niederlanden und Österreich in diese Kategorie fallen.

Kulturelle Hemmnisse – z. B. Überzeugungen von Patienten und Gesundheitsfachkräften bezüglich ihrer Rollen im Konsultationsprozess – könnten in einigen Ländern schwer zu überwinden sein. Derartige Hemmnisse machen Veränderungen der Praxis schwierig, solange die Patienten selbst nicht willens sind, sich stärker in ihre Gesundheitsversorgung einzubringen, auf welcher ihnen genehmen Ebene auch immer. Die Fachkräfte müssen darauf vorbereitet sein, ihnen in dieser Hinsicht zu helfen. So werden Menschen wahrscheinlich nicht an Schulungsprogrammen für Selbstbewältigung teilnehmen, wenn sie

bezweifeln, dass ihnen für den Umgang mit ihrer Gesundheit eine Schlüsselrolle zukommt. Es wird auch schwierig sein, Maßnahmen durchzuführen, ohne dass die Gesundheitsfachkräfte eine zusätzliche Fortbildung durchlaufen.

Auch soziale Ungleichheiten können einer gewandelten Einbeziehung der Patienten im Wege stehen. Menschen mit geringerem Bildungsstand und niedrigerem Einkommen sind vielleicht weniger zuversichtlich, was ihr Engagement für ihre Gesundheitsversorgung und die Auswertung von Gesundheitsinformationen angeht. Sie haben möglicherweise auch weniger Zugang zu Computern und dem Internet. Die digitale Spaltung ist in einigen europäischen Ländern offensichtlicher als in anderen. Einer Erhebung zur Nutzung elektronischen Gesundheitsdiensten durch die Bürger zufolge wird das Internet zu gesundheitsrelevanten Zwecken am häufigsten in den nordeuropäischen Ländern genutzt, etwa in Dänemark (62%), Deutschland (49%) und Norwegen (59%) (51). Die osteuropäischen Länder Polen und Lettland geben 42% bzw. 35% an, während in Südeuropa der geringste Anteil der Bürger das Internet gesundheitsbezogen nutzt: 30% in Portugal und 23% in Griechenland.

Es ist potenziell von erheblichem Vorteil, wenn diese Hemmnisse überwunden werden. Es ist vielleicht die beste Weise, die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme sicherzustellen, wenn es gelingt, die Patienten in ihre Gesundheitsversorgung einzubeziehen und ihnen nahe zu legen, Verantwortung für den Schutz ihrer Gesundheit zu übernehmen. Aus den Daten ist zu schließen, dass besser informierte und engagierte Menschen tendenziell weniger Ressourcen für Gesundheitsversorgung beanspruchen, eine geeignetere Auswahl treffen und damit bessere Gesundheitsergebnisse erzielen.

Abgesehen davon, dass es potenziell zu einer höheren Effizienz bei der Nutzung von Ressourcen für Gesundheitsversorgung führen kann, wenn Patienten im Krankheitsfall das Heft in die Hand nehmen, könnte sich das auch als ein wirkungsvolles Mittel zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit erweisen. Die traditionelle, paternalistische Praxis untergräbt das Zutrauen der Patienten in ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen. Wenn Paternalismus von einem partnerschaftlichen Ansatz abgelöst wird, stärkt das u. U. das Gefühl, selbstwirksam zu sein. Hilfe zur Selbsthilfe im Krankheitsfall und Steigerung der Fähigkeit, den Auswirkungen einer Erkrankung zu begegnen, macht Patienten vielleicht Mut, so dass sie sich für Risikoreduktion und Prävention von Gesundheitsmängeln eher verantwortlich fühlen. Die Einbeziehung der Patienten ist für die Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse und der Gesundheit der Bevölkerung wesentlich.

Fazit

Wir verfügen über eine Erkenntnisgrundlage, auf der sich wirkungsvolle Strategien aufbauen lassen, die der Information und Befähigung der Patienten dienen und sie in die sie betreffenden Gesundheitsfragen und ihre Gesundheitsversorgung einbinden. Es ist wichtig, dass die Gesundheitspolitik diesen Erkenntnissen Rechnung trägt, sie nutzt und dazu beiträgt. Es sind jedoch belastbarere Daten und mehr experimentelle Erfahrungen nötig, wenn die Gesundheitssysteme in den Stand gesetzt werden sollen, die vielen Möglichkeiten erschöpfend zu nutzen, mit deren Hilfe der Gesundheitszustand angehoben werden kann.

Da Gesundheitskompetenz für eine bessere Einbindung der Patienten in ihre Gesundheitsversorgung zentral ist, sollten alle Strategien für eine umfassendere Einbeziehung der Patienten auf mehr Gesundheitskompetenz abzielen. Wenn das Problem der Gesundheitskompetenz außer Acht gelassen wird, könnten sich die gesundheitlichen Ungleichheiten ausweiten.

Kenntnisse und Verständnis nehmen zu, wenn die Gesundheitsfachkräfte ihre Patienten aktiv in deren Versorgung einbinden, was zu besseren Ergebnissen führt. Partizipative Entscheidungsfindung und Selbstbewältigung verstärken sich wechselseitig. Auch diese Ansätze sollten in ihrer Bedeutung erkannt und konsequent realisiert werden.

Strategien zur Information und Befähigung der Patienten und für eine erhöhte Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgungssysteme sollten auf der politischen Tagesordnung aller Länder an vorderer Stelle stehen. Es ist nicht allein wichtig, weil es richtig ist, sondern weil sich damit der beste Weg öffnet, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und auch für die Zukunft die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

Literatur

1. Kickbusch I. Enabling healthy choices in modern health societies. *Eighth European Health Forum, Bad Gastein, Austria, 5–8 October 2005*.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15(3):259–267.
3. Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC, National Academies Press, 2004.
4. von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(5):1344–1351.
5. Grol, R et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 2000, 50:882–887.
6. Sheridan SL et al. Shared decision making about screening and chemoprevention: a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 26(1):56–66.
7. Bastiaens H et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 2007, 68(1):33–42.
8. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Maidenhead, Open University Press, 2003.
9. European Commission. *Health in the European Union*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf, Zugriff am 8. April 2008).
10. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1998, 1(1):2–4.
11. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 26(1):1–7.
12. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, W.H. Freeman and Company, 1997.
13. Coulter A, Ellins J. *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. London, The Health Foundation, 2006 (<http://www.pickereurope.org/Filestore/Downloads/QEI-Review-intro.pdf>, Zugriff am 7. April 2008).

14. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *British Medical Journal*, 2007, 335:24–27.
15. Nguyen HQ et al. Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for further research. *Computers in Biology and Medicine*, 2004, 34(2):95–112.
16. Wofford JL, Smith ED, Miller DP. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 2005, 59(2):148–157.
17. Eakin EG et al. Reaching those most in need: a review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2002, 18(1):26–35.
18. Berkman ND et al. *Literacy and health outcomes*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2004 (Evidence Report/Technology Assessment No. 87).
19. Gustafson DH et al. CHESS: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics*, 2002, 65(3):169–177.
20. Murray E et al. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (4):CD004274.
21. Franklin V et al. A randomized controlled trial of Sweet Talk, a text messaging system to support young people with diabetes. *Diabetes Medicine*, 2006, 23:1332–1338.
22. Eysenbach G et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287(20):2691–2700.
23. Swain D et al. *Accessing information about health and social care services*. Oxford, Picker Institute Europe, 2007 (http://www.pickereurope.org/Filestore/Publications/Information_access_final_web.pdf, Zugriff am 7. April 2008).
24. Health on the Net Foundation. HON Code of Conduct (HONcode) for medical and health web sites [Webseite]. Geneva, Health on the Net Foundation (<http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html>, Zugriff am 9. April 2008).
25. DISCERN [Webseite]. DISCERN quality criteria for consumer health information. Oxford, DISCERN (<http://www.discern.org.uk/>, Zugriff am 9. April 2008).

26. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (2):CD003751.
27. Bieber C et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician–patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2006, 63:357–366.
28. Stevenson FA et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 2004, 7(3):235–245.
29. Cohen D et al. Resource effects of training general practitioners in risk communication skills and shared decision making competences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2004, 10(3):439–445.
30. Griffin SJ et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2(6):595–608.
31. Wetzels R et al. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (3):CD004273.
32. Ottawa Health Research Institute. Patient Decision Aids [Webseite]. Ottawa, Ottawa Health Research Institute (<http://www.ohri.ca/decisionaid/>, Zugriff am 9. April 2008).
33. O'Connor AM et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (2):CD001431.
34. Elwyn G et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal*, 2006, 333:417–419.
35. O'Connor AM, Stacey D. *Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87791.pdf>, Zugriff am 7. April 2008).
36. McCaffery KJ et al. Shared decision-making in Australia. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:205–211.

37. Légaré F, Stacey D, Forest PG. Shared decision-making in Canada: update, challenges and where next! *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:213–221.
38. Moumjid N et al. Shared decision-making in the physician-patient encounter in France: a general overview. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:223–228.
39. Loh A et al. Patient and citizen participation in German health care – current state and future perspectives. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:229–235.
40. Goss C, Renzi C. Patient and citizen participation in health care decisions in Italy. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:236–240.
41. van der Weijden T, van Veenendaal H, Timmermans D. Shared decision-making in the Netherlands – current state and future perspectives. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:241–246.
42. Evans R et al. Prominent strategy but rare in practice: shared decision-making and patient decision support technologies in the UK. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:247–253.
43. Holmes-Rovner M, Gruman J, Rovner DR. Shared decision-making in the US – research and development outpaces delivery. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:254–258.
44. Lorig K. Organizations licensed to offer Stanford Self-Management Programs [Webseite]. Palo Alto, CA, Stanford School of Medicine, 2008 (<http://patienteducation.stanford.edu/organ/>, Zugriff am 8. April 2008).
45. Foster G et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (4):CD005108.

46. Deakin T et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD003417.
47. Effing T et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (4):CD002990.
48. Gibson PG et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (1):CD001117.
49. Kaltenthaler E et al. A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. *Health Technology Assessment*, 2002, 6(22):1–89.
50. Warsi A et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:1641–1649.
51. Andreassen HK et al. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*, 2007, 7(147):53.

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Kopenhagen Ø,
Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).