

Evidenzbasiert kommunizieren

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, Julia Ollenschläger, Sylvia Säger | Kommunikative Kompetenzen in der Betreuung werden von Schwangeren zunehmend höher bewertet. Sie sind ihnen wichtiger als attraktive Räumlichkeiten, Komfort und Service. Hebammen sind heute gefragt, dies zu verinnerlichen und ihre Fähigkeiten auf diesem Gebiet zu stärken

genutzten und hilfreichsten Informationsquellen (BzGA 2006). Ihr Kommunikationsverhalten hat direkten Einfluss auf Einstellungen und Entscheidung der Schwangeren – zum Beispiel bezüglich der Nutzung von Pränataldiagnostik (BzGA 2006), Sectio (Lutz & Kolip 2006), Stillen und frühzeitiger Krankenhausentlassung nach Entbindung (Braun 2006). Aus diesem Grund haben umfassende und verständliche Beratungsgespräche, die den Informationsbedarf der Patientin angemessen berücksichtigen (siehe Tabelle 2), einen besonderen Stellenwert in der Schwangerenbetreuung, wie auch kürzlich in der DHZ 4/2007 dargelegt wurde (Höfer 2007, Sankten 2007).

In den vergangenen Jahren hat sich das Arzt-Patientinnen-Verhältnis deutlich geändert: Patientinnen hinterfragen heutzutage häufiger und intensiver den Nutzen medizinischer Maßnahmen und die Qualität der Behandlung in Klinik und Praxis. Sie erwarten, dass vom medizinischen Fachpersonal ihre Wertvorstellungen und Präferenzen berücksichtigt werden. Und sie verlangen mit Recht, dass man sie als Betroffene in die Lage versetzt, informiert und selbstverantwortlich entscheiden zu können.

Güte der Information

Auch immer mehr Schwangere beachten bei der Auswahl von GynäkologInnen und/oder Hebammen und Geburtseinrichtungen die Kommunikations- und Informationsqualität des Fachpersonals. In einer aktuellen Berliner Befragung wurden Persönlichkeit, Kompetenz und Freundlichkeit des Personals als Argument für die Auswahl einer Klinik etwa doppelt so hoch bewertet wie attraktive Räumlichkeiten, Komfort und Service (Wöckel et al. 2007).

Die Kommunikationskompetenz von Hebammen und ÄrztInnen beeinflusst aber nicht nur Entscheidungen in Bezug auf die Organisation der Schwangerschaftsbetreuung. ÄrztInnen und Hebammen sind die in der Schwangerschaft am häufigsten

Schwangere Frauen möchten im Rahmen der Schwangerenberatung

- den Verlauf der Schwangerschaft verstehen
- eine realistische Vorstellung über die Prognose für die Schwangerschaft und das Kind erhalten
- über empfohlene Untersuchungs- und Therapieverfahren ausführlich informiert werden
- Abläufe und wahrscheinliche Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlungen verstehen sowie Alternativen, Risiken und Nebenwirkungen kennen
- Klarheit darüber erhalten, wie gut die ausgewählten Verfahren geeignet sind, das Gesundheitsproblem zu behandeln
- Informationen über nutzlose, überflüssige und schädliche Maßnahmen erhalten
- Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung von Problemen erhalten
- Hinweise darüber erhalten, was sie selbst zum optimalen Verlauf der Schwangerschaft beziehungsweise der Kindesentwicklung beitragen können
- erfahren, wo sie die beste Behandlung für sich und ihr Kind erhalten
- Kenntnis über weiterführendes Informationsmaterial und über Hilfsangebote erlangen (modifiziert nach Coulter et al. 1999, ÄZQ 2006, BzGA 2007).

Der entscheidende Fortschritt, der sich derzeit (auch) im deutschen Gesundheitswesen vollzieht, ist der konzeptionelle Wechsel von einer allein an Wirksamkeit orientierten zu einer vermehrt an Zweckmäßigkeit und nutzenorientierten Medizin. In diesem Zusammenhang kommt den Methoden und Strategien der Evidenzbasierten Medizin (EBM) eine zentrale Rolle zu, da mit ihrer Hilfe medizinisches Wissen bezüglich seiner Zuverlässigkeit, Praktikabilität und Anwendbarkeit auf den individuellen Patienten überprüft werden kann (Ollenschläger et al. 2003).

Interne und externe Evidenz

Evidenz (im Sinne von Beweis) ist alles, was uns glauben macht, dass etwas der Fall ist. Man unterscheidet dabei zwischen interner und externer Evidenz:

- Die interne Evidenz ist die Summe der Befunde, Erfahrungen (Expertise), Meinungen und Vorstellungen, die Ärztin/Arzt und Patientin von jeweils eigener Seite in eine Begegnung mit einbringen.
- Unter externer Evidenz werden Befunde aus der wissenschaftlichen Literatur verstanden.

Zur Ausübung von Evidenzbasierter Medizin braucht das medizinische Fachpersonal neben klinischer Expertise diejenige externe Evidenz, die es ermöglicht, mit der Patientin die beste Entscheidung zu treffen. So gesehen ist Evidenz also das, was Arzt/Ärztin oder Hebamme und Patientin für ihre Beurteilung des Gesundheitsproblems und für ihr Handeln als Beweise und Begründung anführen. Dementsprechend war gute Medizin immer evidenzbasiert. Was also ist neu an der „Evidenzbasierten Medizin“ im heutigen Verständnis?

1. Das explizite Suchen und Verwenden der besten externen Evidenz.
2. Der explizite Abgleich dieser Evidenz mit dem Wissen des Arztes über die Patientin (interne Evidenz/Expertise).
3. Die explizite Aufforderung an die Patientin, ihre interne Evidenz und ihre Werte in den Entscheidungsprozess mit einzubringen.

Das Kommunikationsverhalten hat direkten Einfluss auf die Entscheidung

Externe Evidenz lässt sich je nach Beweiskraft in verschiedene Stärkegrade einteilen. Dabei bilden den niedrigsten Evidenzgrad die Meinungen von Experten und die klinische Erfahrung aus Fallberichten. Den höchsten Grad bildet die Evidenz aus Meta-Analysen randomisierter, kontrollierter Studien. Die Expertenmeinung wird nicht deshalb so niedrig eingestuft, weil die Experten nicht die richtige Meinung haben könnten, sondern weil die Verlässlichkeit der Expertenmeinung aufgrund ihrer Varianz groß ist (Kühlein & Forster 2007). Auch der Patient verfügt über interne Evidenz. Sie bestimmt entscheidend mit, ob die vorgenannten Arten der Evidenz eine Relevanz für ihn haben. Aus diesem Grunde kann die Expertenmeinung (niedriger Evidenzgrad) für den Einzelfall bedeutsamer sein als die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien mit hohem Evidenzgrad.

Empfehlungen für die Patientenbehandlung bedeuten immer das Abwägen zwischen dem möglichen Nutzen einer Maßnahme und ihren Nachteilen, das heißt möglichem Schaden, Belastungen und Kosten für die Patientin und ihre Angehörigen. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Evidenzlage. Resultiert aus der Abwägung eine eindeutige Aussage, kann eine starke Empfehlung für oder gegen eine Behandlung ausgesprochen werden.

Ist das Ergebnis der Abwägung nicht eindeutig, so folgt eine schwache Empfehlung. Ein breites Spektrum an organisatorischen und individuellen Rahmenbedingungen (Wertvorstellungen, Präferenzen etc.) kann die Berücksichtigung der Evidenz deutlich beeinflussen (Kunz et al. 2007).

Der individuelle Fall

Wie beschrieben, geht Evidenzbasierte Medizin weit über das ärztliche Wissen um nachgewiesene Wirksamkeit und

DEFINITION

Evidenzbasierte Medizin (EBM) ist nach Sackett (modifiziert nach Ollenschläger et al. 2003 und AWMF 2007) der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller Expertise von Arzt und Patienten (interne Evidenz) mit der bestmöglichen Erkenntnis aus systematischer Forschung (externe Evidenz).

Zuhören und Zuwendung; aktives Nachfragen	<ul style="list-style-type: none"> Man hört Ihnen zugewandt zu und nimmt Ihre Probleme ernst. Sie haben ausreichend Zeit, ungestört mit Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin bzw. Hebamme zu sprechen. Man erkundigt sich regelmäßig nach Ihrem Befinden und der Wirkung/ Nebenwirkung der vereinbarten Maßnahmen (Therapie). Man erkundigt sich nach den Auswirkungen Ihrer gesundheitlichen Situation auf Ihren Lebensalltag und Ihre berufliche Situation.
Grenzen erkennen	<ul style="list-style-type: none"> Ihr Arzt/ Ihre Ärztin oder Hebamme macht Ihnen deutlich, in welchen Fällen andere Kolleginnen über einen größeren Erfahrungsschatz beziehungsweise eine spezialisiertere Ausbildung verfügen.
Umfassend und verständlich aufklären	<ul style="list-style-type: none"> Sie werden verständlich und im Idealfall mithilfe bildlicher Darstellungen über die gestellte Diagnose und vorgeschlagene Therapie/ Betreuungsmaßnahmen aufgeklärt. Sie werden über existierende Behandlungsleitlinien sowie über alle in Frage kommenden Möglichkeiten der Behandlung/ Betreuung informiert. Die Erläuterungen beinhalten in sachlicher und verständlicher Form Wirkungsweise, Nutzen und Risiken der vorgeschlagenen Maßnahmen.
Prüfen, was verstanden wurde	<ul style="list-style-type: none"> Man fragt Sie, ob die Erläuterungen verstanden wurden und ermutigt Sie, Fragen zu stellen. Wenn die deutsche Sprache nicht Ihre Muttersprache ist, ist man darum bemüht, dass Sie dennoch alles verstehen – gegebenenfalls unter Mithilfe eines Übersetzers
Schriftliche Informationen und Hilfsangebote	<ul style="list-style-type: none"> Besonders wichtige Informationen und Empfehlungen zu weiterführenden Hilfsangeboten (z.B. Schulungen, Kontaktstellen) erhalten Sie schriftlich. Informationsmaterial, das Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin oder Hebamme erhalten, stammt aus seriösen und verlässlichen Quellen.
Erwartungen klären; gemeinsam entscheiden	<ul style="list-style-type: none"> Ihr Arzt/ Ihre Ärztin oder Hebamme verständigt sich mit Ihnen darüber, welche Erwartungen und Wünsche Sie an die Betreuung haben. Ihr Arzt/ Ihre Ärztin oder Hebamme bietet Ihnen an, Entscheidungen über erforderliche Maßnahmen mit ihm/ ihr gemeinsam zu treffen. Wenn Sie eine Entscheidung lieber Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin oder Hebamme überlassen möchten, erhalten Sie trotzdem verständliche und ausreichende Erklärungen und Begründungen. Ihre Vorstellungen, Wünsche, Bedürfnisse, Ängste werden ernst genommen und bei der Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme berücksichtigt. Man akzeptiert es, wenn Sie Bedenken zu einem Behandlungsvorschlag äußern oder diesem nicht zustimmen. Wenn Sie es wünschen, werden Familienangehörige oder enge Vertraute in die Beratung einbezogen.

Nutzen hinaus. „Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall“ (siehe Tabelle 2) zielt darauf, dass die Patientin/der medizinische Laie informierte Entscheidungen zu krankheits- oder gesundheitsrelevanten Fragen trifft.

Die „informierte Entscheidung“ kann selbstständig erfolgen („informed decision making“). Dies setzt voraus, dass medizinische Laien wissenschaftliche Ergebnisse interpretieren und bewerten können (Härter 2004). Oder – und dies sollte in Klinik und Praxis Routine sein – es kann sich um zusammen mit dem medizinischen Fachpersonal „gemeinsam verantwortete Entscheidungen“ auf der Grundlage ausführlicher Aufklärung und Beratung handeln („Partizipative Entscheidungsfindung“ („shared decision making“)) (Härter 2004, Härter & Loh 2007, Loh et al. 2007).

Als Handlungsschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung sind nach Loh et al. 2007 zu sehen:

- mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- Gleichberechtigung der Partner formulieren
- über Wahlmöglichkeiten informieren

- über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
- Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- Präferenzen ermitteln
- Aushandeln der Entscheidung
- gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen.

Um dies zu erreichen und damit die EBM tatsächlich eine Bedeutung in der individuellen Betreuerin-Patientinnen-Beziehung erlangt, müssen die in Tabelle 2 zusammengestellten Bedingungen erfüllt sein.

Wie Ingrid Mühlhauser bereits 1999 ausführte, gehen evidenzbasierte Patienten- beziehungsweise Konsumenten-Entscheidungen („evidence-based patient/ consumer choice“) weit über das hinaus, was bisher unter Patientenmitbestimmung, beispielsweise bei Einwilligungen zu diagnostischen Maßnahmen oder Therapie-Entscheidungen, verstanden wurde: Bei der traditionellen Mitentscheidung war der Laie vollständig auf Bewertungen von Experten angewiesen. Der Patient traf seine Entscheidung primär unter Abwägung der Glaubwürdigkeit der jeweiligen Experten und eigener

Tabelle 1: Beurteilungskriterien für PatientInnenkommunikation in Klinik und Praxis (modifiziert nach Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2005)

Auch der Patient verfügt über interne Evidenz

Präferenzen. Traditionelle Expertenbewertungen beschränkten sich häufig auf Globalurteile, wie „das ist bewiesen“, „es ist besser, zu behandeln“, „Früherkennungsuntersuchungen retten Menschenleben“ oder einer verzerrten Darstellung wissenschaftlicher Daten (Mühlhauser & Hölldtke 1999). Die möglichst fundierte Einschätzung eines möglichen persönlichen Nutzens im Verhältnis zu Aufwand und Nachteilen war dem medizinischen Laien in solchem Kontext nicht möglich.

Allerdings ersetzen nonverbale Informationen in Form von Broschüren, Videos oder Internetinformationen nicht das individuelle und umfassende Beratungsgespräch zwischen Patientin und Ärztin/Arzt oder Hebamme (Lutz & Kolip 2006). Die bisher umfassendste, im Juli dieses Jahres publizierte Literaturanalyse zum Effekt von medizinischem Informationsmaterial und Entscheidungshilfen auf Kenntnis, Verhalten und Gesundheitszustand von Laien belegt, dass nonverbale Informationen allein nur wenig nachweisbaren Nutzen haben. Sie können jedoch, wenn auf die individuellen Voraussetzungen der einzelnen Patientin (bezüglich Ausbildung, Informationsbedarf etc.) zur Vorbereitung und Ergänzung des Beratungsgesprächs hilfreich beziehungsweise zum Teil unabdingbar sein (Coulter & Ellins 2007).

Kennedy et al. konnten 2002 in einer kontrollierten Studie mit gynäkologischen Patientinnen zeigen, dass Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) zu geringerem Einsatz von invasiven und kostenträchtigen Behandlungsmaßnahmen führte, nicht jedoch die alleinige Versorgung

der Patientinnen mit Informationsmaterial. Die Vorteile dieser Vorgehensweise wurden kürzlich von Loh et al. 2007 auf der Grundlage einer Metaanalyse wie folgt zusammengefasst: Interventionen im Sinne der PEF bewirken

- Zunahme des Wissens
- realistischere Erwartung an Behandlungsverläufe
- aktivere Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess

Definition Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Patientin und Hebamme oder Ärztin kommen auf Basis gegenseitig ausgetauschter Informationen zu gemeinsam verantworteten Entscheidungen zu gesundheitlichen Fragen

Voraussetzungen für eine Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) auf Patientenseite

Vorbereitung auf das Beratungsgespräch:

- Klärung der eigenen Beteiligungspräferenz, Vorbereitung von Informationen zur Krankengeschichte und Fragen an Hebamme oder Ärztin

Während des Beratungsgesprächs:

- Mitteilung von Informationen (Krankengeschichte, Beschwerden, Lebensstil, Beteiligungspräferenz)
- Notizen machen
- Fragen stellen
- Gefühle mitteilen
- Bewertung der erhaltenen Informationen und gemeinsame Diskussion mit der Expertin
- Klärung eigener Erwartungen
- ausreichend Zeit für Überlegungen haben, um sich für oder gegen eine empfohlene Behandlung entscheiden zu können.

Voraussetzungen für PEF auf Arzt-/ Hebammenseite

- Kenntnis über aktuelle, wissenschaftlich belegte, wirksame und nützliche Behandlungsmöglichkeiten: Kenntnis der externen Evidenz
- umfassende Information über Zweck, medizinische, soziale und finanzielle Folgen, Vor- und Nachteile verschiedener möglicher Behandlungsoptionen (inklusive Unsicherheiten und Risiken, wenn möglich verständliche Mitteilung von Wahrscheinlichkeiten für negative und positive Ergebnisse der Behandlung): Vermittlung der externen und internen Evidenz
- Nachfragen, ob Informationen verstanden wurden
- Zeit für die Beantwortung von Fragen
- Berücksichtigung der Individualität, Wertevorstellungen, Bedenken, Ängste und Präferenzen der Patientin: Berücksichtigung der internen Evidenz der Patientin
- Ermutigung zur Beteiligung an Behandlungsentscheidungen (Entscheidung aushandeln)
- Patientenentscheidung akzeptieren können
- genaue Anweisungen für die Behandlung (Plan zur Umsetzung der Entscheidung)
- Vermittlung ergänzender Informationen/ Hilfen (Broschüren, Videos, Beratungsstellen)

Tabelle 2: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Definition und Voraussetzungen auf Patientenseite und Arzt-Hebammenseite (modifiziert nach Charles et al. 1997, Ronald et al. 2004, Härter & Loh 2007, Sängler et al. 2007)

- Verringerung von Entscheidungskonflikten
- Abnahme der Unentschlossenheit der Patienten gegenüber Behandlungen
- Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Risikowahrnehmung der Patienten.

Empfehlungen

Themen und Probleme, die für Patienten relevant sind, sind laut der Mängelliste des Berliner Selbsthilfeforums (Stötzner 2001):

- Ärzte hören zu wenig zu, haben zu wenig Zeit
- Aufklärung und Beratung sind unzureichend
- Ärzte sprechen in einer unverständlichen Wissenschaftssprache
- Ärzte haben einseitige Definitionsmacht, es wird Druck ausgeübt in Richtung bestimmter Behandlungsmethoden
- Ärzte legen ihre Interessen und Informationsquellen nicht offen (Pharmainteressen)
- Patienten stehen bei Behandlungsfehlern allein.

So zeigte eine Analyse des Infas-Instituts, dass für gut ein Viertel der Befragten die Informationen des Arztes nicht hinreichend verständlich sind (Infas-Institut 1998, zitiert bei Ollenschläger 2004). Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verantwortete Repräsentativbefragung Schwangerer zum Thema Perinataldiagnostik 2006 ergab, dass sich die Mehrzahl der Befragten nicht ausreichend informiert fühlte (siehe Tabelle

3). Es ist deshalb nur zu verständlich, dass wirksame Maßnahmen zur Verbesserung von kommunikativer Kompetenz und Informationsmanagement der medizinischen Fachberufe immer dringlicher angemahnt werden, insbesondere auch im Rahmen der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung. Veränderte Erwartungen von Patienten an den Arzt sind nur *ein* Beispiel für veränderte Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Die Veränderungen betreffen ebenso Umfang und Verfallszeiten des Wissens, aber auch ethische, ökonomische und strukturelle Aspekte der medizinischen Versorgung.

In diesem Zusammenhang empfahl der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2001

- eine grundsätzliche Umorientierung der medizinischen Ausbildung in der Weise, dass dem Erwerb ärztlicher Kompetenzen gleichrangige Bedeutung gegeben werden sollte wie dem reinen Erwerb von Wissen
 - stärkere Förderung/Evaluation von systematischer Fortbildung beziehungsweise der kontinuierlichen professionellen Entwicklung.
- Dabei wurden als Bereiche mit besonders großem Nachholbedarf unter anderem hervorgehoben:
- das Training psychosozialer und kommunikativer Fähigkeiten
 - der Umgang mit Leitlinien
 - die Anwendung von klinischer Epidemiologie/evidenzbasierter Medizin.

Entsprechende Bildungs- und Trainingsangebote werden zunehmend in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Qualitätszirkelarbeit der Vertragsärzte integriert. Damit sich diese Aktivitäten flächendeckend auswirken, sind jedoch noch intensive Anstrengungen notwendig: Die Leistungsträger müssen davon überzeugt werden, dass qualitäts- und evidenzbasierte Versorgung heutzutage unabdingbar und machbar ist – gerade auch in der Geburtshilfe (Beckermann 2004, Hanke & Mallmann 2002). „Evidenzbasierte Medizin, das heißt: das Richtige richtig zu machen, macht Spaß“, schreiben Wolfgang Blank und Günther Egidi aus Sicht der hausärztlichen Medizin in ihrem Lehrbuch „Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis“ (2007).

Fachgesellschaften, Berufsverbände und Selbsthilfe sind aufgefordert, qualitativ hochstehende sowie praktikable Leitlinien und Patientinformationen für die Geburtshilfe zu entwickeln. Hier besteht deutlicher Optimierungsbedarf, wie Klaus Vetter 2002 anmahnte und wie auch heute noch im Leitlinienangebot der Arbeitsgemeinschaft

der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2007) nachzulesen ist.

Trotz des verständlichen Überdrusses der Leistungsträger in Klinik und Praxis, mit immer mehr administrativen Auflagen konfrontiert zu werden, besteht der dringende Bedarf, die bekannten Instrumente und Vorgehensweisen des medizinischen Qualitätsmanagements (Leitlinien, Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Berichtswesen, Risiko- und Fehlermanagement, Patientenorientierung) in der ambulanten und stationären Geburtshilfe aufeinander abgestimmt und systematisch einzusetzen. Man sollte sich daran erinnern, dass das medizinische Qualitätsmanagement in Deutschland seine Wurzel in der Gynäkologie

Themen	Nicht-invasive PND	Invasive PND
Ziel der Untersuchung	51	65,6
Anlass der Untersuchung	46	59,4
Sicherheit des Untersuchungsergebnisses	39	51,6
Statistische Risikoeinschätzung	37,9	62,5
Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten/ nicht erfassbare Störungen	37,5	41,7
Möglichkeiten des Vorgehens bei auffälligem Befund/ einer Behinderung des Kindes	32,4	34,7
Weitergehende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten/ Hilfsangebote	16,5	21,2
Art und Schweregrad möglicher/vermuteter Störungen	-	35,8
Psychisches/ethisches Konfliktpotenzial bei Behinderung des Kindes	-	24,5
Alternative zur PND	-	21,1

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Beratung vor Durchführung von Perinataldiagnostik. Repräsentative Befragung der BZgA 2006 – Zustimmung (in Prozent der Befragten) zum Statement: „Ich habe ausführliche Informationen erhalten zu den Themen ...“

Kompetenz	Beispiel für Lehrbereich
Entscheidungskompetenz	EBM (Evidenzbasierte Medizin), Lernen nach dem Muster der Leitlinienentwicklung, gesellschaftliche und wirtschaftliche Zusammenhänge im Gesundheitswesen
Handlungskompetenz	traditionelle medizinische Fertigkeiten, psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten, Informationsgewinnung und Informationsverarbeitung, Management im Gesundheitswesen
Persönliche ärztliche Kompetenz	Lernfähigkeit, Teamfähigkeit, kommunikative und psychosoziale Fähigkeiten, Ausprägung ärztlicher Wertbilder, Ausprägung persönlicher ärztlicher Kompetenzschwerpunkte

Tabelle 4: Lehrbereiche von ärztlichen Kompetenzen und mögliche assoziierte Disziplinen (Ollenschläger 2004)

und Geburtshilfe von 1975 hat (Selbmann 2001). „Evidenzbasierte Medizin, Transparenz und Qualitätssicherung sind ureigene ärztliche Anliegen“, bemerkte Dr. Maria J. Beckermann, Frauenärztin aus Köln, 2004 vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mit der Zertifizierung gynäkologischer Arztpraxen.

Skepsis

Allerdings stimmen die aktuellen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung skeptisch: Wenn die Gesundheitspolitik weiterhin Kosteneinsparung und zunehmende administrative Auflagen für die Leistungsträger als prioritär ansehen, werden die oben angeführten Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Kommunikation zwischen ÄrztInnen oder Hebammen und Patientinnen ausbleiben. Und dies nicht aufgrund des Desinteresses oder mangelnder Qualifikation von ÄrztInnen und Hebammen, sondern schlichtweg wegen des Mangels an qualifiziertem und engagiertem Berufsnachwuchs und weil die Zeit fehlt. Dr. Mechthild Groß, Hebamme, Krankenschwester und Dipl. Psychologin aus Hannover, beklagte bereits 2002, dass in Deutschland die wissenschaftlichen

Erkenntnisse der Geburtshilfe bei der Organisation des Gesundheitssystems sträflich vernachlässigt würden: „... In 14 randomisierten kontrollierten Studien wurde belegt, dass kontinuierliche Betreuung durch eine Betreuungsperson neben vielen anderen Vorteilen eine niedrigere Sectorate zur Folge hat“, schreibt sie. Und: „Von einem besseren Personalschlüssel während der Betreuung des Gebärens, wie er in vielen angloamerikanischen Ländern üblich ist, können wir hierzulande nur träumen.“

Diese Situation hat sich weiter zum Schlechteren verändert. Es gilt, dem Einhalt zu gebieten, um unsere Patientinnen und ihre Kinder zu schützen. *Die Literaturliste kann über den Verlag bezogen werden. E-Mail: redaktion@staudeverlag.de oder telefonisch: (05 11) 6 50 03 01.*

DIE AUTOREN

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger ist Professor für Innere Medizin an der Universität Köln und leitet das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Er ist Mitbegründer des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin und des internationalen Leitliniennetzwerks G-I-N (www.g-i-n.net). Außerdem ist er Herausgeber der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ).

Kontakt:
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
 Wegelystr. 3, 10623 Berlin
 E-Mail: ollenschlaeger@azq.de

Julia Ollenschläger ist Assistenzärztin an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Florence-Nightingale-Krankenhauses in Düsseldorf.

Sylvia Sänger ist Diplom-Ingenieurin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie leitet den Bereich Medizinische Informationen und Patientenbeteiligung des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).