CAM EXPERTISE
Karl und Veronica Carstens-Stiftung

Raum für Eigensinn

Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz

Bettina Berger (Hrsg.)

KVC | VERLAG

KVC Verlag
Karl und Veronica Carstens-Stiftung
Am Deimelsberg 36, 45276 Essen
Tel.: +49 (0) 201 56305 0
Fax: +49 (0) 201 56305 30
www.kvc-verlag.de

Berger, Bettina (Hrsg.)
Raum für Eigensinn – Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz

CAM EXPERTISE
Karl und Veronica Carstens-Stiftung

ISBN 978-3-86864-006-9

© KVC Verlag – Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Essen 2011

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Photokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Umschlaggestaltung: eye-d Designbüro, Essen
Druck: Union Betriebs-GmbH, Rheinbach

Vorwort

„Wird Krankheit als eine Beeinträchtigung der gesamten Persönlichkeit des erkrankten Menschen verstanden und die Heilungstendenz als das Ringen der Individualität um Selbstverwirklichung, so ergibt sich daraus als Leitsatz des medizinischen und pflegerischen Handelns: Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu veranlagen. Die gemeinsamen Anstrengungen der Mitarbeiter im Krankenhaus orientieren sich an der Idee der freien, sich selbst bestimmenden Persönlichkeit."
(Gerhardt Kienle am 15.11.1975[1])

So heißt es in der Präambel zur Struktur des Herdecker Gemeinschaftskrankenhauses, formuliert von Gerhard Kienle, dem Initiator und langjährigen Leiter des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, auf dessen Initiative auch die Gründung der Universität Witten/ Herdecke zurück geht, die anstrebt, die Studierenden so auszubilden, dass sie auf der Grundlage dieser Prämisse auch Patienten in Zukunft behandeln können.

Diese Worte im Hintergrund kann ein Buch wie das hier vorliegende eine wertvolle Lektüre für jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin im Gesundheitswesen bieten, enthält es doch eine Vielfalt von Hinweisen darauf, welche zahlreiche Facetten in dem immer komplexer werdenden Gesundheitswesen wir berücksichtigen müssen, um wirklich unserem Anliegen gerecht zu werden – nämlich Menschen, gerade wenn sie krank sind, als sich selbst bestimmende Persönlichkeiten ernst zu nehmen. Das klingt so paradox wie der Begriff Patientenkompetenz, neigen doch auch wir als Ärzte zu allererst einmal dazu, in den Patienten bloß die Hilflosen und

[1] Gerhard Kienle: Die Struktur des Gemeinnützigen Krankenhauses Herdecke, 15.11.1975, unveröffentlichtes Manuskript. Aus: Peter Selg: Gerhard Kienle – Leben und Werk, Band 1. Eine Biographie. Dornach: Verlag am Goetheanum; 2003: 686, Anmerkung 691.

Radatz S. Coaching-Interventionen im Arbeitsalltag. LO Lernende Organisation. 2008; 46: 40–47.

Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank Men Fund. 1966; 44: 94.

Skyler JS, Skyler DL, SeiglerDE, O'Sullivan MJ. Algorithms for adjustment of insulin dosage by patients who monitor blood glucose. *Diabetes Care.* 1981; 4 (2): 311–318.

Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. Development of multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Educ Monogr. 1978; 6: 160.

„Wissen macht stark und gesund" – Kompetenztraining zur Stärkung von kritischer Gesundheitsbildung: Inhalte, Methoden und erste Ergebnisse

Bettina Berger, Ulla Sladek, Anja Gerlach, Eva Matyas, Sylvia Groth

Das Projekt „Wissen macht stark und gesund – Kompetenztraining in Österreich" hat zum Ziel, die Rolle von PatientInnen zu stärken und damit die PatientInnenbeteiligung zu fördern. In fünftägigen Trainings erwerben PatientInnen, KonsumentInnen, BeraterInnen und AkteurInnen im Gesundheitswesen kritische Gesundheitskompetenz und werden ermächtigt, ihre Bedürfnisse in ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen einzubringen.

Kritische Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu hinterfragen. Sie ermöglicht eine größere Kontrolle über die eigene Lebenssituation und erweitert den Handlungsspielraum. Eine Voraussetzung dafür ist die Lesekompetenz. Ebenso wichtig ist die Fähigkeit, sich Informationen aus verschiedensten Quellen zu beschaffen und diese Informationen auf die eigene Situation anzuwenden (Nutbeam 2000).

Im Kompetenztraining „Wissen macht stark und gesund" üben die TeilnehmerInnen, ihre eigenen Fragestellungen zu formulieren, Informationen zu recherchieren, kritisch zu bewerten und als Basis für eigene gesundheitliche Entscheidungen anzuwenden. Sie lernen außerdem, Informationen in der Beratung und Vertretung von PatientInnen verständlich zu vermitteln (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2009).

Organisiert und koordiniert wurde das Projekt von Dezember 2007 bis April 2011 vom Grazer Frauengesundheitszentrum. Das Konzept für das Kompetenztraining wurde von Bettina Berger entwickelt und basiert auf dem Training in wissenschaftlicher Kompetenz für PatientInnen- und VerbrauchervertreterInnen der Arbeitsgruppe Ingrid Mühlhauser, Gesundheitswissenschaften/ Universität Hamburg. Die Trainings führten Bettina Berger und Anja Gerlach aus der Arbeitsgruppe Mühlhauser durch. Geför-

dert wurde das Projekt aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz in Österreich.

Hintergrund

Seit den 1960er Jahren durch die Selbsthilfegruppen (Trojan 1986) und den 1980er Jahren durch die Frauengesundheitsbewegung haben PatientInnen und VerbraucherInnen zunehmend eine aktivere Rolle im Gesundheitswesen eingefordert. Internationale Vorgaben wie die Charta von Lubljana (WHO 1996) und die Erklärung zur Förderung der PatientInnenrechte in Europa (WHO 1994) fordern mittlerweile eine stärkere Beteiligung von PatientInnen im Gesundheitswesen auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Gutachten zur PatientInnenbeteiligung in Deutschland (Dierks 2001) und das Gesundheitsqualitätsgesetz von 2005 in Österreich definieren PatientInnen als KoproduzentInnen ihrer Gesundheit und leiten daraus Beteiligungsrechte ab, die in Deutschland im Jahre 2004 auf der Makroebene durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zu einem Anhörungsrecht von PatientInnenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss auf Bundes- und Landesebene geführt haben (GMG 2004).

Auf der Mikroebene geht es insbesondere um eine angemessene Information und Einbeziehung von PatientInnen in diagnostische und therapeutische Entscheidungen, die inzwischen als ethische Grundsätze angesehen werden (GMC 1998; The Future Patient in Switzerland 2003; Klemperer 2009). Obwohl im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Diskurse der Beteiligungswille der Betroffenen und die positiven Auswirkungen sowohl in Bezug auf die gesundheitlichen (Philips 2010) als auch auf die ökonomischen *Outcomes* (Peintinger 2006) als anerkannt gelten, fehlen Strukturen zur Erstellung und Implementierung der jeweiligen Instrumente und die dafür notwendigen professionellen Kompetenzen (siehe Beitrag von Mühlhauser in diesem Buch). Gerd Gigerenzer stellte besonders in der Kommunikation von Wahrscheinlichkeiten, Risiken und Risikoreduktionen bei Krebs-Früherkennungsmaßnahmen gravierende Mängel fest: Weder Fachblätter noch offizielle Gesundheitsinformationen tragen zu realistischen Einschätzungen des Nutzens, des fehlenden Nutzens und des Schadens

von Screening-Interventionen bei. Ebenso weisen die viel regelmäßiger genutzten Massenmedien oder Aufklärungen und Informationen durch praktizierende ÄrztInnen, die für PatientInnen und VerbaucherInnen nach wie vor die wichtigste Informationsquelle sind, gravierende Mängel auf (Gigerenzer 2009, 2009a; Wegwarth 2010). Auch die Debatten um die Schweinegrippe (H1N1) haben wieder gezeigt, dass die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger der Bevölkerung nicht zutrauen, angemessen mit Unsicherheiten umgehen zu können. Auch hier wurde wieder gefordert, eine transparente Kommunikation der vorhandenen und fehlenden Evidenz zu betreiben, statt Panik durch unangemessene Begrifflichkeiten (Pandemie) zu schüren (Feufel 2010). Verbreitete Informationen beruhen häufig nicht auf wissenschaftlichen Quellen oder verfolgen marktwirtschaftliche Interessen.

Ingrid Mühlhauser betont, dass irreführende PatientInneninformationen die Regel sind, was zu schwerwiegenden Trugschlüssen führt und PatientInnen schadet (Mühlhauser 2010). Bestätigt werden diese Untersuchungen auch für Österreich durch die Arbeiten von Eva Rasky und Sylvia Groth (Rasky, Groth 2004). Der Prozess einer eigenständigen Auseinandersetzung und Entscheidungsfindung ist aber für viele PatientInnen und NutzerInnen und auch für Professionelle ungewohnt und bedeutet somit die strukturelle Verankerung von Aus- und Weiterbildung in den Bereichen PatientInneninformation und -beratung (Müller, Schmacke, Kolip, Berger 2008; Köpke, Meyer 2010).

Was insbesondere neu an dem Konzept der Einbeziehung von PatientInnen in Entscheidungsprozesse ist, ist die Einforderung und systematische Berücksichtigung von patientInnenseitigen Präferenzen, Ängsten und Belangen. Über einen derartigen Zugang scheint es im nach wie vor ausgesprochen naturwissenschaftlich geprägten somatischen Bereich der Gesundheitsversorgung nun endlich gelungen zu sein, eine wesentliche subjektive Dimension systematisch zu berücksichtigen. Welche umfassende Relevanz die Einbeziehung der subjektiven Bedeutungszuweisung durch PatientInnen in Behandlungsprozesse spielt, wird erst allmählich im Rahmen der Placebodebatte deutlich. (Die Beiträge von Harald Walach und Bernd Vielhaber in diesem Buch verweisen darauf). Das Kompetenztraining in der österreichischen Fassung fokussiert deshalb ausdrücklich auf

die Stärkung der subjektiven Bewertung und die individuelle Positionierung von Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihre gesundheitlichen Belange.

In Österreich gibt es zahlreiche Erkenntnisse zu Gesundheitskompetenzen und vereinzelte Forderungen (Braunegger-Kallinger 2009; Forster 2011; Groth in diesem Buch). Das Ziel PatientInnenbeteiligung scheint in politischen Stellungnahmen wie auch Gesetzen klar umrissen. Noch fehlt es aber an einer flächendeckenden Umsetzung. So stehen bislang keine unabhängigen PatientInnenberatungsstellen zur Verfügung. Unabhängige Informationen und wissenschaftsbasierte Beratungen finden Frauen lediglich in Frauengesundheitszentren, die aber nur in fünf Bundesländern zur Verfügung stehen. Evidenzbasierte, verständliche und unabhängige PatientInneninformationen, etwa in Broschüren oder auf Websites, sind rar. Trainings zur Steigerung der allgemeinen Gesundheitskompetenz gab es in Österreich bisher nicht, bis das Frauengesundheitszentrum als Interessenvertreterin für die gesundheitlichen Rechte von Frauen das Projekt „Wissen macht stark und gesund – Kompetenztraining in Österreich" durchführte.

Das Kompetenztraining

Entstehung und Rahmenbedingungen

Auf Initiative und unter Betreuung von Ingrid Mühlhauser wurde in Hamburg von Bettina Berger im Rahmen ihrer Promotion und durch Unterstützung der Arbeitsgruppe um Ingrid Mühlhauser in den Jahren 2002–2005 ein Training in wissenschaftlicher Kompetenz für PatientInnen und VerbrauchervertreterInnen entwickelt, durchgeführt und evaluiert (Berger et al. 2010). Die Leiterin des Frauengesundheitszentrums in Graz, Sylvia Groth, lernte dieses Trainingsprogramm in Hamburg kennen und konnte 2007 auf der Grundlage des Hamburger Konzeptes Gelder für ein vergleichbares Pilot-Training akquirieren. Auf Grundlage der Evaluation von Pilotphase und Vorschlägen des Frauengesundheitszentrums wurde das Hamburger Training in wissenschaftlicher Kompetenz für PatientInnen- und VerbrauchervertreterInnen für Österreich adaptiert. Neuerungen betreffen die Teilung der fünftägigen Fortbildung in zwei Blöcke zu je 2,5 Tagen, die Vereinfachung der Inhalte, die Erweiterung um Themen wie PatientInnenrechte, Entscheidungshilfen, partizipative Entscheidungsfindung und Beratungsgespräche. Das Training orientiert sich an den didaktischen Prinzipien und Prämissen einer systemisch-personenzentrierten Erwachsenenpädagogik (siehe „Methodik und Didaktik" weiter unten).

Zielsetzung

Das Kompetenztraining verbindet zwei Anliegen miteinander. Zum einen möchte es die kritische Gesundheitskompetenz (*Critical Health Literacy*) der TeilnehmerInnen erhöhen und zum anderen die TeilnehmerInnen ermutigen („*Empowerment*"), ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, zu kommunizieren und in die Entscheidungen mit einzubringen (Berger et al. 2010; Bastian 2008; http://www.fgz.co.at/Wissen-macht-stark-und-gesund.335.0.html, Stand 11.3.2011).

Zielgruppe

Das Kompetenztraining richtet sich an Frauen und Männer, die PatientInnen vertreten und beraten sowie an AkteurInnen im Gesundheitswesen, die PatientInnenbeteiligung fördern. Auch Personen aus nicht-medizinischen Gesundheitsberufen und interessierte PatientInnen und KonsumentInnen medizinischer Leistungen sind Zielgruppe des Kompetenztrainings. Das Training richtet sich an indikationsunspezifische PatientInnengruppen.

Inhalte

Das Kompetenztraining hat das amerikanische LEAD (*Leadership, Education and Advocacy Development*)-Programm für Brustkrebspatientinnen (Dickersin 2001) und die klassischen EbM-Trainings zum Vorbild (Sackett 2000; Curriculum ÄZQ 2002). Aufbauend auf diesen Grundlagen wurde das wissenschaftliche Kompetenztraining für Hamburg entwickelt.

Das Training befähigt medizinische Laien, das Konzept der evidenzbasierten Medizin nachzuvollziehen und wissenschaftliche Studien als von Expertenmeinungen unabhängige Grundlage für die selbstständige Bewertung von Behandlungsoptionen zu nutzen. Diese Kompetenz wurde in den Frauengesundheitszentren schon lange praktiziert, weshalb es nicht verwundert, dass es gerade einem Frauengesundheitszentrum gelang, das Trainingsprogramm in Österreich anzubieten (siehe auch den Beitrag von Silvia Groth in diesem Buch). Für das österreichische Konzept wurden zusätzlich die jüngeren Entwicklungen im Bereich der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*Shared Decision-Making*) in das Curriculum integriert (Scheibler 2004). So wurden Einheiten zur partizipativen Entscheidungsfindung, zur kritischen Bewertung von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen, zur eigenständigen informierten Entscheidungsfindung und zur Beratung als strukturierte Unterstützung bei der partizipativen Entscheidungsfindung in das Curriculum integriert. Das detaillierte Curriculum mit Methodik und dem genauen Ablauf der einzelnen Unterrichtsstunden befindet sich im Anhang.

Methodik und Didaktik

Patientinnen und Patienten fordern immer wieder die Wahrnehmung ihrer individuellen Bedürfnisse im Gesundheitswesen (Richardson 2004). Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, arbeitet die Erstautorin auf der Grundlage einer personenzentrierten Pädagogik, wie sie von Carl Rogers konzeptionalisiert wurde. Eine Grundprämisse dieser personenzentrierten Pädagogik nach Carl Rogers (1984) ist die Anerkennung des Selbstaktualisierungsbedürfnisses eines jeden Menschen. Diese Aktualisierungstendenz gibt den Anstoß zum Lernen. Lernprozesse werden demnach insbesondere in der Erwachsenenpädagogik zunehmend als selbstgesteuert verstanden. Somit kann ein Training nur Angebote machen und einen Rahmen schaffen, in dem wertfreie Lernerfahrungen möglich sind. Relevante Voraussetzung dafür sind nach Carl Rogers Authentizität, Kongruenz und Empathie der Lehrenden. Sie müssen als hinterfragbare Menschen mit eigenen Lernerfahrungen wahrnehmbar werden und in Beziehung zu den KursteilnehmerInnen treten (Kunze 2004). Diese Einstellung erweist sich als sehr hilfreich, um den verschiedenen Bedürfnissen der Teilnehmenden aus den unterschiedlichsten Indikationen, mit verschiedensten Krankheitserfahrungen und aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen flexibel und unvoreingenommen begegnen zu können. PatientInnen konfrontieren die Trainerin immer wieder mit dem Bedürfnis nach einer passiven Rolle. Sie fühlen sich mitunter überfordert und angegriffen, wenn sie herausgefordert werden, ihren eigenen Standpunkt zu entwickeln und Verantwortung für die eigenen Entscheidungen zu übernehmen.

Deshalb vermittelt das Training durchgehend das Prinzip, die TeilnehmerInnen dabei zu unterstützen, eigene Fragestellungen zu entwickeln, diese ernst zu nehmen und diesen Fragestellungen konsequent nachzugehen. Das Training hat den Anspruch, die TeilnehmerInnen dazu zu befähigen, Informationen systematisch zu recherchieren und kritisch zu bewerten, um eine für die eigenen Bedürfnisse stimmige Entscheidung treffen zu können. Das kritische Bewerten als zentrale Dimension jeder grundlegenden Ausbildung in den Methoden der evidenzbasierten Medizin ist eine zentrale menschliche Fähigkeit. Unter der eigenen Bewertung einer Behandlung kann etwa die unterschiedliche Bewertung von Nebenwirkungen oder Alltagsbelastung einer Therapie verstanden werden, die zum Beispiel durch unterschiedliche biographische Erfahrungen, kulturelle Hintergründe oder religiöse Bezugssysteme zustande kommen kann. Durch die Stärkung der eigenständigen Bewertung kann die individuelle Dimension angemessen in den Behandlungsablauf integriert werden. PatientInnen fühlen sich so ernst genommen und herausgefordert. Es werden verschiedene Instrumente verwendet, um diese Dimension zu entwickeln und in Entscheidungsprozesse und Auseinandersetzung mit einzubringen. Zu den exemplarisch gewählten Bereichen (Hormontherapie, PSA-Test, PAP-Abstrich, HPV-Impfung sowie das Mammografie-Screening) werden demzufolge nicht primär Inhalte vermittelt, sondern verschiedene Informationsformate (randomisiert-kontrollierte Studien, systematische Übersichtsarbeiten HTA-Reports, PatientInneninformationen, Entscheidungshilfen) zur Verfügung gestellt. Vermittelt werden mögliche Aspekte und Kriterien zur Entstehung und Bewertung der jeweiligen Informationsformate. Die Erarbeitung eines persönlichen Standpunktes in Auseinandersetzung mit externen Informationen ist somit ein Kernanliegen des Trainings.

Es werden verschiedene didaktische Methoden genutzt (Unterrichtsgespräch, Einzelarbeit, Paararbeit, Kleingruppenarbeit, Gruppenpuzzle, Spiel, Rollenspiel, PowerPoint-Präsentationen, Filme, Arbeit am PC, Arbeit mit Checklisten, Rechenübungen). Des Weiteren wird so weit wie möglich binnendifferenziert gearbeitet (Aufgabenstellungen mit englischsprachigen oder deutschsprachigen Textmaterialien, ein sog. Gruppenpuzzle enthält Aufgaben mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden, die eigenständigen Übungen können selbst bestimmt werden).

Bisherige Ergebnisse

TeilnehmerInnenstruktur

Die TeilnehmerInnen des Kompetenztrainings kommen aus Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, der Sozialarbeit, Beratungseinrichtungen, der Pressearbeit, der Forschung (Anthropologie, Soziologie, Gesundheitswissenschaften), den Gesundheitsfachberufen (Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen, Physiotherapeutinnen), Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe, StudentInnen und ExpertInnen der Fachrichtungen Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung, Public Health und MitarbeiterInnen von Krankenversicherungen.

Die Kompetenztrainings wurden hauptsächlich von Frauen besucht – obwohl Männer explizit auch angesprochen waren. Der Großteil der Teilnehmenden verfügt über einen hohen Bildungsabschluss, besucht das Training im Rahmen der beruflichen Tätigkeit und befindet sich dementsprechend im Erwerbsalter. Während der Dauer des gesamten Projektes von Dezember 2007 bis April 2011 wurden insgesamt elf Trainings veranstaltet, die von 140 Personen besucht wurden.

Evaluation und erste Ergebnisse

Das Frauengesundheitszentrum erhebt am Ende jedes Trainings die Einschätzung der TeilnehmerInnen bezüglich der Rahmenbedingungen, der methodischen Gestaltung der Fortbildung, der Kompetenzerweiterung und

des Nutzens der Teilnahme für die TeilnehmerInnen. Eine externe Evaluatorin führt nach jedem Training qualitative Interviews mit zufällig ausgewählten TeilnehmerInnen durch. Die Befragung findet ca. drei Monate nach der Fortbildung statt und überprüft den Nutzen der Fortbildungsinhalte für den Alltag, also ihre praktische Anwendbarkeit. Die Auswertungen der qualitativen Interviews und des *Critical Health Literacy*-Tests sind noch nicht abgeschlossen.

Dr. Anke Steckelberg, Universität Hamburg, erhebt parallel dazu den Kompetenzzuwachs der TeilnehmerInnen mittels *Critical Health Competence*-Test (CHC-Test) (Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper 2007), der zu Beginn und am Ende des Trainings die kritische Gesundheitskompetenz misst. Die Auswertung des *Health Literacy*-Tests im Hamburger Modellprojekt Wissenschaftliches Kompetenztraining 2007 hat ergeben, dass die TeilnehmerInnen ihre kritische Gesundheitskompetenz steigern konnten. Der Mittelwert der Personenparameter stieg von 572 SD ± 70 (Vortest) auf 635 SD ± 52 (Nachtest) an (Skala von 0–1 000). Dieses erste Ergebnis weist auf einen relevanten Kompetenzzuwachs hin (Ebner 2008).

Erfahrungen aus den Fortbildungen

„Das ist ja unglaublich!" Die Erkenntnisse, die sich für die TeilnehmerInnen in den Fortbildungen ergaben bzw. die sie sich selber erarbeiteten, führten oft zu solchen Ausrufen. Wenn TeilnehmerInnen beispielsweise den Nutzen und die Risiken bestimmter Impfungen oder Medikamente (etwa Schmerzmedikamente bei Knochenbrüchen) oder Behandlungsoptionen (etwa bei ADHS) miteinander verglichen, zeigten sie sich verärgert über die mangelnde oder falsche Information, die sie bisher erhalten hatten. Diese Verärgerung konnte in weiterer Folge die TeilnehmerInnen bestärken, Informationen kritisch zu hinterfragen und ihren eigenen Bedürfnissen intensiver nachzugehen. Das Training bietet auch Platz für Austausch und Vernetzung mit anderen MultiplikatorInnen. Die heterogene Zusammensetzung der Gruppen trägt dazu bei, dass unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen in und mit dem Gesundheitssystem geteilt und zukünftige Kooperationen geplant werden können (etwa ein Qualitätszirkel zu PatientInneninformation).

Weiterentwicklung

Die bisherigen Evaluationsergebnisse und Rückmeldungen der TeilnehmerInnen zeigen neben überwiegend positiven Reaktionen auch deutlich den Wunsch nach einfacheren und weniger umfangreichen Informationen. Diesem Anliegen wurde in vielfältiger Weise durch kontinuierliche Änderungen des Curriculums entsprochen. Zum Beispiel wurde die Zeit für die Literaturrecherche im Internet erhöht und mehr Augenmerk auf für PatientInnen aufbereitete Information gelegt. Dennoch bleiben die Inhalte der Fortbildung auch für die sehr gebildete TeilnehmerInnengruppe komplex und herausfordernd. Es wird noch einmal mehr deutlich, dass es Aufgabe der Gesundheitssysteme ist, Patientinnen und Patienten angemessen über die jeweiligen Interventionen und ihren Schaden und Nutzen zu informieren sowie das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung umzusetzen und die dafür notwendigen Strukturen und Tools zu schaffen.

Schlussfolgerung

Das Kompetenztraining „Wissen macht stark und gesund" ist ein österreich- und deutschlandweit einzigartiges Konzept, das Frauen und Männern gesundheitsrelevante Kompetenzen in laienverständlicher Sprache vermittelt. Die bisherigen Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die TeilnehmerInnen befähigt werden, Gesundheitsinformationen kritischer zu beurteilen, selbstständiger zu handeln und kompetenter zu beraten. Dieses Bestreben unterscheidet das Kompetenztraining wesentlich von *Compliance*-orientierten Angeboten für PatientInnen (etwa Mini Med Veranstaltungen). Der für Österreich innovative Ansatz des Kompetenztrainings „Wissen macht stark und gesund" wurde im Februar 2010 ausgezeichnet: Dr. Bettina Berger für die Arbeitsgruppe Mühlhauser und das Grazer Frauengesundheitszentrum erhielten, auf Empfehlung des EBM Review Centers der Medizinischen Universität Graz, den Sonderpreis für Praxis-Implementierung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Die Bedeutung von Gesundheitskompetenz und *Health Literacy* wird zunehmend auch in Österreich anerkannt. Dies zeigen europäische Projekte wie die *Health Literacy*-Studie (The European Health Literacy Survey – HLS-EU) und die Bereitschaft der österreichischen AkteurInnen, hier aktiv zu sein (siehe den Artikel von Sylvia Groth in diesem Buch). Ein wichtiger Schritt wäre es nun, TrainerInnen in Österreich und Deutschland auszubilden, um dieses Training als Regelangebot z. B. von Krankenkassen zu implementieren. Dass die letzten zwei Kompetenztrainings mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in Österreich durchgeführt werden konnten, gibt Hoffnung, dass Frauen und Männer mit (chronischen) Erkrankungen, Versicherte und PatientInnen als eine dritte Kraft im österreichischen Gesundheitswesen wahrgenommen und anerkannt werden. Wie heißt es so prägnant: „Physicians down from the pedestal, patients up from their knees". (www.collegeofmedicine.org.uk/background-patients-council-getting-heard, Stand 11.3.2011).

Literaturverzeichnis

Bastian Hilda. Health literacy and patient information: developing the methodology for a national evidence-based health website. Patient Educ Couns. 2008; 73 (3):551–556 (Epub 2008 Oct 28).

Berger Bettina, Steckelberg Anke, Meyer Gabriele, Kasper Jürgen, Mühlhauser Ingrid. Training of patient and consumer representatives in the basic competencies of evidence-based medicine: a feasibility study. BMC Medical Education. 2010; 10: 16.

Berger Bettina, Ebner Katharina, Groth Sylvia, Steckelberg Anke. Kompetenztraining „Wissen macht stark und gesund" – ein Fortbildungsprogramm des Grazer Frauengesundheitszentrums, Österreich, Abstract: Evidenzbasierte Medizin – ein Gewinn für Arzt-Patient-Beziehung? Forum Medizin 21, Kongress der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, 11. EbM-Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, Salzburg, 25.–27. Februar 2010.

Braunegger-Kallinger Gudrun, Forster Rudolf, Kraijic Karl, Nowak Peter, Österreicher Sonja, Barcza Astrid. PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich. Endbericht. Wien, Institut für Soziologie; 2009.

http://www.univie.ac.at/pao/Berichte/PAO_Endbericht_final.pdf. [Stand 11.3.2011].

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zu Qualitätssicherung in der Medizin (ZÄQ). "Curriculum Evidenzbasierte Medizin". 2002. http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/images/curriculumebm.pdf. [Stand 05.03.2011].

Dickersin Kay, Braun L, Mead M, Millikan R, Wu AM, Pietenpol J, Troyan S, Anderson B, Visco F. Development and implementation of a science training course for breast cancer activists: Project LEAD (Leadership, Education and Advocacy Development). Health Expectations. 2001; 4: 213–220.

Dierks Marie Luise, Bitzer Eva-Maria et al. PatientInnensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001.

Ebner Katharina, Berger Bettina et al. Building Patients' Health Literacy in Austria [Poster]. Health Literacy and Competence Training "Strong and Healthy". n. T. P. E. (TPE). Budapest. November 2008.

Feufel MA, Antes Gerd et al. "[Competence in dealing with uncertainty: lessons to learn from the influenza pandemic (H1N1) 2009]." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010; 53 (12): 1283–1289.

Forster Rudolf, Nowak Peter, Bachinger Gerald, Groth Sylvia, Knauer Christine. PatientInnenberatung und PatientInneninformation in Österreich. In: Schaeffer Doris, Schmidt-Kaehler Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch PatientInnenberatung. Bern: Hans Huber; 2. Aufl. 2011 (in Druck).

General Medical Counsil UK (GMC). „Ethical Guidelines 1998. Protecting patients, guiding doctors, seeking patients'consent; 1998. http://www.gmc uk.org/guidance/current/ library/consent. Asp" [Stand 11.3.2011].

Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), SGB V, Abschnitt 13, §140f 1–5; 2004. http://www.vakjp.de/download/pdf/rechtsquellen/GKV-Modernisierungsgesetz-GMG.pdf [Stand 06.03.2011].

Gigerenzer Gerd, Mata Jutta, Frank Ronald, Feufel Markus. Wie informiert ist die Bevölkerung über den Nutzen der Krebsfrüherkennung? Europaweite Studie erfasst Kenntnisstand. Focus Onkologie heute. 2009; 5: 8–10.

Gigerenzer Gerd. Krebsfrüherkennung. Der mündige Patient – ein Mythos wird entlarvt; 2009a. www.faz.net/ s/ Rub268AB64801534CF288DF93BB89F2D797/ Doc~E019DA5639C084AB8A1AB52D7C26DA748~ATpl~Ecommon~Scontent.html [Stand 10.01.2011].

Guimond P, Bunn H, O'Connor AM, Jacobsen MJ, Tait VK, Drake ER, Graham ID,Stacey D, Elmslie T. Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. Patient Educ Couns. 2003; 50 (3): 235–245.

Health Literacy Studie. http://inthealth.eu/research/health-literacy-hls-eu/ [Stand 06.03.2011].

Klemperer David, Lang Britta, Koch Klau et al. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Version 1.3 des Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin e. V. (Hrsg.) Positionspapier. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen. 2010; 104: 66–68.

Köpke Sascha, Meyer Gabriele. Evidenzbasierte PatientInneninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung. Eine Aufgabe für die Pflege? Pflegezeitschrift. 2010; 63: 12–15.

Kunze Dorothea: Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung. Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt. Köln: GwG-Verlag; 2004.

Mühlhauser Ingrid, Filz Melanie. Screening auf Zervixkarzinom, Information zur Beratung von Frauen, Arznei-Telegramm, Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie. 2008; 39 (Sonderbeilage).

Mühlhauser Ingrid. PatientInnenmanipulation durch PatientInneninformation. Public Health Forum. 2010; 18 (68).

Müller Veronika E, Berger Bettina, Schmacke Norbert, Kolip Petra. Evaluation der Gesundheitsinformationsseite „Spezial: Wechseljahre" – Interviews mit Nutzerinnen zum Informationspaket „Wechseljahre" des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Projektbericht. Bremen 2008.

Nutbeam Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot. Int. 2000; 15 (3): 259–267.

Rásky Éva, Groth Sylvia. Informationsmaterialien zum Mammographiescreening in Österreich – Unterstützen sie die informierte Entscheidung von Frauen? Sozial und Präventimedizin. 2004; 49: 1–7.

Richardson John. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. Am J Public Health. 2004; 94 (6): 1049–1053.

Rogers Carl R. Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München: Kösel-Verlag; 1984.

Sackett David L, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. Evidence Based Medicine: How to practice and teach Evidence-based Medicine. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000.

Scheibler Fülöp, Pfaff Holger (Hrsg.). Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München: Juventa; 2003.

Steckelberg Anke, Berger Bettina, Köpke Sascha, Mühlhauser Ingrid. Kriterien für Evidenzbasierte PatientInneninformation. Z. ärztl. Fortbild, Qual. Gesundh. wes. 2005; 99: 343–351

Steckelberg Anke, Hülfenhaus Christian, Kasper Jürgen, Rost Jürgen, Mühlhauser Ingrid. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). Adv in Health Sci Educ. 2009; 14 (1): 11–22.

The Future Patient in Switzerland – the Health Care System of the Future from the Citizen's Point of View. SGGP-Schriftenreihe Band 71; Oktober 2003.

Trojan Alf (Hrsg.). Wissen ist Macht. Eigenständigkeit durch Selbsthilfe in Gruppen. Berlin: Fischer Taschenbuchverlag; 1986.

Wegwarth Odette, Gaissmaier Wolfgang, Gigerenzer Gerd: Deceiving Numbers: Survival Rates and Their Impact on Doctors' Risk Communication. Med Decis Making. 2010; 0272989X10391469.

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Charta von Ljubljana zur Reformierung der Gesundheitsversorgung;1996. www.euro.who.int/de/who-we-are/ policy-documents/the-ljubjana-charta-on-reforming-care-1996 [Stand 06.03.2011].

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Erklärung zur Förderung der PatientInnenrechte in Europa; 1994. www.adexo.pt/ internacional/ EUCharter German.pdf. [Stand 06.03.2011].

Writing Group for the Women's Health Initative Investigators: Riks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Prinicipal results from the women's Health Initiative Randomised Controlled Trial. JAMA. 2002; 288 (3): 321–333.

Zechmeister Ingrid, Freiesleben de Blasio Brigitte et al.: Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich. HTA-Projektbericht. Ludwig Bolzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA). Wien; 2007.

Anhang: Zielsetzungen, Inhalte, Methoden und Materialien für das Kompetenztraining des FGZ Graz 2008–2011

(auf der Grundlage des wissenschaftlichen Kompetenztrainings, adaptiert für Österreich)

	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
1. Tag	1. UE	... lernen Programm, Anliegen und Geschichte des Kurses kennen ... stellen sich vor ... machen *Health Literacy* Test ... lernen Ziele und Angebote des Frauengesundheitszentrums kennen	**Vorstellung und Einführung in das Programm**	Tabelle: Name, Woher, Welche Frage beschäftigt mich am meisten? Packpapier an der Wand, dicke Filzstifte
	2. UE	... kennen Stand der PatientInnenbeteiligung in Deutschland und Österreich auf der Mikro-/Meso-/Makroebene ... reflektieren Erfahrungen mit PatientInnenbeteiligung in Österreich ... kennen PatientInnenrechte in Österreich ... entwickeln Visionen und Vorstellungen möglicher Veränderungen in Österreich	**Die Ebenen der PatientInnenbeteiligung**	PatientInnenbeteiligung auf der Mikro-/Meso- und Makroebene (PPP[1]) Wo und auf welchen Ebenen möchte ich mich beteiligen? Welche Visionen habe ich? Gruppenarbeit, Vorstellung der Ergebnisse (Flipchartpapiere und dicke Stifte)

[1] PPP = Powerpointpräsentation

	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
1. Tag	3. UE	... erkennen, dass Experten nicht immer alles wissen ... reflektieren Irrtümer in der Medizingeschichte ... reflektieren ihre eigene Expertenhörigkeit ... lernen EbM als Methode kennen	**Evidenzbasiert statt eminenzbasiert – Einführung in evidenzbasierte Medizin (EbM) als Methode**	Beispiel für Irrtümer (PPP) EbM als Methode vorstellen (PPP)
	4. UE	... erkennen Komplexität eines Themas ... reflektieren Notwendigkeit verschiedener Informationsarten und somit verschiedener Studiendesigns ... erkennen Notwendigkeit einer randomisiert-kontrollierten Studie für Medikamentenüberprüfung	**„In jeder Frage ist die Antwort schon enthalten!"**	Beispielproblem: Mutter mit Tochter, die HPV-Impfung wünscht (Präsentation und Plenumsdiskussion) Metaplan: Stellwand, Moderationskarten, grüner, roter, blauer dicker Stift
2. Tag	1. UE	... definieren ein für sie relevantes Themenfeld und entwickeln sich daraus ergebene Fragestellungen ... formulieren eine suchtaugliche Fragestellung	**Formulierung einer suchtauglichen Fragestellung**	Arbeitsblatt: Wie formuliere ich eine suchtaugliche Fragestellung? (PIKE[2]) Flipchart, Moderationskärtchen

[2] PIKE= Problem/Intervention/Kontrollintervention/Endpunkt , Schema zur Formulierung einer Fragestellung, mit deren Hilfe man in wissenschaftlichen Datenbanken klinische und Interventionsstudien identifizieren kann (suchtaugliche Fragestellung)

	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
2. Tag	2. UE	... kennen PubMed (www.pubmed.gov) ... kennen wichtige patientInnenrelevante Informationsquellen, z. B. www.gesundheitsinformation.de ... kennen Seiten für Leitlinien (der AWMF[3] und PatientInnenfassungen) ... führen eigenständige Literatursuchen durch	**Einführung in die Datenbanken und Wissensressourcen für PatientInnen, systematische Literaturrecherche**	Handouts mit der Anleitung zur Nutzung von PubMed und relevanten Internetadressen Handouts mit Anleitung (individuelle Arbeit am Computer)
	3. UE	... reflektieren ihre Assoziationen und Erfahrungen im Umgang mit dem Thema Wechseljahre (Medikalisierung) ... lesen Abstracts einer Beobachtungsstudie und der WHI-Studie (WHI 2002) ... erarbeiten Möglichkeiten und Grenzen von Beobachtungsstudien und RCTs	**Der Hormonkrimi – immer noch aktuell?**	Hormontherapie-Diskussion Filmausschnitt Geschichte der Hormontherapie – PPP Arbeitsblätter kritische Bewertung von Abstracts der Beobachtungsstudie und der WHI und die dazugehörigen Tabellen Metaplan, Moderationskarten

[3] AWMF= Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften

	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
2. Tag	4. UE	... berechnen die Ereignisraten in der Interventionsgruppe und in der Placebogruppe (EER[4], CER[5]), die absolute und die relative Risikoreduktion (ARR[6], RRR[7]) und die Anzahl derjenigen Personen, die behandelt werden müssen, damit eine von der Intervention profitiert (NNT[8])	**Die randomisierte-kontrollierte Studie und die kritische Bewertung**	Vierfeldertafel, Taschenrechner Hausaufgabe: Lesen und kritische Bewertung der gesamten WHI-Studie
	5. UE	... lernen systematische Übersichtsarbeiten als Studientyp kennen ... lernen Cochrane-Collaboration und Cochrane-Library kennen ... lernen Verbraucherinformationen der Cochrane-Collaboration kennen ... lesen und bewerten eine systematische Übersichtsarbeit kritisch	**Die HPV[9]-Impfung und der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse – Wie kann ich mir selber eine Meinung bilden?**	Einführung in die Cochrane Collaboration (PPP) Lesen und kritisches Bewerten einer systematischen Übersichtsarbeit von Zulassungsstudien der HPV-Impfung (Rambout 2007)

[4] EER= Experimental Event Rate
[5] CER= Control Event Rate
[6] ARR= Absolute Risk Reducation
[7] RRR=Relative Risk Reducation
[8] NNT=Number needed to treat
[9] Humane Papillomaviren (HPV)

	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
3. Tag	1. UE	... beenden die kritische Bewertung einer systematischen Übersichtsarbeit		(alternativ in Deutsch: Zusammenfassung des HTA[10]-Reports zu HPV-Impfung) (Zechmeister 2007)
	2. UE	... reflektieren die Problematik des Brustkrebs-Screenings ... erkennen die Problematik diagnostischer Tests	**Diagnostische Tests und Screening-Interventionen**	Einführung in Probleme diagnostischer Tests (PPP) Einführender Filmausschnitt
	3. UE	... berechnen falsch positive und falsch negative Werte, positiv prädiktive und negativ prädiktive Werte	**Ethische Leitlinien zu Screening-Informationen**	Arbeitsblätter zur Berechnung von diagnostischen Zahlen (Arbeit in Paaren und Plenumsdiskussion) ArzneiTelegramm-Sonderbeilage (Mühlhäuser 2008) Arbeitsblatt mit ethischen Leitlinien für Verbraucherinformationen bezüglich Screening (PPP)
	4. UE	... unterscheiden verschiedene Studientypen ... übernehmen Aufgaben bis zum nächsten Mal ... geben Feedback zum ersten Teil	**Zusammenfassung und Wiederholung**	Spiel Studientypen: Buchstabenkarten (A–E) und Szenarien

[10] HTA=Health Technology Assessment, systematische Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien, die einen Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben

Teil 2				
	Zeit	Zielsetzungen: TeilnehmerInnen ...	Themenfelder	Methoden und Materialien
4. Tag	1. UE	... berichten über Veränderungen ihrer Wahrnehmung und Interessen während der vergangenen drei Wochen ... präsentieren die Hausaufgaben	**Ankommen und Abholen**	
	2. UE	... nehmen die Verunsicherung durch Informationen und ihr neues Wissen wahr ... reflektieren Schutzhaltung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber den PatientInnen als Aspekt des benevolenten Paternalismus ... reflektieren eigenen Umgang mit Unsicherheiten und Ideen	**Die Rolle von Unsicherheiten im medizinischen Behandlungsprozess**	Mindmapping zum Thema Unsicherheit
	3. UE	... wiederholen die Berechnung von EER, CER, ARR, RRR, NNT	**Ereignisraten und absolute/ relative Risikoreduktion, NNT, NNH**	Stellwand, dicker Filzer, Taschenrechner, Vierfeldertafel, Tabelle aus WHI-Studie Hausaufgabe: Berechnung selber für Brustkrebs durchführen, Lesen des Artikels „Kriterien für Evidenzbasierte PatientInneninformation" (Steckelberg et al. 2005)

4. Tag	4.UE. UE	... kennen verschiedene Phasen der Studienzulassung ... kennen relevante Meldeadressen für Arzneimittelnebenwirkungen	**Arzneimittelzulassungen und Arzneimittelsicherheit**	Phasen der Arzneimittelzulassung und Schwierigkeiten der jeweiligen Phasen (PPP) Diskussion und Austausch über Arzneimittelnebenwirkungen, Meldungen etc. (Plenumsdiskussion)
5. Tag	1. UE	... erstellen eigene Informationen zu ausgewählten Aspekten von Brustkrebsinformationen ... erarbeiten die Darstellung von Risiken, dem Nutzen, dem fehlenden Nutzen und Schaden von Behandlungen, der absoluten und der relativen Risikoreduktion, der Spezifität und Sensitivität, dem NPW sowie dem PPW	**Wesentliche Elemente der Evidenzbasierten PatientInneninformation**	Beispiel Brustkrebs: Gruppenpuzzle: vier Gruppen mit jeweils ca. vier Personen 1. Risikokommunikation 2. Nutzen, fehlender Nutzen, Schaden 3. Absolute und relative Risikoreduktion 4. Spezifität, Sensitivität, PPW, NPW Materialien: Arbeitsblätter 1–4, ergänzende Informationsquellen, Taschenrechner
	2. UE	... bewerten PatientInneninformationsbroschüren kritisch ... erkennen Vorteile und Defizite von Bewertungsinstrumenten wie DISCERN	**Instrumente zur Bewertung von PatientInneninformationen (DISCERN/ EBPI)**	PatientInneninformation der Österreichischen Krebshilfe zum Thema HPV Broschüren der deutschen Krankenversicherung BARMER bzw. des Frauengesundheitszentrums zu Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung Checkliste DISCERN Checkliste EBPI

5. Tag	3. UE	... lernen das Konzept SDM kennen ... erkennen wesentliche Unterschiede zwischen PatientInneninformationen und Entscheidungshilfen ... bewerten eine Entscheidungshilfe kritisch	**Einführung in das Konzept *Shared Decision-Making* (SDM)**	PPP Zugang zu PCs (Computerraum) Online-Entscheidungshilfe „Wechseljahre" (www.gesundheitsinformation.de) oder für PSA Screening oder HPV-Impfung: www.AOK-Entscheidungshilfe.de
	4. UE	... erarbeiten Bausteine für PatientInneninformationen oder Entscheidungshilfen und präsentieren diese dem Plenum	**Erstellung von Bausteinen für PatientInneninformationen und Entscheidungshilfen**	Hintergrundinformationen Eigenständige Arbeit, Computerarbeitsplätze, Papier, Stifte
6. Tag	1. UE	... klären ihre Entscheidungs-/ Informations- und Unterstützungsbedürfnisse ... analysieren eine in der Vergangenheit oder in der Gegenwart liegende Entscheidung zu einer beliebigen medizinischen Fragestellung	**Die informierte Entscheidungsfindung**	Arbeitsbögen OPDG (O'Conner 2004) auf Englisch und Deutsch, individuelle Arbeit, Präsentation und Diskussion ausgewählter Beispiele

9. Tag	2. UE	... erarbeiten wesentliche Schritte einer Beratung zur informierten Entscheidung ... führen Beratungsgespräche durch ... beobachten und bewerten Beratungsgespräch kritisch	**Beratung zur informierten Entscheidungsfindung**	Rollenspiel, eine Beratende, eine Ratsuchende, 2 Runden, Feedback auf inhaltlicher und emotionaler Ebene Szenarien oder selbstgewählte Beispiele für Beratung, ergänzende Informationsmaterialien (Entscheidungshilfen/ evidenzbasierte PatientInneninformationen), Optionscale für Beratung
	3. UE	... aktualisieren ihre Anliegen in Bezug auf PatientInnenorientierung auf der Mikro-, Meso-, und Makroebene	**Konkrete Zielsetzung für eine verbesserte PatientInnenorientierung**	Arbeit in drei Arbeitsgruppen (Mikro-/ Meso-/ Makroebene), Arbeitsbögen zum Notieren der Ergebnisse, Präsentation im Plenum
	4. UE	... geben Feedback, füllen Evaluationsbögen aus und erhalten Bestätigungen der Teilnahme, *Health Literacy*-Test	**Feedbackrunde und Evaluation**	

Imaginative Psychotherapie und Patientenkompetenz

Wolfgang Loesch

Imaginationen sind in der Psychotherapie in vielfältigen Therapieansätzen schon lange bekannt (s. C. G. Jung), werden genutzt und sind aktuell „in Mode". Sie können in der Psychotherapie sehr wirksame, symbolhafte Therapie-Optionen sein. Sie haben besondere Bedeutung, u. a. weil sie auf rechts-hemisphärische Hirnstrukturen zurückgreifen. Die rechte Hemisphäre ist die kreativere und entwicklungsfähigere, aber auch die Hemisphäre, in der im Wesentlichen das „implizite Gedächtnis" lokalisiert ist.

In den vielfältigsten Psychotherapieansätzen[1] wird in der Arbeit mit Imaginationen die Patientenkompetenz in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlicher Bedeutsamkeit einbezogen. Imaginationen sind mit Rückgriff auf innere Bilder machtvolle Möglichkeiten für therapeutische Zugänge.

[1] u. a. Hypnotherapieformen, Oberstufe des Autogenen Trainings nach J. H. Schultz, Arbeit mit Imaginationen in der Analytischen Psychologie nach C. G. Jung, Katathym-Imaginative Psychotherapie nach H. Leuner, Transpersonale Imaginative Psychotherapie, Trauma-Therapie-Formen wie Imagery Rescripting and Reprocessing Therapie (IRRT nach M. Smucker), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR nach E. Shapiro), Imaginative traumazentrierte Psychotherapie nach Reddemann und Sachsse, Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT nach Reddemann), TRIMB nach I. Olbricht (TRIMB = Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath), Ego-State-Therapie nach John und Helen Watkins, Innere-Kind-Arbeit in verschiedenen Therapieansätzen, GIM-Therapie (Imaginative Psychotherapie mit Musik nach Helen Bonny), Visualisierung nach Simonton, Imaginative Körperpsychotherapie als Spezialisierung der KIP für die Arbeit mit körperlich Kranken, Phantasiereisen, Imaginative Reinkarnationstherapie, Meditationsformen