

Diese Fragen der Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit haben das Potenzial, die Akzeptanz der Personalisierten Medizin in der Gesellschaft zu beeinflussen. Das bedeutet, es ist nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine gesellschaftliche Thematik, ob die Personalisierte Medizin ihr Potenzial voll entfalten kann. Es waren unter anderem diese Überlegungen, die das Swiss Personalized Health Network (siehe Kap. 11) veranlasst haben, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit den ethischen, juristischen und gesellschaftlichen Auswirkungen (Ethical, Legal and Social Implications, ELSI) der Personalisierten Medizin befassen soll.

## Kapitel 16

# Kommunikation mit Patientinnen und Patienten

Personalisierte Medizin als eine auf das Individuum zugeschnittene Herangehensweise in der Medizin ist darauf angewiesen, das Besondere eines Menschen in Erfahrung zu bringen. Das Besondere ist dadurch charakterisiert, dass es sich nicht automatisch erschliesst, z. B. aus äusseren Merkmalen einer Person. Das bedeutet auch, dass man nach ganz besonderen Eigenschaften einer Person, ihren ganz eigenen Werten und Hoffnungen nicht direkt fragen kann, man muss sie sich erzählen lassen – und hier kommt die professionelle Kommunikation ins Spiel, um die es in diesem Kapitel geht.

**Beispiel:** Eine Mutter kommt mit ihrem 16 Monate alten Kind zur Beratung bei der Genetikerin oder bei der Kinderärztin. Soeben wurde die Diagnose einer Neurofibromatose Recklinghausen gestellt. Die behandelnde Ärztin ist mit folgenden Fragen konfrontiert:

- Wie erkläre ich das der Mutter?
- Was weiss sie, was möchte sie wissen?
- Was bedeutet das für das Kind?
- Was bedeutet das für mögliche weitere Kinder resp. eine zweite Schwangerschaft?
- Welche diagnostischen Möglichkeiten bestehen?
- Wie reagiert die Mutter auf die Information?
- Wie kann sie mit Unsicherheit umgehen?

## 16.1. Der Unterschied zwischen privater und professioneller Kommunikation

Private Kommunikation ist weniger eindeutig auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet. Dies liegt u. a. daran, dass nicht regelhaft eine der beteiligten Personen ein bestimmtes Ziel im Auge hat, das sie in einem Gespräch erreichen will. In professioneller Kommunikation dagegen hat zumindest der nicht professionelle Partner ein bestimmtes Anliegen, weshalb er den professionellen Partner aufgesucht hat. Dieser Unterschied gilt für das Gespräch beim Steuerberater oder auf einer Behörde genauso wie in einer medizinischen Konsultation. Auch der professionelle Partner einer Interaktion hat häufig eine eigene Agenda, z. B. die Maximierung des eigenen Vorteils durch den Verkauf einer bestimmten Dienstleistung oder die Minimierung des eigenen Aufwandes durch das Verschweigen von Alternativen, die mit höherem eigenem Aufwand verknüpft wären. In der medizinischen Konsultation hat häufig der professionelle Partner das Anliegen, den Patienten zu informieren, z. B. über Vor- und Nachteile einer Intervention oder zur Natur einer Erkrankung und dem sinnvollen Umgang mit ihr.

Private Kommunikation findet eher selten innerhalb fester Zeitgrenzen statt; ein rigides Zeitmanagement bei einem Gespräch, z. B. nach Feierabend, wirkt befremdend, da man davon ausgeht, dass das Ende des Miteinander-Sprechens sich spontan herausbildet, aber nicht a priori definiert ist. Professionelle Kommunikation ist zumindest im ärztlichen Alltag meist einem Zeittakt unterworfen, der im ambulanten Sektor jedes Gespräch «taktet» und im stationären Sektor zumindest ein grobes Zeitraster vorgibt, innerhalb dessen z. B. eine Stationsvisite oder eine Patientenvorstellung am Tumorboard abgeschlossen sein sollte.

In allen Gesprächen unterliegt der Inhalt dessen, worüber gesprochen wird, bestimmten Konventionen, die sich z. B. an Genderstereotypen oder an der hierarchischen Stellung der Beteiligten orientieren. Die Spielräume sind allerdings meist weit gefasst und hoch variabel, während sie im ärztlichen Kontext einem bestimmten Ritual folgen: A hat ein Problem und hofft, dass B eine Lösung kennt. B erwartet, dass A ein Problem hat, und will herausfinden, welcher Natur es ist und ob seine fachliche Kompetenz einen Lösungsvorschlag nahelegt. In der Kommunikation zwischen Fachperson und Patientin ist die Reziprozitätsannahme aufgehoben, der zufolge die Wahl der Themen und die Intimität dessen, was ausgesprochen wird, annähernd symmetrisch aufgeteilt ist zwischen den miteinander Sprechenden. Die Fachperson darf Themen aufbringen und unter Umständen intime Fragen stellen, ohne dass dies der Patientin das Recht gibt, Gleiches zu tun.

## 16.2. Raum öffnende und Raum schliessende Kommunikation

In diesem Abschnitt geht es um die beiden grundlegenden Formen der Kommunikation zwischen Fachperson und Patientin. Beide Formen braucht es, um die Ziele einer professionellen Kommunikation zu erreichen: Identifikation eines Problems, Erarbeiten von Lösungsvorschlägen, Abgleich der Lösungsvorschläge mit dem Patienten, Begleitung des Patienten und Unterstützung bei der Umsetzung der Vorschläge.

### **Indikationsstellung: Handelt es sich um eindeutige oder unsicher definierte Probleme?**

Wenn Raum öffnende Kommunikation gelingt, macht die Patientin weiterführende Angaben, die unter Umständen helfen, das Problem oder das Spektrum möglicher Lösungen einzugrenzen. Wenn das Problem klar ist, ist Raum öffnende Kommunikation nicht notwendig, wird aber möglicherweise als freundliche Einladung zu einem Gedankenaustausch wahrgenommen. Sie kann aber genauso dazu führen, dass die Patientin irritiert das Sprechzimmer verlässt, da ihre Erwartung, kurz und knapp zu einem konkreten Anliegen zu sprechen, von der Fachperson nicht wahrgenommen wurde, weil sie glaubte, Raum öffnende Kommunikation mit dem Ziel einer Erfassung der Gesamtsituation einer Patientin sei in jedem Fall vorzuziehen. Die gezielte Suche nach Informationen macht vor allem dann Sinn, wenn es ein Ziel gibt, wenn also die Fachperson genügend Anhaltspunkte für eine diagnostische Hypothese hat. Diese kann sie dann mit einer Serie von geschlossenen Fragen, die eindeutige Antworten einfordern, abklären. Zielgerichtetes Fragen ohne Ziel ist sinnlos – hier greift die Raum öffnende Kommunikation.

**Konkrete Techniken der Raum öffnenden Kommunikation.** Mit dem Akronym WWSZ werden vier Gesprächstechniken beschrieben, die die Gesprächsinitiative an den Patienten zurückgeben. Sie stehen für *Warten*, *Wiederholen*, *Spiegeln*, *Zusammenfassen*.

Wenn die Patientin von sich aus weiterspricht, ist *Warten* eine kluge Strategie, die nicht zu übermässigem Zeitverlust führt, denn auch im Erstgespräch schliessen 80 Prozent der Patientinnen von sich aus ihre Einlassungen nach 2 Minuten ab. Die Dauer sinnvollen Wartens lässt sich aus dem Blick der Patientin ableiten: Wenn sie über eine Frage nachdenkt oder den eigenen Gesprächsfaden weiter-spinnen will, lässt sich das meist am Wegschauen ablesen – sie unterbricht den Blickkontakt zur Fachperson und «schaut nach innen», auf der Suche nach dem, was jetzt wert wäre, berichtet zu werden.

Durch das *Wiederholen* einzelner Worte aus dem letzten Satz der Patientin wird sie dazu animiert, sich weiter zu äussern; die Auswahl des Wortes, das wiederholt wird, steuert zugleich den Fokus der weiteren Ausführungen (Pat.: «Und dann hab ich seit drei Wochen Fieber am Abend!» Ärztin: «... Fieber?» – generiert Informationen z. B. zur Höhe der Temperatur; Ärztin: «... drei Wochen?» – generiert Informationen zum zeitlichen Verlauf).

Die Fachperson paraphrasiert, was sie bei der Patientin wahrgenommen hat. Das Zurückmelden (d. h. *Spiegeln*) des Wahrgenommenen in eigenen Worten kann sich auf Inhalte des Gesagten («Wenn ich Ihnen zuhöre, habe ich den Eindruck, dass Sie in den letzten zwei Monaten so ziemlich alle Komplikationen Ihrer Zuckererkrankung durchgemacht haben»), auf wahrgenommene Gefühle («Wenn Sie von dieser Zeit sprechen, wirken Sie auf mich eher entschlossen und energisch») oder auf auffallende mimische und gestische Besonderheiten beziehen («Mir fällt auf, dass Sie Ihre Schilderung mit sehr energischen Handbewegungen untermalen!»).

Die Fachperson fasst in eigenen Worten zusammen, was sie bisher von der Patientin verstanden hat. Wenn sie am Ende der *Zusammenfassung* nicht weiterfragt, sondern auf eine Reaktion der Patientin wartet, fungiert die Zusammenfassung als Raum öffnende Kommunikation, da sie die Patientin unter Umständen dazu bewegt, fehlende Details zu ergänzen oder falsch verstandene Einzelheiten zu korrigieren.

Das explizite Ansprechen («Das macht mir Angst») oder das offene Zeigen von Gefühlen (Tränen, hektische Nervosität usw.) sind in der nicht psychotherapeutischen Medizin eher selten, sie werden aber dennoch häufig nicht aufgegriffen, obwohl sie Einblicke in das Innenleben der Patienten ermöglichen. Das *Benennen von vermuteten Gefühlen* gibt der Patientin Gelegenheit, zu erzählen, warum ihr in einer bestimmten Art und Weise zumute ist; dies hilft wiederum der Fachperson, sich in ihrem Verhalten auf die spezifische Situation der Patientin einzustellen. Das Äussern von Verständnis für Gefühle ist wohlthuend aus Patientensicht, wenn es nachvollziehbar ist und als ehrliche Äusserung des Mitfühlers wahrgenommen wird. Wenn es floskelhaft eingesetzt wird, ist es verletzend.

Mit dem Begriff «*Reflecting Back*», der aus dem Verhaltensrepertoire der motivierenden Gesprächsführung stammt, werden alle Gesprächstechniken zusammengefasst, mit denen die Fachperson in irgendeiner Art und Weise zurückmeldet, was bei ihr ankommt, ohne neues Material in Form von Fragen oder Vorschlägen einzubringen.

*Offene Fragen* sind wahrscheinlich die häufigste «Gesprächstechnik», um an Informationen zu gelangen, nach denen man nicht gezielt fragen kann oder mag. Die typische Einleitung einer Praxiskonsultation («Weswegen kommen Sie heute zu mir?») ist eine offene Frage, weil sie nicht festlegt, was konkret gesagt wird; sie ist allerdings insofern nicht vollkommen offen, als sie den Themenbereich einschränkt, zu dem dann gesprochen werden wird.

**Techniken der Raum schliessenden Kommunikation.** Diese Techniken bilden den Gegenpol zu Raum öffnender Kommunikation, sie begrenzen den Raum, der Fachperson und Patient für ihr Gespräch zur Verfügung steht. Sie sind zum einen notwendig, weil die Kommunikation zwischen Patient und Fachperson, wie oben bereits dargestellt, bestimmten Anforderungen und bestimmten, z. B. von Tarmed vorgegebenen Regeln unterliegt. Sie sind zum anderen hilfreich, weil sie vor allem Patienten die Möglichkeit geben, sich in einem ihnen wenig vertrauten diskursiven Raum zu orientieren.

Typische Konsultationen haben fast immer eine bestimmte Struktur, indem sie einem bestimmten Ablaufschema folgen. Dieser Ablauf ist dem Patienten aber nicht vertraut, sodass er nicht im Voraus weiss, welcher Schritt als nächster kommt und was von ihm erwartet wird. Elemente einer *expliziten Struktur* sind die zeitlichen Grenzen, innerhalb derer ein Gespräch stattfindet («Wir haben jetzt ungefähr 20 Minuten Zeit für das Gespräch und wollen schauen, dass wir diese Zeit so gut wie möglich nutzen ...»), und die thematischen Schwerpunkte, die den Inhalt eines Gespräches definieren («... Darum sollten wir am Anfang miteinander festlegen, was wir heute erreichen wollen. Ich würde gerne ... mit Ihnen besprechen, was gibt es von Ihnen?»). Mit dieser Einleitung wird eine gemeinsame Agenda definiert, dies schützt weitgehend vor Patientenanliegen, die in letzter Sekunde, sozusagen mit der Hand auf der Türklinke, vorgetragen werden.

Beim Einsatz *geschlossener Fragen* liegt die Gesprächsinitiative eindeutig bei der Fachperson; dies macht Sinn, wenn sie weiss, wonach sie sucht oder welches therapeutische Ziel sie erreichen will. Der Nachteil geschlossener Fragen liegt darin, dass potenziell interessantes Material nicht benannt wird, obwohl der Patient es in einer offenen Kommunikation womöglich eingebracht hätte.

Das oben bereits erwähnte *Zusammenfassen* kann auch zur expliziten Struktur eingesetzt werden, wenn am Ende der Zusammenfassung keine Pause folgt, die den Patienten einlädt, weiteres Material einzubringen, sondern wenn unmittelbar eine *Überleitung* zum nächsten Thema folgt («Ich fasse mal zusammen, was

ich bisher von Ihnen verstanden habe: [...] Im nächsten Abschnitt würde ich Ihnen gerne ein paar ganz konkrete Fragen zu Ihren Körperfunktionen stellen»).

### 16.3. Monologische und dialogische Kommunikation

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass professionelle Kommunikation im Gesundheitswesen den Patienten auch dann in den Ablauf und den Inhalt eines Gespräches einbinden sollte, wenn die Rahmenbedingungen von der Fachperson eindeutig definiert sind. Eine schlichte Bekanntgabe der Bedingungen eines Gespräches ist monologisch, wenn die Patientin keine Chance erhält, auf die Äusserungen der Fachperson zu reagieren; es wird erwartet, dass die Patientin die Vorgaben akzeptiert. Das Ansprechen dessen, was verhandelt wird, und das Offenlegen von Zeitgrenzen werden dann zu einem Dialog, wenn die Patientin die Möglichkeit hat, auf die explizit strukturierenden Äusserungen zu reagieren. Dies wird am einfachsten dadurch erreicht, dass die Fachperson z. B. am Ende einer Zeitvorgabe wartet, bis die Patientin «quittiert» und unter Umständen durch ein Nicken signalisiert, dass sie verstanden hat. Sie hat durch das kurze Abwarten die Möglichkeit, die Information zu verarbeiten, und kann gegebenenfalls ihr Erstaunen äussern («Oh, das ist ja toll, 20 Minuten?») oder ihre Enttäuschung platzieren («Ach schade, ich dachte, Sie hätten mehr Zeit für mich»). In diesem Beispiel würde sich anbieten, durch Wiederholen («Mehr Zeit?») in Erfahrung zu bringen, womit die Patientin gerechnet hatte (Pat.: «Ich dachte, Sie hätten eine halbe Stunde Zeit!»), und Verständnis für die Enttäuschung der Patientin zu äussern («Ja, tut mir leid, das kann ich verstehen, dass Sie enttäuscht sind, wenn Sie sich auf ein längeres Gespräch gefreut hatten»).

### 16.4. Besondere Anforderungen

**Beispiel:** Bei einem Patienten, der einen Verwandten mit einer Alzheimer-Demenz hat, geht es darum, ob eine Apolipoprotein-E-Genotypisierung durchgeführt werden soll. Hier stellen sich der Ärztin folgende Fragen:

- Versteht mein Patient, was ich ihm vermitteln möchte?
- Kann er es in seinen Worten zusammenfassen?
- Wie gelingt es meinem Patienten, emotional mit dem Ergebnis der Untersuchung umzugehen?

**Breaking Bad News.** Für die meisten Ärzte ist das Mitteilen schlechter Neuigkeiten ein besonders belastender Teil der Gespräche mit Patienten. In vielen Publikationen werden Empfehlungen ausgegeben, wie diese Aufgabe am besten zu bewältigen ist, neuere Arbeiten verweisen auf das Problem, dass Teilnehmer an Kommunikationstrainings zwar im Sinne der Vorgaben besser kommunizieren, dass positive Effekte auf Seiten von Patienten und Angehörigen aber weitgehend fehlen. Wahrscheinlich besteht die besondere Aufgabe beim Vermitteln schlechter Nachrichten darin, die «Stop- und Start-Signale» eines Patienten zu bemerken, mit denen er den Wunsch nach mehr oder weniger Information und den Wunsch signalisiert, jetzt mit der Fachperson über seine Gefühle zu sprechen oder zunächst einmal seine Fassung wiederzugewinnen. Wie bereits im Abschnitt über das Warten dargelegt, ist der Blick des Patienten ein guter Indikator dafür, ob er «innerlich» verarbeitet oder bereit ist, im Dialog mit der Fachperson fortzufahren. Damit der Patient sich verbal oder nonverbal äussern kann, braucht es vor allem ein Abwarten der Fachperson, bis der Patient nach eigenem Gutdünken den Dialog wieder aufnimmt.

**Führen schwieriger Gespräche.** Unter dem Begriff «difficult patients» werden Begegnungen mit Patienten oder Angehörigen zusammengefasst, die zumindest aus der Sicht des Arztes unbefriedigend verlaufen sind. Ursache sind in der Regel nicht erfüllte Erwartungen der einen Seite an die andere: Patienten bekommen nicht, was sie erwarten, und Ärzte stellen fest, dass Patienten anderer Ansicht sind oder sich anders verhalten, als sie es sich gewünscht hatten. Was in solchen Fällen zu machen wäre von Seiten der Ärzte, entspricht im Wesentlichen dem, was bereits gesagt wurde: Gleich zu Beginn des Gespräches sollten beide Seiten deklarieren, was sie in dem Gespräch erreichen wollen. Das erspart hinausgezögerte Enttäuschungen nach vergeblicher Diskussion und bietet die Möglichkeit, gleich zu Anfang Inkompatibilitäten zu klären. Wenn der Patient als Hauptpunkt der eigenen Agenda benennt, dass er von der Hausärztin eine Krankenschreibung möchte, diese aber in Kenntnis der besonderen Geschichte des Patienten sicher ist, dass sie diesem Wunsch nicht entsprechen wird, ist das Gespräch entweder bereits beim Setting der Agenda zu Ende, weil die Ziele unvereinbar sind, oder beide Seiten einigen sich darauf, dass sie nach Alternativen zur Unterstützung des Patienten suchen wollen. Wenn umgekehrt die Ärztin als ihr wichtigstes Anliegen benennt, dass sie über Adhärenzprobleme sprechen will, kann der Patient dieses Thema sofort zurückweisen, und sie hat die Möglichkeit zu entscheiden, wie sie weiter vorgehen will. Nicht (korrekt) verstandene Informationen sind ein weiterer typischer Grund für Patientenverhalten, das den Erwartungen der Fachperson nicht entspricht. Die Kommunikationsstrategien, die in diesem Fall hilfreich wären, werden im folgenden Abschnitt besprochen.

**Probleme mit der Vermittlung von Informationen.** Ärzte erklären unglaublich viel. Es fällt ihnen jedoch auch dann sehr schwer, auf Informationen zu verzichten, wenn sie wissen, dass sie mehr Inhalte vermitteln wollen, als möglich ist. Behalten wird nur ein Bruchteil dessen, was mitgeteilt wurde. Lerntheoretische Konzepte legen nahe, die zu vermittelnden Inhalte zum einen an bereits vorhandenes Wissen anzuknüpfen, und zum anderen Informationen mithilfe von expliziten Inhaltsangaben in einzelne Segmente zu unterteilen. Man kann dafür die Buch-Metapher verwenden, um auf die Übertragbarkeit der Struktur von Büchern (mithilfe eines Inhaltsverzeichnisses und von Kapitelüberschriften) auf mündlich gegebene Information zu verweisen. Enttäuschungen der Ärzte sind dann naheliegend, wenn sie fälschlich davon ausgehen, dass Patienten verstanden haben, was ihnen erklärt wurde; Letzteres ist eher die Ausnahme als die Regel. Letztlich hilft nur die Bitte der Fachperson zu wiederholen, was die Patientin verstanden hat (z. B. mit der Frage: «Was werden Sie Ihrem Mann heute Abend sagen, wenn er Sie fragt, was wir heute besprochen haben?»). Diese Strategie wird mit den Begriffen «Schliessen der Schleife» (closing the loop) oder «Erklär's mir!» (Teach-Back) bezeichnet und hat sich als ausgesprochen erfolgreich erwiesen, um das Verständnis von Informationen und letztlich das Einhalten von Vorgaben zu verbessern. Die Information von Angehörigen, die einem bestimmten Erkrankungsrisiko, z. B. auf genetischer Basis, ausgesetzt sind, folgt den gleichen Prinzipien: Information sollte strukturiert und in einem ersten Schritt möglichst knapp gehalten sein, das Verständnis der Empfänger der Information muss mit Teach-Back explizit geklärt werden.

Wie z. B. im Kapitel 5 dargelegt wird, sind die Informationen, die aus genetischen Untersuchungen resultieren, die ohne Beteiligung einer Fachperson aufgelöst wurden, in der Regel nicht eindeutig und daher schwer zu interpretieren. Selbst wenn es in diesen Fällen weniger um relevante medizinische Probleme geht, können die Resultate Verwirrung auslösen, die vor allem aus der Unsicherheit heraus entsteht, was diese Ergebnisse für den Einzelnen bedeuten. Bei der genetischen Beratung im engeren Sinne (siehe Kap. 13) ist die Aufgabe, die Relevanz und Bedeutung von Befunden für den Einzelnen oder seine Familie abzuwägen, zusätzlich dadurch erschwert, dass diese unter Umständen massiven Einfluss auf die Lebensgestaltung des Ratsuchenden nehmen. Das sorgfältige Setting einer genetischen Beratung umfasst allein 13 Unterpunkte, die jeder für sich abgearbeitet werden müssen. Die zu den einzelnen Unterpunkten vermittelten Informationen sind jeweils komplex und erfordern ein wohlüberlegtes Vorgehen, bei dem gemeinsam mit Rat suchenden Personen die Tiefe der Information in den einzelnen Unterpunkten festgelegt werden sollte. Nur damit lässt sich ansatzweise verhindern, dass Beratung mehr Chaos stiftet, als Ordnung schafft.



**Grundkenntnisse der Patientenedukation und des Selbstmanagements.** «Patient education» ist der Fachbegriff für das Bemühen, Patienten so zu informieren, dass sie in bestimmtem Ausmass die Verantwortung für die Behandlung ihrer Erkrankung selber übernehmen können. Hinter diesen Konzepten steht die Annahme, dass Patienten, die verstehen, woran sie leiden und wie die Behandlung funktioniert, eher bereit sind, sich klug zu verhalten. Dafür gibt es bei verschiedenen chronischen Krankheitsbildern und in der Übergangsphase vom stationären Behandlungssektor auf die ambulante Versorgung gelungene Beispiele. Gespräche über den Umgang mit chronischen Erkrankungen werden dann zu schwierigen Gesprächen, wenn Fachperson und Patient auf verschiedenen Ebenen miteinander sprechen. Dies betrifft vor allem die Diskrepanz zwischen emotionalen Äusserungen der Patientin und rationalen Argumenten der Fachperson. In diesem Fall wäre ein Rückgriff auf Raum öffnende Kommunikation über das Ansprechen von Emotionen hilfreich, weil es die Patientin einlädt, z.B. über enttäuschte Erwartungen zu sprechen, die sie am Sinn einer Intervention zweifeln lassen.

## Kapitel 17

# Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Personalisierten Medizin

Nicht nur die Personalisierte Medizin, sondern auch zahlreiche weitere Faktoren werden die Art und Weise der Betreuung und Behandlung der Patientinnen verändern. Die demographische Entwicklung führt zu einer deutlichen Zunahme der Zahl älterer, oftmals multimorbider Patienten; dadurch steigt nicht nur die Komplexität der Fragestellungen und Anforderungen, auch der Betreuungsbedarf vergrössert sich ständig. Gleichzeitig stehen alle Beteiligten – Gesundheitsfachleute und Patienten – einer rasch wachsenden Informationsflut auf allen Kanälen gegenüber. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute wird immer anspruchsvoller, die «informierte» Patientin verlangt mit Recht, in Fragen ihrer eigenen Gesundheit oder Krankheit als Experte anerkannt zu werden und bei allen Entscheidungen mitzureden («shared decision making»). Und nicht zuletzt besteht ein wachsender Fachkräftemangel auf allen Stufen, bei allen Berufen des Gesundheitswesens, obschon ständig neue Berufe entstehen und sich die Berufsbilder ständig wandeln und weiterentwickeln.



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

### Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
mail@samw.ch, www.samw.ch

### Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

### Übersetzung

Apostroph, Bern

### Umschlagbild

adobestock – joyt; istock – teekid

Deutsche und französische Version (pdf) auf [samw.ch/grundlagen-personalisierte-medicin](http://samw.ch/grundlagen-personalisierte-medicin)



Copyright: ©2019 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution» (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

### Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019)  
Personalisierte Medizin. Grundlagen für die interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachleuten.  
Swiss Academies Communications 14 (6).

ISSN (online): 2297-1807

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3265194>



### SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

Mit dieser Publikation leistet die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3:  
«Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern»

[sustainabledevelopment.un.org](http://sustainabledevelopment.un.org)  
[www.eda.admin.ch/agenda2030](http://www.eda.admin.ch/agenda2030) → agenda 2030 →  
→ 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung