



health promotion in primary health care:  
general practice & community pharmacy.  
a european project

## **Projektzusammenfassung (german)**

<http://www.univie.ac.at/phc>

Karl Krajcic  
Jürgen Pelikan  
Petra Plunger  
Ursula Reichenpfader

Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin-  
und Gesundheitssoziologie (LBIMGS)

April 2001

*financially supported by*



*managed by*

Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine  
Universitätsstraße 7/2, 1010 Vienna, Austria

Phone: (+43-1) 4277 482-82, Fax: (+43-1) 4277 482-90

e-mail: [hcs.soc-gruwi@univie.ac.at](mailto:hcs.soc-gruwi@univie.ac.at)

WHO – Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion





## **Einleitung**

Im Sommer 1998 wurde das Projekt unter dem offiziellen Titel "Entwicklung von qualitätsgesicherter und qualitätssichernder, patientenorientierter Gesundheitsförderung in der Primärversorgung - Allgemeinpraxis und öffentliche Apotheke" gestartet. Das Projekt wurde durch die Europäische Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz (früher DG V) gefördert. Dr. Matti Rajala beauftragte das Projekt im Rahmen des Aktionsprogramms „Gesundheitsförderung“ der Europäischen Kommission. Das Projekt wurde vom Österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (seit März 2000: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen), Abteilung Gesundheitsförderung unterstützt und vom „Fonds Gesundes Österreich“ ko-finanziert.

Im weiteren Projektverlauf kam man überein, den Kurztitel „Gesundheitsförderung in der Primärversorgung: Allgemeinpraxis und öffentliche Apotheke. Ein Europäisches Projekt“ zu verwenden. Das Projekt wurde im April 2001 abgeschlossen.

## **Ziele und wichtige Strategien des Projektes**

Zentrales Ziel des Projekts war es, einen Beitrag zur Weiterentwicklung von qualitätsgesicherter und qualitätssichernder, patientInnen- bzw. nutzerInnen-orientierter Gesundheitsförderung im Rahmen allgemeinmedizinische Praxen und öffentlicher Apotheken zu leisten. Als wichtigste Interventionsstrategien des Projekts wurden spezifiziert:

- Gesundheitsförderung zu einem prominenteren Platz auf der Tagesordnung relevanter Organisationen zu verhelfen und das Thema insgesamt wichtiger zu machen
- Förderung des Austausches und von gemeinsamen Lernprozessen auf europäischer Ebene
- Entwicklung einer gemeinsamen europäischen Perspektive zum Thema Gesundheitsförderung in der Allgemeinpraxis und öffentlichen Apotheke
- Förderung der verstärkten Nutzung von Gesundheitsförderung durch
  - Entwicklung einer systematischen Wissensbasis über "Models of good practice"
  - Identifizierung von strategischen Optionen für die Implementierung auf nationaler Ebene
  - Empfehlungen auf EU-Ebene

Nach intensiven Beratungen mit den Projektpartnern wurde die ursprüngliche geplante Strategie "Erstellung Europäischer Richtlinien/Guidelines" aufgegeben. Sie erschien weder durchführbar, noch angemessen. Stattdessen wurden ausführliche Schlussfolgerungen und Empfehlungen („Conclusions and Proposals“) als sinnvoll erachtet.

## **ProjektpartnerInnen**

### **Koordination des Projektes**

Das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie wurde eingeladen die Projektkoordination zu übernehmen. Das LBIMGS hat seit 1990 Erfahrung in ähnlichen Projekten: in Zusammenarbeit mit der WHO Euro war es am Aufbau und der Betreuung des Internationalen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser tätig. Das Institut ist Teil der Ludwig Boltzmann-Gesellschaft, einer grossen, privaten, non-profit Forschungseinrichtung in Österreich. Seit 1992 ist es als WHO - Kooperationszentrum für Krankenhaus und Gesundheitsförderung designiert.

In den letzten Jahren hat das LBIMGS bereits einige einschlägige, kleinere Projekte für die Europäische Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz, durchgeführt.

### **Die Europäische ExpertInnengruppe**

Beratung zu verschiedenen Aspekten von Inhalt und Strategie erhielt das Projekt von einer „Europäischen ExpertInnengruppe“. Für diese konnten internationale ExpertInnen aus den Bereichen Allgemeinpraxen und öffentliche Apotheken, aber auch Gesundheitspolitik, PatientInnenperspektiven und Gesundheitsförderung zur Mitarbeit gewonnen werden.

Organisationen aus beiden Professionen:

Es gelang im Rahmen des Projekts eine gute Zusammenarbeit mit vielen Organisationen aus den Bereichen der Allgemeinpraxen und öffentlichen Apotheken sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene aufzubauen.

Professionelle Vereinigungen auf europäischer Ebene:

Als erster Schritt waren die PräsidentInnen von europäischen und internationalen professionellen Organisationen zur Mitarbeit in der ExpertInnengruppe eingeladen worden. Für die Gruppe der AllgemeinpraktikerInnen waren das die WONCA Europe - ESGP/FM, die UEMO (die medizin-politische Organisation der AllgemeinmedizinerInnen) und das Europrev-Netzwerk. Für die Apotheken wurden die PGEU und das EuroPharm Forum kontaktiert. Alle Organisationen, mit Ausnahme der UEMO, nahmen die Einladung an. Die PräsidentInnen beteiligten sich entweder persönlich oder entsandten eine/n ExpertIn als RepräsentantIn ihrer Organisation.

In einem zweiten Schritt konnten die genannten Organisationen und zusätzlich die FIP/Sektion Öffentliche Apotheken dazu gewonnen werden, als „European Supporting Partners“ die europäische Konferenz zu ko-organisieren.

Professionelle Vereinigungen auf nationaler Ebene:

Im Mai 1999 wurden die professionellen Organisationen aus den Bereichen der Allgemeinpraxen und öffentlichen Apotheken der 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (= jene, die die Interessen der jeweiligen Profession in den einzelnen Ländern auf gesetzlicher Basis bzw. politisch schwerpunktmäßig vertreten) eingeladen, sich als „Trans-nationale PartnerInnen“ des Projektes zu beteiligen. Andere nationale Vereinigungen der beiden Berufe wurden über das Projekt informiert und zu einer weniger intensiven Zusammenarbeit eingeladen.

Die Bemühungen stießen auf unterschiedliche Resonanz. Im Bereich öffentlichen Apotheken konnten in 12 von 15 Mitgliedsstaaten gute Arbeitsbeziehungen aufgebaut werden. Aus dem Bereich der Allgemeinpraxen konnten in 8 Mitgliedsländern PartnerInnen gefunden werden.

Dieses Ergebnis ist als durchaus zufriedenstellend anzusehen, jedoch erwies sich das Vorhaben, nationale Partner zu gewinnen, als weitaus schwieriger sowie zeit- und energieintensiver als erwartet.

Die Projektkoordination interpretiert diese Schwierigkeiten als Folge von drei zentralen Problemen:

- Die Verkoppelung der beiden Gesundheitsberufe in einem Projekt - einige Organisationen aus dem Bereich der Allgemeinpraxen zeigten deutliche Reserviertheit gegenüber einer derart engen Zusammenarbeit mit der anderen Profession
- Der Eindruck der „Einmischung“ der (europäischen) Gesundheitspolitik in die alltägliche Praxis der beiden Professionen, vor allem durch den Vorschlag erzeugt, europäische Richtlinien/Guidelines für die Alltagspraxis zu entwickeln, wurde von einigen potenziellen PartnerInnen als nicht angemessen eingeschätzt.
- Die europäische Dimension des Projektes hat sich für die nationalen Organisationen als weniger attraktiv erwiesen als erwartet. Nicht alle potenziellen nationalen PartnerInnen konnten vom Mehrwert der komplexen europäischen Dimension überzeugt werden.

Andere Organisationen:

Zusätzlich zu den professionellen Vereinigungen konnte das Projekt folgende Organisationen zur Mitarbeit gewinnen, die zentrale Stakeholder des Feldes vertreten:

- IAPO - International Alliance of Patients' Organizations
- WHO Regional Office for Europe
- IUHPE - International Union for Health Promotion and Education

Diese Organisationen waren bereit gewesen, als „European Supporting Partners“ die Europäische Konferenz mit zu organisieren.



## Die wichtigsten Produkte des Projektes

Auf der Grundlage des Projektvertrages, der Beratungen mit der Europäischen ExpertInnengruppe und der Diskussionen mit den Projektpartnern in zwei Meetings wurden im April 2000 die folgenden Endprodukte definiert:

- Konzeptpapiere in der Form von Arbeitsdefinitionen des Begriffes Gesundheitsförderung für Allgemeinpraxen und Apotheken sowie Hintergrunddokumente, die auf Literaturlauswertungen beruhen
- Länderberichte (Country Reports) aus den teilnehmenden Mitgliedsstaaten, die von den am Projekt beteiligten nationalen professionellen Organisationen (Transnationale PartnerInnen) erarbeitet werden
- Eine europäische Datenbank von Gesundheitsförderungsprojekten
- Eine europäische Konferenz zum Thema "Gesundheitsförderung in Allgemeinpraxen und öffentlichen Apotheken"
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dem Projekt, in denen wichtige Ergebnisse zusammengefasst werden
- Eine abschließende Projektpublikation, welche die Ergebnisse des Projektes den ProjektpartnerInnen, anderen interessierten Organisationen und Einzelpersonen zugänglich macht.

## Projektzeitplan

09/1998	Beginn des Projektes
12/1998	1. Treffen der Expertengruppe
03/1999	2. Treffen der Expertengruppe
09/1999	Kick-off Meeting mit den Partnerorganisationen
05/2000	Zweites Meeting mit den Partnerorganisationen und der Expertengruppe
11/2000	Europäische Konferenz in Brüssel. Lokale Gastgeber: die belgischen professionellen Vereinigungen der AllgemeinpraktikerInnen sowie der ApothekerInnen
11/2000	Eröffnung der europäischen Datenbank zu Gesundheitsförderung in öffentlichen Apotheken auf der Projekt-Website im Internet ( <a href="http://www.univie.ac.at/phc">http://www.univie.ac.at/phc</a> )
bis 2/2001	Fertigstellung der Länderberichte, Erstellung einer vergleichenden Analyse sowie von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dem Projekt; Zusammenstellung der Konferenzbeiträge
bis 4/2001	Redaktion und Herausgabe der Abschlusspublikation

## **Möglichkeiten für Gesundheitsförderung in Allgemeinpraxen und Apotheken**

Für die gemeinsame Arbeit mit den PartnerInnen an den Projektprodukten erwies es sich als notwendig, ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Ausgehend von der Ottawa Charter für Gesundheitsförderung und bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung wurden bei den ExpertInnenmeetings konzeptuelle Entwürfe vorgestellt. In Kooperation mit den PartnerInnen, die sich an einer Task Force beteiligten, und auf Basis einschlägiger Literatur wurde eine Arbeitsdefinition von Gesundheitsförderung in der Primärversorgung entwickelt.

Die Definition lautet in den Grundzügen:

PatientInnen/KundInnen-orientierte Gesundheitsförderung in Allgemeinpraxen und Apotheken kann verstanden werden als

- ein Prozess, in dem AllgemeinpraktikerInnen/ApothekerInnen und sein/ihr Team in einer patientInnen-orientierten und patientInnen-zentrierte Weise, vor allem im Rahmen direkter, persönlicher Interaktion darauf abzielt
- den/die PatientIn/KundIn der Allgemeinpraxis/Apotheke zu ermächtigen und/oder zu befähigen, bessere Kontrolle über seine/ihre eigene Gesundheit zu erlangen - Gesundheit sowohl verstanden im Sinne von Abwesenheit von Krankheit und Behinderung als auch im Sinne von positiver Gesundheit – Gesundheit verstanden als Konzept, das auch komplexe bio-psycho-soziale Dimensionen im alltäglichen Leben beinhaltet.

Vor allem im Rahmen der Konferenz gab es einige Beiträge, die dieses Konzept weiter differenzierten. Verwiesen sei hier im Besonderen auf die Hauptreferate von Illona Kickbusch, die Prinzipien der Gesundheitsförderung erläutert und „health literacy“ bzw. die Fähigkeit zu kompetentem Verhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit als ein chancenreiches Gebiet für Investitionen vor allem auch bei Apotheken und AllgemeinmedizinerInnen herausstreicht. Zu nennen ist weiters der Beitrag von Claire Anderson, der eine Übersicht über die vielen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in öffentlichen Apotheken gibt, sowie der Beitrag von Chris van Weel, der das Verhältnis von Gesundheitsförderung, Primary Health Care-Konzepten und einer patientInnen-zentrierten Arbeitsweise beleuchtet. Sylvie Stachenko beschreibt in ihrem Vortrag die gesundheitspolitischen



Rahmenbedingungen und Sue Ziebland zeigt aus einem sozialwissenschaftlichen Blickwinkel, was es in diesem Zusammenhang bedeutet, die PatientInnenperspektive (im Unterschied zur professionellen Perspektive) systematisch in die professionelle Arbeit mit einzubeziehen.

## **Schlussfolgerungen**

### **Warum sind Allgemeinpraxen und öffentliche Apotheken interessante Settings für Gesundheitsförderung?**

Sowohl Allgemeinpraxen als auch öffentliche Apotheken bieten gute Anschlussmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung. In den meisten Mitgliedsstaaten sind sie der niederschwellige Zugang in das Gesundheitssystem, mit hohen Kontaktfrequenzen. AllgemeinpraktikerInnen und ApothekerInnen sehen große und auch sehr heterogene Teile der Bevölkerung, und das regelmäßig. Ihre PatientInnen/KundInnen umfassen gesunde Menschen bis hin zu chronisch Kranken und setzen sich aus Angehörigen aller gesellschaftlicher Schichten und ethnischen Gruppen zusammen.

Die meisten AllgemeinpraktikerInnen und auch viele ApothekerInnen pflegen oft langjährige, persönliche Beziehungen zu ihren PatientInnen/KundInnen. Allgemeinpraxen bieten gute Voraussetzungen für eine starke Personen- und Kontextorientierung. Interventionen in Apotheken beinhalten in der Regel ebenfalls starke interaktive, kommunikative und beratende Aspekte, die als Ausgangspunkt für Gesundheitsförderungsinterventionen dienen können.

### **Wird Gesundheitsförderung als ein integraler Bestandteil der professionellen Rollen wahrgenommen? In welchem Ausmaß wird Gesundheitsförderung in der professionellen Praxis umgesetzt?**

Gesundheitsförderung - hier verstanden als ein breites Umbrella-Konzept, das präventive medizinische Maßnahmen ebenso beinhaltet wie Gesundheitserziehung und welches vorwiegend in individuell orientierten Interventionen während der Konsultation angewendet wird - wurde bereits bisher in das professionelle Rollenverständnis von AllgemeinpraktikerInnen integriert – betrieben von vielen professionellen Organisationen.

Auch in den öffentlichen Apotheken erhielt die Gesundheitsförderung in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit: Das Kernstück der professionellen Rolle von ApothekerInnen bleibt zwar die Versorgung der Bevölkerung mit (rezeptierten) Medikamenten (inklusive Beratung). In den letzten Jahren hat sich das Verständnis der professionellen Rolle aber verbreitert und positioniert die ApothekerInnen als wichtige AkteurInnen im Feld von Public Health und die Apotheken als „Gesundheitszentren“.

In Diskussionen mit beiden Professionen zeigte sich, dass Gesundheitsförderung umso attraktiver erscheint, je näher die konkreten Interventionsmöglichkeiten an den Kernaufgaben der Professionen ansetzen. Im Bereich der öffentlichen Apotheken korreliert das Interesse an Gesundheitsförderung auch mit einem generellen Trend zu einer verstärkt patientInnenzentrierten Arbeitsweise (im Gegensatz zu produktzentriert).

Trotz dieses offensichtlichen Interesses scheint es aber noch ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in der täglichen Praxis von AllgemeinmedizinerInnen und ApothekerInnen zu geben: Das Projekt konnte eine Reihe von Modellen und Initiativen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung sichtbar machen (siehe z. B. die vergleichende Analyse der Länderberichte). Es förderte aber auch Defizite zu Tage: in den meisten Mitgliedsstaaten gibt es kaum systematisch erhobene Daten auf diesem Gebiet.

Zusätzlich wurde deutlich, dass das Ausmaß, in dem einzelne AllgemeinpraktikerInnen und ApothekerInnen Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung in der Ausrichtung ihrer täglichen Praxis verwenden, sowohl nach Ländern und Kulturen, aber auch individuell stark variiert.

### **In welchem Ausmaß ist Gesundheitsförderung Bestandteil der professionellen Aus- und Weiterbildung?**

Obwohl es in einigen Mitgliedsländern vielversprechende Initiativen beider Professionen gibt, scheinen Gesundheitsförderung und die damit in Zusammenhang stehenden notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen nicht sehr prominent in der professionellen Aus- und Weiterbildung zu figurieren. Dieses kritische Urteil betrifft in den meisten Ländern vor allem die universitäre Grundausbildung. In der praktischen Berufsausbildung beider Professionen scheinen bereits einige gute Möglichkeiten für systematische Lernprozesse in Bezug auf einschlägige Themen, wie

Prävention, Gesundheitsentwicklung und vor allem auch Entwicklung von sozialen und kommunikativen Kompetenzen zu bestehen.

In der (praktischen) medizinischen Fortbildung für AllgemeinmedizinerInnen gibt es schon jetzt eine größere Zahl von einschlägigen, strukturierten Programmen - eine Notwendigkeit, die auch von den ApothekerInnenvereinigungen erkannt wird.

### **In welchem Umfang ist Gesundheitsförderung Bestandteil in der praxisbezogenen Forschung?**

Wie viele andere professionelle Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung sind auch Gesundheitsförderungsinterventionen in Allgemeinpraxen und öffentlichen Apotheken derzeit schlecht dokumentiert und evaluiert. Obwohl es etliche Modelle und Initiativen gibt, erscheint die Anzahl der systematisch geplanten, dokumentierten und evaluierten Interventionsstudien sehr gering. Das geringe Interesse der medizinbezogenen Industrie an nicht produktorientierten Innovationen und damit zusammenhängender Forschung ist wohl ein wichtiger Erklärungsfaktor für dieses Defizit. Auf dem Gebiet der Allgemeinpraxen entwickeln sich in letzter Zeit trotzdem einige Forschungsaktivitäten, zunehmend auch unter Beteiligung von nationalen und multi-nationalen Forschungsinitiativen, und auch kleine lokale Forschungsvorhaben werden in diesem Bereich gestartet.

In vielen Ländern sind sowohl noch die Forschungsinfrastruktur für Allgemeinpraktiker wie auch die Maßnahmen, die AllgemeinpraktikerInnen dabei unterstützen, in die Forschung einzusteigen, noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Es fehlt an einheitlichen Rahmenbedingungen für Forschung und Evaluation.

Auch bei den ApothekerInnen wird in den für Gesundheitsförderung relevanten Gebieten bisher nur wenig geforscht. Hier stehen ebenfalls die traditionellen Forschungsthemen im Vordergrund. Allerdings gibt es, wie bei den AllgemeinpraktikerInnen, einige vielversprechende Ansätze für Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang Universitätsabteilungen für Gesundheitsförderung oder Soziale Pharmazie, aber auch (internationale) Kooperationen zwischen Forschung und AllgemeinpraktikerInnen bzw. RepräsentantInnen von professionellen Organisationen.

## Was sind die Auswirkungen infrastruktureller Voraussetzungen auf die Praxis der Gesundheitsförderung?

Wenig überraschend ist die Tatsache, dass von mehreren am Projekt beteiligten, nationalen professionellen Vereinigungen von AllgemeinpraktikerInnen fehlende finanzielle Anreize (etwa in Form von Rückvergütungen) als Gründe für eine geringe Nutzung der Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung in Allgemeinpraxen angeführt werden. Die Abrechnungsschemata scheinen Dienstleistungen, die unter den Begriff „Gesundheitsförderung“ verstanden werden können, eher gering zu honorieren. Im Vergleich dazu sind klassische Präventionsmaßnahmen, wie Krebs-Screening, Gesundenuntersuchungen, Gesundheitsmonitoring für Kinder und bestimmte krankheitsbezogene Beratungen relativ gut entlohnt, besonders in Gesundheitssystemen mit Sozialversicherung.

Es scheint in Europa kein Modell zu geben, das Kommunikation oder Beziehungsaspekte der Konsultation explizit vergütet. Andererseits dürften es Systeme mit Primary Care-Orientierung (meistens staatliche Gesundheitsdienste) den AllgemeinpraktikerInnen erleichtern, mit einem kooperativen, team- und gemeinschafts-orientierten Ansatz zu arbeiten. Für Gesundheitssysteme, in denen Allgemeinpraxen vor allem als Einzelpraxen geführt werden, entsteht der Eindruck, dass diese Organisationsform für die AllgemeinpraktikerInnen nicht besonders hilfreich ist, Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben. Trotzdem haben auch in diesen Ländern einzelne Projekte und Initiativen diese Barrieren überwunden und können von lokaler Akzeptanz berichten.

Was systematische Qualitätsentwicklungsstrategien betrifft, scheinen bisher nur wenige Instrumente (wie z.B. Richtlinien und Standards/Protokolle) implementiert zu sein. Evaluationen scheinen generell zu fehlen.

Auch im Bereich der öffentlichen Apotheken zeichnet sich immer ein kritisches Bild in Bezug auf die finanziellen Anreize ab. Die Bezahlung setzt sich hauptsächlich aus den Handelsspannen und/oder einem fixen Betrag pro abgegebenem Medikament zusammen.

Obwohl Dienstleistungen wie Beratung einen klaren Bezug zu Produkten haben (Medikamente oder andere gesundheitsbezogene Erzeugnisse), müssen erst neue, innovative Verrechnungssysteme entwickelt werden, die der steigenden Bedeutung der kognitiver Dienstleistungen Rechnung tragen.

Die Organisation der Arbeit und die Gestaltung des physischen Settings der Apotheke kann durch eine Betonung der PatientInnen/KundInnen -zentrierten Praxis weiterentwickelt werden, damit die qualifizierte Belegschaft mehr Zeit für Beratungsleistungen an den PatientInnen/KundInnen zur Verfügung hat.

### **Gibt es ein Potenzial für Gesundheitsförderung an der Schnittstelle von AllgemeinpraktikerInnen, ApothekerInnen und PatientInnen/KundInnen?**

Innerhalb des Projektes bestand besonderes Interesse an integrierten, kooperativen Ansätzen für Gesundheitsförderung in der Primärversorgung. Der Fokus lag dabei auf den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen (patientInnenzentrierter Zugang), um danach die Kooperation an der Schnittstelle Allgemeinpraxis und Apotheke zu optimieren.

### **Empfehlungen an die Europäische Kommission**

Im Rahmen des Projektes wurden eine Reihe von Empfehlungen für mögliche Maßnahmen der Europäischen Kommission erarbeitet, die alle oben dargestellten Bereiche betreffen (siehe "Conclusions and Proposals").

Ein Thema sei hier besonders hervorgehoben: Das Projekt konnte einen signifikanten Mangel an Forschung und Wissensentwicklung feststellen, der besonders Gesundheitsförderungsinterventionen betrifft, die auf Kommunikation basieren.

Eine generell schmale Forschungsbasis und ein Mangel an systematischen Reviews machen es tatsächlich schwer, Innovation von einfachen lokalen, zufälligen Variationen zu unterscheiden.

Das erscheint besonders problematisch in der aktuellen medizinischen und pharmazeutischen Praxis, die von einer raschen Abfolge (technologischer) Innovationen bestimmt wird. Diese technologischen Innovationen werden üblicherweise von Forschung und Meta-Analyse begleitet, die vor allem von der Industrie finanziert werden. Innovation wird systematisch über die Strukturen der Evidence Based Medicine verbreitet und versorgt PraktikerInnen mit schnellen und verlässlichen Informationen über die jeweils gute und beste Praxis.

Der Innovationsprozess wird außerdem durch sorgfältig ausgearbeitete Werbestrategien beschleunigt: Publikation, Konferenzen, Workshops und VertreterInnenbesuchen der pharmazeutischen Industrie direkt bei allen ÄrztInnen und ApothekerInnen.

Wenn Innovation im Bereich medizinisch-technischer Interventionen und vor allem kommunikativer Gesundheitsförderungsinterventionen in den nächsten Jahren eine etwas ausgeglichene Entwicklung nehmen sollen, muss für eine faire Chance gesorgt werden, dass kommunikations-zentrierte Interventionen (wie die meisten Gesundheitsförderungsinterventionen) bei PraktikerInnen als innovativ und abgesichert angesehen werden und dementsprechend Beachtung und Priorität bekommen. Die Europäische Kommission sollte deshalb in folgenden Bereichen investieren:

- in Forschung, besonders in praxis-orientierte Modellprojekte, Netzwerke und Erfahrungsaustausch zwischen diesen Projekten
- in die Förderung von Strategien der Evidence Based Medicine, wie Erstellung von Reviews und Verbreitung von Wissen auch über vornehmlich kommunikations-zentrierte Gesundheitsförderungsinterventionen
- in einschlägige Konferenzen und Workshops
- in die Integration dieses Wissens und dieser Fähigkeiten in alle Formen der professionellen Aus- und Weiterbildung.