

Ergebnisprotokoll zur Sitzung der Projektgruppe „Patienten- Empowerment“ des Bundesverbandes Managed Care e.V.

**am 13. Oktober 2016, 10:30 bis 16:00 Uhr,
Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund, Luisenstraße 18, 10117 Berlin**

Protokollführer:

- Wolfgang Weber (AnyCare) und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG/Gesundes Kinzigtal GmbH), Leiter der Projektgruppe „Patienten-Empowerment“
- Valerie Dorow (BMC)

Agenda:

- | | |
|------------------|--|
| 10.30 Uhr | Begrüßung und kurze Einführung

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Leiter der Projektgruppe „Patient Empowerment“ und Wolfgang Weber, Geschäftsführer AnyCare GmbH, (Vertretung für Cornelia Kittlick, Leiter der Projektgruppe) |
| 10.45 Uhr | Abstimmung des organisatorischen Rahmens und Fahrplans

Inhalte, Vorgehensweise, Zeitplan, Organisation |
| 11.15 Uhr | Perspektiven zum Patienten Empowerment <ul style="list-style-type: none">- Einführung und Erläuterung der jeweiligen Fragestellungen innerhalb der Matrix zum Patienten Empowerment- Darstellung der Sichtweisen der verschiedenen Stakeholder anhand der Matrix- Diskussion und Klarheit über die verschiedenen Perspektiven |
| 13.00 Uhr | Mittagspause |
| 14.00 Uhr | Vereinheitlichung und Konsens-Herleitung <ul style="list-style-type: none">- Sammlung der wesentlichen Aspekte für eine einheitliche Definition- Vorschlag für eine einheitliche Definition unter Berücksichtigung der jeweiligen Stakeholder-Perspektiven |
| 16.00 Uhr | Sitzungsende |

Begrüßung und kurze Einführung/Abstimmung des organisatorischen Rahmens und Fahrplans

Dr.h.c. Helmut Hildebrandt und Wolfgang Weber geben eine kurze Einführung in die Projektgruppensitzung und erläutern die Agenda des Tages. Die zu erarbeitenden Patientenbilder sollen künftig in jede Sitzung mitgenommen werden und immer wieder als Referenzpunkte für die kommenden Konzepte dienen. Die Gruppe entschließt sich, in einem ersten Schritt von den Patienten aus zu denken und deshalb die Erarbeitung der Patientenbilder vorzuziehen. Anhand dieser vier Patientenbilder lassen sich individuelle Bedürfnisse und Anforderungen von Patienten an das Gesundheitssystem ableiten.

Als Leitfaden dienen vier Fragen an die Patientenbilder:

- Welche Herausforderungen bestehen für die beschriebenen Patienten im Alltag?
- Was bedeutet die Krankheits-/Gesundheitssituation für die beschriebenen Patienten auf emotionaler Ebene?
- Welche 3 Hauptziele haben die beschriebenen Patienten in Bezug auf Ihre Krankheitssituation?
- Welche Erwartungen und Vorstellungen haben die Patienten an sich selbst, Ihr Umfeld und das Gesundheitssystem?

Gruppenphase

Während der Gruppenphase erarbeiten sich die Teilnehmer einen anschaulichen Eindruck der unterschiedlichen Patiententypen und beantworten die oben genannten Fragen für ihren jeweiligen Patienten (siehe Anhang_1_Patientenbilder). Als übergeordnetes Ziel erfolgt die Auseinandersetzung damit, was die von den Teilnehmern der Projektgruppe eingebrachten Verständnisse von Patienten Empowerment (PE) nun für Patienten wie Nicole, Mesut, Emma und August bedeuten.

Perspektiven zum Patienten Empowerment

Im Anschluss an die Gruppenphase erfolgt die Vorstellung der individuellen Verständnisse von PE durch die Projektgruppenmitglieder.

Empowerment wird in der Projektgruppe als ganzheitliches Konzept verstanden. Es geht nicht nur darum, den Patienten zur Entscheidung bzgl. seiner Therapie zu befähigen, sondern zum Umgang mit seiner Krankheit. In der künftigen Auseinandersetzung kritisch zu betrachten ist der Aspekt der Passivität. „Man muss sich empower lassen.“ Je nach Krankheitsstadium/-phase ist die Fähigkeit zum „Selbstepowern“ variabel. Man muss die Passivität/Aktivität eines Patienten auch als Momentaufnahme sehen.

Über den Annäherungen an das Thema sollten stets die Fragen stehen „Warum machen wir überhaupt PE? Was ist danach anders als vorher?“ Gemeinsames Ziel ist die Optimierung der Versorgungssituation bei einer günstigen Kosten-Nutzen-Bilanz.

Eine Übersicht zu den eingebrachten Konzepten ist beigefügt (siehe Anhang_2_Zusammenfassung_Matrix). Im Folgenden werden einzelne Aspekte der Diskussion hervorgehoben.

Bernhard Mikoleit (MassineBoecker) betont die Wichtigkeit von PE in Hinblick auf den allgegenwärtigen Zeitmangel in der Versorgung. Grundlegend muss dem Patienten vermittelt werden: „Du bist nicht deine Krankheit“. Eine nachhaltige, intrinsische Motivation zum Empowerment schaffen, emotionale Bezüge bilden, Sinnhaftigkeit vermitteln und Anreize setzen sind aus seiner Sicht Ziele von PE.

Gunhild Leppin (Berlin-Chemie) stellt ein Konzept von PE mit Fokus auf Arzneimitteltherapiesicherheit vor. Sie betont die Wichtigkeit, Patienten zu empowern um ihre Therapie mit Medikamenten sinnhaft sicherzustellen. Das Ziel eines Patienten kann – abhängig von seiner Erkrankung – nicht immer Gesundheit sein, sondern ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Patientenadhärenz muss auch beim Arzt ansetzen: Der Patient ist adhärent, wenn der Arzt ihn dazu befähigt. Hilfe muss als Chance begriffen werden, nicht als Entmündigung.

Anja Schweitzer (Siemens BKK) erläutert den Sachverhalt, dass Kassen aufgrund einer Beschränkung im SGB V nicht auf die Daten ihrer Versicherten zugreifen dürfen, außer die Versicherten sind in DMPs eingeschrieben. Die Daten dürfen nicht zusammengeführt werden und innerhalb der Kasse darf keine Vorhersage über Krankheitsrisiken durch Kombination der Daten erfolgen. So ist auch eine – vom Patienten geforderte – Beratung anhand seiner individuellen Krankheitsgeschichte nicht möglich. Dieser Umstand ist aus Versichertensicht nicht nachvollziehbar. Die Entscheidung sollte vom Patienten zu treffen sein. Als Gegenargument wird die Gefahr der Risikoselektion durch Transparenz aufgeführt. Dieses Thema eignet sich möglicherweise für eine künftige politische Forderung aus der Projektgruppe heraus. Frau Schweitzer wird gebeten, das entsprechende Positionspapier der Siemens BKK nachträglich in die Runde zu geben.

Michael Blasius (AnyCare) geht auf den Aspekt der fehlenden Vergütung von PE ein. Vieles was PE ausmacht, ist in der heutigen Versorgung nicht möglich bzw. nicht abrechenbar. So wird PE von vielen Akteuren des Gesundheitswesens als „nice to have“, aber fernab der medizinischen Versorgung, wahrgenommen. Die Bedeutung von PE sei jedoch vor allem für Chroniker immens hoch. Bei der Weiterentwicklung von PE müsse darauf Wert gelegt werden, standardisierte, modulare Programme zu schaffen, die, anders als bei Individuallösungen, validierbar sind. Die bisherigen Aktivitäten der Branche schätzt er als stark krankheitsorientiert und zu wenig an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet, ein.

Barbara Haake (vfa) plädiert in ihrer Sichtweise auf PE für eine stärkenorientierte Wahrnehmung von Patienten. Ziel müsste es sein, die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zu beseitigen um kompetente, ins Gesundheitssystem einbezogene Patienten zu schaffen.

Julia Heinz (AbbVie) definiert PE als einen mehrdimensionalen Prozess, der es Patienten und deren Angehörigen ermöglicht, Kontrolle und Verantwortung für ihre Krankheit zu übernehmen. In diesem Zusammenhang wird auf die Patient Empowerment Charta des European Patients' Forum und der Robert Bosch Stiftung eingegangen (siehe Anhang_3_Patient_Empowerment_Charta). Patientenvertreter brauchen Zugang zu Informationen. Dies kann beispielsweise über freie Eintritte zu Kongressen der für sie relevanten Krankheitsbilder erfolgen.

Dr. Katja Stahl (Picker Institut) gibt zu bedenken, dass PE schlicht ein Recht und Wert in sich ist und nicht ökonomisch belegt werden muss. Es kann aus drei Perspektiven gedacht werden: als

Entwicklungsprozess, der den Patienten durchläuft, als ethisches Prinzip und als Intervention. Die zirkulierenden Definitionen unterscheiden sich nicht unbedingt in ihrer Zielsetzung, sondern in ihrer Sichtweise auf PE. Sie sieht den Ansatzpunkt von PE aber nicht nur direkt beim Patienten. Auch müssen die verschiedenen beteiligten Leistungserbringer auf Augenhöhe miteinander kommunizieren und die massive ärztliche Dominanz zum Wohle des Patienten aufgelöst werden. Kommunikationstechniken müssten im Rahmen der Aus- und vor allem Weiterbildung bei allen medizinischen Berufen geschult werden. Des Weiteren brauchen wir Strategien, wie der Organisationsgrad von Patienten in Deutschland erhöht werden kann. Wie auch Michael Blasius betont Dr. Katja Stahl die Wichtigkeit, PE zu evaluieren. Im Rahmen der Tätigkeiten des Picker Instituts liegen über Patientenbefragungen identifizierte Baustellen im PE vor. Sofern die Möglichkeit besteht, wird Frau Dr. Stahl gebeten, der Projektgruppe die Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

Ralf Pourie (4sigma) versteht unter PE die drei Schlagworte Information, Befähigung und Beteiligung. Das Thema sei bisher nicht im Gesundheitswesen anerkannt. Es gebe kaum evidenzbasierte Daten und PE sei zu wenig auf dem Radar der Versorgungsforschung.

Monika Sinha (SINHA) ergänzt, dass PE auch auf der Mesoebene an Versorgungsstrukturen anknüpfen muss. Generell sollten alle Beteiligten des Gesundheitswesens stärkeres Vertrauen in die Selfmanagement-Potentiale der Patienten haben.

Dr. Sebastian Dries (Philips) erweitert die Diskussion um den Aspekt der Patient Reported Outcomes. Diesen wird in der aktuellen Versorgung zu wenig Stellenwert beigemessen, doch Gesundheit ist zu 70% determiniert von Sozial- und Umweltaspekten. Zur Nutzung dieser Parameter bedarf es technischer Lösungen, die die patientengenerierten Daten in den Kontext der Erkrankung setzen.

Vereinheitlichung und Konsens-Herleitung

In der anschließenden Diskussion wird der Blickwinkel international erweitert: Indem durch die Gesetzgebung der Verbraucher geschützt werden soll, wird er bevormundet und in andere Länder getrieben, wie das Beispiel Präimplantationsdiagnostik zeigt. Einem mündigen Versicherten könnte durchaus die Offenlegung seiner Daten zu Beratungszwecken ermöglicht werden. Eine weitere Hoffnung aus Sicht der Kassen ist PE als Schutz vor Fehlbehandlung. Ein gestärkter Patient mit gesundem Menschenverstand nimmt mögliche Fehler wahr und hilft, eine Fehlbehandlung zu verhindern. Dies ist auch eine Variante der Kostenreduzierung.

Dr.h.c. Helmut Hildebrandt resümiert, dass die Projektgruppe in ihrer Zusammensetzung und ihrem Verständnis von PE zwar breit aufgestellt ist, die Zielsetzung aller Teilnehmer aber dieselbe ist: Eine ganzheitliche Stärkung des Patienten. In den kommenden Sitzungen sollten Patientenvertreter eine noch größere Rolle einnehmen.

Die kommende Sitzung ist für Februar/März 2017 geplant und wird voraussichtlich in Stuttgart stattfinden. Die genauen Daten werden rechtzeitig bekannt gegeben.

Anmerkung im Nachgang zur Sitzung: Seit vergangener Woche ist die Strategie des österreichischen Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung online und über folgenden Link einsehbar:

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Verbesserung_der_Gespraechsqualitaet_in_der_Krankenversorgung