

Ergebnisprotokoll zur Sitzung der Projektgruppe „Patientenempowerment“ des Bundesverbandes Managed Care e.V.

22. Februar 2017, 10:30 bis 15:30 Uhr
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart

Protokollführer:

- Cornelia Kittlick (AnyCare) und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG/Gesundes Kinzigtal GmbH), Leiter der Projektgruppe „Patientenempowerment“
- Valerie Dorow (BMC)

Modifizierte Agenda:

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

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Wolfgang Weber, Cornelia Kittlick,
Leiter der Projektgruppe „Patientenempowerment“ |
| 10.45 Uhr | Definition Patientenempowerment <ul style="list-style-type: none">- Vorstellung einer einheitlichen Definition des Patienten Empowerments auf Basis der erarbeiteten Sichtweisen sowie führender Definitionen aus der Praxis- Diskussion und gemeinsame Festlegung für die Projektgruppe |
| 13.00 Uhr | Mittagspause |
| 13.45 Uhr | Auswertung + Weiterbearbeitung der in der letzten Sitzung entwickelten Patientenbilder hinsichtlich <ul style="list-style-type: none">- Anforderungen/Rollenverständnis an sich selbst = an den Patienten/die Patientin- Anforderungen/Rollenverständnis an eine/einen Patientencoach (Empowerer)- Anforderungen/Rollenverständnis an ein „empowerndes“ Gesundheitssystem |
| 15.00 Uhr | Vereinbarung über die nächsten Arbeitsschritte <ul style="list-style-type: none">- Idee: Zusammentragung von Curricula / Ausbildungsgängen in Patient Empowerment- Idee: Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Aufrufs für ein Gesundheitssystem, das Patienten mündig macht und empowert- Idee: Sammlung von Projektvorstellungen, die von der PG gewünscht werden- Diskussion und Konsensfindung |
| 15.30 Uhr | Sitzungsende |

Begrüßung und kurze Einführung

Cornelia Kittlick, Wolfgang Weber und Dr.h.c. Helmut Hildebrandt geben eine kurze Einführung in die Projektgruppensitzung und erläutern die Agenda des Tages.

Definition Patientenempowerment

Cornelia Kittlick stellt verschiedene gängige Definitionen zu Patientenempowerment (PE) vor. Die Definitionen haben gemeinsam, dass auf einer Kompetenz aufgebaut wird, die die betreffende Person bereits in ihren Grundzügen mitbringt. „Ich befähige, bemächtige, stärke“. PE wird als ein Prozess verstanden, durch den der Mensch u. a. mithilfe von Gesundheitsinformationen und Hilfestellungen auf individueller Ebene Kontrolle über die persönliche Gesundheitssituation erhält. Der Fokus liegt hierbei nicht nur auf der Profession Arzt, sondern auf verschiedenen Gesundheitsberufen. Gesundheitskompetenz wird in den Definitionen als ein Teil von PE verstanden und schließt auch die sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen ein. Wichtige Aspekte sind Mehrdimensionalität und Handlungskompetenz.

Des Weiteren stellt Cornelia Kittlick den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (HLS-GER) vor, an dem unter anderem die Universität Bielefeld beteiligt war. Die zugrundeliegende Studie legt erste repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung vor. (Siehe Anhang_1_Definition_Patientenempowerment)

Im Anschluss beginnt eine Gruppendiskussion zur Findung einer einheitlichen Definition von PE für die weitere Projektgruppenarbeit. Die Gruppenmitglieder kritisieren die paternalistische Wortwahl in den gängigen Definitionen, die ebenfalls bereits im Wort Patientenempowerment und damit im Projektgruppennamen enthalten ist („Der Patient **wird** empower“). Vorgeschlagen wird die Ausweitung des Begriffes Patient. Es sollte sich nicht nur auf kranke Menschen beschränkt werden, sondern die Aktivitäten auch auf den Präventiv-Bereich, eine allgemeine „Gesundheitskompetenz“ ausgeweitet werden. Ungeklärt ist, ob man PE als Teil der Gesundheitskompetenz verstehen sollte, oder Gesundheitskompetenz vielmehr Basis für ein PE ist, welches auch strukturelle Aspekte enthält. Als kompetenter Mensch ist man in der Lage, die Werthaltigkeit und Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen auf individueller Ebene zu beurteilen, Entscheidungen zu treffen und diese aktiv umzusetzen. Bei PE sollte es nicht nur um Wissensaneignung gehen, sondern auch um eine Verhaltensänderung beziehungsweise Erweiterung von Handlungskompetenz. Hierbei lassen sich verschiedene Stufen des Empowerments definieren.

Zu beachten ist, dass die individuelle Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen, von den Betroffenen sehr subjektiv eingeschätzt wird. So schätzen beispielweise Chroniker ihre Gesundheitskompetenz deutlich schlechter ein, was objektiv allerdings an den häufigeren Berührungspunkten mit den entsprechenden Themen liegen kann.

Des Weiteren darf nicht davon ausgegangen werden, dass es „den einen Patienten“ gibt. Manche Patienten müsste man empowern, andere empowern sich selbst. Beide Positionen sind wahrscheinlich in jedem Patienten vereint und treten situationsbedingt hervor. Es wird vorgeschlagen, PE als Bemühung zu verstehen, Menschen das Selbstvertrauen zu geben, um Gesundheitsentscheidungen kritisch zu hinterfragen. Eventuell müssten auch die Angehörigen/das Sozialgefüge in der Definition auftauchen.

Die Gruppe einigt sich darauf, die Definition einzuschränken und systemisch beim Patienten anzusetzen. Es wird vom Ist-Zustand und nicht Idealzustand ausgegangen. Wichtige Stichworte, die in einer Definition enthalten sein sollten, sind: Selbstverantwortung, Selbstvertrauen, Patientensouveränität, Angebot an Patienten. Die Definition sollte kurz und für den Patienten verständlich sein.

Cornelia Kittlick wird einen neuen Entwurf vorbereiten, der dann in die Runde gegeben wird.

Eine Vernetzung mit anderen Arbeitsgruppen/Initiativen zu diesem Thema wird angestrebt.

Auswertung + Weiterbearbeitung der in der letzten Sitzung entwickelten Patientenbilder in Gruppenarbeit

Die Gruppe diskutiert, was sich aus den Patientenbildern an Anforderungen für das PE ergibt. Intensiv wird darüber debattiert, wie die Rolle des Coaches zu verstehen ist. Die Gruppe gibt zu bedenken, dass der Coach nicht personalisiert sein muss. Er kann sich in vielerlei Hinsicht zeigen (Familie, Arzt, Freunde...). Die Person muss dabei nicht unbedingt wichtig sein, eher der Kontaktpunkt (kann auch Maschine/künstliche Intelligenz sein). Eine Einteilung in „Aktivitäten und Rahmenbedingungen“ oder „Empowerer und System“ wird angeregt, die die Stärkung der Eigenkompetenz zum Ziel hat.

In Bezug auf die Patientenbilder werden folgende Anforderungen erarbeitet:

Nicole

- Anforderungen an Empowerer: Anlaufstelle/Sparringspartner, dem sie vertraut
- Ggf. Expertise zum Thema
- Vielleicht jemand, der schon Erfahrungen mit der Krankheit gemacht hat

Emma

- Suche nach „weißem Ritter“
- Hat keine Erwartungen mehr an das Gesundheitssystem
- Braucht Vertrauensperson
- Objektive Anforderung an das System: proaktive Ansprache. Es braucht etwas, das sie ins System zurückholt
- Niedrigschwellige Hilfeangebote (E-Health) könnte im zweiten Schritt auch geeignet sein
- Eher Kontaktperson als Coach

August

- Diskussion, ob Patientenbild noch zu beginnender Demenz passt (hier nehmen die PG-Leiter Anpassungen vor)
- Angebote für Angehörige, da sonst langfristig Co-Erkrankungen entstehen

Mesut

- Gutes Beispiel, dass es Grenzen im PE gibt und man sich mit kleineren Erfolgen zufriedengeben muss
- Wer seit Jahrzehnten in Deutschland ist und sich nicht integrieren konnte, dem wird ein einzelner Coach kein vollkommen neues Selbstbild vermitteln können
- Mesut will nicht mitreden. Er benötigt keinen partizipativen, sondern autoritären Ansatz
- Realistische Ziele setzen, nicht „westliches“ Verständnis überstülpen
- Evtl. sind hier andere Dinge wichtig, als bei anderen Patienten mit ähnlichem Krankheitsbild
- Der beste Ansatz ist, ihm zuzuhören, was er persönlich will

Aus der Diskussion anhand der Patiententypen ergibt sich eine Konkretisierung des Verständnisses von PE für die Gruppe. Eine Anforderung im Sinne aller Patiententypen ist, dass PE als Kommunikation (Coach) und Informationsaustausch/Vernetzung (System) verstanden wird. PE muss auch auf Leistungserbringerseite entsprechend honoriert werden („sprechende Medizin“). Der Outcome muss bei demjenigen ankommen, der auch das Invest trägt. Ansonsten werden die Bemühungen Einzelner langfristig scheitern, und das – im Idealfall während der Ausbildung erlernte - Wissen nicht angewendet werden.

Ziel muss es sein, dass PE politisch gewollt ist und sich in Gesetzen/Vorgaben und Ausbildungscurricula findet (systemischer Ansatz). Auf sämtlichen Ebenen des Gesundheitswesens wird eine Überzeugungsphase zur Wichtigkeit von PE notwendig sein.

Grundsätzlich sollte ein PE-Coach nicht institutionalisiert werden, sondern das gesamte Gesundheitswesen durchziehen. Jeder auf seiner Ebene muss als „Empowerer“ agieren (Arzt, Pflegekraft, Physiotherapeut,...). PE ist eine Kompetenz, die alle Berufsgruppen haben müssen und keine zentrale Stelle.

Die Gruppe definiert Säulen, die zum PE beitragen, aber nicht in jeder Situation/bei jedem Patienten benötigt werden. Der Patient sucht sich aus, von wem er sich empowern lässt.

Noch offen sind folgende Punkte:

- Wer schafft/kontrolliert die Fähigkeit der Empowerer, zu empoweren?
- Wer hat ein finanzielles Interesse an PE?
- Wo könnte sich die Kontrollaufgabe institutionell verorten lassen?
 - Krankenkassen?
 - Pflegekassen über Pflegestützpunkte?
 - Kommunen (PSG 3)?
- Wie lässt sich PE evaluieren?
- Was kennzeichnet einen Patienten, dass er mehr PE erworben hat?

Vereinbarung über die nächsten Arbeitsschritte

Einer der nächsten Arbeitsschritte sollte die systematische Recherche und Analyse bereits vorhandener PE-Tools sein. Ansatzpunkte wären die Weiße Liste und die UPD.

Die Vorstellung von Praxisbeispielen wird ebenfalls von den PG-Mitgliedern begrüßt. Hier bietet sich die vergleichende Vorstellung der Konzeptionen der Projekte „INVEST Billstedt-Horn“ mit seinem aus

Finnland übernommenen „Gesundheitskiosk“ an, das über einen niedrighschwelligen Zugang (ganzheitliche, mehrsprachige Beratung) die Vermittlung zu einem Arzt und eine nachgehende Betreuung ermöglicht, und dem individualisierten Beratungsmodell „Meine Gesundheit“ im Kinzigtal. Eine weitere Idee ist die Kontaktaufnahme zur UPD, die auch zu einer der nächsten Sitzungen eingeladen werden könnte.

Nach wie vor ist das übergeordnete Ziel, in diesem Jahr ein Paper zu erstellen, welches die Kontaktaufnahme zu politischen Entscheidern begleiten kann.

Die Projektgruppenmitglieder werden sich bis zur nächsten Sitzung noch einmal vertieft mit der Reflektion der eigenen Rolle (partizipative Entscheidungsfindung) sowie Möglichkeiten der Evaluation von PE auseinandersetzen. Hierfür wäre eventuell eine Kooperation mit dem DNVF denkbar.

Die kommende Sitzung ist für Juni/Juli 2017 geplant und wird voraussichtlich in Berlin stattfinden. Die genauen Daten werden rechtzeitig bekannt gegeben.