

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

**am 12. Juli 2016, 10:00 bis 15:30 Uhr,
Langenbeck-Virchow-Haus, Raum „Robert Koch“, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin**

Protokollführer:

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

Die Agenda zur Auftaktsitzung gestaltete sich wie folgt:

| | |
|------------------|--|
| 10.00 Uhr | Begrüßung Dr. Susanne Ozegowski, Geschäftsführerin, Bundesverband Managed Care e.V. |
| 10.15 Uhr | Begrüßung und kurze Einführung sowie Organisatorisches Cornelia Kittlick und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Leiter der Projektgruppe „Patient Empowerment“ |
| 10.30 Uhr | Wie wird das Gesundheitswesen dem Patienten als Individuum gerecht? Ursula Faubel, Geschäftsführung, Referat Gesundheits- und Sozialpolitik, Internationales, Deutsche Rheuma-Liga |
| 11.00 Uhr | Die Chancen und Grenzen von Patient Empowerment – Reflektionen aus der Wissenschaft Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Mitglied des BMC-Beirats |
| 11.30 Uhr | Welchen Einfluss nimmt ein „empowerter“ Patient auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen? – die Sichtweise eines Kostenträgers Dr. Andreas Meusch, Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der TK |
| 12.00 Uhr | Mittagessen |
| 13.00 Uhr | Podiumsdiskussion mit allen Referenten |
| 14.00 Uhr | Konstituierung der Projektgruppe Zusammenstellung der Gruppe und Diskussion der Schwerpunkte für die Arbeit der Projektgruppe |
| 15.30 Uhr | Sitzungsende |

Zu Top 1: Begrüßung durch Frau Dr. Ozegowski

Frau Dr. Ozegowski begrüßt die Teilnehmer und Teilnehmerinnen seitens des BMC zur Auftaktveranstaltung der Projektgruppe „Patienten-Empowerment“.

Sie erläutert, dass das gewählte Thema in direkter Linie mit dem bereits in 2002 formulierten „Leitbildes des Bürgers als wichtigster Sachwalter seiner eigenen Gesundheit“ steht. Diesen Zusammenhang hatte Herr Dr. Meyer-Lutterloh im Rahmen seiner Recherche zur 20-jährigen Geschichte des BMC gestellt. Gleichzeitig wurde das Thema in den vergangenen Jahren unter verschiedenen Perspektiven beleuchtet und wird nun im Rahmen der Projektgruppe aufgegriffen, um intensiv und gezielt daran weiter zu arbeiten. Daneben weist sie auf den anstehenden BMC-Kongress am 24./25. Januar 2017 sowie weitere Arbeitsgruppensitzungen hin und wünscht den Teilnehmern viel Erfolg für die Auftaktveranstaltung.

Zu Top 2: Begrüßung und kurze Einführung sowie Organisatorisches

Frau Kittlick begrüßt die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zur Auftaktveranstaltung und stellt sich sowie AnyCare und ihre Motivation zur Projektgruppe „Patienten-Empowerment“ vor. Diese beruht zum einen auf dem Geschäftszweck der AnyCare GmbH, das Selbstmanagement von chronisch kranken Patienten durch Maßnahmen des Telefoncoachings oder telemedizinischer Ansätze, zu stärken. Zum anderen leitet sich die Motivation auch aus den aktuellen Gegebenheiten rund um das Thema „Patienten-Empowerment“ ab. Gute Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements sind bereits vorhanden und etabliert. Herausforderungen gibt es jedoch noch immer, die Leistungen denjenigen zugänglich zu machen, die am meisten davon profitieren könnten. Ihr formuliertes Ziel für die Projektgruppe ist daher, die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern, ihn gleichzeitig zu befähigen, seine Erkrankungssituation selbst zu managen und eine politisch und sozialrechtlich höhere Ebene für die „Ressource Patient“ zu schaffen und zu manifestieren. Der mündige Patient ist Wunschgedanke, aber in vielen Fällen noch keine gelebte Realität.

Einen Ausblick auf die Themen des Tages gibt sie durch aktuelle Pressemeldungen aus Focus und Deutschem Ärzteblatt, in denen Patienten-Empowerment unter den Gesichtspunkten „Arzt-Patienten-Kommunikation“ und „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ kritisch betrachtet werden. Die Frage, ob die Digitalisierung wirklich schon Patienten-Empowerment oder nur ein Baustein dessen ist, könnte eine Fragestellung für die weiteren Sitzungen der Projektgruppe sein.

Zu Top 3: Wie wird das Gesundheitswesen dem Patienten als Individuum gerecht?

(Ursula Faubel, Geschäftsführung, Referat Gesundheits- und Sozialpolitik, Internationales, Deutsche Rheuma-Liga)

In ihrem Vortrag zeigt Frau Faubel die Patientenperspektive auf das Gesundheitswesen auf. Institutionen wie das BMG, die KV/KBV, die GKV oder der GBA werden vom Patienten kaum wahrgenommen. Der Patient hat überwiegend Berührungspunkte mit Einrichtungen, wie der

Apotheke, dem Krankenhaus, dem Arzt oder dem Physiotherapeuten. Als Hauptinformationsquelle sieht er seinen behandelnden Arzt. Mitglieder in Selbsthilfeorganisationen nutzen diese an zweiter Stelle zur Informationsbeschaffung.

Betrachtet man den Patienten als Individuum sieht sie einen dringenden Handlungsbedarf sowohl auf der Mikro-, Meso- als auch auf der Makroebene. Auf individueller Ebene (Mikroebene) sollte die Beziehung zwischen Arzt und Patient weiterentwickelt werden, auf struktureller Ebene (Mesoebene) wäre eine Anpassung der Rahmenbedingungen wünschenswert und auf Systemebene (Makroebene) gilt es, die Bedingungen für eine Beteiligung von Patienten und Versicherten zu verbessern.

Im letzten Punkt greift sie die Partizipationsleiter nach Arnstein auf und erläutert, dass die partizipative Entscheidungsfindung ein elementarer Baustein in der Entscheidungsfindung sein muss. Gleichwohl ist zwischen Patienten zu unterscheiden, die gerne an einer Entscheidung teilhaben möchten und Patienten, die auf die alleinige Entscheidung des Arztes vertrauen. Eine Befragung des Gesundheitsmonitors 2012 ergab, dass ca. 55 Prozent der Befragten präferieren, mit dem Arzt gemeinsam eine Entscheidung zu fällen, rund 22 Prozent möchte nach ausführlicher Information durch den Arzt alleine entscheiden und ca. 19 Prozent überlassen dem Arzt die Entscheidung. Einflussfaktoren auf den Wunsch nach Partizipation sind unter anderem Alter, Geschlecht, Ethnie, Kultur, Erkrankung und sozioökonomischer Status.

Zu berücksichtigen sei weiterhin, dass sich die Arztperspektive auf eine Erkrankung deutlich von der des Patienten unterscheidet. So stehen für den Behandler vorrangig medizinische Aspekte im Vordergrund (Krankheitssicht), für den Patienten Symptome und eine möglichst uneingeschränkte Lebensqualität (Funktionssicht). Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist daraufhin abzustimmen.

Für eine patientenorientierte Ausgestaltung des Gesundheitswesens sieht sie einige Hindernisse, die es zu optimieren gilt. Darunter kritisiert sie unter anderem die Gestaltung der Versorgungsstrukturen mit Selektiv- und Kollektivverträgen, die Koordination und das mangelnde Schnittstellenmanagement, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sowie das DMP-Angebot. Ein weiterer Problembereich bildet die Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Budgetierungen, Anreizen zur Leistungserbringung bzw. -unterlassung, ein Nebeneinander von privaten und GKV-finanzierten Leistungen sowie die Ausschreibung von Leistungen. Das beste Patienten Empowerment führt nicht weit, wenn die Versorgungsstrukturen nicht funktionieren und der Zugang zur Versorgung behindert ist, beispielsweise durch monatelange Wartezeiten auf Arzttermine.

In der Qualitätssicherung und -entwicklung sieht sie Handlungsbedarf bei der Ergebnisbewertung, der sektorenübergreifenden Betrachtung, der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Leistungserbringern, der Veröffentlichung von Studienergebnissen sowie der Definition von Versorgungsstandards mit Patientenbeteiligung.

Abschließend definiert sie Forderungen zur Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung. So gilt es, die Beteiligungsrechte im Vertragsgeschehen von z. B. Rahmen- und Gesamtverträgen,

Strukturverträgen, DMP und Verträgen zur Hilfsmittelversorgung zu stärken. Gleichzeitig sollten die Patientenvertretungen auf Landesebene an der Krankenhausplanung sowie an den Qualitätssicherungskommissionen der KVen beteiligt und maßgebliche Patientenorganisationen weiter gefördert werden.

Zu Top 4: Die Chancen und Grenzen von Patient Empowerment – Reflektionen aus der Wissenschaft

(Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Mitglied des BMC-Beirats)

Herr Prof. Härter definiert zunächst Empowerment als „Anerkennung und aktive Unterstützung der Fähigkeiten und Verantwortung des Patienten zum Selbstmanagement seiner Krankheit“ (Scholl I, Zill J, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centredness – A Systematic Review and Concept Analysis. PLOS ONE 2014, 9 (9)) und erläutert ein patientenzentriertes Gesundheitswesen aus der Mikro-, Meso- und Makroebene.

Er beleuchtet die Grundprinzipien in der Arzt-Patienten-Kommunikation und stellt fünf zentrale Aspekte, die von Patienten als verbesserungswürdig erachtet werden, heraus: Dies sei an erster Stelle der Patient als Individuum mit seiner bio-psycho-sozialen Perspektiven, die Patientenbeteiligung an Versorgungsprozessen, die Patienteninformation, die Behandler-Patienten-Kommunikation sowie das Empowerment des Patienten.

Eine optimale Patientenversorgung besteht nach Hoffmann, Montori & DelMar im Wesentlichen aus den Ansätzen einer evidenzbasierten Medizin sowie einer patientenzentrierten Kommunikation bei der der Patient in die Entscheidung von Behandlungsmaßnahmen einbezogen wird. Im Rahmen eines medizinischen Entscheidungsmodells unterscheidet er zwischen dem paternalistischen Modell, in dem der Arzt die Entscheidungshoheit hat, der partizipativen Entscheidungsfindung, an dem der Patient gleichberechtigt und aktiv an einer Entscheidung beteiligt ist und dem Informationsmodell, bei dem die Patientenautonomie maximal gegeben ist. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass ein Shared Decision Making-Ansatz nur in wenigen Fällen bereits gelebt wird. Betrachtet man die Arztrolle im zeitlichen Verlauf, so realisiert man dennoch einen Wandel: Im 18. Jh. wurde der Arzt vorrangig als Heiler verstanden, im 19. Jh. nahm er zunehmend die Rolle eines Detektives ein und vom 20. Jh. bis heute wird er zunehmend zum Gatekeeper und Partner des Patienten. Daher ändert sich auch zunehmend die Sichtweise auf das Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient. So ist nicht der Patient Gast innerhalb des Gesundheitssystems, sondern der Leistungserbringer vielmehr Gast beim Patienten (siehe hierzu auch das entsprechende Zitat: Don Berwick, 2009: „... Achieving a medical culture that views itself as guests in the lives of patients rather than hosts in the care system, will require a substantial transformation...“).

Um hier eine Verinnerlichung beim Arzt zu erreichen, müssen sich die Kommunikation und Struktur zwischen Arzt und Patient deutlich verändern. Hierfür stellt Herr Prof. Härter im Weiteren einige Strategien heraus.

- Adaption international hochwertiger Entscheidungshilfen bzw. (Neu-) Entwicklung für patientenrelevante Entscheidungen in der Medizin
- Aufbau Bibliothek „Nationale Gesundheitsplattform“ (s. NKP)
- Entwicklung von Decision Aids und Entscheidungstafeln in Verbindung mit Leitlinien
- Zertifizierung von SDM/Decision Aids, z.B. als „Medizinprodukte“
- Delegation und Einsatz von DA durch andere Gesundheitsberufe
- Anreize schaffen, um Decision Aids durch Ärzte „zu verschreiben“
- Versorgungsforschung zur Implementierung bzw. Praxis-Transfer
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in PCC für Ärzte ausbauen, z.B. Kommunikations- und Trainingsmodule im Studium und in der Facharztausbildung
- Entwicklung eines Curriculums für Patienten und Multiplikatoren; Mediatorenschulungen für Patienten und Professionelle
- Bildungsangebote für Bürger, Patienten/Angehörige und Professionelle zur Steigerung von Gesundheitskompetenz und Empowerment ausbauen

Hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten stellt er das dreistufige Modell des Studiengangs IMED in Hamburg vor. Er zeigt unter anderem auf, dass kommunikative Fertigkeiten die Basis für alle Arztgespräche mit dem Patienten sind. Darüber hinaus sind die Partizipative Entscheidungsfindung, Behavior Change Counseling, Mitteilung schlechter Nachrichten, Interdisziplinäres KOM-Training und die Vermittlung des Biopsychosozialen Krankheitsmodells einige der Lehrinhalte, die künftigen Ärzten helfen sollten, den Patienten in seiner Entscheidungsfindung zu unterstützen. Schließlich stellt er heraus, dass die Mehrzahl der praktizierenden Ärzte dem Patienten-Empowerment-Ansatz durch ihre jahrelange Eingebundenheit in bestehende Kommunikationsstrukturen nicht gewachsen sind – bei Medizinstudenten hingegen sähen sie, dass diese die notwendigen Fertigkeiten recht schnell erlernen würden.

Zu Top 5: Welchen Einfluss nimmt ein „empowerter“ Patient auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen? – die Sichtweise eines Kostenträgers

(Dr. Andreas Meusch, Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der TK)

In seinem Vortrag hebt Herr Dr. Meusch drei zentrale Stellhebel für ein erfolgreiches Patienten Empowerment hervor: In erster Linie müsse sich die Kultur innerhalb des Gesundheitssystems verändern. Krankenkassen, insbesondere die TK, werden von den Versicherten zunehmend als relevanter Partner für Gesundheitsinformationen gesehen. An zweiter Stelle gilt es, die Rolle der Ärzte zu betrachten. Aktuell gibt es eine Fülle an Leitlinien, die nicht oder nur in geringem Maße Anwendung finden. Der Arzt selbst müsse daher ebenfalls empowert werden, um Entscheidungen wieder auf einer adäquaten Grundlage zu treffen. Ein dritter Baustein ist die Digitalisierung, die zu

einem wesentlichen Wandel im Gesundheitssystem beitragen wird. Hervorzuheben sei hier die elektronische Patientenakte, über die der Patient die Hoheit haben soll und entscheidet, wem er seine Daten zugänglich macht.

In der Fülle an Gesundheitsinformationen, die sich sowohl im Markt als auch im Internet befinden, wird es für Patienten zunehmend schwieriger, zwischen qualitativ guten und schlechten Informationen zu differenzieren. Gemäß dem Zitat von Sir John Muir Gray CBE (Ehem. Chief Knowledge Officer of the NHS) „Im 19. Jhdt. war sauberes Wasser die wichtigste Ressource für Gesundheit. Im 21. Jhdt. ist es sauberes Wissen“ macht Herr Dr. Meusch deutlich, dass es zukünftig immer wichtiger wird, die Nutzung von Gesundheitsinformationen zu betrachten – insbesondere bei älteren Patienten. Denn eine geringe Gesundheitskompetenz (Health Literacy) führt in der Regel zu häufigeren Krankenhauseinweisungen, zur vermehrten Notwendigkeit von Notfallbehandlungen, einer geringeren Teilnahme an Früherkennungs- und Präventionsangeboten, geringerer Adhärenz, geringeren Fähigkeiten, Beipackzettel und Gesundheitsinformationen zu verstehen und besonders bei älteren Patienten zu einem schlechteren Gesundheitszustand und höherer Mortalität. Die Gesundheitskompetenz, die zu einem mündigen Patienten führt, sollte perspektivisch zum nationalen Bildungsauftrag werden und bereits in Schulen vermittelt werden. Es müssen Chancen und Risiken von Digital Health transparenter kommuniziert werden. So sind die Informationen, die man über Suchmaschinen wie Google erhält, sehr strategiefähig. Ein Beispiel hierfür ist die Begriffssuche „Masernimpfung“ die weniger unabhängige, wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zuvorderst aufführt, sondern sog. Impfgegnern überproportionalen Raum gibt.

Wichtig zu beachten ist, dass das Ergebnis einer informierten Patientenentscheidung nicht unbedingt dem normativ gewünschten Ergebnis entsprechen muss (Bsp. Organspende). Der informierte Patient fordert zwar mehr Leistungen ein, verursacht aber auf seine Lebenszeit gesehen deutlich niedrigere Kosten als der nicht-aktivierte Patient.

Laut WHO könnten drei bis fünf Prozent der Gesundheitskosten eingespart werden, wenn man die ungenutzten Ressourcen hinsichtlich einer zu geringen Gesundheitskompetenz und fehlender Digitalisierung nutzbar mache. Eigene Auswertungen der TK zeigen, dass sich TK-Versicherte bei der Suche nach einem passenden Arzt oder Krankenhaus mehr Unterstützung von ihrer Krankenkasse wünschen. Auch hinsichtlich der Einholung einer Zweitmeinung stützen sich die Versicherten auf die Angebote der TK.

Zusammenfassend hält er fest, dass eine effiziente Gesundheitsversorgung sowohl gut informierte Ärzte als auch gut informierte Patienten benötigt. Das Problem der abnehmenden Versorgerstunden ließe sich nur durch Delegation und Stärkung der Patientenkompetenz lösen. Eine unnötige Fokussierung auf den Arzt zeigt sich darin, dass jede psychotherapeutische Leistung von einem Arzt erbracht werden muss. Des Weiteren müssten sich die Vergütungsstrukturen hin zu einer stärkeren Honorierung von Gesprächen orientieren.

Hierbei sollte Patienten Empowerment nicht nur als Befähigung bezüglich einer Krankheit verstanden, sondern globaler gedacht werden: Wie verschaffe ich mir eine Stimme und engagiere mich im System?

Zu Top 6: Podiumsdiskussion mit allen Referenten

Eingangs betonte Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (Co-Leiter der Projektgruppe und Vorstandsmitglied des BMC) noch einmal die Bedeutung des Patienten im „Produktionsprozess“ von Gesundheit, dass nämlich – insbes. bei chron. Krankheiten – dieser nur in der erfolgreichen Co-Produktion von therapeut. System und Patienten(-system) gelingen kann. Ergänzend wurde vorgeschlagen, statt von Produktionsprozess von dem Prozess der Wertschöpfung zu sprechen.

Als systemisches Ziel der Projektgruppe wurde dabei vorgeschlagen, neben der Frage der Ist-Situation und der möglichen Instrumente zur Verbesserung auch zu definieren, wie ein Gesundheitssystem aussehen müsse, dass Patienten-Empowerment / Gesundheitskompetenz als „Produktions- bzw. Wertschöpfungsfaktor“ optimal zur Entfaltung bringt?

Die Podiumsdiskussion machte deutlich, dass sowohl Gesundheitsinformationen als auch die Arzt-Patienten-Kommunikation zwei wesentliche Schlüsselfaktoren in der Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung von Patienten sind.

Zum einen gibt es bereits eine Fülle an Informationen, die es gilt, qualitativ zu bewerten. Diskutiert wurde, ob das System hier unterstützend mitwirken kann. Gleichzeitig wurde aber auch die Frage aufgeworfen, ob ein informierter Patient ggf. auch Kosten verursacht, in dem er versucht, die Leistungen des Arztes auszuweiten. Berücksichtigt werden sollte auch, dass Gesundheitsinformationen alleine möglicherweise nicht ausreichen, einen Patienten zu empower. Hierfür fehlt es an der emotionalen Motivation, die durch Coaches oder Trainer erzielt werden könnte.

Die Rolle des Arztes wurde hier unterschiedlich diskutiert. Zum einen sollte er fachlich und kommunikativ befähigt sein, ein gutes und partizipatives Arzt-Patienten-Gespräch zu führen. Gleichzeitig fehlen ihm jedoch die Ressourcen, den Patienten selbst zur Mitentscheidung zu befähigen. Die Leistungen des Patienten-Empowerment könnten daher auch an andere Gesundheitsberufe delegiert werden.

Zu Top 7: Konstituierung der Projektgruppe

Im Rahmen der Konstituierung zur Projektgruppe wurden schließlich diverse Themenschwerpunkte gesammelt, die es gilt, in der Projektgruppe zu filtern und letztlich zu bearbeiten. Zusammenfassend konnten vier zentrale Fragestellungen festgehalten werden:

1. Warum benötigen wir Patienten Empowerment?
2. Was verstehen wir unter Patienten Empowerment?
3. Wie kann Patienten Empowerment gelingen?
4. Wo liegen die Hürden und Herausforderungen?

Um die Interessen der unterschiedlichen Player im Gesundheitssystem zu erfassen, sollten diese vier Fragestellungen aus den unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden. Im zweiten Schritt sollte dann ein möglichst einheitlicher Konsens gefunden werden.

Die Teilnehmer der Projektgruppe fordern die Beteiligung von Patientenorganisatoren, um mit diesen die gemeinsamen Lösungen und Wege aufzuzeigen und diese aus Patientensicht zu legitimieren. Am Rande wurde dem BMC empfohlen, vergünstigte Teilnahmemöglichkeiten an Veranstaltungen aktiv auf der Website zu dokumentieren, um damit mehr Patientenbeteiligung auch im Verband zu generieren.

Weiterhin ist es unabdingbar, die bereits bestehenden Studien, Auswertungen, Publikationen zum Thema Patienten Empowerment zu screenen und die Ergebnisse dessen als Grundlage für die weitere Arbeit heran zu ziehen. Im Rahmen der nächsten Sitzung sollte sich auf eine allgemeingültige Definition von Patienten Empowerment verständigt werden, um eine einheitliche Gesprächsgrundlage zu haben.

Weiteres Vorgehen

Die Projektgruppenleiter bereiten die oben genannten Fragen als Matrix-Vorlage vor, auf dessen Basis die unterschiedlichen Perspektiven abgebildet werden können. Weiterhin entwickeln sie einen „Fahrplan“ für die kommenden Projektgruppensitzungen, in dem die Zielsetzung und das weitere Vorgehen der Projektgruppe ausgearbeitet sind. Es wird angedacht, Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer (Leiterin der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld) in die Projektgruppe einzubinden. Den Teilnehmern der Projektgruppe werden für die kommende Sitzung mehrere Terminvorschläge zugesendet.