DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

Fakten
Statements
Termine

Ein Plädoyer für mehr Patientenselbststeuerung

Bei vielen chronischen Krankheiten hängt das Behandlungsergebnis stark vom Patientenverhalten ab. Hinlänglich bekannte Beispiele hierfür sind der Diabetes mellitus (im Einzelfall bis zu 90% verhaltensabhängig) und andere risikoreiche Stoffwechselkrankheiten oder der Bluthochdruck. Richtige Ernährung, Bewegung, konsequente Einnahme indizierter(!) Arzneimittel, Vermeidung von Nikotin- und Alkoholmissbrauch, Stressabbau, Work-Life-Balance, Psychohygiene und konsequentes Einhalten notwendiger Verlaufskontrollen sind Verhaltenselemente, die ein Patient selbststeuernd zur Gesundung einsetzen kann.

>> Selbststeuerung und Steuerung sind grundsätzlich nicht identisch beziehungsweise deckungsgleich. Bei der Patientensteuerung navigiert eine andere Instanz als der Patient selbst diesen durch den Behandlungsprozess. Das können beispielsweise ein Arzt als Gatekeeper oder ein Case Manager sein. Der Patient ist dabei überwiegend Objekt des Geschehens. Das mag in bestimmten Situationen, wie etwa bei lebensbedrohlichen Notfällen, durchaus im Interesse des Patienten sein. Dessen einzige Verhaltensoption ist dann, sich den Rettern und den Ärzten anzuvertrauen oder dies abzulehnen - vorausgesetzt, er ist bei Bewusstsein und in der Lage, eine derartige Entscheidung sinnvoll zu treffen. Ähnlich kann die Patientenrolle bei schwierigen Krankenhausbehandlungen sein, deren Komplexität ein Kranker oft nur schwer zu überblicken und zu beurteilen vermag. Hier gelten dann die Grundsätze des Case Managements, wie sie die Arbeitsgruppe Patientencoaching der DGbV im Jahre 2009 definiert hat:

- „Das Case Management (ein/e Case Manager/in) leitet einen Patienten durch einen Versorgungsprozess, organisiert ein integratives Schnittstellenmanagement aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure und stellt einen zielgerichteten, strukturierten, koordinierten und effizienten Mitteleinsatz sicher.
- Ein/e Case Manager/in trägt also weitgehend die Verantwortung für die Organisation des Behandlungsprozesses. Dabei besteht häufig eine Asymmetrie hinsichtlich Informiertheit, Verantwortung und Kompetenz zum Handeln zwischen Case Manager und Patient.“[1]

Die Patientenselbststeuerung setzt im Gegensatz dazu voraus, dass ein Kranker über das notwendige Wissen verfügt, um seine Rolle im Behandlungsprozess selbstverantwortlich und zielführend in die Hand nehmen zu können. Die Bedeutung einer solchen Mitwirkung der Kranken im Genesungsprozess ist keine - wenn auch oft vernachlässigte - Erkenntnis der Neuzeit, sondern war bereits Gegenstand antiker medizinischer Theorien. Hippokrates (460-375 v. Chr.) hat es bereits vor rund 2.400 Jahren in einem seiner Aphorismen auf den Punkt gebracht:

„Der Arzt muss nicht nur bereit sein, selber seine Pflicht zu tun, er muss sich auch die Mitwirkung des Kranken, der Gehilfen und der Umstände sichern.“[2]

Diese Aussage zeigt überdies die Klugheit und Zurückhaltung, mit der die hippokratischen Ärzte ihr Tun bewerteten. Sie wussten schon damals um die Schlüsselrolle der Patienten sowie den Einfluss der Umstände auf die Behandlungsergebnisse.

Bezogen auf unser Jahrhundert - und in unserer Diktion formuliert - bedeutet es, „dass ohne aufgeklärte und im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstverantwortlich handelnde Bürger und Patienten die alleinigen Bemühungen der Akteure des institutionellen und hochentwickelten medizinischen Versorgungssystems unvollkommen bleiben. Beleg dafür ist die Feststellung des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen im Gutachten 2005, dass ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert „weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte“ zurückgeht. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

1: AG Patientencoaching des DGbV, zitiert in: Meyer-Lutterloh, K. (2009), S. 38
2: Hippokrates von Kos (ungefähr 400 v.Chr.): Corpus Hippocraticum, Aphorismen; zitiert in Kapferer, R. (1943): Hippokrates – Fibel, Hippokrates-Verlag Stuttgart..

Kommentar



Dr. John N. Weatherly
Präsident der DGbV

Sehr geehrte Damen und Herren,
Berlin - BMG - Politik: heftige Bewegungen zwischen allen beteiligten Parteien. Erst wurde lange um die Einführung der Praxisgebühr gestritten, jetzt um deren Abschaffung. Erst wurde über die Unterfinanzierung massiv geklagt, jetzt über die richtige Verteilung der überbordenden Mittel gestritten. Diese zum Teil nicht mehr nachvollziehbaren Auf und Ab's sind es, die den Bürger so verwirren und ihn politikmüde und -verdrossen machen. Wann gibt es endlich wieder eine klare Linie mit Beständigkeit in den Maßnahmen? Im Moment „spielt“ dieses Hin und Her, wenn überhaupt, nur den großen Playern des Systems in die Hände. Weder der einzelne Bürger noch die gesamte Volkswirtschaft profitiert ansonsten davon. Bürgerorientiertheit wird erst dann nachvollziehbar, wenn das gesamte Gesundheitswesen sich dieser vielleicht höchsten aller Maximen eines Versorgungssystems nicht nur annimmt sondern unterwirft.
Vielleicht liest diese Zeilen ja der eine oder andere Politiker …

Mit freundlichen Grüßen aus Berlin

Dr. John N. Weatherly
DGbV-Präsident

Termine

AG Patientencoaching
Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh
15. Januar 2013, 10.00 - 16.00 Uhr
Thema: „Integrierende patientenorientierte Health Management Lösungen“

Achtung Vorankündigung!
Wichtiger Termin – bitte notieren!

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV) lädt ein:

FORUM: „Pflegenotstand im reichen Deutschland!?“
27. Februar 2013, 10:00 - 16:00 Uhr
Thema: „Wer wird wo, von wem und wie gepflegt? Die Situation der Pflege in Ost und West“

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV) plant ihren

3. Zukunftskongress
24. April 2013, 10:00 - 16:Uhr
Thema: „Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen im Wahljahr 2013 - „Nur Beitragszahler und Leistungsempfänger?“

Ort: NEWSTAND Management-Akademie
14052 Berlin, Heerstraße 12 - 14

belaufe sich „je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen und auch in Abhängigkeit vom Geschlecht, auf ca. 10 bis 40 %. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen.“ [3]

Dies veranschaulicht Abb. 1, die eine Grafik des Sachverständigengutachtens 2000/2001 in etwas modifizierter Form wiedergibt. Wir finden in dieser Darstellung den Arzt und seine Gehilfen als „medizinische Infrastruktur“, die „Mitwirkung des Kranken“ als „Gesundheitsverhalten“ und die „Umstände“ in den „prädisponierenden Faktoren“, dem „sozialen Status“ und den „transsektoralen Determinanten“ wieder.

Das Versorgungsmanagement chronisch Kranker und multimorbider Patienten stellt dabei eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen dar. Die zunehmende Zahl dieser Patientengruppen nimmt ungefähr vier Fünftel aller aufgewendeten Leistungen des Systems in Anspruch.

Als Konsequenz aus diesen Zusammenhängen lässt sich eine Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit und ihre Mitwirkung an der Krankenbehandlung und Rehabilitation ableiten, wie dies auch in § 1 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) thematisiert wird

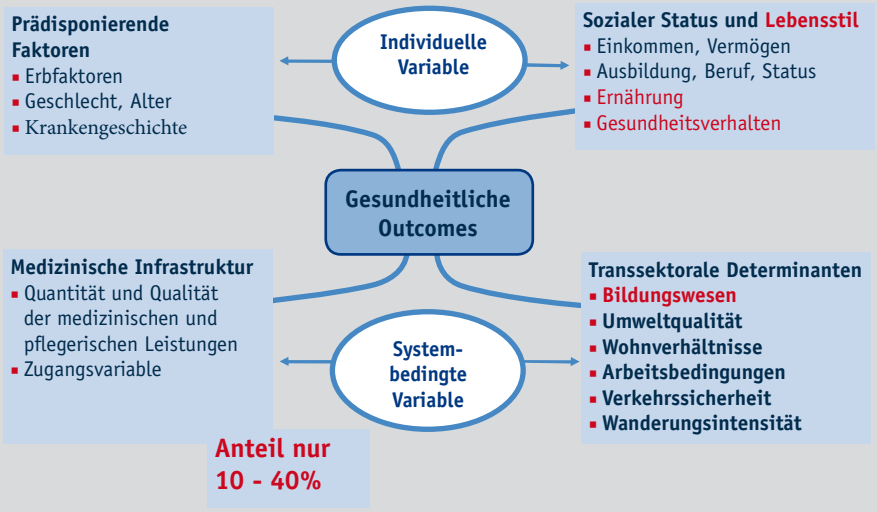
„… Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. …“ [5]

Mitverantwortung und Mitwirkung sind hierbei die Schlüssselbegriffe. Das Spektrum der Handlungsoptionen reicht dabei vom bloßen Befolgen ärztlicher Anweisungen (Compliance) bis hin zu einem Verhalten, das auf Wissen, Verstehen, informierter Entscheidung, Motivation und Befähigung zur Eigenverantwortung und zum Selbstmanagement (Empowerment) im Behandlungsprozess beruht.

Für eine Förderung des Patientenselbstmanagements spricht die hohe Quote an nicht therapiegerechtem Verhalten insbesondere chronisch kranker Patienten. Diese liegt nach nationalen und internationalen Studien ungefähr zwischen 30 und 50 Prozent.[6]

Die herkömmlichen - meist wohl paternalistischen - Methoden der Patientenführung scheinen hiernach bei vielen Menschen nicht

Verhalten und Verhältnisse: Determinanten gesundheitlicher Outcomes



©MVF

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Quelle: Modifiziert nach einer Darstellung im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.[4]

zum gewünschten Erfolg zu führen. Gründe dieses Scheiterns können unter anderem darin bestehen, dass Patienten ärztliche Verordnungen nicht genügend verstehen oder diese nicht in Einklang mit ihren eigenen Präferenzen und dem Wunsch nach mehr Selbstbestimmung bringen können. „Die Zeiten, dass die Patienten alles ohne Widerrede über sich ergehen lassen, sind vorbei“, hat 2010 ein Unternehmensberater für Arztpraxen formuliert.[7]

Voraussetzungen für eine zielführende Patientenselbststeuerung

Eine mitverantwortliche Selbststeuerung der Patienten im Gesundungsprozess ist allerdings nur möglich, wenn grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Hierzu zählen:

- eine gesicherte Diagnose,
- die Bereitschaft des Patienten, Verantwortung für den eigenen Gesundungsprozess zu übernehmen,
- verlässliche Informationen über die Krankheit, die diagnostischen Möglichkeiten und die Behandlungsalternativen,
- therapiebezogene Orientierungsparameter,
- die intellektuelle Fähigkeit des Patienten, entsprechende Informationen und die daraus abgeleiteten Konsequenzen zu verstehen, gegebenenfalls durch Inanspruchnahme eines Patientencoaches,
- die Bestimmung des Behandlungsziels entweder durch shared decision making oder auch alleine und selbstverantwortlich durch den Patienten,
- „Leitplanken“ in Form von wie auch immer gearteten Hinweisen, die bei weitgehender Verhaltensautonomie gefährliche Abweichungen vom beschrittenen Therapieprozess signalisieren,
- Möglichkeiten für den informierten Patienten, innerhalb eines Entscheidungskorridors von Vorgaben (Leitlinien, Behandlungspfade) eigenverantwortlich abzuweichen,
- konsequente Verfolgung des Behandlungsziels und gegebenenfalls Zwischenziels.

Weiter auf Seite III

3: Meyer-Lutterloh K. (2011), S. 21 mit Zitaten aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Kurzfassung Nr. 25, Seite 23.
4: Gutachten 2000/2001des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag - 14. Wahlperiode - Drucksache 14/5660, S. 57 Abb. 13.
5: Sozialgesetzbuch V, § 1, Satz 2
6: Siehe z.B. Meyer-Lutterloh, K. (2011): „Mitarbeit der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess - Zahlen und Fakten“ in: Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 - Grundlagen, Praxis, S. 22. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn.
7: Loibl, R., Unternehmensberatung für Ärzte (2010): Praxis-Orga-News (E-Mail-Newsletter) vom 19.09.2010 (Kritische Patienten).

Fortsetzung von Seite II

Der Nutzen des Patientenselbstmanagements

Selbstmanagement der Patienten entlastet die Ärzte und Therapeuten im Behandlungsmanagement, bei der Beratung sowie bei der Therapiekontrolle. Gleichzeitig besteht die Chance, größere Abstände zwischen den Konsultationen zu tolerieren, ohne Einbußen bei der Ergebnisqualität befürchten zu müssen. Dies ist angesichts einer immer weiter abnehmenden Ärztedichte beispielsweise in ländlichen Gebieten ein nicht zu vernachlässigender Vorteil. Auch können Beratungsgespräche auf einem höheren Informations- und Wissenslevel der Patienten und ggf. auch ihrer Angehörigen geführt werden. Dies trägt zu einer erheblichen Verbesserung der Kommunikation bei.

In kooperativen Versorgungsformen mit Selektivverträgen - wie bei der integrierten Versorgung - kann die Förderung der Patientenselbststeuerung zu Effizienzsteigerungen beitragen, die sich günstig auf die Versorgungsergebnisse, die Wirtschaftlichkeit und somit auch die Vergütungen der Vertragspartner auswirken.

Besser informierte und zum Selbstmanagement befähigte Patienten werden kritische Krankheitszustände sicherer erkennen, gegebenenfalls eigenständig gegensteuern oder im Bedarfsfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Dadurch werden vermeidbare Verschlimmerungen und „Rückfälle" vermieden oder zumindest das Risiko für eine solche negative Entwicklung vermindert.

In einem Aufsatz in der Online-Zeitschrift „PloS Medicine" setzen sich Harold DeMonaco und Eric von Hippel, zwei Wissenschaftler aus Boston, detailliert mit dem Thema „Self Management" auseinander. Überraschend ist für die Forscher insbesondere, dass Selfmanagement-Techniken bislang noch sehr wenig verbreitet sind. Dies vor dem Hintergrund, dass - so die Autoren - mittlerweile eine Reihe von Studien vorlägen, die eines deutlich aufzeigen: Eine gestärkte Patientenautonomie bewirkt erhebliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und bessere therapeutische Ergebnisse gegenüber der herkömmlichen Praxis. Herkömmliche Praxis bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Patienten ständig in der ärztlichen Sprechstunde erscheinen müssen, nur um Routine-Untersuchungen und einfache Messungen durchzuführen.[8]

Einordnung in das Spektrum von Health Management Services

Die Förderung von Selbstmanagement-Techniken ist eine von verschiedenen Management-Hilfen in der medizinischen Versorgung, die je nach Bedarf eingesetzt werden können. Dazu zählen einerseits personalintensive Leistungen wie Gesundheitsbildung, Gesundheitscoaching, Patientencoaching, Shared Decision Making, Coping Modification, Motivational Interviewing sowie Pharmaceutical Care, andererseits technologieintensive Leistungen wie Risk Assessment, Stratifizierung, Führung einer elektronischen Patientenakte, Klinische Algorithmen, Wissens-Management, Anwendung spezieller medizinische Software, Datenanalytik und Datenmanagement. Alle diese Leistungen lassen sich unter dem Begriff Health Management Services (HMS) zusammenfassen.[9]

So unterschiedlich die genannten Methoden auch sein mögen: Bei allen handelt es sich um wissensbasierte medizinische, edukative, psychologische oder datenanalytische Dienstleistungen, die einen Therapieprozess in unterschiedlichen Settings und in verschiedenen Phasen eines Krankheitsverlaufes unterstützen. Gemeinsamer Kern aller HMS-Dienstleistungen ist eine spezifische Wissenskomponente. Die fünf wesentlichen HSM-Funktionen sind: Information, Steuerung, Edukation, Logistik und Monitoring. Der Nutzen liegt in verbesserten medizinischen Outcomes.[10]

Nach dem das zweibändige Werk „Patientencoaching"[11] inzwischen in der Schriftenreihe der DGbV erschienen ist, wird die bisherige Arbeitsgruppe „Patientencoaching" der DGbV ihr zukünftiges Arbeitsgebiet unter dem Motto „Vom Patientencoaching zu integrierenden patientenorientierten Health Management Lösungen" erweitern. Als weiterer Baustein für das patientenorientierte Versorgungsmanagement entsteht ein Sammelband „Telematik zur Patientenselbststeuerung" in der Telematik-Arbeitsgruppe der DGbV. <<

von:
Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

8: DeMonaco, H., von Hippel, E. (2007).
9: Bauer, F., Preuß, K .J. (2009): „Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS" in: „Monitor Versorgungsforschung" 1/2009, S. 25 (27).
10: Ebenda
11: Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 und Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Pourie R. (Hrsg.): Patientencoaching Band 2. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn

Literatur

Arbeitsgruppe Patientencoaching der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV), zitiert in: Meyer-Lutterloh, K. (2009): „Patientencoaching: Innovativer Ansatz für mehr Effizienz im Gesundheitswesen" in Monitor Versorgungsforschung 4/2009, S. 38

Hippokrates von Kos (ungefähr 400 v.Chr.): Corpus Hippocraticum, Aphorismen; zitiert in Kapferer, R. (1943): Hippokrates – Fibel, Hippokrates-Verlag Stuttgart

Loibl, R. Unternehmensberatung für Ärzte (2009): Praxis-Orga-News (Internet-Newsletter) vom 09.10.2011 (Kritische Patienten)

Meyer-Lutterloh K. (2011) in: „Schlüsselrolle der Bürger im Gesundheitswesen" in: Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 - Grundlagen, Praxis, S. 21. Verlag eRelation AG – Content in Health, Bonn

Meyer-Lutterloh, K. (2011): „Mitarbeit der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess - Zahlen und Fakten" in: Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 – Grundlagen, Praxis, S. 22. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn

Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Kurzfassung, Nr. 25, S. 23

Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode - Drucksache 14/5660, S. 57 Abb. 13

Sozialgesetzbuch V

DeMonaco HJ, von Hippel E (2007) "Reducing Medical Costs and Improving Quality via Self-Management Tools". PLoS Med 4(4): e104. doi:10.1371/journal.pmed.0040104, zitiert von Gerd Marstedt in Forum Gesundheitspolitik vom 17.4.2007:" Patienten-Selbstmanagement: Kostensparend, therapiefördernd und trotzdem wenig verbreitet" (http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0657)

Bauer, F., Preuß, K .J. (2009): „Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS" in: „Monitor Versorgungsforschung" 1/2009, S. 25 (27)

Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 und Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Pourie, R. (Hrsg.): Patientencoaching Band 2. Verlag eRelation AG - content in Health, Bonn.

Patientenorientierung auch in der Planung der ärztlichen Versorgung:

Patienten beauftragen IGES-Institut mit Gutachten

Eine patientenorientierte Planung der ärztlichen Versorgung muss den Bedarf der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen. Dies ist die Forderung der Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die ein Gutachten zur patientenorientierten Bedarfsplanung beim Berliner IGES-Institut in Auftrag gegeben haben.

>> Darin wird der Frage nachgegangen, wie man die medizinische Versorgung aus Sicht der Patienten verbessern kann. Finanziert wurde das Vorhaben aus dem Budget der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA.

Im Moment orientiert sich die erforderliche Zahl der Ärzte an der Einwohnerzahl einer Region; unabhängig davon, wie krank, alt oder arm die Menschen sind. Das Gutachten des IGES-Institutes belegt, dass eine patientenorientierte Planung nötig und möglich ist.

„Wir brauchen einen grundlegenden Perspektivenwechsel: Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten müssen endlich Eingang finden in die Planung des Bedarfes an Ärzten“, erklärt Ursula Faubel, Sprecherin der Patientenvertreter im Unterausschuss Bedarfsplanung. Auf Basis des Gutachtens können nun zentrale Forderungen der Patientenvertreter umgesetzt werden:

1. Die Frage nach der Ärzteanzahl pro Einwohner muss neben Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Faktoren sowie der Art der Erkrankung auch zukünftige demografische Entwicklungen berücksichtigen.
2. Kriterien für die Ermittlung des Bedarfs und der erforderlichen regionalen Versorgungsangebote müssen bundeseinheitlich festgelegt werden.
3. Eine wohnortnahe Erreichbarkeit von Primärärzten sollte gewährleistet sein. Je höher die Spezialisierung eines Facharztes ist, desto längere Anfahrtswege können in Kauf genommen werden.
4. Innerhalb der Planungsbereiche müssen Verkehrsverbindungen sowie Mitversorgereffekte aus angrenzenden Gebieten berücksichtigt werden. Ebenso sollen Erkenntnisse zum Tätigkeitsumfang und zu den Schwerpunkten der Ärzte in die Planung eingehen.
5. Eine sichere Versorgung für behinderte Menschen muss gewährleistet sein. Das bedeutet, eine ausreichende Zahl der Praxen sollten barrierefrei gestaltet werden.

Die Patientenvertreter fordern darüber hinaus eine Änderung des rechtlichen Rahmens. Diese soll gewährleisten, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten bei der Planung ausreichend berücksichtigt werden. „Der Gesetzgeber muss sicher stellen, dass die Bedarfspläne unter Beteiligung der Patientenvertretung an der Beratung festgelegt werden und ein Antragsrecht der Patientenvertretung besteht“, erklärt Faubel. Dies ist bislang nicht der Fall.

So hat die neue Richtlinie des G-BA noch einen weiten Weg vor sich. Nach der Entscheidung auf der Ebene der Selbstverwaltung muss sie, um in Kraft treten zu können, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt werden.

Eines aber steht fest: Die Position der Patientenvertretung im GB-A und in der Öffentlichkeit wurde durch die Beauftragung eines wissenschaftlichen Gutachtens, welches die Diskussion mitbestimmt, deutlich gestärkt. <<

von:
Heidemarie Marona
Beratung für Patientenorientierung im Gesundheitswesen

ERHÄLTLICH:

Patientencoaching Band 1
ISBN 978-3-9814519-1-7

Patientencoaching Band 2
(ISBN 978-3-9814519-2-4)



Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).
Bestellen Sie einfach und direkt bei Amazon - Buchhänder bestellen direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 info@erelation.org

Die Zukunft des Gesundheitswesens ist bürgerorientiert:

DGbV: Vision und Mission

Was wir wollen
- Wir wollen die Sicherung einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung durch mehr Bürgerorientierung - zum Wohl und Nutzen für alle Beteiligten.

Bürgerorientierung bedeutet:
- das Gesundheitswesen am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger auszurichten
- die Bürger zum aktiven und mitverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu befähigen (Empowerment)
- die Bürger an gesundheitsrelevanten Entscheidungen auf allen Systemebenen zu beteiligen (Partizipation)

Die Schritte dorthin
- Sichtweisen verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln – Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz fördern
- Beteiligung ermöglichen

Unsere Aufgabe
- Dafür sind wir Think Tank und Anwalt - mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen.
- Institutionen und Personen, die uns auf diesem Weg begleiten, mitarbeiten und unterstützen wollen, sind dazu herzlich eingeladen.

Vom Patientencoaching zum Gesundheitscoaching:

Coaching in der Prävention

Die Arbeitsgruppe Patientencoaching in der DGbV beschäftigt sich bereits seit vielen Jahren mit dem Thema Patientencoaching. Dabei wurde von der Arbeitsgruppe folgende Definition aufgestellt: „Patientencoaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen. Sie erlernen Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihre Erkrankung selbst zu managen sowie Angebote zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen. Damit steigt ihre Lebensqualität."

>> Als Prävention (vom lateinischen praevenire für „zuvorkommen, verhüten") bezeichnet man vorbeugende Maßnahmen, die dafür sorgen, ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden. Sie hat das Ziel, Krankheiten zu vermeiden und das Wohlbefinden zu stabilisieren. Eckpfeiler der Prävention sind meistens gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, Nichtrauchen, seelische Ausgeglichenheit, genügend Schlaf und wohltuende zwischenmenschliche Beziehungen. Auch die medizinische Prävention, also beispielsweise die regelmäßige Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen, spielt dabei eine Rolle.

Wenn man nun Coaching im Rahmen der Prävention einsetzt, dann können alle Aspekte aus dem Patientencoaching und alle dafür vorliegenden Checklisten eins zu eins herangezogen werden. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass der Coach es in der Regel nicht mit Patienten zu tun hat, sondern mit gesunden Bürgern. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache gilt die oben genannte Definition sowohl für das Patientencoaching als auch für das Gesundheitscoaching.

Gerade im Bereich der Prävention ist die Bürgerorientierung sehr wichtig. Die DGbV versteht unter Bürgerorientierung, die Menschen als aktive und mitverantwortliche Partner und Handelnde im Rahmen ihrer individuellen und kollektiven Bedarfe, Bedürfnisse und Möglichkeiten in das Versorgungsgeschehen einzubinden. Bürgerorientierung bedeutet also:

- das Gesundheitswesen am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger auszurichten
- die Bürger zum aktiven und mitverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu befähigen (Empowerment)
- die Bürger an gesundheitsrelevanten Entscheidungen auf allen Systemebenen zu beteiligen (Partizipation)

Dies verlangt Voraussetzungen, die es den Bürgern überhaupt erst möglich machen, sich entsprechend ihrer in der Sozialgesetzgebung (§ 1 SGB V) verankerten Mitwirkungspflicht zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit aktiv und eigenverantwortlich beteiligen zu können.

Wesentliche Schritte zur Verbesserung der Bürgerorientierung sind daher:

- Sichtweisen verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln - Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz fördern
- Beteiligung ermöglichen

Gesundheitscoaching im Rahmen von Prävention ist also eine spezielle Form des Coachings. Die in den beiden Bänden zum Patientencoaching aus der Schriftenreihe der DGbV vorliegenden Informationen gelten also nicht nur für das Patientencoaching, sondern auch für das Gesundheitscoaching (Details zu den genannten Veröffentlichungen siehe http://gesundheitswesen-buergerorientiert.de/aktuelles/ver-ffentlichungen.html).

Die darin dargestellten Kernkompetenzen für die einzusetzenden Coaches und die detaillierten Checklisten können dabei helfen, Coaching-Angebote zu etablieren, zu klassifizieren und zu bewerten.

Insgesamt muss allerdings konstatiert werden, dass das Gesundheits- und das Patientencoaching nur Mosaiksteinchen im Sinne eines ganzheitlichen bürgerorientierten Versorgungsmanagementansatzes sind. Um zu einer für den Bürger durchgängigen und bürgerorientierten Versorgung zu kommen, sind weitere patientenbegleitende nicht ärztliche Dienstleistungen und Hilfen für den Patienten erforderlich (s. Abb. 1).

Dafür sind wir als DGbV Vordenker und Anwalt aller Bürger und arbeiten mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen des Gesundheitssystems an zukunftsorientierten bürgerorientierten Lösungen nicht nur im Bereich der Prävention, sondern in verschiedensten Versorgungsprozessen.

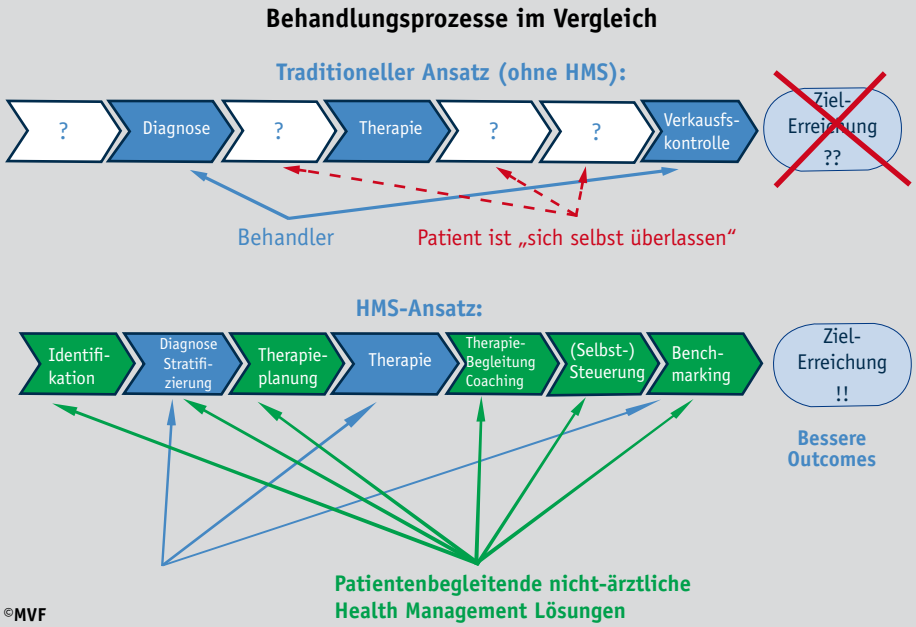


Abb. 1: Behandlungsprozesse; eigene Darstellung modifiziert nach Ausgabe 01/09 von MVF: Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services. Autoren: Dr. Frank Bauer (pharmexx) und Dr. Klaus Jürgen Preuß (EPC HealthCare).

What's on in der DGbV?

Überblick über Arbeitsgruppen

Bürgerorientiertes Versorgungsmanagement hat viele Facetten, was sich auch in den unterschiedlichen Themen der ständigen Arbeitsgruppen der DGbV widerspiegelt. Zum Teil in den Arbeitsgruppen, aber auch parallel dazu sind überdies einmalige und zeitlich begrenzte Projekte in Arbeit. Die folgende Darstellung gibt einen kurzen aktuellen Überblick über dieses Geschehen der AGs.

>> **Die Arbeitsgruppen Gesundheitskommunikation** (Leitung: Prof. Dr. Reinhold Roski und Dr. Sylvia Jung) sowie **Bürger-, Patienten-, Versichertenbelange** (Leitung: Heidi Marona und Dr. Silvia Petak-Opel) haben ein gemeinsames Projekt „Leuchttürme, Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung" aufgelegt.

Die Arbeitsgruppe Telematik zur Patientenselbststeuerung (Leitung: Prof. Dr. Thomas Wolf und Matthias Deters) bereitet einen Sammelband „Telematik zur Patientenselbststeuerung" vor. Anhand einer systematischen Gliederung werden derzeit von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Beiträge zu den verschiedenen Aspekten eines solchen Angebotes erstellt.

Die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement (Leitung: Dr. John N. Weatherly und Rudolf Bals) behandelte den Nutzen von Mehrwertverträgen aus verschiedenen Sichtweisen und untersuchte die Möglichkeit, eine „Blaupause" für Mehrwertverträge zu entwerfen. Ein weiteres Thema war die Auswirkung des Finanzausgleichs im GKV-Gesamtsystem insbesondere für die Patientenversorgung.

Die Arbeitsgruppe Patientencoaching (Leitung: Ralf Pourie und Dr. Klaus Meyer-Lutterloh) hat seit 2008 kontinuierlich die unterschiedlichen Aspekte des Patientencoachings bearbeitet (Grundlagen, Praxis, Kompetenzbereiche, Qualitätssicherung, Ausbildungsempfehlungen, Checklisten zur Klassifizierung und Erfolgsmessung). Die Ergebnisse wurden - wie schon erwähnt - inzwischen in zwei Bänden veröffentlicht (2011: Patientencoaching Band 1; 2012 Patientencoaching Band 2).

Die Arbeitsgruppe Versorgungsprozesse (Leitung: Monika Knetsch, Sabine Lösment) versteht sich als Zukunftswerkstatt mit dem langfristigen Ziel der Entwicklung bürgerorientierter idealtypischer Versorgungsmodelle auf Basis der DGbV–Strategie in enger Kooperation mit den anderen Arbeitsgruppen. Die AG hat sich mit dem Eintritt von Sabine Lösment in das Leitungsteam im Mai 2012 eine modifizierte inhaltliche Ausrichtung gegeben, nämlich die Optimierung von Versorgungsprozessen hinsichtlich der Qualitätsaspekte Struktur, Prozess und Ergebnis mit dem Schwerpunkt Volkskrankheiten und chronische Erkrankungen.

Die Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung (Leitung: Prof. Dr.Dr.Dr. Dieter Adam und Dr. Ulrich Krötsch) tagte bisher als einzige AG nicht in Berlin, sondern in Bayern. Sie befasste sich mit der Wertigkeit von Arzneimitteln („Das Arzneimittel ist ein besonderes Gut - keine Ware"), „patientenfreundlicheren" Packungsbeilagen, Stärkung und Erhöhung der Compliance mit Aspekten des Patientencoachings und des Versorgungsmanagements als zentralem Punkt, mit der Apothekenbetriebsordnung/AMG sowie mit der Fälschungssicherheit von Arzneimitteln. Außerdem wurde ein Thesenpapier zum AMNOG erstellt und auf den DGbV-Seiten im Heft 5/12 von „Monitor Versorgungsforschung" veröffentlicht.

Die Arbeitsgruppe Versorgungsanalysen (Leitung: Christian Luley und Christian Traupe) startete Anfang November 2012 unter der Prämisse, dass eine bürgerorientierte Gesundheitsversorgung ohne das Wissen um die Versorgung und den objektiven Versorgungsbedarf sowie die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten kaum vorstellbar ist. <<

Was bietet eine Mitgliedschaft bei der DGbV?

- Arbeitsplattformen zur Entwicklung und Begleitung neuer Konzepte für ein effizienteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen
- Aktive Teilhabe an einem klar strukturierten Verband, der sich an der Komplexität des Gesundheitswesens orientiert
- Einbeziehung aller relevanten Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems in die Verbandsarbeit
- Lerneffekte und Wissensgewinn in kreativen Arbeitsgruppen
- Kontakte und Erfahrungsaustausch mit Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens im Netzwerk der Gesellschaft
- Eine mediale Plattform, über die Themen und normgebende Aspekte des Verbandsschaffens fortlaufend publiziert werden

DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

☐ **Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft**

Per Fax bitte schicken an:
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV)
Heerstraße 12 - 14; 14052 Berlin
Tel: +49 30 - 45 47 54 66 Fax: +49 30 - 45 47 58 01
Oder mailen Sie formlos an: geschaeftsstelle@dgbv-online.de

Name/Vorname _____

Aufgabe/Funktion _____

Firma/Organisation _____

Straße _____

PLZ Ort _____

E-Mail _____

Datum ____. ____. 20__

Unterschrift _____