

Arbeitsschwerpunkte

des Instituts Versorgungsforschung und Gesundheitskommunikation

Aufbau

- 1. Herausforderung Gesundheitsversorgung im Jahre 2020**
- 2. Von der Akutversorgung zur Betreuung chronisch kranker Menschen**
- 3. Beispiel Diabetes – eine Krankheit wird zur Epidemie**
- 4. Selbstmanagement der Patienten gefragt**
- 5. Compliance/Non-Compliance**
- 6. Patientenempowerment – Grundlage des Gesundheitssystems 2020**
- 7. Compliance war gestern – Selbstmanagement ist heute**
- 8. Zusammenarbeit mit der Europäischen Stiftung für Gesundheit**
- 9. Bedeutung der Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten für die Krankenkassen**

1. Herausforderung Gesundheitsversorgung im Jahre 2020

Haben wir zu viele oder zu wenige Gesundheitsdienstleister? Gestaltet sich unsere medizinische Versorgung effizient oder verspielen wir unsere Zukunft? Brauchen wir mehr Innovationen oder mehr generische Ansätze? Soll der Staat alle Aufgaben regeln oder kann nicht die Bevölkerung wichtige Funktionen übernehmen? Diese Fragen werden sehr kontrovers diskutiert. Die Antworten darauf könnten unterschiedlicher nicht sein. Sie differieren von Partei zu Partei, von Institution zu Institution bzw. von Lobbyisten zu Lobbyisten.

Was allerdings von niemandem mehr bestritten wird, ist die große Herausforderung unserer demographischen Entwicklung. Waren im Jahre 1950 nicht einmal 10% unserer Bevölkerung älter als 65 Jahre, so sind im Jahre 2025 fast 25% der Menschen in West-Europa über 65 Jahre alt. Nach diesen Zahlen wird die Altersstruktur in 20 Jahren ähnlich sein, wie die derzeit in Florida, von den Amerikanern liebevoll „Gods Waiting-Room“ genannt.

Leider werden viele Menschen nicht nur älter, sondern auch kränker. Daher verdoppeln sich innerhalb der nächsten 25 Jahre die Anzahl der Krebspatienten, verdreifachen sich die Aufwendungen für Patienten mit neuro-degenerativen Leiden bzw. ver-

vierfachen sich die Anzahl der zu pflegenden Menschen. Wenn man bedenkt, dass bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts jedes Jahr die Bevölkerung einer Stadt in der Größe von Wien oder Hamburg an Krebs in Europa verstirbt und dabei geschätzte Kosten in Höhe von ca. 150 Mrd. Euro pro Jahr innerhalb der Staatengemeinschaft der Europäischen Union entstehen, bekommt man ein Gefühl für die Herausforderungen der Zukunft.

2. Von der Akutversorgung zur Betreuung chronisch kranker Menschen

Die Konditionierung unserer Ärzte und anderer Heilberufler, die mit der Beratung von Patienten zu tun haben, ist auch heute noch stark geprägt durch die Zeit, in der die Akutversorgung im Vordergrund jeglichen ärztlichen Handelns stand. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts waren es in der Regel Infektionskrankheiten und Verletzungen, an denen Menschen erkrankten und verstarben. In den letzten 60 Jahren hat sich dieses Bild komplett gewandelt. Inzwischen versterben 9 von 10 Menschen an einer chronischen Erkrankung. Aber worin liegt der entscheidende Unterschied in der Versorgung? Ein distinktives Merkmal ist das Ausmaß des Einflusses, den der Patient auf seine Heilung oder seinen Therapieerfolg hat.

Bei akuten Erkrankungen, wie Infektionskrankheiten, bei Verletzungen aber auch im Falle einer Operation hat der Patient vergleichsweise wenig eigenen Einfluss auf seine Genesung – so ist er z.B. angewiesen auf ein wirksames Antibiotikum oder auf einen guten Operateur. Diese sind klassische Beispiele für eine Akutversorgung. Hier muss der Arzt den Patienten im Wesentlichen drüber aufklären, was die Medizin für den Patienten tun kann. Dem Patienten bleibt die Entscheidung, ob er entsprechend behandelt werden möchte oder nicht. Die weitere Kommunikation besteht im Prinzip darin, dass dem Patienten erklärt wird, was er über die ärztlichen Therapiemaßnahmen hinaus zu tun oder zu lassen hat – eine Vorgehensweise, die im Falle der Akutversorgung angemessen ist und sich bewährt hat.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich jedoch die Bedürfnisse der Patienten grundlegend verändert: Die Menschen kommen in unsere Arztpraxen und Krankenhäuser mit Herz-Kreislaufkrankungen, Typ 2 Diabetes, Rheuma oder Asthma – also chronischen Erkrankungen mit denen sie Jahre, meist Jahrzehnte leben müssen. Neu daran ist auch, dass die Patienten auf ihren Therapieerfolg selber den größten

Einfluss haben. Bis zu 90% des Behandlungserfolges liegen in der Hand der Patienten selbst. Es sind die vielen kleinen alltäglichen Entscheidungen des Patienten über seine Ernährung, die Bewegung, den Umgang mit Stress, die Einnahme von Medikamenten und vieles mehr, die darüber entscheiden, wie eine chronische Krankheit verläuft. Der Arzt und die Medikamente können hier nur entscheidende Weichen stellen, aber „gehen“ muss der Patient selbst.

Chronisch kranke Patienten tragen also einen Großteil der Verantwortung für Ihre Gesundheit selbst und diese Verantwortung kann weder wegdiskutiert, noch minimiert oder delegiert werden. Damit der therapeutische Erfolg, den wir uns erhoffen, auch eintreten kann, muss der Patient seine gesundheitlichen Ziele selbstständig festlegen und umsetzen können. Diese Fähigkeiten zusammen mit dem entsprechenden Wissen über die Erkrankung müssen wir unseren Patienten heute vermitteln – und dafür brauchen wir neue Konzepte. Wir müssen intensiver und auf einer anderen Ebene mit den Patienten kommunizieren, denn das Ziel der Kommunikation zwischen Heilberufler und Patient ist nicht mehr eine bloße Vermittlung von Information und überschaubaren Handlungsanweisungen. Vielmehr müssen wir dem Patienten mit Wissen und Fähigkeiten ausrüsten, die er benötigt, um tiefgreifende Lebensstiländerungen vornehmen zu können. Er muss lernen, seine Erkrankung im Alltag selbstständig zu managen bzw. sein Gesundheitsverhalten kontinuierlich zu verbessern.

Bei den großen Erkrankungen (Asthma, COPD, Depression (inkl. Burn-Out) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs (Lungenkrebs), Typ 2 Diabetes (inkl. Adipositas),) liegt die Verantwortung für den Erfolg der Behandlung vor allem bei den Patienten. Diese umfasst alle Bereiche der Primär- und Sekundärprävention. Somit ist der Arzt, Apotheker bzw. Patientencoach nur unterstützend tätig, da er weder mehr Bewegung verordnen, noch das Rauchen, Trinken und Essen seiner Patienten einschränken kann.

3. Beispiel Diabetes – eine Krankheit wird zur Epidemie

Die International Diabetes Federation (IDF) schätzt, dass weltweit mehr als 6 Prozent aller Menschen an Diabetes leiden. Epidemiologisch betrachtet haben wir es bei Diabetes inzwischen mit einer globalen Epidemie zu tun. Die volkswirtschaftlichen Kos-

ten sind hoch. In Europa verursacht Diabetes jedes Jahr direkte Gesundheitskosten in Höhe von 100 Milliarden Euro. Weitere rund 50 Milliarden entstehen durch indirekte Kosten, die auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Verlust an Produktivität, erhöhte Invaliderität und Sterblichkeit zurückzuführen sind. Der Global Risks Landscape Assessment Report des Weltwirtschaftsforums 2009 sieht chronische Erkrankungen wie Diabetes daher als signifikante Risikofaktoren für die Weltwirtschaft an.

In den vergangenen Jahren stieg vor allem die Zahl der an Diabetes Typ 2 Erkrankten merklich an. Nach Schätzungen der IDF (International Diabetes Federation) sind mittlerweile rund 12 Prozent der Deutschen, Österreicher bzw. Schweizer von Diabetes betroffen. 80 bis 90 Prozent von ihnen sind Typ-2-Diabetiker. Während in den 60er Jahren fast ausschließlich ältere Menschen an Typ-2-Diabetes erkrankten, sind es heute auch zunehmend Kinder und Jugendliche. Die Ausbreitung der Krankheit ist daher nicht nur auf die Überalterung unserer Gesellschaft, sondern auch auf einen Anstieg der Neuerkrankungsrate bei jungen Menschen zurückzuführen. Alleine in den Vereinigten Staaten von Amerika waren in den letzten fünf Jahren 30% der neu diagnostizierten Typ 2 Diabetiker nicht älter als 30 Jahre.

Einer der größten Risikofaktoren in diesem Zusammenhang ist Übergewicht. Etwa 15 bis 20 Prozent der Jugendlichen in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind übergewichtig. Bei 8 Prozent ist das Übergewicht krankhaft (Adipositas). 85 Prozent dieser jungen Menschen werden voraussichtlich ihr gesamtes Leben an Übergewicht leiden. Ein nicht unerheblicher Teil wird bereits in jungen Jahren an Typ-2-Diabetes erkranken. Das erste Mal in der Geschichte der modernen Medizin kommen wir damit an einen Punkt, an dem ein Teil der jungen Generation eine geringere Lebenserwartung hat als die Generation ihrer Eltern.

Diabetes verursacht zunächst keine körperlichen Schmerzen, ist aber mit schwerwiegenden Risiken und Folgeerkrankungen verbunden. Drei Viertel aller Diabetiker sterben an den Folgen eines Herzinfarktes. Schlaganfälle treten bei Diabetikern viermal häufiger, Depressionen und Parkinson etwa doppelt so oft auf wie in der Normalbevölkerung. Das Risiko einer Demenz steigt dreifach, bei zusätzlichem Bluthochdruck elffach. Alle 12 Minuten wird alleine in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine durch Diabetes bedingte Amputation durchgeführt. In der Summe sind

dies jährlich rund ebenso viele Amputationen wie im letzten Jahr des Zweiten Weltkrieges an Wehrmachtssoldaten vorgenommen wurden.

Mediziner wissen heute ziemlich genau, warum Typ-2-Diabetes entsteht und kennen die assoziierten beeinflussbaren Risikofaktoren – allen voran Übergewicht und Bewegungsmangel. Ebenso steht ein wachsendes Spektrum an Medikamenten und Insulinen zur Verfügung. Ungeachtet dieser Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten steigt die Zahl der Neuerkrankungen jedoch weiter an. Die Behandlungserfolge bleiben weit hinter den Erwartungen zurück.

4. Selbstmanagement der Patienten gefragt

Heute zählt die Bundesrepublik Deutschland, Österreich und die Schweiz rund 8.5 Millionen Patienten Typ 2 Diabetes. Weitere 6 Millionen sind noch gar nicht diagnostiziert. Läuft die Entwicklung so weiter, wie sie derzeit von statten geht, werden in 10 Jahren zwischen 20-25% der Erwachsenen in diesen Ländern Diabetiker sein. Daher werden wir im Jahre 2030 allein für Diabetes Typ 2 und Adipositas so viel Geld aufbringen müssen, wie wir derzeit für das gesamte Gesundheitssystem investieren.

Diabetes ist eine so genannte Selbstmanagementenerkrankung. Die IDF führt den Behandlungserfolg bei Diabetikern zu 95 Prozent auf das Verhalten der Patienten zurück. Um möglichst lange und gesund leben zu können, müssen Diabetiker nicht nur die Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Ernährung und körperlichem Training kennen. Sie müssen auch die mit einer chronischen Krankheit verbundene seelische Belastung bewältigen, ihren Diabetes stets überwachen und die medikamentöse Behandlung in Eigenregie durchführen. Millionen Betroffene, beklagt die IDF, müssen diese Forderungen erfüllen ohne jemals eine angemessene Schulung bekommen zu haben. Ein Grund dafür ist, dass unsere medizinischen Betreuungskonzepte die Rolle des Patienten nicht ausreichend berücksichtigen.

Anders als Akutpatienten tragen sie die Verantwortung für ihre Behandlung weitgehend selbst. Wie wichtig es ist, sie für diese Aufgabe zu rüsten, zeigt die Studie Diabetes Attitudes and Needs (DAWN-Studie).

Diese weltweit größte psychosoziale Diabetesstudie kommt zu dem Schluss, dass die Kombination von psychosozialer Unterstützung mit der entsprechenden medizinischen Versorgung die Ergebnisse der Diabetestherapie deutlich verbessern könnte. Sie weist nach, dass die soziale Unterstützung und das emotionale Wohlbefinden der Dreh- und Angelpunkt eines guten Selbstmanagements sind. Ein Blick auf die Behandlungskosten für Diabetiker unterstützt diese Erkenntnis: So kostet ein Erkrankter, dessen Therapie erfolgreich ist, das Gesundheitssystem bis zu 3000 Euro pro Jahr. Ein Patient, dessen Therapie nicht erfolgreich ist, verursacht aufgrund von Folgekomplikationen Kosten von bis zu 35.000 Euro pro Jahr. Für die Behandlung von Diabetikern – wie auch von anderen chronisch Kranken – heißt das: Wir müssen einen Schwerpunkt auf die Vermittlung von Selbstmanagementfähigkeiten legen.

5. Compliance/Non-Compliance

Der Begriff Compliance stammt aus dem Englischen und bedeutet direkt übersetzt Therapietreue, Zuverlässigkeit, Einwilligung. Non-Compliance kann verschieden definiert werden. Definitionen von Non-Compliance variieren in der Literatur von der Weigerung der Patienten, einer ihnen vorgeschlagenen Therapie zuzustimmen, über einem vorzeitigen Abbruch der Therapie, bis hin zum Versäumen von Arztterminen. Das Institut für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung in Zusammenarbeit mit der Europäischen Stiftung für Gesundheit (EUHCF) definiert Compliance als „...Mitarbeit bzw. Kooperation des Patienten bei einer medizinischen Behandlung durch die Einhaltung definierter Verhaltensregeln“. Somit zeigt die Compliance den Grad der Übereinstimmung des Verhaltens der Patienten im Hinblick auf einen sinnvoll formulierten medizinischen Rat an.

Soviel zur Theorie. Was bedeutet dieser Ansatz für das „normale Leben“?

„Wenn jemand krank ist, geht er zum Arzt. Er lässt sich untersuchen, beraten und bekommt unter Umständen ein Medikament verschrieben. Er wird das Rezept einlösen, sein Medikament vorschriftsmäßig einnehmen und alle Empfehlungen seines Arztes und seines Apothekers hundertprozentig befolgen“. Die Realität sieht leider anders aus. Ein nicht unerheblicher Teil der ausgestellten Rezepte wird gar nicht erst eingelöst. Kommt es doch zur Übergabe des Arzneimittels geht man davon aus, dass bei den großen Volkskrankheiten mehr als zwei Drittel der Patienten ihre Medi-

kamente nicht vorschriftsmäßig einnehmen, d.h. den Empfehlungen ihres Arztes nicht folgen und somit „Non-Compliant“ sind.

Folgen der Non-Compliance

Für die Patienten bedeutet Non-Compliance, dass sie damit rechnen müssen, dass die verordneten Therapien keinen oder nur einen teilweisen Erfolg erzielen. Darüber hinaus können unerwünschte Arzneimittelwirkungen entstehen. Die Patienten tragen ein erhöhtes Risiko dafür, dass ihre Erkrankungen schneller wiederkehren, sich der Gesundheitszustand signifikant verschlechtert, sie gravierende Folgeerkrankungen erleiden und im schlimmsten Fall vorzeitig versterben.

Für die Volkswirtschaft bedeutet Non-Compliance, dass sich die Zeiten der Erkrankung verlängern, sich die Heilung hinauszögert oder sogar verhindert wird. Folglich werden vermehrte Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime verursacht, wobei nicht unerhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel sowie therapeutische und diagnostische Maßnahmen entstehen. Nach Schätzungen belaufen sich die durch die „geringe“ Compliance der Patienten resultierenden Folgekosten in Europa auf 200-300 Mrd. € pro Jahr. Alleine die Folgen der Drug Non-Compliance werden mit 70 Mrd. € jährlich beziffert. In Deutschland entstehen nach Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Compliance.

Die Gründe für die Non-Compliance sind meist vielschichtig. Die wesentlichen Ursachen werden in folgende vier Bereiche eingeteilt: Krankheit / Therapie / Interaktion zwischen Patient und Arzt, Apotheker, Patientencoach etc. / Verhalten und Befähigung des Patienten.

Wir haben aus den Studien des Instituts für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung in Zusammenarbeit mit der Europäischen Stiftung für Gesundheit (EUHCF) in Zusammenarbeit mit zahlreichen akademischen Arbeitsgruppen im In- und Ausland gelernt, dass eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht nur die Zufriedenheit des Patienten erhöht, sondern auch zu einer signifikant besseren Compliance führt. Mehr noch: die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist für sich allein betrachtet der effektivste prädiktive Faktor für die Compliance eines

Patienten. Ebenfalls ist in zahlreichen Studien haben wir bei verschiedensten Indikationen haben wir nachgewiesen, dass eine gute Kommunikation die therapeutischen Ergebnisse signifikant verbessert.

6. Patientenempowerment – Grundlage des Gesundheitssystems 2020

Patienten bilden sich ihre eigenen Vorstellungen von ihren Erkrankungen und entwickeln als „medizinische Laien“ so genannte „Laienhypothesen“, die oftmals nicht mit dem medizinischen Rat übereinstimmen, jedoch eine dominierende Rolle bei individuellen Verhaltensentscheidungen spielen. Viele Patienten experimentieren beispielsweise mit ihren Arzneimitteln, indem sie die Dosis verändern, Medikamente absetzen oder sie nur bei akutem Bedarf einnehmen. Somit sind die wesentlichen Ursachen der Non-Compliance insbesondere auf die unzureichende Information, Betreuung und Motivation der Patienten zurückzuführen.

Arzneimittel alleine bringen keinen Erfolg. So kann beispielsweise ein Diabetes-Patient, der zwar – wie verordnet – sein Insulin perfekt spritzt, sich jedoch gleichzeitig falsch ernährt und zu wenig bewegt, langfristig vor den Folgeschäden seiner Krankheit nicht geschützt werden. Die Patienten selbst spielen die entscheidende Rolle. Durch maßgeschneiderte Maßnahmen müssen sie zum Selbst-Management ihrer Krankheiten befähigt werden.

Im Folgenden werden daher Komponenten dargelegt, welche stringent aufeinander abgestimmt einen sinnvollen Lösungsansatz für das Problem der Non-Compliance ergeben. Durch die Kombination der folgenden drei Faktoren wird ein effektives Compliance Management realisiert: Patientenorientierung / Patienteninformation / Kontinuierliche Betreuung und Beratung der Patienten.

Wenn man bedenkt, dass von 1.000 chronisch Kranken nur ein Viertel von Beginn an richtig diagnostiziert wird, nur die Hälfte richtig therapiert und wiederum davon nicht mal ein Viertel der Patienten compliant sind, wird deutlich, dass chronisch kranke Menschen in Deutschland, Österreich und der Schweiz nicht über- oder unter-, sondern fehlversorgt sind.

Abgesehen von den einzelnen Defiziten innerhalb der allgemeinen Gesundheitsversorgung, liegt der Fokus des Gesundheitssystems auf der prozessorientierten Optimierung der Versorgung chronisch kranker Menschen. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei vor allem Ärzte und Krankenhäuser. Der einzelne Patient wird mit seinen Bedürfnissen bzw. Fähigkeiten nicht selten vernachlässigt.

7. Compliance war gestern – Selbstmanagement ist heute

Wenn es um das Verhalten der Patienten hinsichtlich eines bestimmten Therapieregimes geht, sprechen wir traditionell von Compliance und beschreiben damit, in welchem Maße sich der Patient an ein bestimmtes empfohlenes Regime hält, das er eigenverantwortlich umsetzen soll. Allgemein beklagt man bei Patienten mit chronischen Erkrankungen von jeher eine sehr niedrige Compliancerate – in der Regel wird hierfür der Patient selbst verantwortlich gemacht, selten sucht man den Fehler bei den Heilberuflern. Ärzte sind jedoch meist noch so sozialisiert, dass sie sich irrtümlich für den Therapieerfolg ihrer Patienten hauptverantwortlich fühlen. Somit versuchen sie ihre Patienten zu bestimmten Verhaltensänderungen zu überreden oder diese sogar zu „verordnen“. Die meisten Patienten können diese Vorschläge jedoch alleine nur schwer oder gar nicht umsetzen. In der Folge sind die Ärzte frustriert und beklagen die fehlende Motivation ihrer Patienten. Die Patienten sind gleichermaßen frustriert, weil sie die Erwartungen ihrer Ärzte nicht erfüllen und ihre Gesundheitsziele nicht erreichen können.

Dieses Scheitern auf beiden Seiten zieht sich in den letzten Jahrzehnten wie ein roter Faden durch unsere Bemühungen um chronisch Kranke und es spiegelt einen Kardinalfehler wider: Wir wenden das falsche Konzept an. Das Konzept der Compliance, das bei der Akutversorgung funktioniert hat, implizierte, dass der Heilberufler vordefiniert, was für den Patienten richtig ist. Der Patient wird dann dahingehend beeinflusst, diese Empfehlung umzusetzen. Mit dieser Strategie möchte man die Konformität und schließlich die Compliance der Patienten erhöhen. Tatsächlich muss der erwachsene Patient jedoch in seinem Alltag selbstständig und eigenverantwortlich Entscheidungen für seine Gesundheit fällen und Ziele erreichen, die ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbstmanagementfähigkeiten voraussetzen – also hier ist das Gegenteil von konformem Verhalten gefragt.

Ein Patient, der die eigene Verantwortung für seinen Therapieerfolg hat, muss seine Entscheidungen informiert und eigenverantwortlich fällen, sich seine eigenen Therapieziele setzen und seinen individuellen Weg finden, diese zu erreichen. In diesem Bemühen müssen wir ihn unterstützen und wir müssen unsere Patienten mit den Fähigkeiten ausstatten, die sie brauchen, um diesen Weg erfolgreich beschreiten zu können.

Vor fast 20 Jahre haben Bob Anderson und Martha Funnell in den USA am Michigan Diabetes Research and Training Center die Lernphilosophie des Empowerments aufgegriffen und damit begonnen, diese in ein Konzept zur Betreuung von Diabetespatienten einzubinden. Empowerment ist ein Terminus, der ursprünglich durch den brasilianischen Pädagogen Paulo Freire geprägt wurde. Er beschreibt im wesentlichen einen Lernprozess, durch den die Fähigkeit zu selbstständigem, selbstbestimmten Handeln vermittelt wird. Das Konzept des Empowerments geht davon aus, dass es nur sehr wenige Patienten gibt, die unmotiviert sind. Die meisten wissen auch sehr genau, was sie belastet oder hemmt. Jedoch haben sie oft keinen organisierten Ansatz um dieses Wissen in eine Handlung umzusetzen. Dem Erreichen von persönlichen Gesundheitszielen stehen oft zahlreiche, individuell sehr verschiedene Hindernisse im Weg: das können Beliefsysteme sein, mangelndes Wissen, ambivalente Gefühle hinsichtlich einer Veränderung, mangelnde Unterstützung durch Familie oder Freunde oder Koerkrankungen – um nur einige zu nennen. Der Empowermentansatz der Betreuung von Diabetikern zielt darauf ab, dass Patienten ihre individuellen Hindernisse erkennen, sich ihre persönlichen Ziele setzen und gemeinsam mit ihrem Heilberufler ihre eigenen Wege zum Ziel definieren und schrittweise umsetzen. Auf diese Art lernen Patienten, informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen und diese in ihrem ganz persönlichen Alltag so umzusetzen, wie es ihnen ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten erlauben. Der Ansatz des Empowerments möchte die Freiheit und Autonomie der Patienten fördern und nicht deren Konformität, denn nur so können sie lernen, ihre eigenen Gesundheitsstrategien zu entwickeln und umzusetzen. Das heißt also, dass wir mit dem Empowermentansatz, im Vergleich zum konventionellen Complianceansatz einer Patientenschulung, genau in die entgegengesetzte Richtung wollen. Anderson formuliert dies in folgender Analogie: Wenn das Ziel des Compliance-basierten Schulungsansatzes ist, nach Osten zu gehen, dann liegt das Ziel des Empowermentansatzes Richtung Westen.

Bei diesem Prozess holt der Therapeut den Patienten immer dort ab, wo er ist: Das heißt, im Mittelpunkt des Gesprächs stehen die Bedürfnisse und Probleme der Patienten und nicht ein vordefiniertes Ziel des Therapeuten. Therapeut und Patient begegnen sich hierbei auf gleicher Augenhöhe, denn beide sind Experten. Der Therapeut hat das medizinische Wissen, die Ausbildung und die Erfahrung mit einer großen Anzahl von Patienten. Der Patient hat die Erfahrung mit seinem persönlichen Leben mit der Erkrankung. Durch Kommunikationstechniken wie aktives Zuhören oder motivierende Gesprächsführung können Therapeuten Patienten helfen, ihre eigenen Motive und Schwierigkeiten besser zu erkennen und zu überwinden. Es geht nicht darum, die Motive des Therapeuten zu benennen, sondern es geht darum, dass der Patient sich klarmacht, wie wichtig bestimmte Gesundheitsziele für ihn sind und dass er darin unterstützt wird, diese Ziele umzusetzen, die ihm wichtig erscheinen. Der Therapeut arbeitet hier nicht als Richtungsweiser, sondern er ist vielmehr Katalysator. Dieser Ansatz verlangt daher eine grundlegende Abkehr vom traditionellen hierarchischen Denken und Kommunizieren und es setzt eine entsprechende Schulung des Therapeuten voraus.

Diese Philosophie des Empowerments hat sich in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen internationalen Studien als sehr erfolgreich erwiesen: Die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten haben sich signifikant erhöht, klinische Parameter und therapeutische Outcomes wurden verbessert. Bei einer Umfrage unter zertifizierten amerikanischen Diabetes Educators, bei der 12 Betreuungskonzepte für Diabetespatienten bewertet werden sollten, gaben 98,2% der Therapeuten an, dass ihnen das Empowermentkonzept am meisten bei der Schulung ihrer Patienten geholfen habe.

Ohne die Bereitschaft bzw. Befähigung der Patienten ihre Erkrankungen selbst zu managen - um somit die von der Politik gewünschte Eigenverantwortung zu übernehmen -, werden keine Maßnahmen in dem Maße wirksam, dass der Leistungsumfang unseres Gesundheitswesens in Zukunft beibehalten werden kann. Im Gegensatz zu anderen bisher umgesetzten Maßnahmen wie z. B. DMPs (Disease Management Programme) oder auch der Integrierten Versorgung wird durch das Empowerment bzw. der Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten nicht an der „Stellschraube“ System, sondern vor allem am Patienten „gedreht“. Immerhin sind für die Förderung und den Erhalt der eigenen Gesundheit die Bürgerinnen und Bürger in hohem Maße selbst verantwortlich. Dabei könnten nach Angaben der WHO (World

Health Organization) 80 Prozent der Herzerkrankungen, 80 Prozent der Schlaganfälle, 80 Prozent der Diabetesfälle sowie 40 Prozent der Krebserkrankungen verhindert werden, falls man die Menschen dazu „empowern“ würde.

8. Zusammenarbeit mit der Europäischen Stiftung für Gesundheit (EUHCF)

Basierend auf der Philosophie des Empowerments entstand die Europäische Stiftung für Gesundheit (European Health Care Foundation - EUHCF) im Jahre 2005 in Zürich, Schweiz. Innerhalb der Stiftung werden Patienten als auch Heilberufler (Ärzte und Apotheker) in einer standardisierten Weise in der Vermittlung von Selbstmanagementfähigkeiten ausgebildet. Für die angehenden Patientencoaches steht ein Modulares Betreuungskonzept zur Verfügung, das die Grundlage für eine kontinuierliche Betreuung von Chronikern darstellt.

Das Herzstück der Akademie ist ein E-Learningportal (www.Patientenfuchs.at/ch/de). Hier vermittelt die Stiftung ein umfassendes Wissen zur Indikation und zum erfolgreichen Umgang mit chronischen Erkrankungen. Dieses Portal umfasst medizinisches Wissen, psychosoziale Aspekte der Erkrankung, Lifestylemaßnahmen wie Ernährung, Bewegung und Stressmanagement, Selbststeuerungsprozesse und Strategien zu Verhaltensänderungen, Kommunikative Fähigkeiten wie „Aktives Zuhören“ usw.

Der Wissenszuwachs wird in Multiple Choice Tests Online überprüft – die Teilnehmer werden nach erfolgreichem Abschluss der Schulung durch die EUHCF zertifiziert. Ergänzendes und vertiefendes Printmaterial, Lehrbücher und Präsenzveranstaltungen zum Training von Kommunikationstechniken vervollständigen das Ausbildungskonzept.

In dem Portal der Europäischen Stiftung für Gesundheit stehen vor allem für Patienten und deren Angehörige zahlreiche Videoschulungsmodule zur Verfügung. Die Inhalte dieser Module zielen auf alle Aspekte der Erkrankung – das Wissen über die Indikation, psychosoziale Aspekte, Strategien zur Krankheitsbewältigung, Verhaltensänderungen, Überwinden von Hindernissen, Stecken und Erreichen von Gesundheitszielen ab. Patiententagebücher zum Trainieren von Verhaltensänderungen und Selbstmanagementfähigkeiten unterstützen den Lernprozess.

9. Bedeutung der Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten für die Krankenkassen

Vor dem Hintergrund, dass derzeit etwa 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten von chronisch kranken Menschen „verursacht“ werden, liegt es auf der Hand, dass mit der Zunahme dieser Erkrankungen auch die Ausgaben der Krankenkassen kontinuierlich ansteigen. In diesem Sinne sind die Verbesserungen der Selbstmanagementfähigkeiten ein elementares Anliegen der Kostenträger

Zur Quantifizierung dieses Sachverhaltes wurden durch das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitskommunikation in Zusammenarbeit mit der Europäischen Stiftung für Gesundheit ausgewählte Krankenkassen zu folgenden Themengebieten befragt:

- Bereitschaft zur Investition in Empower- und Selbstmanagementkonzepte
- Zeitraum und Höhe der evtl. Investitionen
- Derzeitige und zukünftige Bedeutung dieser Maßnahmen

In die Befragung wurden 40 ausgewählte Krankenkassen eingebracht. Um ein möglichst repräsentatives Ergebnis zu erlangen, achtete man bei der Auswahl der befragten Krankenkassen darauf, dass sowohl größere als auch kleinere Kassen eingebunden wurden.

Ergebnisse

Trotz der enormen Ausgaben erreicht Deutschland als auch Österreich im Vergleich mit anderen Ländern zu wenig Qualität. Das bedeutet, dass die Effizienz des Gesundheitssystems als zu gering eingestuft wird. Diese Aussage des BMG (Bundesministerium für Gesundheit in Berlin) wird durch 96 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter (Gesetzliche-Krankenkassen-Vertreter) bestätigt, die ihrerseits die Effizienzsteigerung als einen entscheidenden Faktor bei der Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem sehen.

Zur gegenwärtigen Rolle der Prävention bzw. des Gesundheitscoachings antworteten 74 Prozent der Kassen, dass sie diesen Ansätzen gegenwärtig eine wichtige Funktion beimessen. Nur 13 Prozent der Befragten waren der Meinung, das Compli-

ance Management bzw. Gesundheitscoaching für Sie keine Rolle spielt. Beachtenswert ist dabei, dass 35 Prozent die Meinung vertraten, dass Empowerment bzw. Gesundheitscoaching in Zukunft eine relevante Rolle in ihren Organisationen spielen wird. Fasst man die Daten der Krankenkassen zusammen, dann sagen 87 Prozent der Befragten diesen Konzepten eine entsprechende Relevanz voraus. Daher sind die meisten Kassen bereit in Selbstmanagement zu investieren, sofern die Wirksamkeit der Maßnahmen evidenzbasiert nachgewiesen wird. Immerhin sind 32 Prozent der Befragten bereit bis zu 5 Prozent der Einnahmen für derartige Projekte zu veranschlagen.