

Gemeinsam entscheiden im Gesundheitssystem Zwischen Stillstand und Transformation



Wie werden Gesundheitsberufe und Bürger am besten für Koproduktion vorbereitet? Wie kann Bildung zur Transformation des Gesundheitssystems beitragen? Wie können Professionen und Patienten eine gemeinsame Zielvorstellung entwickeln? Und wie können sie gemeinsam Nutzen für die Patienten schaffen? Wer würde Veränderung wagen? Wie kann man den Kulturwandel in der Gesundheitsversorgung durch Bildungsangebote heute voranbringen? Genügt Patientenbeteiligung oder wird Bürgerbeteiligung wichtig? Wie müssen wir kommunizieren, damit die Zielgruppe uns versteht? Wie können wir ein System entwickeln, das die Entfaltung der Produktivkraft Patient stärkt?

Unter dem Leitthema «Gemeinsam entscheiden» ging der Careum Dialog 2016 der Frage nach, in welchen Bereichen die Gesundheitssysteme in den drei Ländern – Schweiz, Deutschland und Österreich – eine grundlegende Neuorientierung im Hinblick auf gemeinsame Entscheidungsfindung anstreben und wie weit sie auf diesem Weg vorangekommen sind. Zwei Fragen standen dabei im Vordergrund:

Ergebnisse: Wie kann es zu einer gemeinsamen Zielvorstellung zwischen Professionen und Patienten* kommen (*shared purpose*)?

Qualität: Wie können Professionen und Patienten gemeinsam Patientennutzen schaffen (*shared value*)? Diese Leitfragen umfassen eine komplexe Diskussion über Unter- und Überversorgung, Entscheidungskompetenz sowie Fehlanreize und mangelnde Kommunikation, welche unter den englischen Schlagwörtern *choosing wisely, triple aim, no value care* und *empowerment* geführt wird.

Gemeinsam entscheiden

Gemeinsam entscheiden ist eine der grossen Herausforderungen im Gesundheitssystem. Nicht nur die Gesundheitsberufe sind aufgefordert auf neue Weise zusammenzuarbeiten, um bessere Ergebnisse und eine höhere Qualität zu schaffen; ebenso gilt es, Patienten und Bürger einzubinden und ihre Beiträge in Ansätzen zur Koproduktion zu gewährleisten.

Frühe Ansätze und Initiativen aus anderen Ländern, wie *Triple Aim* oder *Choosing Wisely* aus den USA, rücken nun auch in den deutschsprachigen Ländern vermehrt in den Fokus und werden übernommen und angepasst. Erste Erfahrungen zeigen, dass eine derartige Umorientierung die Interessen *aller* Beteiligten voranbringen kann. Dennoch stehen Barrieren im Weg: Systembarrieren, Eigeninteressen, ungenügende Kompetenz und mangelnder politischer Entscheidungswille sind einige von ihnen.

Trotzdem gibt es vielfältige Möglichkeiten zu Handeln. Das aufzuzeigen, war Ziel des Careum Dialogs 2016. Einigkeit bestand darüber, dass derzeit in den drei vertretenen Ländern wenig politische Handlungsbereitschaft zu grossen Systemerneuerungen besteht, aber doch vielfältige Veränderungen auf dem Weg sind. Zahlreiche Beispiele kamen zur Sprache: Aus Sicht der Medizin, der Leistungserbringer und der Patienten, aber auch der Wissenschaft und der Politik. Deutlich wurde,



Expertenworkshop am Tag 2 des Careum Dialogs 2016

dass diese Entwicklung das Rollenbild von Professionellen und Patienten verändert und einen tiefgreifenden Kulturwandel hin zur Interprofessionalität und Partizipation erfordert. Aus den Vorträgen und Diskussionen am ersten Tag des Dialogs ergaben sich sechs strategische Hebel, die eine Veränderung voranbringen können:

- Gemeinsam entwickelte Entscheidungsinstrumente
- Transparenz über Anreize, Erwartungen und Ergebnisse
- Strategien der Annäherung
- Ökonomische Anreize
- Investition in Gesundheitskompetenz
- Kulturwandel durch Bildung

Die Teilnehmer

Wie Bildung im Gesundheitssystem zu einer Veränderung des Systems beitragen kann – diese Frage stand im Mittelpunkt des Careum Dialogs 2016. Im Swiss Re Centre for Global Dialogue in Rüslikon bei Zürich diskutierten am 11. und 12. Februar 2016 über 70 hochrangige Handlungsträger aus der Schweiz, Deutschland und Österreich, um durch Vergleiche und unterschiedliche Erfahrungen in den einzelnen Gesundheitssystemen und Kulturen inspiriert zu werden.

Moderation: Dr. Matthias Wismar (Europäisches Gesundheitsobservatorium, Brüssel, Belgien)

* Im Interesse der Lesbarkeit werden die weibliche und die männliche Form synonym verwendet.

Gemeinsam erstellte Entscheidungsinstrumente

«Wir haben gemeinsam etwas mit Leitlinien erreicht, mit diesem bottom up-Ansatz statt top down. Wir können damit nicht alle Probleme lösen. Wir müssen neue Wege suchen. Wissen macht stark.»

Prof. Dr. Ina Kopp

Auf dem Dialog wurden Entscheidungsinstrumente diskutiert, die sowohl von Medizinerinnen als auch von Patienten entwickelt wurden. Das Projekt «Gemeinsam Klug Entscheiden» der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.) hat Leitlinien entwickelt, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand zu einem medizinischen Problem wiedergeben, um Professionellen und Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu erleichtern. Sie basieren auf einer systematischen Analyse der Evidenz und einer Abwägung potentiellen Nutzens und Schadens alternativer Vorgehensweisen. Die Leitlinien sind als Empfehlungen zu verstehen, die die Versorgung der Patienten durch Qualitätsverbesserung optimieren sollen, so dass sowohl Unter- als auch Überversorgung vermieden werden.

Gemeinsam klug entscheiden – Ziele

- Verbesserung der Versorgungsqualität durch ausgewählte Empfehlungen zu prioritären Themen
- Unterstützung der Fokussierung des Dialogs von Ärzten und Patienten im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung
- wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung als Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems

Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften

Die AWMF publiziert die Leitlinien in einem eigens dafür geschaffenen Register. Über die Hälfte der Leitlinien im Register sind bereits unter der Beteiligung von Betroffenen und Bürgern interdisziplinär entwickelt. Die AWMF möchte mit den Leitlinien den Dialog zwischen Ärzten und Patienten unterstützen und zu einer partizipativen Entscheidungsfindung anregen. In Zukunft sollen mehr als zwei Drittel gemeinsam

entwickelt werden. Die Einbindung von Patienten ist stark wissenschaftlich geleitet; Partizipation folgt einer strengen Methodik. Dafür müssen Kapazitäten von Seiten der Professionellen und der Patienten gewährleistet sein.

Im Fokus der Diskussion über Leitlinien stand vor allem die Implementierung. Eine grosse Herausforderung bleibt die Verbreitung und Integration der Leitlinien:

- Um ihre Wirkung entfalten zu können, müsste das deutsche Gesundheitssystem die Leitlinien als Arbeitsgrundlage integrieren.
- Es braucht anerkannte Kommunikationswege, um Patienten im Vorfeld einer Entscheidung über die bestehenden Leitlinien zu informieren; regionale Gesundheitskonferenzen eignen sich hier als Orte der Vermittlung.

Besonders wichtig ist es, die Leitlinien für Patienten so verständlich zu machen, dass sie ihnen bei Entscheidungen tatsächlich helfen. Hier kann zusätzlicher Beratungsbedarf durch einen «Coach» entstehen.

Ein Beispiel, wie Patienten für sich eine neue Rolle definieren, wurde anhand eines Registers vorgestellt, das Multiple Sklerose Patienten entwickelt haben. Hier nehmen Patienten eine

Neue Rolle der Betroffenen in Forschung und Register

1. Als selbstbewusster, mündiger Akteur
2. Recht auf Verstehen
3. Entzauberung der traditionellen Sicht auf die Forschung / Forschung ist, was Betroffenen nutzt
4. Bedeutung der Lebensqualität heute für Angebote und Forschung
5. Symptombehandlung heute (Wer heilt hat recht)
6. Ausbildungsbedingter Fokus auf bestimmte Behandlungswege wird hinterfragt – Kooperation aller Kompetenzen im Sinne des Betroffenen sind gefragt
7. MS in allen Aspekten soll öffentlich noch mehr positioniert und werden
8. Rolle der Betroffenen in der Medikamentenentwicklung

Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft

ganz neue Stellung ein. Sie waren von Anfang an einbezogen in das Projekt mit dem EBPI (Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute) und der Universität Zürich (UZH). Die Patienten erhalten einen verständlichen Einblick in wissenschaftliche, internationale Studien und allgemeine Forschungsthemen; sie können alle Daten jederzeit abrufen und einsehen. Ein derartiges Vorgehen baut auch auf die Beteiligung und Offenheit des medizinischen Personals.

Transparenz über Erwartungen und Ergebnisse

«Um Akzeptanz für eine gemeinsame Zielvorstellung von Patientinnen und Patienten sowie Professionellen zu schaffen, bedarf es einer Datengrundlage, die ausserhalb des politischen Streitbereiches liegt.»

Dr. Gottfried Endel

Der Anspruch, dass Patienten und Professionen sich gemeinsam auf Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen einigen, ist hoch gesetzt. Im Gesundheitssystem geht es teilweise um eine sehr widersprüchliche Erwartungshaltung mit unterschiedlichsten Ansprüchen und Bedürfnissen. Nicht alle Zielvorstellungen von Professionellen und Leistungsträgern sind übersetzbar in die Interessen und den Wertekontext von Betroffenen und Bürgern. Machtgefälle und die unter-

Was sind „bessere“ Ergebnisse?

Gemeinsam entscheiden

- Eine gemeinsame Zielvorstellung zwischen Professionen und Patienten (shared purpose)
- Eine gemeinsame Vorstellung von Qualität
- Eine gemeinsame Vorstellung von Werten

Pluralismus?

- Unter-, Über- und Fehlversorgung
- Kompetenzverteilungen
- Anreizsysteme
- Kommunikation

Verbesserungsmöglichkeiten

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

schiedlichen Rollen machen es im Gesundheitssystem häufig schwer, einen Konsens zu erlangen. Auch die Puralisierung und Individualisierung der Gesellschaft machen es schwierig, Solidarsysteme zu stützen und zu gestalten.

Das betrifft Behandlungsentscheide, wie auch Entscheidungen darüber, ob bestimmte Leistungen in die Leistungskataloge aufgenommen oder wieder daraus entfernt werden. Transparenz in Bezug auf Wünsche, Bedürfnisse und



Diskussion der Leitthemen in Arbeitsgruppen am Careum Dialog 2016

Ergebnisse bleibt der Schlüssel zur besseren Versorgung und höheren Patientenzufriedenheit. Die Teilnehmer beschrieben, dass eine eher mechanistisch durchgeführte Qualitätssicherung durchaus ins Gegenteil umschlagen kann und zunehmend demotivierend wirkt.

Die Dialogteilnehmer identifizierten Transparenz und Ergebnisorientierung als wichtige Hebel für Veränderung. Dies erfordert besonders aus Patientensicht, dass

- der Patientennutzen besser und anders erfasst wird
- Ergebnisse für die Patienten sowie ihre Angehörigen besser nachvollziehbar werden und
- neben der Messung von Versorgungsqualität auch die Lebensqualität von Patienten ins Blickfeld genommen wird.

Auch neue Informationsmöglichkeiten über das Internet schaffen Transparenz und ermöglichen Vergleiche der Leistungen von Institutionen und Versorgern. Um diese verantwortungsvoll nutzen zu können, bedarf es aber sowohl Internet- wie auch Gesundheitskompetenz. Es bedeutet auch, dass alle Beteiligten ein besseres Verständnis des gesamten Gesundheitssystems haben müssen – dass ihr Wissen also

auch Systemkompetenz beinhaltet. Auf die Gesundheitsberufe kommt durch die veränderte Rolle der Patienten eine neue gesellschaftliche Dynamik zu, die durchaus einen gewissen Druck darstellt. Daher gilt es, die Transparenz und den Zugang zu Informationen aktiv zu nutzen, um einen produktiven Dialog zwischen Gesundheitsberufen und Patienten zu fördern.

Strategien der Annäherung

«Nichts führt am Dialog – im Grossen oder im Kleinen – vorbei.»

Teilnehmerin aus Arbeitsgruppe

Das Gesundheitssystem ist ein sehr komplexes System, in dem Demokratievorstellungen schwierig umzusetzen sind. Es gibt keinen Königsweg. So viel Wunschenken es bezüglich des Systems gibt, so viel Beharrungsvermögen wird ihm auch zugeschrieben. Erfolgreiche Beispiele im eigenen wie auch in anderen Ländern erhöhen aber den Druck zur Veränderung und helfen, gegen das «Mikado-Prinzip» [Mikado: «Wer sich zuerst bewegt, hat verloren»] anzugehen. Dabei darf aber weder das reale Machtgefälle vernachlässigt werden, das zwischen den Akteuren besteht,



Diskussion der Leitthemen in Arbeitsgruppen am Careum Dialog 2016

noch die Situation der Bedürftigkeit, in die Patienten durch eine schwere Krankheit hineinversetzt sind. Patienten, Angehörige und Professionelle sind im institutionellen Rahmen anders ausgestattet und unterschiedlich betroffen. Denn es geht auch um Leben und Tod, um Autonomie und Abhängigkeit, um Angst und um Würde. Mitunter braucht es eher Prozesse, die eine Moderation bei

schwierigen Entscheidungen ermöglichen, so z.B. «Patientencoaches» – besonders auch für Menschen aus anderen Kulturkreisen oder in sozial schwierigen Situationen.

Partizipation ist nicht selbstverständlich und nicht einfach. Es benötigt ein gewaltiges Umdenken aller Beteiligten und einen breiten Fächer an Ressourcen. Besonders die Ressource Zeit ist aber im Gesundheitssystem nur selten verfügbar. Das Gesundheitssystem ist auch ein empfindlicher Sensor für Fehlentwicklungen in der Gesellschaft und muss nicht nur auf medizinische Probleme, sondern auch auf gesellschaftliche Problemlagen reagieren können. Besonders die Kommunikation mit vulnerablen Gruppen und ihren sozialen Problemen stellt eine grosse Herausforderung dar. Auch hier gilt es, vorbereitet zu sein und bedacht vorzugehen – erwähnt wurde die bewährte (aber noch nicht selbstverständliche) Zusammenarbeit mit Ethnomedizinischen Zentren besonders in Hinblick auf die zunehmende Migration.

Die zentralen Hebel der Veränderung werden von den Dialogteilnehmern in der Bildung verortet:

- Soziale Partizipation in der Gesundheitsgesellschaft und im Gesundheitssystem hängt unmittelbar mit der Verbreitung der Gesundheitskompetenz zusammen. Es geht nicht nur um gut informierte Patienten, sondern um Bürgerkompetenz für Gesundheit. Konkrete positive Beispiele wie die Patientenuni Hannover müssen Schule machen.
- Professionelle müssen Akzeptanz entwickeln und verstehen, dass Betroffene eine andere Rolle einnehmen können und auch müssen. Zusammenarbeit und Kommunikation können in der Aus- und Fortbildung gelernt und geübt werden. Bisher gibt es leider nur eine geringe Anzahl solcher Angebote, die auch Patienten einbeziehen.

Ein Thema, das immer wieder von den Teilnehmern angesprochen wurde, ist die Rolle von Internet und Social Media. Viele Teilnehmer gingen davon aus, dass sich mit Internet, Sozialen Medien, E-Health, etc. die Struktur der Öffentlichkeit verändert und damit zwangsläufig auch die der Privatheit. Die neuen Medien beeinflussen den Umgang mit Gesundheit bzw. Krankheit zunehmend – sowohl positiv wie negativ. Neben jederzeit verfügbarer Informationen,

Vernetzung und Austausch, gehört auch ein aktives Mitwirken an Versorgungs- und Entscheidungsprozessen dazu – inklusive kritischer Websites. E-Health in verschiedenen Ausprägungen kann durchaus zu erhöhter Gesundheitskompetenz beitragen und Koproduktion erleichtern.

Ökonomische Anreize zur Veränderung

«Wenn man 60 Milliarden ausgibt für Reparaturen, aber nur einen kleinen Bruchteil davon um zu verhindern, dass die Leute dahin geraten, ist es einfach ein grundlegendes Problem.»

Teilnehmer des Dialogs

Veränderungen in einem System sind häufig an ökonomische Anreize gekoppelt. In den aktuellen Versorgungsstrukturen hingegen gibt es kaum Ansätze, die «gemeinsames Entscheiden» fördern. So werden beispielsweise ausführliche Gespräche nicht finanziert, nicht ermöglicht und von daher auch nicht gelernt. Es gilt also ein System zu entwickeln, das die Entfaltung der «Produktivkraft Patienten» belohnt. Eine Reihe neuer Trends werden eine solche Ausrichtung auf produktiveres Vorgehen verstärkt erfordern:

- die Zunahme der chronischen Erkrankungen und der Multimorbidität
- die Knappheit der «workforce» auf der ärztlichen wie pflegerischen Seite
- der Trend zur Aussonderung von leicht zu behandelnden Patienten.



Resultate aus den Arbeitsgruppen am Careum Dialog 2016

Es erschien den Dialogteilnehmern schlüssig, ein Vergütungssystem anzustreben, das sich an der Ergebnisorientierung und dem Patientennutzen orientiert. Das heutige System ist einzelwirtschaftlich auf den jeweiligen Sektor ausgerichtet. Es sollte im Sinne des Patientenweges über die



Panel zu den Erkenntnissen aus den Arbeitsgruppen am Careum Dialog 2016

Sektoren hinweg populationsbezogen reorganisiert werden. Damit könnte für die Gesundheitsunternehmen ein Anreiz geschaffen werden, der es sowohl im Sinne der medizinischen wie auch der finanziellen Ergebnisse lohnend macht, interprofessionelle Arbeit und Patientenbeteiligung zu entwickeln – und gleichzeitig einen höheren Patientennutzen zu erzeugen. Hier sind besonders die Krankenkassen als Leistungserbringer in der Pflicht, «disruptive» Innovation voranzubringen.

Wenn die Beteiligung der Patienten auf den Behandlungsprozess eine positive Wirkung hat, sollte das auch auf ökonomischer Ebene greifen. Bedeutsam ist – und hier liegt die Verbindung zu den vorher genannten Aspekten der Qualität, Transparenz und Ergebnisorientierung – , dass die professionellen Zielgrößen auch den Patienten vermittelbar sind und im besten Fall (siehe Leitlinien) auch mit Patientenbeteiligung erstellt wurden. Gleiches gilt für Patientenreize, sich für bestimmte Leistungserbringer und «high value»-Optionen zu entscheiden. Dafür bedarf es eines Systems, das die Patientenorientierung einerseits und die interprofessionelle Zusammenarbeit andererseits belohnt. Eine neue Generation von Professionellen und Patienten könnte sich hier als hilfreich erweisen.

Wie kann die Bildung im Gesundheitswesen zur Transformation des Systems beitragen?

Das Thema Kulturwandel durch Bildung nahm an beiden Tagen des Dialogs einen hohen Stellenwert ein. Um den notwendigen Kulturwandel zu erreichen, ist das Umdenken aller Akteure erforderlich und es bedarf der gezielten Investition in die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen sowie in die Gesundheitskompetenz der Bürger und Patienten. Der Expertenworkshop vertiefte diese Diskussion und stellte die Kernfrage, durch welche Art der Bildungsangebote in der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung sowie Patientenbildung die Beteiligten am besten für Koproduktion vorbereitet werden.

Die Diskussionen wurden durch jeweils fünf Thesen zu den drei Bildungsbereichen angeregt, die im Folgenden wiedergegeben werden:



Networking am Careum Dialog 2016



Diskussion der Leitthemen in Arbeitsgruppen am Careum Dialog 2016



Networking am Careum Dialog 2016

Thesen Fort- und Weiterbildung

1. Den Siloaufbau zu verhindern ist einfacher als Silos abzureissen.
2. Themen der Gesundheitskompetenz müssen stufengerecht auf allen Bildungsebenen vermittelt werden.
3. Im Studium und in der Facharztweiterbildung ist den «allgemeinen Lernzielen» genügend Gewicht zuzumessen.
4. Vor allem auch an ärztlichen Weiterbildungsstätten müssen interdisziplinäre Strukturen bewusst entwickelt und gefördert werden.
5. Wissen und Können genügen nicht, man muss auch wollen.

Dr. Werner Bauer, Präsident Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF, Bern

Thesen Patientenbildung

1. *Die Bürgerinnen und Bürger als Akteure der eigenen Gesundheitsbiographie:*

Ausbau lebenslanger partizipativer Interaktionsformen im Gesundheitswesen, nicht verkopft, ganzheitlich, multidisziplinär, zielgruppenorientiert.

2. *Gesundheit und Fitness – die neue gesellschaftliche Distinktion:*

Dick, krank und süchtig, selber schuld? Gesundheit wird zur Pflicht und zum Konsumartikel. Der fitte Mensch zeigt sich her, macht sich gläsern. Medienerziehung zu Fitness-Apps, Privatmedizin und Schönheitskonzepten ab Grundschule.

3. *Wissen ist Macht – die Kluft zwischen «Unbeteiligt-Behandelten» und «Informiert-Handelnden»*

im Gesundheitsbetrieb wird grösser. Gesundheitswissen muss also demokratisiert werden (UPI, Rollende Patientenuni, TEWEB, Leichte Sprache, etc.).

4. *Als Patientin / Patient bist du allein? Gruppenbezogene Interaktions- und Lernprozesse*

Verankerung von Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung (rechtlich, institutionell, fachlich). Z.B. Diskurse zu Verteilungsgerechtigkeit, Priorisierung und zu Gesundheitsplanung.

5. *Lug und Trug! Kampfansage an die pseudo-gesundheitsorientierte Warenwelt und Bewerbung.*

Ausbau niedrighwelliger unabhängiger Information; Kennzeichnung, Kontrolle bzw. Verbot fragwürdiger Produkte.

Dr. Sigrid Pilz, Wiener Pflege-, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft

Thesen Ausbildung

1. Ein Kulturwandel hin zum gemeinsamen Entscheidungskönnen bedingt ein Abrücken von monoprofessionellen Silos – rasch müssen Lehr- und Lernformen umgesetzt werden, in denen die Absolventen und Absolventinnen lernen, miteinander besser zu werden.

2. Bildung muss Patienten/Nutzer/Bürger/Angehörige als aktiv Mitgestaltende einbeziehen, nicht als «Fälle» oder als Objekte der Lehre und Instruktion.

3. Bildung muss gezielt in eine Praxis hineinverlagert werden, die als interprofessionelles / intersektorales Laboratorium konstituiert ist.

4. Das paternalistische Therapieverständnis «ich und mein Patient» muss rasch durch ein System- und Prozessverständnis abgelöst werden.

5. Die Überregulierung der Bildung versperrt eine produktive Auseinandersetzung mit künftigen Herausforderungen. Damit verringert sie den Nutzen für Patienten/Nutzer/Bürger.

Dr. Beat Sottas, Stiftungsrat Careum Stiftung Zürich



Diskussionen am Expertenworkshop am Careum Dialog 2016

Empfehlungen

Im Plenum und in den Arbeitsgruppen setzen sich die Dialogteilnehmer mit den vorgestellten Thesen auseinander. Fünf Empfehlungen lassen sich aus den angeregten Diskussionen ableiten.

Ausbildung interprofessionell strukturieren

Viele Teilnehmer unterstützen die Idee, interprofessionelle Ausbildung an einem versorgungsorientierten Health Campus mitten in der Gesellschaft durchzuführen. Organisationsprinzip wären vier Semester der gemeinsamen Ausbildung, die eine gemeinsame Identität schaffen. Patienten sollten an den Curricula-Entwicklungen mitwirken und ihr Expertenwissen in die Ausbildung einbringen. Damit kann der Nutzen für Patienten zum wichtigen Bildungskriterium werden. Eine solche Ausbildung tritt gegen einen starren Bildungskanon an, der nur wenig Raum für Alternativen lässt und wenige zeitliche Freiräume einräumt. Es gilt ein solches Modell dezidiert in Gesellschaft und Politik zur Diskussion zu stellen und einzufordern.

Praxisorientiert ausbilden

Viele Teilnehmer befürworten einen Bottom up-Ansatz über Lernsettings und Kompetenzsettings, die auch Patienten einbinden. Sie schlugen vor, 60% der Ausbildung in die Praxis zu verlegen. Lernen soll an konkreten Fällen geschehen, die interprofessionell gelöst werden. Die langjährigen Erfahrungen mit Problem-based Learning können hier eingebracht werden. Das Prinzip des gemeinsamen Lernens und Forschens wurde stark unterstützt. Es hilft gegen eine verengte professionelle Sozialisation, die sehr schnell verfestigt wird. Gerade in Skandinavien gibt es viele Vorbilder, auf denen man im deutschsprachigen Raum aufbauen kann. Auch auf die Empfehlungen des Lancet Reports «Health Professionals für das neue Jahrhundert» und des Careum Working Papers 7 «Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik» wurde verwiesen.

Aus- und Weiterbildung interdisziplinär und interprofessionell ausrichten und Patienten einbinden

Auch hier unterstützten die Teilnehmer eine Fort- und Weiterbildung, die interprofessionell und mit Patientenbeteiligung entwickelt und durchgeführt wird. Dafür muss sowohl mit den Bildungs- wie mit den Gesundheitsinstitutionen abgeklärt werden, welche Lernsettings besonders geeignet sind, um kommunikatives und interaktives Handeln patientenbezogen zu erlernen und zu reflektieren. Die Überregulierung der Weiterbildung sowie die extreme Curricularisierung durch

Lernzielorientierung wurde kritisch betrachtet. Sie führt häufig zu «Scheinsicherheiten». Die sogenannten weichen Kompetenzen müssen von einem «nice to have» zu einem «must have» werden – und dann auch durch das Vergütungssystem belohnt werden. So kommt auch hier das oben geforderte veränderte Vergütungssystem zum Tragen. Für die Gesundheitsunternehmen solle es sich lohnen, in teamfähige und patientenorientierte Mitarbeiter zu investieren. Es braucht einen liberaleren Rahmen für die Fort- und Weiterbildung, der Innovationen zulässt ohne in «wilde Merkantilisierung» umzuschlagen.

Staatliche Verantwortung für die Investition in die Gesundheitskompetenz der Bürger einfordern

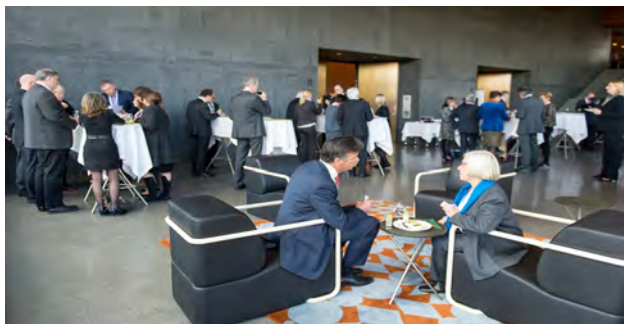
Die hohe Bedeutung der Gesundheitskompetenz wurde von den Teilnehmern immer wieder betont. In der Gesundheitsgesellschaft ist es auch eine öffentliche Verantwortung, die Gesundheitskompetenz der Bürger durch verlässliche Angebote und Teilhabestrukturen zu stärken. Gesundheitskompetenz muss in Schulen einen höheren Stellenwert bekommen, aber auch lebenslang immer wieder Thema sein. Unterstützung muss es auch von Seiten anderer gesellschaftlicher Akteure geben, z.B. Krankenkassen, Kommunen, Kantonen, Schulen, Medien, Verbänden und Stiftungen. Sowohl Careum wie auch die Robert Bosch Stiftung sind in diesem Bereich tätig. Es wurden einige konkrete Beispiele in die Diskussion eingebracht:

- in der Politik: die Österreichischen Gesundheitsziele, die Gesundheitskompetenz priorisieren;
- aus der Gesellschaft: die Initiative in Deutschland einen Nationalen Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz zu entwickeln;
- in der Forschung: die Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, die nun in allen drei Ländern durchgeführt wird;
- in der Umsetzung: die Patientenuniversität, EVIVO, das Angebot einzelner Kassen durch Entscheidungshilfen für ihre Mitglieder (z.B. Faktenboxen), Innovationsprojekte wie das «gesundheitskompetente Krankenhaus» und Teilhabestrukturen wie z.B. Bürgerkonferenzen, Gesundheitskonferenzen.

Strukturen und Vermittler für Beteiligung und Beratung einrichten

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Den Teilnehmern war es wichtig, den Alltagsbezug der Gesundheitskompetenz hervorzuheben. Mit rein kognitiver Wissensvermittlung ist es nicht getan, denn bei der Gesundheitskompetenz

geht es um die Motivation und um Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit und häufig die der Angehörigen. Dazu braucht es auch Systemkompetenz. Für viele Menschen ist ihr Alltag das Leben mit chronischer Krankheit und dafür braucht es ein besonders hohes Mass an Gesundheitskompetenz – auch der Angehörigen. Es bedarf jenseits der verlässlichen, leicht zugänglichen Informationen (z.B. im Internet) ein evidenzbasiertes und unabhängiges Beratungsangebot. Als positives Beispiel wurde NHS-direct genannt. Hier können Bürger telefonisch kontinuierlich ein qualitätsgesichertes Beratungsangebot nutzen. Viele Patienten müssen den Umgang mit der Krankheit lernen und das geschieht am besten durch das gemeinsame Lernen mit andern Patienten: Auch hier sollte es sehr viel mehr Angebote geben. Evivo, ein Selbstmanagement Programm zum Leben mit chronischer Krankheit, wurde als ein Beispiel genannt.



Networking am Careum Dialog 2016

Ausblick

Auf dem Careum Dialog 2016 wurde deutlich, dass einiges an Kulturwandel schon auf den Weg gebracht werden konnte. Welche Erfolge ausgebaut werden können, wird das Thema der Zukunft sein. Dazu braucht es Allianzen und das Denken und Handeln über die Grenzen hinaus. Auch deshalb ist der Austausch zwischen den drei deutschsprachigen Ländern von so grosser Bedeutung.

Drei Themen wurden von den Dialogteilnehmern besonders zur weiteren Bearbeitung vorgeschlagen:

Bürgerkompetenz für Gesundheit

Der Schritt von der Patientenbildung zur Bürgerkompetenz für Gesundheit wurde zu einem der zentralen Leitthemen des Dialogs. Gemeinsames Entscheiden findet nicht nur zwischen den Professionen, sondern auch zwischen Professionen und Patienten sowie Angehörigen statt. Es bildet die Basis für die Arbeit von Careum zum Thema Patientenbildung – ein erfolgreiches Projekt, das in einem eigenen Kompetenzzentrum mündete. Bürger sind Teil des Gesundheitssystems und haben damit einen Anteil an der Entscheidungsfindung auf allen Ebenen. Die Teilnehmer schlugen einen regelmässigen Erfahrungsaustausch zur Umsetzung von Aktivitäten zur Gesundheitskompetenz zwischen den drei Ländern vor.

Interprofessioneller Gesundheitscampus

Die stärkere Praxisorientierung der Ausbildungen wurde neben der Interprofessionalität immer wieder betont. Hier besteht in der Meinung der Dialogteilnehmer die grösste Herausforderung für die Überarbeitung der Ausbildungssysteme. In diesem Sinne wollen Dialogteilnehmer das Konzept des «Gesundheitscampus» mitten in der Gesellschaft gemeinsam konkret weiterentwickeln.

Intersektorale Zusammenarbeit

Beide Ausrichtungen bedeuten, dass auch dem Gesundheitssystem zunehmend eine Bildungsaufgabe zukommt – für Professionelle wie auch für Patienten und Angehörige. Daher benötigen wir in einer Gesundheitsgesellschaft neue Formen der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem. Diese sollen weiterhin verstärkt im Blickfeld der Careum Dialoge sein.

Ilona Kickbusch, Mirja Schneemann

Autoren

Detaillierte Informationen sowie weiterführende Materialien finden Sie unter www.careum-dialog.ch



