

Forschung zu chronischen Krankheiten und Patientenorientierung



Impressum

Herausgeber

Prognos AG
Europäisches Zentrum für
Wirtschaftsforschung und
Strategieberatung
Goethestraße 85
D-10623 Berlin
www.prognos.com

Text

Markus P. Anders und Dr. Ronny Klein, Berlin

Gestaltung

Ragna Bolender Grafik-Design,
Düsseldorf

Druck

Berlin 2016

Bildquellen

Titel: fotolia/Tyler Olsen,
Bundesministerium für Bildung und Forschung
S. 7 fotolia/Photographee.eu
S. 12 fotolia/Claudia Paulussen
S. 20 fotolia/gpointstudio

Forschung zu chronischen Krankheiten und Patientenorientierung

Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung –
Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“
des Bundesministeriums für Bildung und Forschung,
der Deutschen Rentenversicherung Bund,
der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und
des Verbands der Privaten Krankenversicherung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsche
Rentenversicherung
Bund



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Bedarfsgerechte Patienteninformationen	7
Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen	13
Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung	20
Umsetzung – Von der Forschung in die Praxis	29
Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunkts	30
Förderschwerpunkt in Zahlen	32
Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts	34

Vorwort

Deutschland hat ein anerkannt gutes Gesundheitssystem. Der demografische Wandel und gesellschaftliche Veränderungen stellen dieses jedoch vor neue Herausforderungen. Chronische Krankheiten bestimmen – wesentlich bedingt durch die wachsende Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritt – mehr und mehr das Krankheitsgeschehen. Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen möchten ihren Alltag eigenverantwortlich und selbstbestimmt bewältigen. Entscheidend ist es deshalb, bei der Krankenbehandlung und Rehabilitation nicht ausschließlich medizinische Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch die persönlichen Bedürfnisse, Wünsche und Präferenzen der betroffenen Menschen. Die Nutzer- beziehungsweise Patientenorientierung gewinnt zunehmend an Bedeutung. In diesem Zusammenhang konnten in den vergangenen Jahren bereits einige Fortschritte erzielt werden. Es gilt aber auch weiterhin, Forschung zu fördern, die zu einer Stärkung des Wissens, der Kompetenzen und der Teilhabe von chronisch Erkrankten beiträgt.

Der Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Seit 2007 werden 77 Projekte im Rahmen von zwei Förderrunden gefördert, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verbesserung des Versorgungsalltags zu gewinnen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der langfristigen Wirksamkeit der Versorgungsleistungen. Im Fokus steht dabei, chronisch kranke Menschen in ihre Krankenbehandlung und Rehabilitation einzubeziehen und aktiv daran zu beteiligen. So werden in den Projekten beispielsweise zielgerichtete Patienteninformationen oder effiziente Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen entwickelt.

Ein breites Konsortium von Förderern macht dieses Forschungsprogramm möglich. Dazu gehören: das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Maßnahme wird weiterhin getragen durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Förderer wollen gemeinsam die Versorgungsforschung stärken, die Wissenschaft stärker an versorgungs- und praxisrelevante Fragestellungen heranführen und Hemmnisse beim Transfer von Forschungsergebnissen in das Versorgungsgeschehen abbauen.

Das Konzept dieser sektorenübergreifenden Förderstrategie hat sich bewährt: Illustriert wird dies durch eine Analyse des gesamten Förderschwerpunkts. Sie wurde von den Förderern in Auftrag gegeben, um Erkenntnisse zum Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis zu erlangen und die Verbreitung und Nutzung von Projektergebnissen voranzutreiben. Das Ergebnis finden Sie in dieser Borschüre.

Wir freuen uns, dass es durch das große Engagement der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gelungen ist, mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Verbesserung der Versorgung und Rehabilitation von Menschen mit chronischen Erkrankungen beizutragen. Durch die Förderung konnten wichtige Impulse für eine patientenorientierte Gestaltung der Versorgung gegeben werden. Die geförderten Forschungsprojekte zeichnen sich durch einen hohen Praxisbezug aus und zeigen in vielen Fällen, wie eine erfolgreiche Integration der Nutzerperspektive in das Versorgungsgeschehen gelingen kann.



Dr. Georg Schütte



Gundula Roßbach



Franz Knieps



Dr. Volker Leienbach

Dr. Georg Schütte

Staatssekretär
im Bundesministerium
für Bildung und Forschung

Gundula Roßbach

Direktorin
der Deutschen Rentenversicherung
Bund

Franz Knieps

Vorstand des BKK Dachverbandes
für die Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen auf Bundesebene

Dr. Volker Leienbach

Verbandsdirektor
des Verbandes der
Privaten Krankenversicherung

Einleitung

Chronische Erkrankungen nehmen zu

Durch kontinuierliche Fortschritte in der medizinischen Versorgung erreichen wir heute ein höheres Lebensalter. Zusammen mit einer rückläufigen Geburtenrate führt dieser Trend zu einem höheren Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft, mit Folgen für die Gesundheitsversorgung. Es wird immer mehr Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit geben, denn ab einem Alter von 65 Jahren ist mehr als jeder Zweite von einer solchen betroffen. Insgesamt leiden 17 Mio. Menschen in Deutschland an einer dauerhaften körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung. Dies entspricht einem Viertel aller Erwachsenen.^{1,2}

Chronische Krankheiten stellen für die Betroffenen eine Herausforderung dar. Da eine vollständige Heilung oft nicht möglich ist, kann es sein, dass die Patientin oder der Patient diese ernüchternde Erkenntnis erst einmal verarbeiten muss. Auch eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustands, kann eine Belastung darstellen, die chronisch Erkrankte treffen kann. Und bei einer Bewegungseinschränkung durch die Erkrankung ist der Besuch von Angehörigen und Freunden oft nicht mehr ohne weiteres möglich, was unter Umständen zur Vereinsamung führt.

Deshalb sind alle an der Behandlung und Rehabilitation Beteiligten gefordert, chronisch erkrankte Menschen bestmöglich zu unterstützen. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass sie die Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten beachten und respektieren. Als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Krankheit kennen chronisch Erkrankte ihre Bedürfnisse und Wünsche selbst am besten. Eine patientenorientierte Versorgung bezieht diese Bedürfnisse und Wünsche in die Behandlung mit ein.

Patientenorientierung

Auf der einen Seite bedeutet Patientenorientierung, dass die gesundheitliche Versorgung an den Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Patientin oder

des einzelnen Patienten ausgerichtet ist. Auf der anderen Seite steht Patientenorientierung für Strukturen in der Gesundheitsversorgung, die die Selbstbestimmung und die Selbsthilfe der Patientinnen und Patienten fördern.

Was bedeutet Patientenorientierung?

Patientenorientierung bezeichnet die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten. Diese werden wahrgenommen und respektiert. Den Patientinnen und Patienten wird mit Empathie und Taktgefühl begegnet und sie erhalten Leistungen, die nutzbringend und von ihnen erwünscht sind. Außerdem verfügen Patientinnen und Patienten über verbrieftete Rechte und Pflichten.³

Ihre Ursprünge hat Patientenorientierung im allgemeinen Selbstbestimmungsrecht sowie im Patientenrecht. Darüber hinaus sind die Empfehlungen des Europarates zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen sowie die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen aus dem Jahr 2006 richtungsweisende Meilensteine. Sie adressieren vor allem grundlegende Rechte wie Gesundheitssorge, Selbstbestimmung und Teilhabe.

Patientenorientierung in Deutschland

Seit Beginn der 1990er Jahre erfährt Patientenorientierung eine immer stärkere öffentliche Aufmerksamkeit; zahlreiche Reformbemühungen wurden angestoßen: Ausgehend von den Empfehlungen des Sachverständigenrats zur „Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ wurde 2004 im „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ eine Stelle für eine Patientenbeauftragte bzw. einen Patientenbeauftragten auf Bundesebene eingeführt. Darüber hinaus erhielten Patientenorganisationen das Recht zur Mitberatung bei Entscheidungen des obersten Beschlussgremiums der gesetzlichen Krankenversi-

1 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.html>.

2 BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung, 2013 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile.

3 in Anlehnung an: Klemperer, D. Patientenorientierung im Gesundheitssystem. Newsletter der GQMG, 2000, 1(7), 15-16.

cherung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt unter anderem fest, welche Untersuchungen und Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Wahrgenommen wird das Recht auf Mitberatung durch Patientenvertreterinnen und -vertreter.

Auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen findet eine Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, Versicherten und Patientinnen und Patienten in Gesundheitskonferenzen statt. Dort, wo Gesundheitskonferenzen eingerichtet worden sind, planen und gestalten sie die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene und berücksichtigen dabei örtliche Gegebenheiten.

Auch in der Gesetzgebung findet sich das Thema Patientenorientierung wieder: Das Recht auf freie Arztwahl (Sozialgesetzbuch V), das Wunsch- und Wahlrecht bei Rehabilitationsleistungen (Sozialgesetzbuch IX) oder die Patientenverfügung (Bürgerliches Gesetzbuch). Das Recht, über Untersuchungen und Behandlungen umfassend informiert zu werden, findet sich im Patientenrechtegesetz.

Wodurch zeichnet sich eine patientenorientierte Versorgung aus?

Voraussetzung für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung ist ein gleichberechtigter Umgang zwischen den Behandelnden, also Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal usw. und den Patientinnen und Patienten. Dazu gehört zum Beispiel die umfassende Aufklärung über Untersuchungsergebnisse oder die Behandlung. Entscheidungen über das weitere Vorgehen werden von Ärztinnen, Ärzten und Patientinnen, Patienten gemeinsam getroffen (partizipative Entscheidungsfindung). Die Selbstbestimmungsmöglichkeiten (Empowerment, siehe Kasten) des chronisch kranken Menschen zu fördern, hat Vorrang. Damit Patientenorientierung gelingen kann, muss die Gesundheitsversorgung so gestaltet sein, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Pa-

tienten sowohl im individuellen Fall (z.B. im Arzt-Patienten-Gespräch) als auch auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. durch Patientenvertreterinnen und -vertreter) berücksichtigt werden.

Was bedeutet Empowerment?

Empowerment bedeutet die Befähigung zu selbstbestimmtem und eigenverantwortlichem Handeln bzw. Umgang mit der eigenen Gesundheit. D.h., Personen sollen dazu befähigt werden, ihre Fähigkeiten und Ressourcen zu nutzen, um ihre Gesundheit zu gestalten. Ein Beispiel: Jeder Mensch kennt die Situation – Man kommt aus dem Sprechzimmer einer Ärztin oder eines Arztes und stellt fest, dass man noch viele Fragen gehabt hätte, es aber versäumt hat, sie zu stellen. Lernen Patientinnen und Patienten sich auf das Gespräch vorzubereiten, zum Beispiel sich Fragen vorher zu notieren, werden sie das Sprechzimmer mit weniger offenen Fragen verlassen.

Welche Chancen bietet Patientenorientierung?

Mit einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung wird vor allem das Ziel verfolgt, die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern. Gerade bei einer chronischen Krankheit ist der Erhalt der eigenen Handlungsfähigkeit sehr wichtig, denn chronische Krankheiten können unter anderem nur erfolgreich bewältigt werden, wenn die Betroffenen daran eigenverantwortlich und aktiv mitwirken.

Untersuchungen zeigen, dass mit mehr Patientenorientierung die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, aber auch der Behandelnden steigt.⁴ Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass durch eine patientenorientierte Versorgung die Zahl der Überweisungen und überflüssigen Untersuchungen sinkt.⁵ Dies kann die Belastung für das Gesundheitssystem verringern.⁶ Ein möglicher Rückgang der Sterblich-

4 INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE. Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals. How to get started..., 2008 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf.

5 STEWART, M., J.B. BROWN, A. DONNER, I.R. MCWHINNEY, J. OATES, W.W. WESTON und J. JORDAN. The impact of patient-centered care on outcomes. The Journal of Family Practice, 2000, 49(9), 796-804.

6 CHARMELE, P.A. und S.B. FRAMPTON. Building the business case for patient-centered care. Healthcare Financial Management, 2008, 62(3), 80-85.

Einleitung

keit (Mortalität) wird ebenfalls diskutiert.⁷ Die Studienlage zur Wirkung von verstärkter Patientenorientierung ist aber noch lückenhaft, weshalb weitere Forschung notwendig ist.

Wie sich eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung umsetzen lässt, war Thema des Förderschwerpunkts „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Im Mittelpunkt standen Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die von einer besseren Patientenorientierung besonders profitieren können.

Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Der Förderschwerpunkt wurde ins Leben gerufen, um die Forschung zur Patientenorientierung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten weiter voranzutreiben und neue Erkenntnisse zu gewinnen. Zwischen 2007 und 2016 wurden in zwei Förderungen insgesamt 77 Forschungsvorhaben mit einem Gesamtvolumen von rund 21 Mio. € gefördert.

Damit die vielfältigen Bereiche der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden, haben verschiedene Förderinstitutionen ihre Aktivitäten in diesem Förderschwerpunkt gebündelt: Als maßgeblicher Förderer von Wissenschaft und Forschung war das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Förderschwerpunkt vertreten. Darüber hinaus beteiligten sich die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die Verbände der gesetzlichen Kran-

kenkassen auf Bundesebene⁸ und der Verband der Privaten Krankenversicherung. Als weitere beratende Institutionen waren das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingebunden.

Die geförderten Forschungsprojekte beschäftigten sich mit den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Ein Teil der Forschungsprojekte war sektorenübergreifend angelegt. Hier wurde gezielt die Schnittstelle zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung in den Blick genommen (Modul 1). Weitere geförderte Projekte zielten jeweils nur auf die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (Modul 2) oder die Gesundheitsversorgung der Krankenversicherung (Modul 3). Grundlegende wissenschaftliche und theoretische Fragen waren einem eigenen Modul (Modul 4) zugeordnet (siehe Tabelle 1).

Gefördert wurden Forschungsprojekte zu drei Themen, in denen sich verschiedene Ansätze zu einer stärkeren Patientenorientierung widerspiegeln. Dem Themenfeld 1 zugehörig waren Projekte, die durch Patienteninformationen das Wissen von chronisch erkrankten Menschen über ihre Erkrankung und Behandlung verbessern sollten. Ein zweiter Themenschwerpunkt lag auf Schulungsprogrammen zur Vermittlung von Informationen und Fertigkeiten, die für die Bewältigung von chronischen Krankheiten wichtig sind. Welche Möglichkeiten es gibt, die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken, stand im Mittelpunkt des Themenfeldes 3.

Tabelle 1: Module und Themenfelder im Förderschwerpunkt

Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Module	<ol style="list-style-type: none">1. Forschungsvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung2. Forschungsvorhaben zur Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung3. Forschungsvorhaben zur gesundheitlichen Versorgung durch die Krankenversicherung4. Wissenschaftliche Grundlagen der versorgungsnahen Forschung
Themenfelder	<ol style="list-style-type: none">1. Bedarfsgerechte Patienteninformation2. Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen3. Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

weitere Informationen unter: www.forschung-patientenorientierung.de

7 METERKO, M., S. WRIGHT, H. LIN, E. LOWY und P.D. CLEARY. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. Health services research, 2010, 45(5 Pt 1), 1188-1204.

8 als Nachfolgeorganisationen der ehemaligen Spitzenverbände



Bedarfsgerechte Patienteninformationen

Patientinnen und Patienten benötigen Informationen, um ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten besser zu verstehen. Die Ärztin oder der Arzt hat aber oft zu wenig Zeit, alle offenen Fragen ausführlich zu beantworten. Deswegen sind Patienteninformationen in Broschüren, Faltblättern oder im Internet wichtig. Sie erlauben es, sich eigenständig über eine Krankheit zu informieren und immer wieder nachzulesen.

Patienteninformationen erklären den Krankheitsverlauf oder stellen komplizierte medizinische Verfahren in verständlicher Weise dar. Sie können die Grundlage zu Entscheidungen schaffen, indem sie die Vor- und Nachteile einer Behandlung darstellen und leiten die Patientinnen und Patienten an, Fertigkeiten wie das Messen des Blutdrucks zu erlernen und anzuwenden. Kurz gesagt: Sie fördern die Selbstbestimmung der Betroffenen.

Warum ist dies wichtig? Informierte Patientinnen und Patienten finden sich im Alltag und zwischen den vielen Angeboten im Gesundheitswesen besser zurecht. Sie können eigenverantwortlich wählen und handeln. Das steigert ihre Zufriedenheit und ihre Lebensqualität. Zum Beispiel konnte im Förderschwerpunkt gezeigt werden, dass gut informierte Patientinnen und Patienten weniger Einschränkungen durch ihre Erkrankung erleben.

Wo informieren sich eigentlich Patientinnen und Patienten? Am häufigsten nutzen sie die persönliche ärztliche Beratung – und das Fernsehen. Ärztinnen und Ärzte genießen allerdings das größte Vertrauen. Die Patienten suchen aber auch bei ihren Krankenkassen oder in der Apotheke nach Informationen. Viele wenden sich an Freunde oder die eigene Familie. Das Internet gewinnt als Informationsquelle zunehmend an Bedeutung und ist für jüngere Menschen mittlerweile die erste Anlaufstelle für Fragen rund um ihre Gesundheit.⁹

Was sind *bedarfsgerechte* Patienteninformationen?

Patienteninformationen sind bedarfsgerecht, wenn sie die aktuelle Lebenssituation sowie die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten einer Patientin oder eines Patienten berücksichtigen. Beispielsweise kann der Wissensstand eine Rolle spielen. Kennt sich eine Patientin oder ein Patient bereits gut aus, sollten die Patienteninformationen das vorhandene Wissen vertiefen. Oder – sind die Deutschkenntnisse eingeschränkt, sollten Informationen in der Muttersprache angeboten werden. Die Zielgruppe der Informationen muss also bekannt sein und relevante Themen ansprechen: So können sich Patienteninformationen zum Beispiel an erkrankte Mütter und Väter richten und dabei erläutern, wie sie die Betreuung ihrer Kinder während eines Rehabilitationsaufenthalts organisieren können.

Patienteninformationen gibt es zu beinahe allen medizinischen Themen, von der Vorsorge und Prävention über spezielle Therapien bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge. Im Förderschwerpunkt wurden speziell Informationen entwickelt und untersucht, die sich an Menschen mit chronischen Erkrankungen richten wie

- Diabetes,
- orthopädische Erkrankungen wie Rückenschmerz,
- Depression,
- Schlaganfall,
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und
- Darmerkrankungen.

⁹ MINDLINE MEDIA. Informationsquellen zum Thema „Gesundheit und Medizin“ im Trendvergleich, 2013 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: http://mindline-media.de/fileadmin/presse_downloads/Chartbericht_Infoquellen_Gesundheit_2013.pdf.

Bedarfsgerechte Patienteninformationen

Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling, Universitätsklinikum Freiburg



„Entscheidungshilfen stehen in Form von Broschüren, Entscheidungstabellen, Videos oder webbasierten Systemen zur Verfügung. Diese unterschiedlichen Formate ermöglichen Patientinnen und Patienten, ihre individuellen Präferenzen zu reflektieren und die persönlich sinnvollste Entscheidung zu treffen.“

Im Folgenden wird ein Streifzug durch die erzielten Ergebnisse im Förderschwerpunkt unter-
nommen:

1. Geforscht wurde nicht nur über die richtigen Inhalte von Patienteninformationen. Häufig sind die Themen sehr komplex und es ist schwer zu durchschauen, wer tatsächlich hinter den Informationen steckt. Daher war es wichtig herauszufinden, **wie Patienteninformationen gestaltet sein müssen**: Welche Informationen werden gut verstanden, welche nicht? Und wie schafft man Vertrauen?
2. Manchmal bewirken neue Informationen, dass sich Patientinnen und Patienten anders verhalten als erhofft. Dem sollte durch gut gestaltete Informationen vorgebeugt werden.

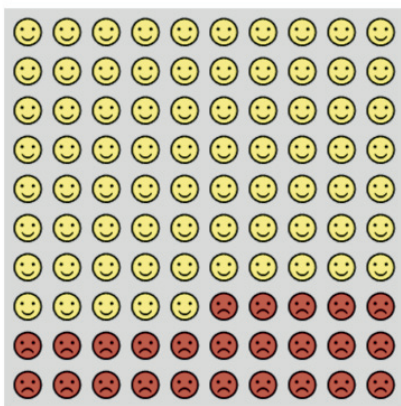
3. Außerdem war es ein Anliegen **Informationen** anzubieten, die auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnitten sind. Denn jeder Mensch ist individuell. Dessen Bedürfnisse zu erkennen und passende, auch **interaktive Informationen** anzubieten, war ein weiterer Schwerpunkt im Förderprogramm.
4. Schließlich fragen sich chronisch erkrankte Menschen oft, wie es anderen Menschen in ähnlicher Situation wohl ergeht und welche **Erfahrungen** sie gesammelt haben. Wie diese Art von Patienteninformationen anderen Menschen zugänglich gemacht werden können, untersuchte ein eigenes Projekt im Förderschwerpunkt.

Patienteninformationen verständlich und vertrauensvoll gestalten

Die Inhalte von Patienteninformationen sollten wissenschaftlich belegt sein. In der Fachsprache wird dies als „evidenzbasierte Patienteninformation“ bezeichnet. Um nachvollziehen zu können, woher die Informationen stammen und wie aktuell diese sind, sollten außerdem die verwendeten Quellen genannt werden. Ebenso sind Interessen-

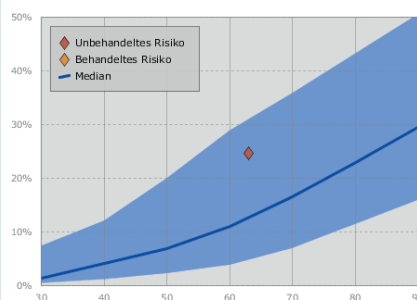
Abbildung 1: Krankheitsrisiken grafisch dargestellt

Von 100 Männern mit der gleichen Risikokonstellation (Doppelgänger) werden 25 in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen.

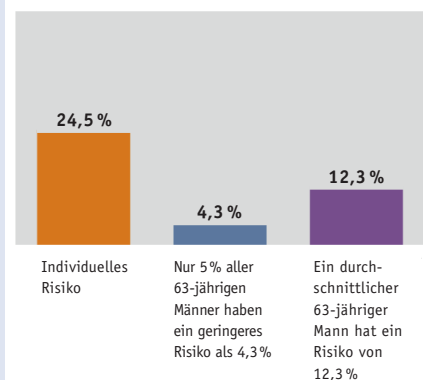


24,5 % aller 63-jährigen Männer mit den angegebenen Risikofaktoren werden in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen (individuelles Risiko).

Dargestellt sind der Vergleich mit Männern gleichen Alters und zusätzlich der Bereich zwischen der 5%- und 95%-Risikoperzentile im Alterbereich von 30 bis 90 Jahren



24,5 % aller 63-jährigen Männer mit den angegebenen Risikofaktoren werden in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen (individuelles Risiko).



Quelle: Donner-Banzhoff et al.

Bedarfsgerechte Patienteninformationen

Abbildung 2: Ergänzende Medikamenteninformation

Das Wichtigste auf einen Blick

Wirkstoff: Metoprolol

Wofür wird Metoprolol angewendet: zur Behandlung von hohem Blutdruck, bei Herzschwäche, Herzrasen und Herzschmerzen; bei Migräne.

Ihre persönliche Dosierung:
(Bitte nach Anweisung selbst eintragen.)

Einnahme
mit einem Glas Wasser zum Essen

Nebenwirkungen
Anfangs können starke Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Magen-Darmbeschwerden auftreten. Ebenso häufig sind langsamer Puls sowie kalte Hände und Füße.

Einnahme

Ergänzende Medikamentenbeilage

Metoprolol Tabletten und Kapseln

*Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte lesen Sie diese Medikamentenbeilage aufmerksam durch. Sie enthält wichtige Informationen über die richtige Anwendung Ihres Medikaments.*

Das Wichtigste auf einen Blick

Wirkstoff: Metoprolol

Wofür wird Metoprolol angewendet: zur Behandlung von hohem Blutdruck, bei Herzschwäche, Herzrasen und Herzschmerzen; bei Migräne.

Ihre persönliche Dosierung:
(Bitte nach Anweisung selbst eintragen.)

Einnahme
mit einem Glas Wasser zum Essen

Nebenwirkungen
Anfangs können starke Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Magen-Darmbeschwerden auftreten. Ebenso häufig sind langsamer Puls sowie kalte Hände und Füße.

Das Medikament
Wirkstoff: Metoprolol

Wirkweise
Metoprolol ist ein sogenannter Betablocker und wirkt am Herzen und den Gefäßen. Als Folge schlägt das Herz langsamer und der Blutdruck sinkt.

Nutzen des Medikaments
Metoprolol verringert das Risiko von schweren Herz-Kreislauferkrankungen wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall, die ansonsten durch Bluthochdruck ausgelöst werden können. Außerdem wird bei Patienten mit Herzleistungsschwäche die Belastbarkeit verbessert und sogar die Lebenserwartung verlängert.

Wann wird Metoprolol verschrieben?

- Bluthochdruck
- Herzleistungsschwäche
- Unregelmäßiger oder zu schneller Herzschlag
- Herzschmerzen bei Verengung der Herzgefäße (Angina pectoris)
- Langzeitbehandlung nach Herzinfarkt
- Vorübergehende Behandlung der Migräne

Einnahme

Bitte halten Sie sich an die Angaben Ihres Arztes, da Metoprolol sonst nicht richtig wirken kann. Nehmen Sie die Tablette bzw. Kapsel unzerkaut mit einem Glas Wasser (ca. 200ml) zu dem oder nach dem Essen ein. Bitte setzen Sie Metoprolol nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt ab, da es sonst zu Herzrasen oder sehr hohem Blutdruck kommen kann.

Überdosierung
Wenn Sie mehr als die verordnete Menge eingenommen haben, sollten Sie auf Ihren Puls achten. Wenn dieser plötzlich sehr langsam wird (unter 50 Schläge pro Minute), verständigen Sie Ihren Arzt. Wenn Ihnen dabei auch noch schwindelig wird, rufen Sie den Notarzt.

Vergessene Einnahme
Wenn Sie eine Einnahme von Metoprolol Tabletten vergessen haben, holen Sie diese sobald wie möglich nach. Wenn jedoch schon so viel Zeit vergangen ist, dass Sie die nächste Tablette einnehmen müssen, nehmen Sie **nicht** die doppelte Menge ein.

Was Sie vor der Behandlung wissen müssen

Wer darf Metoprolol Tabletten nicht einnehmen?
Metoprolol darf nicht angewendet werden bei:

- Überempfindlichkeit gegen Metoprolol oder einen anderen Betablocker
- Sehr niedrigem Puls unter 50 Schlägen pro Minute in Ruhe
- Bestimmten Störungen des Herzrhythmus, die Ihr Arzt im EKG erkennen kann
- Sehr niedrigem Blutdruck
- Schwere Durchblutungsstörungen in den Beinen

Fragen Sie Ihren Arzt, wenn Sie...

- Diabetiker-Patient sind und stark schwankende Blutzuckerwerte haben
- Asthma oder eine andere Erkrankung der Atemwege haben
- streng fasten
- oder ein Familienmitglied eine Schuppenflechte haben oder hatten

Quelle: Thürmann et al.

konflikte anzugeben, um den Leserinnen und Lesern die Möglichkeit zu geben, sich ein Bild darüber zu machen, welche Interessensgruppen an der Erstellung der Information beteiligt sein könnten. Zum Beispiel wenn ein Unternehmen der Pharmaindustrie die Autorinnen und Autoren bezahlt hat.

In Patienteninformationen sollten medizinische Fachbegriffe vermieden und komplizierte Sachverhalte so verständlich wie möglich erklärt werden. Bewährt hat es sich, Texte mit Diagrammen und Bildern aufzulockern. Doch nicht alle Formen von Abbildungen eignen sich. Manche sind leichter zu verstehen als andere. Ein Beispiel: Donner-Banzhoff und Kollegen haben drei Schaubilder zum selben Thema entwickelt (siehe Abbildung 1). Sie wollten wissen, welches Schaubild am besten das persönliche Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung darstellt. Die Abbildung mit den Smileys und das Liniendiagramm wurden von Laien und von Fachpersonal gut verstanden. Das Balkendiagramm hingegen wurde als weniger verständlich bewertet (Donner-Banzhoff et al.). Solche Gestaltungsfragen können demnach eine große Rolle spielen.

Die herzkrankte Frau M. hat von ihrem Hausarzt ein Medikament erhalten, das vor einem Herzinfarkt schützen soll. Vor der Einnahme wirft sie einen Blick in die Packungsbeilage. In den ersten Absätzen liest sie einige Fachbegriffe, die sie nicht versteht. Sie sieht sich die Nebenwirkungen des Medikamentes an und erfährt, dass es in seltenen Fällen zu Magendurchbrüchen kommen kann. Daraufhin befällt Frau M. ein beklemmendes Gefühl und sie beschließt, das Medikament vorerst nicht einzunehmen.

Informationen für Patientinnen und Patienten sind oft nicht „nutzerfreundlich“. Dies kann viele Ursachen haben. So sind die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen vielleicht nicht bekannt. Oder gesetzliche Vorgaben erschweren es, die Informationen patientenfreundlicher zu gestalten. Ein Beispiel hierfür sind Packungsbeilagen für Medikamente. Was diese bei ihren Leserinnen und Lesern bewirken können, zeigt eine Untersuchung im Förderschwerpunkt: Die Informationen können Angst und Unsicherheit auslösen. Der wirkliche Nutzen des Medikaments wird dadurch angezweifelt. Einige nehmen das Arzneimittel deshalb erst

Bedarfsgerechte Patienteninformationen

gar nicht ein oder versuchen zunächst, weitere Informationen zu erlangen. Es wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten sehr an „gut lesbaren“ Packungsbeilagen interessiert sind. Aber was heißt „gut lesbar“? Eine farbige Darstellung, direkt zu Beginn die wichtigsten Informationen sowie weiterführende Gesundheitstipps – das wünschten sich die Befragten am meisten. Mit diesem Wissen wurden einfach lesbare Medikamenteninformationen entwickelt, die die gesetzlich vorgeschriebene Packungsbeilage ergänzen (siehe Abbildung 2). Es stellte sich heraus, dass Patientinnen und Patienten mit dieser zusätzlichen Information besser über das Medikament Bescheid wissen und zufriedener sind als ohne (Thürmann et al.).

Informationen nach Maß

Patientinnen und Patienten werden durch individuelle Informationen besser informiert als durch eine standardisierte Information, die für alle gleich ist. Welche Informationen benötigt werden, bestimmen dabei Erwartungen und Wünsche sowie Nöte und Belastungen der Betroffenen. Je mehr man über die Betroffenen weiß, desto individueller können Patienteninformationen demnach angepasst werden. Am Universitätsklinikum in Freiburg wurde zu diesem Zweck ein Fragebogen entwickelt. Patientinnen und Patienten sollten zu Beginn ihrer Rehabilitation u. a. angeben, was sie bereits über ihre Erkrankung wissen, wie sie den Verlauf einschätzen und welche Beschwerden sie haben. Auch wurde gefragt, welche Befürchtungen und Erwartungen sie hegen. Diese Informationen wurden übersichtlich aufbereitet und den behandelnden Ärztinnen und

Ärzten übergeben. Bereits das erste Gespräch mit den Patientinnen und Patienten konnte so individuell geführt werden:

Eine Ärztin: „Ich halte es für sehr sinnvoll, ich denke, gerade angesichts der geringen Zeit, die wir mit den Patienten haben, finde ich es superwichtig, ein Selektionskriterium zu haben, auf das ich mich stützen kann und wo ich gucken kann, aha, das ist genau der Punkt, wo ich ansetzen kann, um dann nicht irgendetwas zu erzählen, was der Patient eh schon weiß.“

Man fand heraus, dass die Patientinnen und Patienten nach einer solchen individuellen Beratung selbst weiter aktiv nach Informationen suchten und die Behandlung ein Stück weit in ihre eigenen Hände nahmen (Glattacker et al.).

Ein wichtiges Einsatzgebiet solcher Fragebögen kann auch die Früherkennung sein – zum Beispiel wenn Menschen wegen ihrer chronischen Erkrankung erste Symptome einer Depression entwickeln. Wird dies durch eine Befragung festgestellt, kann eine gezielte Diagnostik erfolgen, an die sich individuelle Behandlungsempfehlungen anschließen. Die Erfahrungen aus dem Förderschwerpunkt zeigen, dass ein solches Verfahren gut umsetzbar und auch erfolgreich ist: Symptome wie Niedergeschlagenheit oder Hoffnungslosigkeit konnten auf diesem Weg gemildert werden. Entscheidend ist, dass die Betroffenen nicht nur befragt werden, sondern auch schriftliche Behandlungsempfehlungen zu Depressionen erhalten. Denn die Bereitschaft, sich über Depressionen weiter zu informieren, ist dann mehr als doppelt so hoch, im Vergleich dazu, wenn nur die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt informiert wird (Löwe et al.).

Interaktive Informationen als nächster Schritt

Technische Innovationen ermöglichen ganz neue Arten von Patienteninformationen – sie werden interaktiv. Große Informationsmengen grafisch zu strukturieren und gezielt einzeln abrufbar zu machen, stellt heute kein Problem mehr dar. Compu-

Prof. Dr. Eva Baumann, Kommunikationswissenschaftlerin,
Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung –
Hochschule für Musik Theater und Medien Hannover



„Eine individualisierte Ansprache schafft Nähe und erhöht die Verbindlichkeit der Kommunikation: Wer sich in seiner momentanen Lebens- und Problemlage wahrgenommen und verstanden fühlt, ist eher motiviert und in der Lage, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen und das eigene Handeln an den erhaltenen Informationen auszurichten.“

Bedarfsgerechte Patienteninformationen

Abbildung 3: Homepage von krankheitserfahrungen.de

Startseite | Module | Über uns | Nutzung dieser Website | Barrierefreiheit | Übersicht

krankheitserfahrungen.de

Erfahrungen mit Gesundheit, Krankheit und Medizin

Website durchsuchen Suche
 nur im aktuellen Bereich

Willkommen

Auf dieser Internetseite erzählen Menschen von ihrem Leben zwischen Gesundheit und Krankheit, von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von Veränderungen in ihrem Alltag und von Unterstützung, die sie erhalten. Diese Erzählungen können Sie sich als Videos anschauen, anhören oder als Text lesen.

- Chronischer Schmerz
- Diabetes Typ 2
- Epilepsie
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Brustkrebs bei Frauen
- Prostatakrebs

Krankheitserfahrungen.de ist ein Projekt der [Universitäten Freiburg und Göttingen](#).

DIPEX international | UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG | UNI FREIBURG

ter und Internet machen es möglich. Nutzerinnen und Nutzer können so gezielt zu Informationen geführt werden, die für sie von Interesse sind. Im Förderschwerpunkt wurde eine solche Anwendung zu chronischem Kreuzschmerz und zu Diabetes wissenschaftlich untersucht. Auf einer Internetseite konnten Patientinnen und Patienten ihr Wissen über ihre Erkrankung vertiefen und sich über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden informieren. Sie wurden über Fragen interaktiv zu den Inhalten geführt, die sie tatsächlich benötigten. Auf diese Weise gewannen sie nachweisbar mehr Wissen als bei herkömmlichem, statischem Informationsmaterial (Härter et al. (a)). Durch interaktive Informationen fühlen sich Patientinnen und Patienten also besser informiert. Mehr noch: Es fällt ihnen leichter, anschließend Entscheidungen über ihre Behandlung zu fällen. Diese Art der Aufbereitung ist ein erster Schritt zu individuellen Informationen.

Ein weiteres Beispiel aus dem Förderschwerpunkt: In Rehabilitationseinrichtungen erhalten Patientinnen und Patienten eine abgestimmte Versorgung. Doch was geschieht nach dem Reha-Aufenthalt? Häufig weiß man dann nicht, an wen man sich bei Problemen wenden soll. Oder was man selbst zum eigenen Wohlbefinden beitragen kann. Für Menschen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) entwickelte eine Forschungsgruppe deshalb einen interaktiven Online-Fragebogen. Als Nutzerin bzw. Nutzer erhält man im Anschluss individuelle Empfehlungen zur persönlichen Situation – etwa den Ratschlag, psychotherapeutische Unterstützung zu suchen, wenn Symptome psychischer Erkrankungen erkennbar sind. Das Ergebnis kann ausgedruckt und, wenn gewünscht, mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt besprochen werden. Der Fragebogen steht im Internet allen Interessierten zur Verfügung (www.ced-aktiv-werden.de) (Raspe et al.).

Bedarfsgerechte Patienteninformationen

Erfahrungsaustausch ermöglichen

Patienteninformationen müssen nicht nur fachliche Informationen sein. Patientinnen und Patienten interessiert auch, welche Erfahrungen andere Menschen mit der gleichen Erkrankung gesammelt haben. Häufig findet der Austausch dazu in Selbsthilfegruppen oder im Rahmen von Patientenschulungen statt. Ein alternativer Ansatz wurde im Förderschwerpunkt mit dem Projekt krankheitserfahrungen.de gefördert. Vorbild ist die Internetseite healthtalk.org der Universität Oxford.

Unter krankheitserfahrungen.de können persönliche Erfahrungen von Betroffenen im Umgang mit ihrer Krankheit nachvollzogen werden: anonym, zu jeder Zeit, von zu Hause aus oder auch mobil auf dem Smartphone. Die Berichte sind in Form von Texten, Video- oder Audioclips aufbereitet.

Zu Beginn des Projekts wurden auf der Internetseite die Themen Chronischer Schmerz und Diabetes behandelt. Im Projektverlauf kamen Epilepsie, Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen, Prostatakrebs und Brustkrebs hinzu. Das Konzept ging auf: Die Nutzerinnen und Nutzer der Internetseite sind hauptsächlich Menschen mit einer chronischen Erkrankung und sie bewerten die Seite als gut gestaltet und sehr hilfreich (Lucius-Hoene et al. (a), Lucius-Hoene et al. (b)). Ein Nutzer beschreibt das Angebot folgendermaßen:

„Als einen Ort, an dem man jenseits medizinischer Hilfe Unterstützung und ein Gefühl des Nicht-Alleinseins bekommt, wenn man – als Patient oder Angehöriger – mit dem Thema chronische Erkrankung zu tun bekommt. Eine Art virtuelle Selbsthilfegruppe mit hohem personalisiertem Anteil, kein Ratgeber also, sondern ‚echte‘, gelebte Erfahrungen.“
(Lucius-Hoene et al. (a))

Zusammenfassung

Bedarfsgerechte Patienteninformationen sind wichtig und nützlich. Sie klären die Patientinnen und Patienten auf und unterstützen in der Vorsorge und Behandlung von Krankheiten. Neben klassischen Informationsmaterialien werden zunehmend internetgestützte und interaktive Anwendungen eingesetzt, die eine gezieltere, individuellere Information ermöglichen. Bei der Entwicklung von Patienteninformationen sollte auf eine einfache Sprache und verständliche Darstellungen geachtet werden. Außerdem werden Informationen besser aufgenommen, wenn der Nutzen für die Patientin oder den Patienten ersichtlich ist: Informationen individuell und bedürfnisgemäß aufzubereiten, hat sich dafür bewährt.



Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Die Erkenntnis, chronisch krank zu sein, ist oft belastend für die betroffenen Menschen. Ängste und Sorgen können ausgelöst werden, gerade weil eine Heilung oft nicht möglich ist. Deshalb steht in Behandlung und Rehabilitation der lebenslange Umgang mit der Krankheit im Vordergrund. Patientenschulungen leisten hierzu einen wertvollen Beitrag. Sie holen Patientinnen und Patienten dort ab, wo sie gerade stehen und helfen chronisch Erkrankten dabei, nicht nur behandelt, sondern auch selbst aktiv zu werden.

In Patientenschulungen üben und lernen chronisch Erkrankte gemeinsam, wodurch sie erkennen, dass sie nicht allein mit ihrer Krankheit sind und andere Patientinnen und Patienten ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Darüber hinaus bieten Schulungen in der Regel die Möglichkeit, auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unmittelbar einzugehen. Beispielsweise zeigt eine Pflegekraft Diabetikerinnen und Diabetikern, wie sie den Blutzucker messen können. Rückfragen sind jederzeit möglich. Patientenschulungen sind seit jeher Bestandteil der stationären Rehabilitation und dort weiterentwickelt worden. Eine deutliche Aufwertung von Schulungsprogrammen in der ambulanten Krankenbehandlung ist mit der Einführung der Disease-Management-Programme in das SGB V erfolgt.¹⁰

Die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf ihren Alltag mit der Krankheit ist das allgemeine Ziel von Patientenschulungen. Viele Studien zeigen, dass sie auch darüber hinaus

Dr. Inge Ehlebracht-König, Ärztliche Direktorin des Reha-Zentrums Bad Eilsen



„Betroffene können durch Patientenschulung zum einen Wissen über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten erlangen und Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung steigern. Zum anderen lernen sie durch den Erfahrungsaustausch mit gleichsam Betroffenen in der Gruppe und können so kompetenter ihren persönlichen Weg der Krankheitsbewältigung finden.“

Wirkung haben, wie die Ergebnisse des Förderschwerpunkts unterstreichen:

Patientenschulungen ...

- ... fördern die körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährung.
- ... erhöhen die Beweglichkeit und können Schmerzen lindern.
- ... helfen dabei, das Gewicht zu reduzieren oder mit dem Rauchen aufzuhören.
- ... leiten die Patientinnen und Patienten zu einem sicheren Umgang mit ihrer Krankheit an.
- ... verringern die Angst der Patientinnen und Patienten, wodurch sie ihren gewohnten Alltag leichter fortführen können.
- ... reduzieren die Folgekosten einer Krankheit.

Tabelle 2: Schulungsprogramme des Förderschwerpunkts nach Versorgungsbereich

Versorgungsbereich		Projekte
Vertragsärztliche Versorgung	hausärztliche Versorgung	5
	fachärztliche Versorgung	4
Krankenhäuser	Krankenhaus	8
	Krankenhaus-Nachsorge	1
Rehabilitation	Reha-Kliniken	13
	Reha-Nachsorge	6
kein bestimmter Versorgungsbereich		2

¹⁰ Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen, § 137f. SGB V

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Wo werden Patientenschulungen durchgeführt? Sowohl in der Rehabilitation als auch in der ambulanten und stationären Krankenversorgung werden Patientenschulungen entwickelt und durchgeführt – ein ähnliches Bild zeigte sich auch im Förderschwerpunkt (siehe Tabelle 2).

Im Förderschwerpunkt wurden Patientenschulungen am häufigsten zu folgenden Krankheiten entwickelt und untersucht:

Rückenschmerzen (siehe Kasten)
Schlaganfall
Depression
Diabetes (Typ 2)

Am häufigsten finden Patientenschulungen als eine Veranstaltung in einer Einrichtung statt. Dort lernen beispielsweise Patientinnen und Patienten nach einem Herzinfarkt gemeinsam, wie sie eine gesündere Ernährung umsetzen können. Eine andere Möglichkeit ist, dass chronisch erkrankte Menschen eine Anleitung in Form einer Broschüre oder eines Videos erhalten, die sie eigenständig durcharbeiten oder ansehen. In einem Projekt des Förderschwerpunkts erhielten Personen mit Zwangsstörungen per E-Mail eine Anleitung, wodurch sie selbst psychologische Methoden zur Linderung ihrer Beschwerden erlernen konnten (Hauschildt & Moritz et al.).

Patientenschulungen werden auch online sowohl als Einzel- als auch als Gruppenangebot durchgeführt. Eine webbasierte Oberfläche ermöglicht es, Schulungsinhalte durch weitere Anwendungen zu ergänzen. Beispielsweise können Patientinnen

und Patienten ihren persönlichen Bewegungs- oder Ernährungsplan entwickeln, Tagebücher führen oder sich mit anderen austauschen. Auch der persönliche Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten oder Psychologinnen und Psychologen kann über solche Plattformen gepflegt werden.

Rückenschmerzen

Rückenschmerzen zählen zu einer der häufigsten Krankheiten überhaupt. In Deutschland haben etwa drei Viertel der Bevölkerung schon mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen gehabt. Ein Fünftel ist von schweren Rückenleiden betroffen¹¹. Mit dem Alter steigt das Risiko, dass Rückenschmerzen dauerhaft bestehen bleiben. Ein schmerzender Rücken wirkt sich auf die Bewegungsfähigkeit aus, sodass bestimmte Tätigkeiten im Alltag oder am Arbeitsplatz nur eingeschränkt oder gar nicht mehr ausgeführt werden können (z.B. Heben, langes Sitzen). Um die Schmerzen zu lindern und die Bewegungsfähigkeit zu erhalten, gibt es unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten. Zum Beispiel physiotherapeutische Übungen, eine Operation oder psychologische Betreuung, um stressbedingte Verspannungen zu lösen. Patientenschulungen bieten den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Bewegungsabläufe unter Anleitung zu trainieren. Zusätzlich kann über eine ergonomische, also den Bedürfnissen des Körpers angepasste Gestaltung des Arbeitsplatzes informiert werden.

Wer führt Patientenschulungen in der Rehabilitation durch?

Patientenschulungen werden meistens von Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Je nach Indikation und Zielstellung der Patientenschulung können verschiedene Berufsgruppen beteiligt sein (Abbildung 4). Dieser interdisziplinäre Ansatz bietet den Patientinnen und Patienten eine umfassende und fachlich hochwertige Beratung und Unterstützung.

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller, Professor für Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

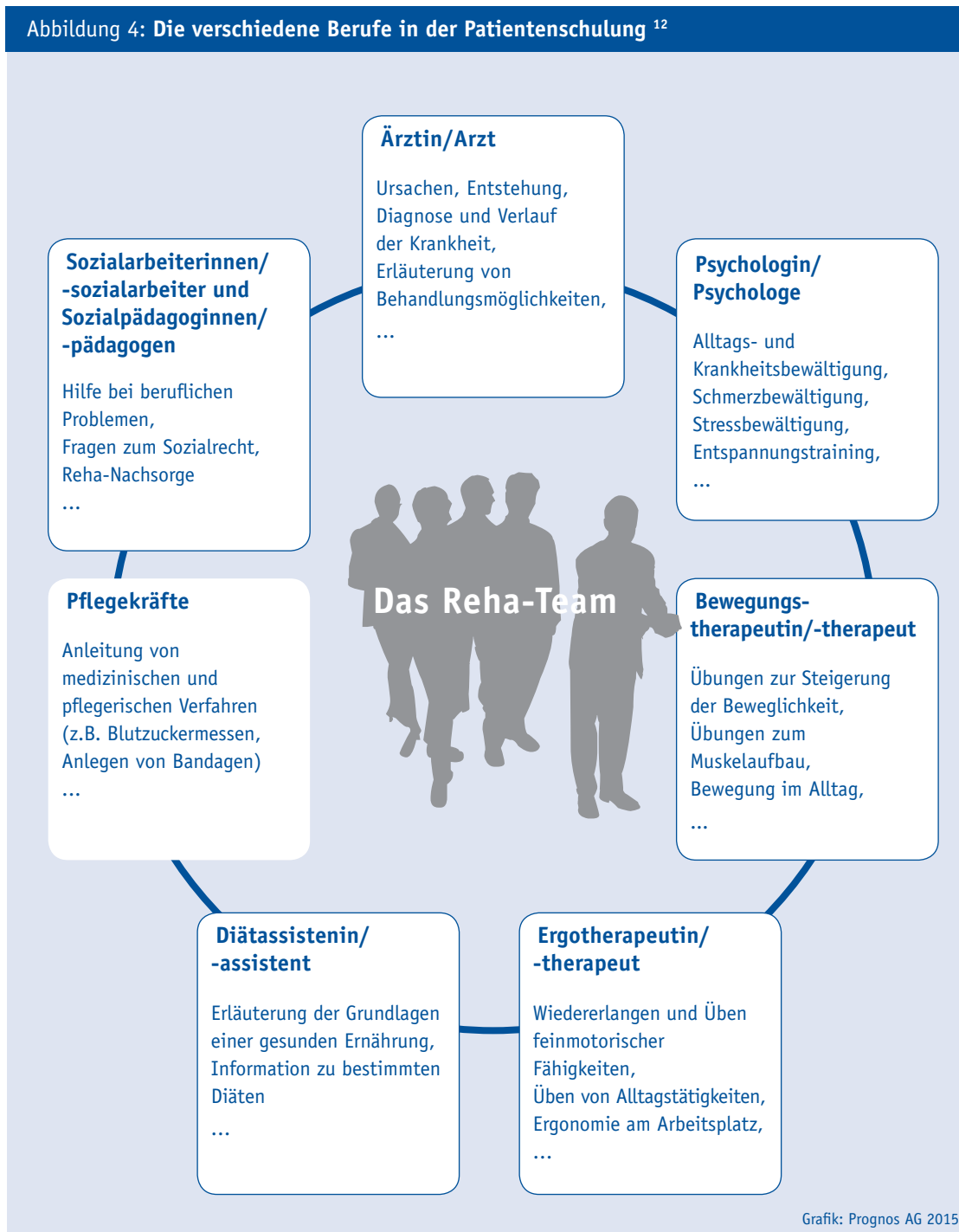


„Online-Schulungen ermöglichen den ortsunabhängigen Zugang zu professionell geleiteten Gruppenprogrammen. Sie können klassische Zugangsbarrieren umgehen und bieten somit die Chance, mehr Patientinnen und Patienten ein Nachsorgeangebot machen zu können, mit dem sie die Nachhaltigkeit ihres Reha-Erfolgs verbessern können.“

11 GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES. Heft 53: Rückenschmerzen, 2012 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile.

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Abbildung 4: Die verschiedenen Berufe in der Patientenschulung ¹²



Die verschiedenen beruflichen Hintergründe können manchmal die Zusammenarbeit und ein integriertes Vorgehen erschweren. Deshalb wurde PASTOR entwickelt: Integrative Patientenschulung zur Optimierung der stationären orthopädischen Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz. PASTOR zeigt am Beispiel Rückenschmerzen, wie das Zusammenspiel funktionieren kann. Die we-

sentliche Idee dabei ist, dass alle Berufsgruppen auf gemeinsame Schulungsinhalte und Materialien zurückgreifen. Das PASTOR-Programm konnte zeigen, dass diese Strategie im Vergleich zur üblichen Vorgehensweise aufgeht: Die Rückenschmerzen der Teilnehmenden konnten langfristig gemindert werden. Sie waren seltener arbeitsunfähig und führten einen aktiveren Lebensstil (Pfeiffer et al. (a)).

12 REUSCH, A., M. SCHUG, R. KÜFFNER, H. VOGEL und H. FALLER. Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 – Eine Bestandsaufnahme. Rehabilitation, 2013, 52(04), 226-233.

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Tabelle 3: Komponenten in Patientenschulungen ¹³

Schulungskomponente	Beispiele
Information über die Krankheit und ihre Therapie	Entstehung eines Herzinfarktes, Wirkung einer Chemotherapie, Risiken einer Strahlentherapie
Training von Fertigkeiten	Blutzuckerbestimmung bei Diabetikerinnen und Diabetikern, Messen des eigenen Blutdrucks
Motivierung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil	Körperliche Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeiden von Risiken wie Rauchen
Verbesserung der Stressbewältigung	Autogenes Training, Meditation, progressive Muskelentspannung
Training sozialer Kompetenzen	Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung, Kommunikation mit medizinischen Expertinnen und Experten
Psychologische Unterstützung	Minderung von Angst und Depressivität

Ein Schulungsteam bereitet sich üblicherweise mit Schulungshandbüchern oder Videos auf die Patientenschulung vor. Eine weitere Möglichkeit bietet ein speziell entwickeltes Training. Dieses Training wird meistens von denjenigen durchgeführt, die die Schulung entwickelt haben. Solche Train-the-Trainer-Programme haben ähnliche Vorteile wie Patientenschulungen im Vergleich zu schriftlichen Patienteninformationen: Die Schulungsinhalte können von künftigen Schulenden gemeinsam erarbeitet und Rückfragen direkt gestellt werden. Es konnte gezeigt werden, dass Schulungsteams, die in einem solchen Programm vorbereitet werden, zufriedener sind als Teams, die nur schriftliche Informationen erhalten (Meng et al.).

Welche Inhalte und Kompetenzen werden in Patientenschulungen vermittelt?

Um Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstbestimmung zu stärken, sind Schulungsinhalte gefragt, die über eine reine Wissensvermittlung hinausgehen. Hierzu gehören beispielsweise das Training sozialer Kompetenzen oder Hinweise zur

psychologischen Unterstützung. Eine gute Patientenschulung vereint deshalb mehrere Schulungskomponenten, wie Tabelle 3 zeigt. Ein Beispiel:

Zu einem Wochenend-Seminar zu „Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“ werden neu und langjährig erkrankte Menschen eingeladen. Am ersten Schultag stehen

medizinische Inhalte im Vordergrund.

Information über die Krankheit und ihre Therapie. Dabei werden der Aufbau und die Funktion des Magen-Darm-Traktes vermittelt sowie Entstehung und Häufigkeit der Krankheit und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Am Folgetag wird die Krankheitsbewältigung thematisiert, insbesondere

die Stressprävention.

Verbesserung der Stressbewältigung. Dies geschieht durch Erfahrungsaustausch und durch das Erlernen der

progressiven Muskelentspannung.

Training von Fertigkeiten

Außerdem wird

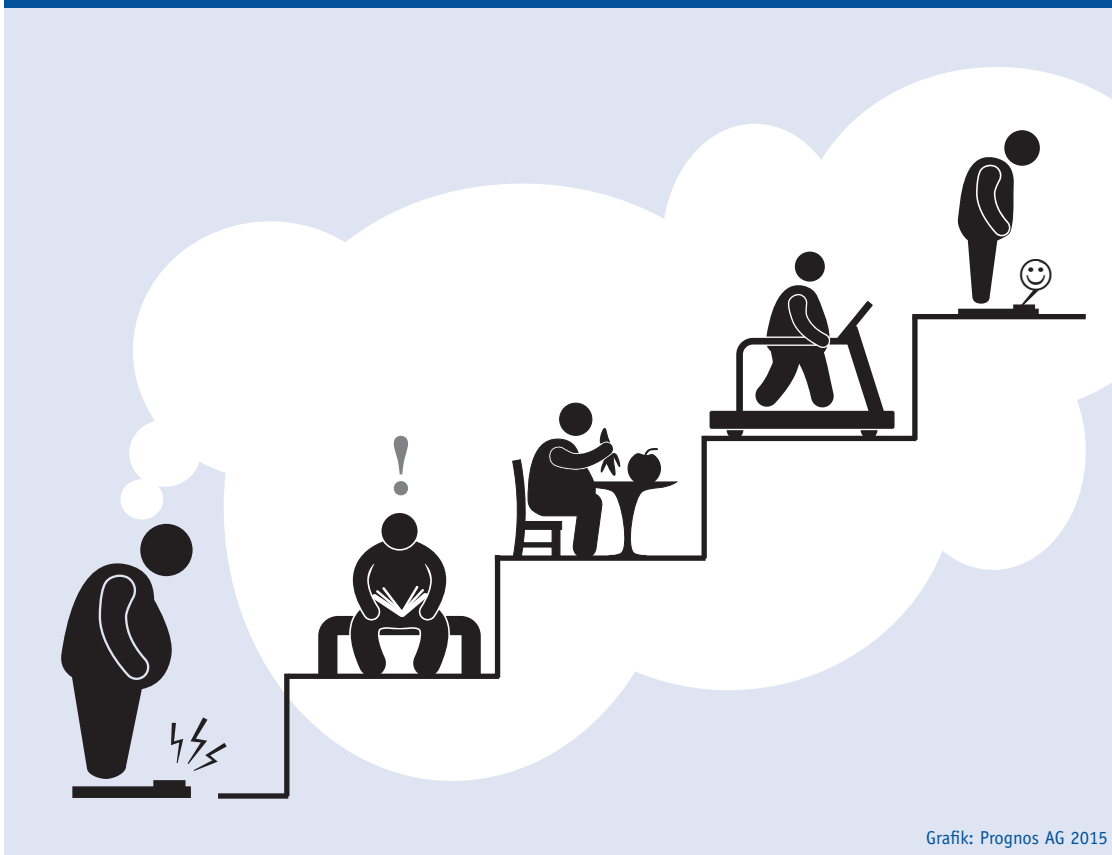
die Kommunikation über die Krankheit

Training sozialer Kompetenzen

13 FALLER, H., A. REUSCH und K. MENG. Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 2011, 54(4), 444-450, S. 444.

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Abbildung 5: Beispiel für mentales Kontrastieren



Grafik: Prognos AG 2015

mit den Behandelnden angesprochen.
Schließlich steht

der Umgang mit Schmerzen und negativen Gefühlen

psychologische Unterstützung
auf dem Programm (Faller et al. (c)).

Mit diesen vielfältigen Themen einer Patientenschulung sollen die Patientinnen und Patienten in all ihren Facetten wahrgenommen und bei ihren individuellen Problemen unterstützt werden. Auf zwei besondere Schulungsinhalte soll näher eingegangen werden:

Sich entspannen

Chronische Krankheiten mindern nicht nur die körperlichen Fähigkeiten – sie belasten teilweise auch psychisch. Patientinnen und Patienten fürchten sich zum Beispiel davor, dass ihr Alltag stark eingeschränkt wird: „Kann ich mit Diabetes noch alles essen, was ich möchte?“ Oder man sorgt sich, wer während eines Klinikaufenthalts

das Kind zu Hause versorgt oder ob in Zukunft der eigene Beruf noch ausgeübt werden kann. Stress und Anspannung werden bei manchen Krankheiten für den Auslöser gehalten – zum Beispiel bei Tinnitus. Tinnitus ist ein störendes Ohrgeräusch, das nicht durch die Umgebung erzeugt wird, und dessen Ursache in den meisten Fällen nicht feststellbar ist. Patientinnen und Patienten konzentrieren sich oft auf diese störende Veränderung. Schlafstörungen und Depressionen können entstehen. Das führt zu weiterer Anspannung, welche das Ohrgeräusch noch mehr verfestigen kann.

Deshalb ist ein häufiges Schulungselement der Umgang mit Stresssituationen. Hierbei lernen Patientinnen und Patienten, wie Stress entsteht, wie sie Problemsituationen frühzeitig erkennen und lösen können. Außerdem lernen sie, sich durch einfache Übungen zu entspannen (Körner-Herwig et al.).

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Sich motivieren

Patientinnen und Patienten fragen sich auch oft, wie sie sich selbst motivieren können. Beispielsweise wenn sie das Ziel haben, sich gesünder zu ernähren. Dafür gibt es spezielle Motivationstechniken, die in Patientenschulungen vermittelt werden. „Mentales Kontrastieren“ (siehe Abbildung 5) ist eine solche Technik: Eine Therapeutin oder ein Therapeut arbeitet gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten heraus, welche Probleme bestehen und welche Ziele sie erreichen möchten. Sich positive Ziele zu setzen alleine („Ich möchte 5 kg abnehmen“) genügt meist nicht. Um die eigenen Vorsätze auch in die Tat umzusetzen, wird deshalb das Ziel (Gewichtsverlust) der gegenwärtigen Situation (Übergewicht) gegenübergestellt – mental kontrastiert. Dadurch erkennen die Patientinnen und Patienten viel deutlicher, welche Hürden sie überwinden müssen und welche Möglichkeiten es gibt, das Ziel zu erreichen. Und es wird klar, dass kleine Schritte leichter zu nehmen sind als ein großer, wodurch die Motivation weiter steigt (Liepert et al.).

Wie werden die Inhalte in Patientenschulungen vermittelt?

Eine Patientenschulung darf man sich nicht als reinen Frontalunterricht vorstellen. Es braucht schon mehr, um Patientinnen und Patienten richtig einzubinden und aktiv zu beteiligen. Patientenschulungen setzen daher möglichst eng an den Wünschen und den Bedürfnissen der Teilnehmenden an: Sie nehmen ihre Probleme, ihre Ziele und ihre Motive als Ausgangspunkt. Dadurch sollen die Patientinnen und Patienten motiviert und engagiert werden. Drei Techniken lassen sich hierbei unterscheiden: die Vermittlung von Wissen, Diskussionen und praktische Übungen.

Am Beginn einer Schulung steht in aller Regel die Vermittlung von Wissen, die üblicherweise durch einen Vortrag erfolgt. Dieser wird in verständlicher und einfacher Sprache gehalten und beinhaltet

alltägliche Beispiele. Die Schulenden achten darauf, dass sie keinen Fachvortrag halten, sondern die Informationsbedürfnisse der Teilnehmenden im Mittelpunkt stehen. Auch werden Sachverhalte oft in Kleingruppen erarbeitet – also durch die Patientinnen und Patienten selbst.

Außerdem gehört vor allem die Diskussion in der Gruppe zu einer Patientenschulung. Sie dient dazu, Missverständnisse aus dem Weg zu räumen. Das Erlernete kann mit dem Wissen der Teilnehmenden abgeglichen werden. Die Teilnehmenden tauschen sich untereinander aus und geben sich dabei Tipps und Unterstützung. Oftmals motiviert bereits dieser Erfahrungsaustausch dazu, das eigene Verhalten zu ändern. Denn Empfehlungen und Aussagen anderer Betroffenen werden oft mehr angenommen als Expertenmeinungen¹⁴.

Schließlich sollten Patientinnen und Patienten praktisch üben. Nur so erwerben sie auch Fähigkeiten wie Entspannungs- oder Bewegungsübungen. Die Übungen sollten dabei auf den Alltag der Teilnehmenden abgestimmt sein.

Wie können spezielle Patientengruppen geschult werden?

Eine Patientenschulung zu gestalten, heißt die Zielgruppe im Blick zu haben. Im Förderschwerpunkt wurden auch spezielle Schulungen für Kinder und Jugendliche und für Menschen mit Migrationshintergrund erarbeitet.

Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche in Deutschland erfreuen sich überwiegend einer guten Gesundheit. Doch rund 16% von ihnen leiden unter einem chronischen Gesundheitsproblem. Dazu zählen beispielsweise Asthma, Allergien, Diabetes oder Adipositas¹⁵. Deshalb ist es so wichtig, dass Kinder und Jugendliche früh lernen, wie sie gesund bleiben können. So kann einer ersten Erkrankung bzw. einer weiteren Verschlechterung ihrer Gesundheitsprobleme vorgebeugt werden.

14 ZENTRUM PATIENTENSCHULUNG. Patientenschulung – ein Überblick. Didaktik, 2015 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: <http://www.zentrum-patientenschulung.de/theorie/ueberblick/>.

15 NEUHAUSER, H., C. POETHKO-MÜLLER und KIGGS STUDY GROUP. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 2014, 57(7), 779-788.

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Ein Beispiel ist Übergewicht: Das Freizeitverhalten hat sich geändert (Fernsehen, Computerspielen), aber auch die Ernährungsgewohnheiten (Fast-Food, unregelmäßige Mahlzeiten, Fertiggerichte). Und so ist Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen immer weiter verbreitet. Künftige Folgen: Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gelenkschäden. Schon heute können aber seelische Probleme durch Hänseleien ein Problem sein. Im Förderschwerpunkt wurde deshalb die präventive YOUTH-Schulung entwickelt. Sie behandelt unter anderem Themen zur gesunden Ernährung und zu Ernährungsmythen sowie den Umgang mit sozialer Ausgrenzung durch Übergewicht. Dadurch werden das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen gestärkt und negative Folgen im Erwachsenenalter vermieden (Warschburger et al.).

Eine weitere Patientenschulung wurde im Förderschwerpunkt für Jugendliche entwickelt, die bereits chronisch erkrankt sind. Diese Jugendlichen müssen langfristig behandelt werden, auch wenn sie erwachsen werden. Aber: Durch die Trennung von Jugend- und Erwachsenenversorgung entsteht ein Bruch, bei dem die Gefahr besteht, dass der junge Mensch im weiteren Verlauf nicht adäquat oder gar nicht mehr versorgt wird. Damit es nicht soweit kommt, müssen die Jugendlichen rechtzeitig informiert und auf die neue Situation vorbereitet werden. TRANSITION, eine im Förderschwerpunkt geförderte Initiative der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, hat eine Schulung entwickelt, die Jugendliche genau auf diesen Übergang vorbereitet (Schmidt et al.).

Migrantinnen und Migranten

In Deutschland leben 16,4 Mio. Menschen, die selbst oder deren Vorfahren aus anderen Ländern zugewandert sind. Knapp jeder Fünfte davon ist türkischstämmig¹⁶. Im Vergleich zur gesamten Bevölkerung haben türkische Migrantinnen und Migranten ein doppelt so hohes Risiko, an Diabetes zu erkranken. Patientenschulungen könnten helfen, doch die meisten sind nur in deutscher

Sprache verfügbar. Und so stellt eine Studie des Förderschwerpunkts fest, dass etwa 10 % der Studienteilnehmenden eine Diabetes-Schulung in deutscher Sprache besuchten, obwohl sie nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Kein Wunder, dass über ein Drittel berichtete, dass die Patientenschulung wenig gebracht habe. Mehr muttersprachliche Angebote sind notwendig, so die Forscherinnen und Forscher. Da knapp die Hälfte der Betroffenen dazu kaum oder gar nicht lesen und schreiben kann, sollte auf Text nahezu verzichtet und die Schulung so alltagsnah wie möglich gestaltet werden (Kofahl et al.). In der zweiten Phase des Förderschwerpunkts wurde zu diesem Zweck eine Internetplattform aufgebaut, die vorhandene und neu entwickelte Schulungsmaterialien für diese Zielgruppe zusammenträgt (Mews et al.).

Zusammenfassung

Je mehr sich die Patientinnen und Patienten an einer Schulung beteiligen können, desto selbstbestimmter gehen sie im Anschluss mit ihrer Krankheit um. Das bedeutet, dass Einzelschulungen mittels Broschüren tendenziell den geringsten und interaktiv gestaltete Gruppenschulungen den größten Nutzen für Patientinnen und Patienten bringen. Online-basierte Maßnahmen haben den Vorteil, dass sie unabhängig vom Wohnort durchgeführt werden können, vorausgesetzt die Anwenderinnen und Anwender können damit umgehen. Wichtig ist außerdem, dass die Schulungen mehrere Themen ansprechen, verschiedene didaktische Methoden einsetzen und nicht ausschließlich Wissen über die Krankheit vermitteln. Die Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppe müssen in die Gestaltung einbezogen werden.

¹⁶ STATISTISCHES BUNDESAMT. Bevölkerung nach Migrationshintergrund, 2015 [Zugriff am: 21. Oktober 2015]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundStaatsangehoerigkeit.html>.



Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

Ärztinnen und Ärzte nennt man auch heute noch oft: „Halbgötter in Weiß“. Dieser Begriff drückt auch ein Ungleichgewicht innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung aus, das z.T. bis heute vorherrscht. Patientinnen und Patienten wären demnach Laien, die auf Ärztinnen und Ärzte als medizinische Expertinnen und Experten angewiesen sind. Die Rollen haben sich inzwischen allerdings gewandelt: Patientinnen und Patienten möchten mehr über ihre Krankheit wissen und eigene Vorstellungen in die Behandlung einbringen. Sie wollen ihre bisherigen Lebensgewohnheiten trotz Erkrankung möglichst fortführen und sich ein hohes Maß an Lebensqualität erhalten.

In der Gesundheitsversorgung sollten daher die Patientinnen und Patienten mehr beteiligt werden: Sie sollten also partizipieren können. Das heißt auch, dass ihre Einzigartigkeit und Bedürfnisse erkannt und berücksichtigt werden. Mit den Worten eines Patienten:

„Ja, eigentlich ist [wichtig], dass er [der Arzt] eingeht auf die Leute und sich das Gespräch dann entwickelt. Von Fall zu Fall, von Patient zu Patient.“

(Farin-Glattacker et al.(a))

Neben der medizinischen Behandlung wird auch die Lebensweise von Patientinnen und Patienten und ihre Umgebung in den Blick genommen:

„Es ist wichtig, dass man als Ganzes gesehen wird.“ (Farin-Glattacker et al. (a))

Dies stärkt das Selbstvertrauen chronisch Erkrankter. Sie werden sicherer im Umgang mit ihrer chronischen Krankheit und können – wie die Ergebnisse des Förderschwerpunkts bestätigen – weiter aktiv am sozialen Leben teilnehmen.

Es gibt viele Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung anzupassen und Patientinnen und Patienten zu unterstützen, sodass sie sich leichter beteiligen können:

- 1. Gesundheitskompetenz stärken:** Patientinnen und Patienten werden in die Lage versetzt, schriftliche und mündliche Gesundheitsinformationen zu verstehen und für sich zu nutzen.
- 2. Miteinander sprechen:** Dreh- und Angelpunkt ist das Arzt-Patienten-Gespräch. Hier werden Informationen ausgetauscht und Entscheidungen über die Behandlung getroffen.
- 3. Gemeinsame Entscheidungen fördern:** Entscheidungen, die gemeinsam getroffen werden, vereinen die Erfahrung und das Wissen von Ärztinnen und Ärzten und die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten.
- 4. Ziele setzen:** Mit einem Ziel vor Augen lassen sich Vorhaben wie zum Beispiel eine gesündere Ernährung leichter verwirklichen.
- 5. Im Alltag unterstützen:** Täglich Einschränkungen zu bewältigen und gesund zu leben, um die Lebensqualität zu erhalten, bedarf einer langfristigen Unterstützung von Patientinnen und Patienten, aber auch von Angehörigen.

Zu all diesen Punkten wurde im Förderschwerpunkt geforscht. In den folgenden Kapiteln werden ausgewählte Ergebnisse dieser Forschung beleuchtet.

Gesundheitskompetenz stärken

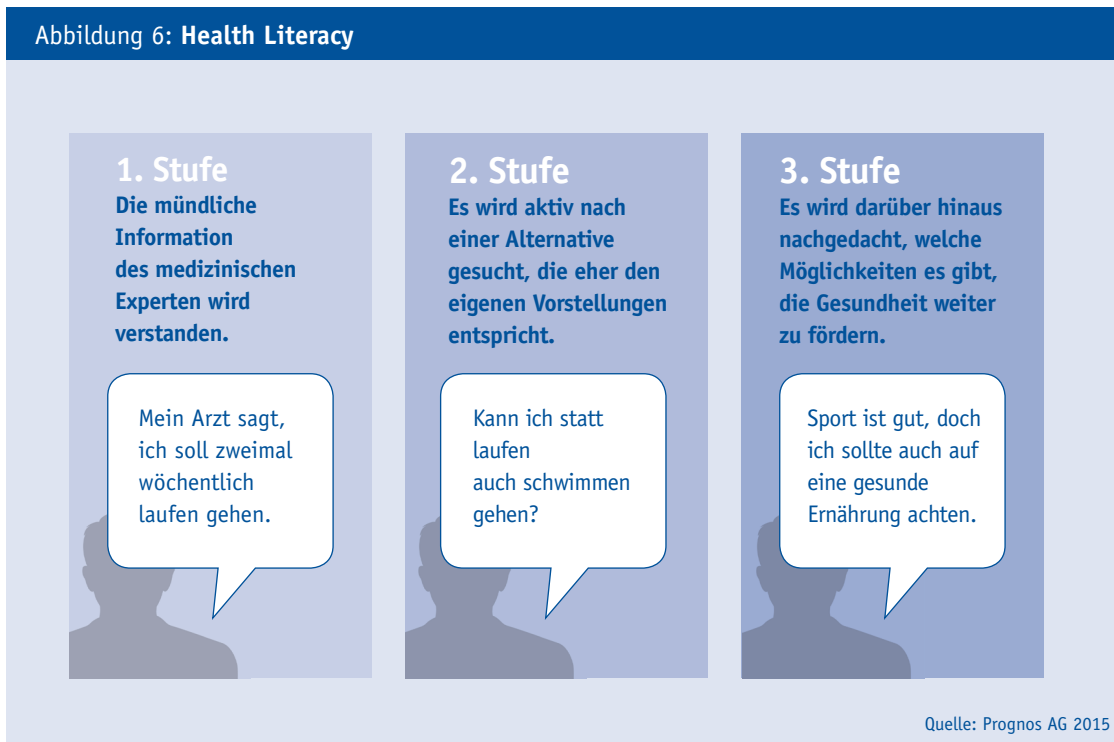
Unter Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) versteht man alle Fähigkeiten eines Menschen, schriftliche oder mündliche Informationen nutzen zu können, um gesund zu bleiben. Das bedeutet mehr als eine Broschüre zu verstehen oder Arzttermine zu vereinbaren. Die Gesundheitskompetenz trägt entscheidend dazu bei, dass sich der Mensch eigenständig und selbstbestimmt im Gesundheitssystem zurecht findet.¹⁷

Gesundheitskompetenz heißt, den eigenen Gesundheitszustand einschätzen zu können. Und: Je höher die eigene Gesundheitskompetenz

17 in Anlehnung an: NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 2000, 15(3), 259-267.

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

Abbildung 6: Health Literacy



ist, desto besser versteht man komplizierte gesundheitliche Zusammenhänge. Und desto durchdachter ist die eigene Strategie, die Gesundheitsprobleme zu lösen oder gar nicht erst entstehen zu lassen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterscheiden drei Stufen von Gesundheitskompetenz. Dazu ein Beispiel zu Übergewicht:

Ein weiteres Beispiel:

Herr B. ist 55 Jahre alt und hat Bluthochdruck.

- 1. Stufe:** In einer Broschüre, die bei seiner Hausärztin ausliegt, liest er, dass eine salzarme Ernährung dazu beitragen kann, den Blutdruck zu normalisieren.
- 2. Stufe:** Daraufhin informiert sich Herr B. im Internet, in welchen Produkten besonders viel Salz enthalten ist.
- 3. Stufe:** Zusammen mit seiner Frau beschließt er, diese Produkte zu vermeiden und bei der Zubereitung von Gerichten weniger Salz zu verwenden.

Ist die Gesundheitskompetenz zu gering, kann dies negative Folgen für die Gesundheit haben. Beispielsweise erkennen nur 50 % der Diabetikerinnen und Diabetiker Anzeichen einer lebensgefährlichen Unterzuckerung, wenn sie eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Bei einer höheren Gesundheitskompetenz sind dies aber 94 %.¹⁸ Deshalb ist es so wichtig, Menschen mit einer chronischen Erkrankung Wissen und Fähigkeiten an die Hand zu geben, damit sie in schwierigen Situationen angemessen reagieren.

Viele chronisch erkrankte Menschen erhalten eine Rehabilitation. Daher bietet es sich an, in Rehabilitationseinrichtungen auch die Gesundheitskompetenz zu stärken. Das Schulungskonzept „Aktiv in der Reha“, im Förderschwerpunkt entwickelt und erprobt, sieht genau dies vor. Die Schulung führen in der Rehabilitation tätige Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte durch. Folgende Themen werden dabei mit den Teilnehmenden behandelt:

- Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell: Den Menschen als Ganzes sehen

18 WILLIAMS, M.V., D.W. BAKER, R.M. PARKER und J.R. NURSS. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. Archives of Internal Medicine, 1998, 158(2), 166-172.

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

- Zielorientierung in der Reha: Persönliche Ziele haben und aktiv verfolgen
- Der aktive Patient im Gespräch mit Behandelnden: Kommunikative Fertigkeiten des Patienten

Abbildung 7: **Schulungshandbuch „Aktiv in der Reha“**



Quelle: Farin-Glattacker et al. (c)

Das Schulungshandbuch enthält zu jedem dieser Themen Lernmaterialien. Um die Rehabilitationsziele und Gesprächserfahrungen notieren und die Inhalte der Schulung noch einmal nachlesen zu können, erhalten die Patientinnen und Patienten zusätzlich ein Begleitheft (Farin-Glattacker et al. (c)). Alle Materialien können Interessenten auch kostenlos zugesandt werden. Ein Anforderungsformular finden Sie im Internet unter dem Stichwort „anforderungsformular aktiv in der reha“.

Jürgen Matzat, Psychologe, Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Universität Gießen



„Wie heißt es so schön: ‚Geteiltes Leid ist halbes Leid‘ – und: Reden hilft! In Selbsthilfegruppen profitiert man von den Erfahrungen der anderen, und man kann selber etwas beitragen zur Bewältigung der Krankheit – sowohl der eigenen als auch der der Gruppenmitglieder.“

Selbsthilfegruppen sind ebenfalls ein guter Ort, um die eigene Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Man erhält dort Informationen und tauscht Erfahrungen mit anderen Betroffenen aus. Dadurch lernt man mit der eigenen Erkrankung besser umzugehen. Solche Gruppen bieten also Hilfe zur Selbsthilfe. In Deutschland gibt es schätzungsweise 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen.¹⁹ Um Patientinnen und Patienten und Selbsthilfegruppen so früh wie möglich in Kontakt zu bringen, könnten beispielsweise Krankenhäuser mit Selbsthilfegruppen kooperieren. Doch was wäre dafür eine gute Strategie? Ein Projekt des Förderschwerpunkts suchte nach Antworten. Die Forscherinnen und Forscher entwickelten einen Fragebogen für Krankenhausbeschäftigte sowie Patientinnen und Patienten. Darin werden systematisch die Voraussetzungen für eine gute Kooperation abgefragt: zum Beispiel, ob in der Klinik geeignete Räumlichkeiten für Gruppensitzungen vorhanden sind oder ob die Patientinnen und Patienten überhaupt auf das Selbsthilfeangebot aufmerksam gemacht werden. Befragung und Auswertung können Krankenhäuser eigenständig vornehmen. Sie erfahren, wo noch Mängel bestehen und wo sie somit etwas verändern können. Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass mit einer solchen Strategie die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen verbessert werden kann (Trojan et al.).

Miteinander sprechen

Sich an der Versorgung zu beteiligen, heißt auch miteinander zu sprechen. Und dafür braucht es Zeit:

Patient: „Mir ist auf jeden Fall wichtig, dass der Arzt sich Zeit nimmt, wenn ich zu ihm komme.“ (Farin-Glattacker et al. (a))

Außerdem wünschen sich Patientinnen und Patienten von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt, dass sie umfassend aufgeklärt werden:

19 NAKOS STUDIEN. Selbsthilfe Überblick 3. Zahlen und Fakten 2011/2012, 2013 [Zugriff am: 28. August 2015]. Verfügbar unter: <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2013/NAKOS-Studien-03.pdf>.

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

Patientin: „[Es ist wichtig,] dass man wirklich mal sein Krankheitsbild erklärt bekommt und die Diagnose vielleicht auch noch einmal erklärt bekommt.“

(Farin-Glattacker et al. (a))

Auch über mögliche Gefahren und Risiken möchten sie informiert sein:

Patientin: „Patienten sollen ihr Risiko kennen und verstehen.“

(Donner-Banzhoff et al.)

Darüber hinaus legen Patientinnen und Patienten Wert auf einen ehrlichen Umgang und es ist ihnen sehr wichtig, zu Ärztinnen und Ärzten Vertrauen aufzubauen. Falls diese einmal keine Antworten haben, möchten Patientinnen und Patienten das auch erfahren: Sie verstehen, dass medizinische Fachleute nicht alles wissen können. Vor Unangenehmem scheuen sich die meisten nicht, viele begrüßen das offene Gespräch. Schließlich möchten sie das weitere Vorgehen klären, um Unsicherheiten aus dem Weg zu räumen.

Herr B. hat trotz einer salzarmen Ernährung weiterhin erhöhten Blutdruck. Das beunruhigt ihn manchmal sehr. Außerdem zieht es in letzter Zeit häufiger in seiner Brust. Deshalb sucht er seine Hausärztin auf und berichtet ihr über seine Beschwerden. Die Ärztin erklärt Herrn B., dass es sich möglicherweise um eine Verengung der Herzkranzgefäße handelt. Es könnte aber auch sein, dass die Sorgen, die er sich wegen seines hohen Blutdrucks macht, der Auslöser sind. Sie rät Herrn B., sich erst einmal von einer Kardiologin oder einem Kardiologen untersuchen zu lassen. So könnte man herausfinden, ob die Herzkranzgefäße tatsächlich verengt sind. Zum Ende des Gesprächs erklärt seine Hausärztin Herrn B. ausführlich, wie die Untersuchung ablaufen wird.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient hat somit eine große Bedeutung. Es ist eine gute Gelegenheit, die Wünsche, Bedürfnisse und Res-

sourcen der Patientinnen und Patienten zu erfahren. Häufig reden die Beteiligten aber aneinander vorbei. Das kann zum einen daran liegen, dass Ärztinnen und Ärzte selten in Gesprächsführung geschult sind. Zum anderen wissen Patientinnen und Patienten oft nicht, wie sie das

Abbildung 8: Spickzettel

Spickzettel
(Einsatz bei einem Behandler des Reha-Teams in der Reha-Klinik)
„Was ich meinen Behandler fragen möchte...?“

Quelle: Farin-Glattacker et al. (c)

Gespräch beeinflussen können, um Antworten auf ihre Fragen zu erhalten. Um den Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, wurde im Förderschwerpunkt die Kommunikationsschulung KOKOS entwickelt. Sie dauert insgesamt fünf Stunden. In dieser Zeit sollen die Patientinnen und Patienten erleben, wie wichtig ihr Verhalten für den Gesprächsverlauf ist. Da oft wenig Zeit für das Gespräch bleibt, ist eine gute Vorbereitung sinnvoll. Beispielsweise können Fragen schon zu Hause auf einem Spickzettel (siehe Abbildung 8) notiert werden. Oder man bringt zusätzliche Unterlagen zum Gespräch mit – etwa vorhandene Röntgenbilder oder Laborergebnisse (Farin-Glattacker et al. (c), (d)).

Es gibt auch spezielle Gesprächsformen, die das Arzt-Patienten-Gespräch verbessern sollen. Ein Beispiel dafür ist der so genannte „Bilanzierungsdialog“. Bilanzierende Gespräche werden bereits regulär in der Rehabilitation, Psycho- und Suchttherapie eingesetzt. Behandelnde sprechen darin mit der Patientin oder dem Pati-

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

enten über die Ziele der Therapie. Beiden soll so bewusst werden, ob ihre Vorstellungen über den „richtigen“ Behandlungsweg noch übereinstimmen. Anschließend kann ggf. die Behandlung angepasst werden. Bilanzierungsdialoge wurden im Förderschwerpunkt genauer untersucht und man stellte fest, dass sie

- die Arzt-Patienten-Beziehung vertiefen, weil man sich besser kennt, mehr schätzt und voneinander lernt.
- die Möglichkeit bieten, sonst Unausgesprochenes zu erörtern.
- gemeinsame Diagnosen durch „zusammen Denken“ ermöglichen.
- unabhängig von sozialer Lage, Alter und Geschlecht durchführbar sind.
- die Mehrheit der Beteiligten hilfreich findet.

So verwundert es nicht, dass sich die meisten Ärztinnen und Ärzte und viele der Patientinnen und Patienten im Projekt wünschten, dass die Gesprächsform der Bilanzierungsdialoge auch über das Projekt hinaus angewendet würde (Wilm et al.).

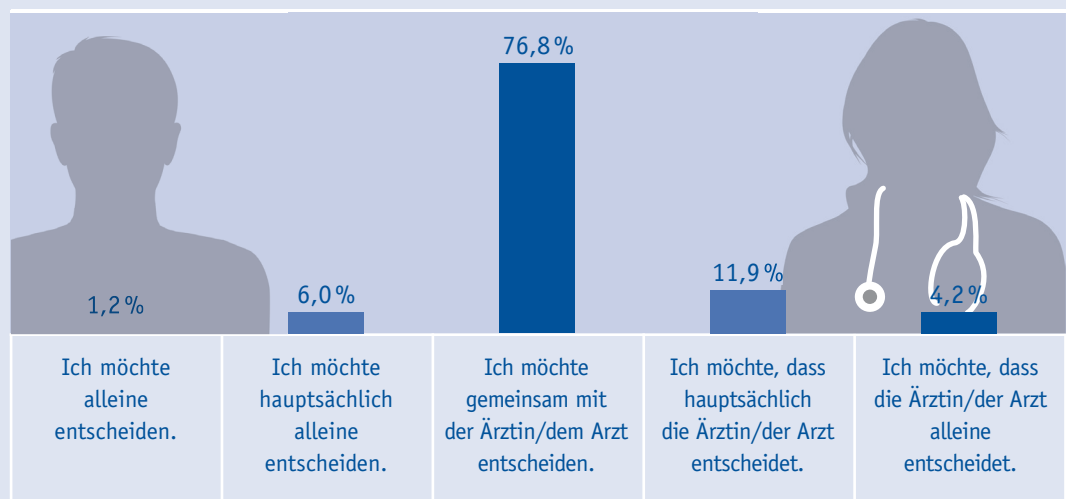
Gemeinsame Entscheidungen fördern

Im Arzt-Patienten-Gespräch werden nicht nur Informationen ausgetauscht, sondern es werden auch Entscheidungen getroffen: Zum Beispiel wie die Behandlung weitergeht.

Die Untersuchung bei einer Kardiologin ergab, dass die Herzkranzgefäße von Herrn B. verengt sind. Da er zusätzlich erhöhte Cholesterinwerte hat, empfiehlt die Ärztin die Einnahme eines blutfettsenkenden Medikaments. Sie erläutert dem Patienten Nutzen und Risiken sowohl des Medikaments als auch eines Verzichts darauf. Nach einer gemeinsamen Abwägung der Argumente entschließt sich Herr B. mit der Einnahme zu beginnen. Darüber hinaus informiert die Ärztin ihn, dass die Therapie durch eine fettarme Ernährung unterstützt werden könne.

Gemeinsame Entscheidungen werden auch als partizipative Entscheidungsfindung (PEF) bezeichnet. Sie sind die Grundvoraussetzung für eine Gesundheitsversorgung, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Wie Abbildung 9 zeigt, wollen chronisch erkrankte Menschen mitentscheiden. Nur wenige bevorzugen es, die Entscheidung einem Arzt oder einer

Abbildung 9: Beteiligungswunsch bei Entscheidungen von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen



Quelle: Härter et al. (a) / Grafik: Prognos AG 2015

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

Ärztin zu überlassen oder sie allein selbst zu tragen. Für beide Seiten sind gemeinsame Entscheidungen durchaus noch ungewohnt. Es erfordert ein neues Verständnis zwischen Arzt und Patient: Ärztinnen und Ärzten verlangt es mehr Entgegenkommen ab und Patientinnen und Patienten müssen mehr Verantwortung tragen.

Wie Patientinnen und Patienten mit dieser Verantwortung umgehen können, zeigt eine Befragung im Förderschwerpunkt. Um gemeinsame Entscheidungen zu erleichtern, so die befragten Patientinnen und Patienten, müsse man ehrlich und offen gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sein. Das heißt, dass man ihnen regelmäßig über eigene Erfolge und Fehlschläge berichtet. Geduld und Vertrauen seien die Grundlage für gemeinsame Entscheidungen. Ein höflicher und respektvoller Umgang ist den Befragten ebenso wichtig, wie selbst aktiv am Gespräch teilzunehmen. Als hilfreich empfinden sie eine gute Vorbereitung und Vorinformationen. Schließlich möchten sie darüber sprechen, wie die konkrete Umsetzung einer Entscheidung aussieht (Hamann et al.).

Gemeinsam entscheiden – Partizipative Entscheidungsfindung

Gemeinsame Entscheidungen ermöglichen es dem Patienten oder der Patientin, an der Behandlung mitzuwirken. Sie führen zunächst mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt ein Gespräch auf Augenhöhe. Darin erfahren die Behandelnden von den Vorstellungen und Bedürfnissen der Patienten. Ebenfalls wird über die Krankheit und über verschiedene Therapiemöglichkeiten gesprochen. Eine Möglichkeit kann auch sein, nichts zu unternehmen oder vorläufig abzuwarten. Am Ende steht eine Entscheidung, die durch gemeinsames Abwägen entstanden ist.²⁰

Wie sieht es auf der anderen Seite der Arzt-Patienten-Beziehung aus? Wie können Ärztinnen und Ärzte sich dem neuen Rollenverständnis annähern? Das „Fit für PEF“-Programm will sie dabei unterstützen. Es wurde im Förderschwer-

punkt entwickelt. Mit dem Programm wurden bereits Führungskräfte in sechs Rehabilitationskliniken geschult. Die Führungskräfte trainierten anschließend ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen und psychosozialen Bereich. „Fit für PEF“ ist momentan das einzige Programm zur Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung in Deutschland, das interprofessionell arbeitet (Körner et al. (a)). Das Manual für Kursleitende ist im Internet kostenlos unter dem Stichwort „Kursleitermanual Fit für PEF“ zu finden.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor des Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



„Patientinnen und Patienten sind im Allgemeinen mit gemeinsamen Entscheidungen zufriedener, haben weniger Entscheidungskonflikte und erleben eine positivere Arzt-Patienten-Beziehung. Darüber hinaus haben sie mehr Wissen über ihre Erkrankung und die notwendige Behandlung, was die Krankheitsbewältigung positiv beeinflusst.“

Solange man geistig fit ist, kann man Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. Viele ältere Menschen fragen sich jedoch: „Was passiert, wenn ich nicht mehr fähig bin, zu entscheiden?“ Für solche Situationen gibt es Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen etc. Darin können Patientinnen und Patienten dokumentieren, wie sie weiter behandelt und betreut werden wollen, wenn sie einmal nicht mehr selbst entscheiden können. Solche Verfügungen werden aber kaum genutzt. Wenn sie vorhanden sind, können sich Wünsche auch ändern und dann vielleicht nicht mehr berücksichtigt werden. Dies betrifft beispielsweise ältere Menschen in Seniorenwohnheimen. Um deren Wünsche und Vorstellungen bis zum Lebensende zu beachten, führte ein Projekt im Förderschwerpunkt regelmäßige Gespräche in Wohnheimen einer Modellregion ein. In den Gesprächen sollten die älteren Menschen gemeinsam mit ihren Pflegekräften und ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt festlegen, was

²⁰ angelehnt an: BUCHHOLZ, A., L. SEEBAUER und D. SIMON. Partizipative Entscheidungsfindung – Wunsch und Realität. In: D. HOEFERT, H. und C. KLOTTER (Hg.). Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Horngrefe, 2011.

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

passieren soll, wenn sie einmal nicht mehr für sich selbst entscheiden können. Diese Gespräche führten dazu, dass die Zahl der Vorausverfügungen zunahm. Fast die Hälfte davon enthielt dann auch eine Aussage darüber, ob man mit Wiederbehandlungsmaßnahmen einverstanden ist oder nicht (in der Schmitt et al.).

Ziele setzen

Ziele machen Entscheidungen greifbarer. Sie lassen sich dann leichter in die Tat umsetzen. Den Behandlern ermöglichen Ziele eine individuelle Behandlungsplanung und die Patientinnen und Patienten wissen, wofür sie sich engagieren.

Ein Beispiel aus dem Förderschwerpunkt: Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten sollten sich bereits während des Aufenthalts in der Rehabilitation eigene Ziele setzen – und zwar für die Zeit danach. Wie sich herausstellte, waren diese Patientinnen und Patienten selbst ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation häufiger Mitglied in einer Herzgruppe als Patientinnen und Patienten, die sich keine Ziele gesetzt hatten. Herzgruppen bieten Bewegungstherapie, Entspannungsübungen, Gruppengespräche oder Ernährungsberatung wohnortnah und unter ärztlicher Begleitung an (Stamm-Balderjahn et al.). Sich Ziele zu setzen, sollte gut vorbereitet wer-

zentrale Fragen. Wer Ziele alltagsnah und positiv formuliert, erhöht auch die Chance sie zu erreichen. Zwei Beispiele für gute Ziele:

„Ich möchte drei Stunden am Computer sitzen und dabei keine Nackenschmerzen bekommen.“

„Ich möchte selbständig ins Auto einsteigen und eine halbe Stunde damit fahren.“

Damit Ziele nicht in Vergessenheit geraten, kann man sie zum Beispiel in ein Tagebuch schreiben. Darin können dann auch Wege zum Ziel notiert werden, wie zum Beispiel Lieblingssportarten und gesunde Rezepte. Und im Tagebuch kann man nachvollziehen, ob und wann das Ziel erreicht wird – beispielsweise indem man die eigenen Blutzuckerwerte einträgt und mitverfolgt.

Herr B. berichtet nach dem Besuch bei der Kardiologin seiner Frau, was die Untersuchung ergeben hat. Beide entscheiden sich, nur noch fettarme Speisen mit maximal 60 g Fett pro Tag zu essen. Sie wollen sich dafür gemeinsam nach geeigneten Rezeptbüchern umsehen. Um ihre tägliche Fettaufnahme zu überblicken, wollen sie außerdem täglich ein Ernährungstagebuch führen, in das sie alle Mahlzeiten eintragen.

Die Bewegungstagebücher, die im Rehabilitationsnachsorgeprogramm „Neues Credo“ eingesetzt wurden, stellen zusätzlich unterschiedliche Möglichkeiten der Bewegung vor (siehe Abbildung 10). Patientinnen und Patienten können daraus ihr persönliches Sportprogramm zusammenstellen und verschiedene Sportarten und Übungen bewerten. Im Forschungsprojekt stellte man fest, dass solche Bewegungstagebücher dazu beitragen, dass beispielsweise Sportvereine oder Fitness-Studios nach dem Aufenthalt in der Rehabilitation regelmäßiger aufgesucht werden (Deck et al. (a)).

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Facharzt für Orthopädie, Physikalische und rehabilitative Medizin und Ärztlicher Direktor, Klinik Münsterland Universität Gießen



„Gemeinsame Reha-Ziele zwischen Arzt und Patient sind wichtig, um die individuellen Probleme der Patienten konkret benennen und bearbeiten zu können. Die Ziele sollten dabei möglichst nah am Alltag und auch erreichbar sein. Unrealistische Reha-Ziele würden die Patienten nur frustrieren.“

den. Gerade ältere und chronisch kranke Menschen profitieren davon, wenn sie zum Beispiel alle ihre Gesundheitsprobleme auflisten und priorisieren. Auch sollten Ziele möglichst selbst bestimmt und nicht durch Ärztinnen und Ärzte vorgegeben werden. „Was ist mir besonders wichtig?“ und „Wie kann ich das erreichen?“ sind hier

Wer ein Ziel erreichen möchte, wird hier und da auch Misserfolge erleben. Das ist ganz normal. Rückschläge lösen trotzdem im ersten Moment oft Wut, Angst oder Schuldgefühle aus. Und sie wirken demotivierend. Deshalb sollten Patientinnen und Patienten gemeinsam mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt den Grund des Rückschlags analysieren. So

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

können Hindernisse und Fehler besser erkannt und vielleicht beim nächsten Mal vermieden werden.

Im Alltag unterstützen

Beim nächsten Arztbesuch erfährt Herr B., dass seine Cholesterinwerte deutlich gesunken sind. Er beschließt dennoch, mehr für seine Gesundheit zu tun: Er möchte sich häufiger bewegen. Doch er kennt sich und weiß, dass er sich allein nicht aufraffen kann. Seine Frau geht regelmäßig Schwimmen, doch das sei nichts für ihn, sagt Herr B. Er besucht lieber einen Lauffreier, auf den ihn ein Nachbar aufmerksam gemacht hat.

Nach den ersten Terminen in einer Arztpraxis oder nach einem Aufenthalt in der Rehabilitation, wenn sich der Gesundheitszustand allmählich verbessert, wird der Kontakt zwischen Arzt und Patient seltener. Menschen mit chronischen Erkrankungen stehen dann vor der Herausforderung, wieder ihren Alltag zu meistern – trotz möglicher Einschränkungen durch die Krankheit. Eine weitere Betreuung (Nachsorge) ist deshalb für viele Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Neuerdings werden dazu moderne Kommunikationsformen eingesetzt. Der Vorteil: E-Mail und Internet ermöglichen es, die Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnort zu unterstützen. In einem Projekt des Förderschwerpunkts wurde beispielsweise ein Chat-Raum genutzt. Darin tauschten sich Krebspatientinnen und -patienten wöchentlich mit einer Psychotherapeutin bzw. ihrem Psychotherapeuten aus der Reha-Einrichtung aus. Diese Betreuung minderte nachweislich die Ängste der Patientinnen und Patienten und deren Belastung durch Schmerzen. Besonders gut fanden die Teilnehmenden, dass sie eigene Themen einbringen konnten sowie die Anonymität des Chats. Denn so war aus ihrer Sicht ein sehr offenes Gespräch möglich (Melchior et al.):

„Der Austausch mit anderen Menschen hat gut getan, dadurch bin ich gefestigt worden.“ (Watzke et al.)

Abbildung 10: Gesundheitssportarten

B: GESUNDHEITSSPORTARTEN

Die Auswahl an Sportarten ist groß und jeder sollte für sich selbst entscheiden, was ihm liegt und Spaß machen könnte!

Die Teilnahme an Sportgruppen hat den Vorteil, dass man unter Gleichgesinnten an körperliche Aktivität herangeführt wird. Wer Gruppen nicht mag, kann aber auch allein aktiv werden. Das Training in einer Fitness-einrichtung bietet einen Kompromiss zwischen Gruppen- und Individualsport.

Überlegen Sie sich, welche der folgenden körperlichen Aktivitäten für Sie persönlich von Interesse sein könnten und geben Sie mit einem Kreuz an entsprechender Stelle ein Urteil dazu ab:

▪ **Schwimmen**
das könnte mir gefallen: ja vielleicht nein
wenn nein, warum: _____

▪ **Wassergymnastik**
das könnte mir gefallen: ja vielleicht nein
wenn nein, warum: _____

▪ **Ballspiele (z.B. Fußball, Völkerball, Wasserballspiele)**
das könnte mir gefallen: ja vielleicht nein
wenn nein, warum: _____

Quelle: Deck et al. (a)

Neben seelischen Belastungen steht die Bewältigung des Alltags an erster Stelle in der Nachsorge. Viele chronisch Erkrankte wollen ihr Leben möglichst wie gewohnt weiterführen und in ihren Beruf zurückkehren. Deshalb arbeiten viele Rehabilitationsprogramme berufsorientiert. Während und nach der Rehabilitation werden in Gruppen- und Einzelsitzungen Schwierigkeiten besprochen, die sich beim Wiedereinstieg zeigen. Anschließend können gezielt Lösungen dafür gesucht werden. So lassen sich je nach Beruf typische Bewegungsmuster analysieren und gezielte Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit erlernen. Man kann dadurch auch die eigene Leistungsfähigkeit besser einschätzen. Dadurch wird verhindert, dass man sich im Alltag übernimmt. Auch die psychologische Seite wird berücksichtigt. Die Angst, den beruflichen Wiedereinstieg zu verpassen oder nicht mehr leistungsfähig zu sein, beschäftigt die Patientinnen und Patienten. Psychologische Gespräche und Entspannungsübungen sind deshalb ein Bestandteil der Programme. Mit Erfolg: Menschen, die solche Angebote nutzen, nehmen häufiger an, bis zum Rentenalter berufstätig zu bleiben. Sie sehen ihre Erwerbsfähigkeit weniger durch ihren Gesundheitszustand gefährdet. Dies er-

Organisation einer partizipativen Versorgungsgestaltung

Prof. Dr. Gesine Grande, Psychologin und Rektorin der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig



„Angehörige können aufgrund ihrer sozialen, emotionalen und biographischen Nähe die chronisch Kranken oft besonders gut und individuell unterstützen. Damit diese Aufgabe auch langfristig geleistet werden kann, brauchen Angehörige einen festen Platz im Versorgungssystem, Information, Beratung und manchmal auch Entlastungsangebote.“

gab ein Vergleich mit Patientinnen und Patienten, die solche Maßnahmen nicht nutzen (Karoff et al.).

Viele chronisch erkrankte Menschen sind bereits im Rentenalter. Andere sind von ihrer Erkrankung so beeinträchtigt, dass sie nicht mehr in den Beruf zurückkehren können. Für diese Menschen ist der Erhalt ihrer Alltagsfähigkeiten besonders wichtig. Nur so können sie möglichst lange selbständig bleiben, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Oft leiden Betroffene nach dem Schlaganfall unter einem teilweise gelähmten Arm und können deshalb bestimmte Alltagsaktivitäten kaum noch verrichten: Eine Tasse aus dem Schrank nehmen, ein Buch halten, sich duschen. „CIMT at home“, ein Projekt aus dem Förderschwerpunkt, unterstützt diese Menschen im Alltag, ihre Fähigkeiten wieder zu erlangen und zu erhalten. Vier Wochen lang wird dafür fast täglich zwei Stunden geübt – und zwar mit einem Angehörigen und in den eigenen vier Wänden. Zu Beginn legt man gemeinsam mit einer Ergo-/Physiotherapeutin oder -therapeuten fest, welche Alltagsaktivitäten trainiert werden sollen. Sie oder er überprüft auch, ob sich durch die Übungen etwas bessert. Das Training steigert nachweislich die Bewegungsfähigkeit des betroffenen Armes, wodurch die Patientinnen und Patienten für sie wichtige Alltagsaktivitäten wieder selbständiger ausführen können (Barzel et al.).

Wie an diesem Beispiel deutlich wird, werden chronisch erkrankte Menschen häufig durch ihre Angehörigen unterstützt. Dieser Rückhalt ist wichtig, denn Angehörige kennen die Wünsche und Bedürfnisse des anderen oft besser als professionelle Helfer. Solche Situationen können aber auch belasten: Die Hilfebedürftigen fühlen sich vielleicht schuldig, die Angehörigen überfordert. Die meisten Angehörigen sind schließlich keine geschulten Fachkräfte.

Deshalb sollten sie möglichst professionell unterstützt werden. Beispielsweise haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Arztpraxis häufig langjährige Kontakte zu den Angehörigen. Sie kennen deren Situation und sind bei Problemen oft der erste Kontakt. Wenn sie für die Probleme der pflegenden Angehörigen sensibilisiert sind, können sie schneller und leichter helfen. Ein Projekt im Förderschwerpunkt untersuchte dies: Zunächst wurde in allen teilnehmenden Hausarztpraxen die derzeitige Situation erhoben. Tatsächlich boten viele Praxen bereits Unterstützungsangebote an. Im weiteren Verlauf wurden diese Angebote weiterentwickelt: Ein Register und Stammbblätter wurden angelegt, die alle wichtigen Informationen zu den Patientinnen und Patienten und ihren pflegenden Angehörigen enthalten. Eine einfache Checkliste erlaubte es, Belastungen der Angehörigen schnell zu erkennen. Außerdem wurden in einem Informationsblatt die Adressen und Ansprechpartner örtlicher Unterstützungsangebote zusammengestellt. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie deuten darauf hin, dass sich die Angehörigen durch die Maßnahmen gut versorgt fühlen (Szecsenyi et al.).

Zusammenfassung

Partizipative Versorgungsgestaltung heißt, die Beteiligung der Betroffenen an der eigenen Behandlung zu erleichtern bzw. überhaupt zu ermöglichen. Dazu gehört zum Beispiel, die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu verbessern – etwa durch Patienteninformationen und -schulungen. Auch die Behandelnden benötigen mehr Kompetenzen z.B. in der Gesprächsführung. Bilanzierungsgespräche erleichtern beispielsweise den Dialog. Gemeinsame Entscheidungen zu treffen, verlangt den Patientinnen und Patienten mehr Verantwortung ab. Um diese Verantwortung wahrzunehmen, können gemeinsam gesetzte Ziele helfen. Außerdem sollte die Unterstützung der Patientinnen und Patienten nicht an der Praxistür enden, sondern bis in den Alltag der Betroffenen reichen. Solche patientenorientierten Versorgungsstrukturen können die Zufriedenheit der Betroffenen erhöhen sowie ihre Selbstbestimmung und ihr Selbstbewusstsein stärken.

Umsetzung – Von der Forschung in die Praxis

Belastbare Forschungsergebnisse zu erzielen, ist das eine. Neue Erkenntnisse in den Versorgungsalltag zu bringen, ist etwas ganz anderes. Denn Forschung und Praxis trennen oft Welten: Man kennt sich kaum, trifft sich selten, redet aneinander vorbei und pocht auf die eigenen Zuständigkeiten.

Was tun? Im Förderschwerpunkt wurde die Umsetzung der Ergebnisse immer mitgedacht. Bereits im Forschungsantrag sollten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beschreiben, was ihre Ergebnisse praxistauglich macht und was sie selbst zur Umsetzung beitragen werden. Und zum Ende der Förderlaufzeit wurden sechs Projekte für eine Umsetzungsbegleitung ausgewählt, deren Forschungsthemen ein breites Spektrum boten: Patientenschulungen, ein Teamentwicklungskonzept, ein Online-Fragebogen zum Selbstassessment, eine Nachsorge-App und ein therapeutisches Verfahren. Für ein Jahr begleitete das Beratungsunternehmen Prognos AG die Projekte bei ihren Transferaktivitäten und vermittelte zwischen Forschung und Praxis.

Zu Beginn der Begleitung wurden die Forschergruppen in Workshops gebeten, ihre wissenschaftlichen Ergebnisse als „Produkt“ zu betrachten. Sie sollten sich fragen, wer eigentlich die Interessenten sein könnten und wer wohl über eine Umsetzung entscheiden müsste. Es wurden außerdem Stärken und Schwächen des Produkts herausgearbeitet, Ziele gesetzt und Maßnahmen vereinbart, wie diese Ziele erreicht werden könnten. Bereits diesen externen Blick auf die eigene Forschung empfanden die Forschergruppen als sehr wertvoll:

Beispiele für vereinbarte Umsetzungsziele

- Zugriffszahlen auf einen Online-Fragebogen erhöhen, technische Bereitstellung sichern
- Teamschulung außerhalb der Studienklinik in weiteren Kliniken durchführen
- Aufnahme einer Therapie in den Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses vorbereiten
- Finanzierungszusage einer regionalen Krankenkasse für eine Patientenschulung gewinnen

Beispiele für vereinbarte Maßnahmen

- Flyer entwerfen für Krankenkassen, Rentenversicherung, Kliniken, Selbsthilfegruppen etc.
- Beitrag schreiben für eine Zeitschrift der Krankenhausbranche
- Ein Manual erstellen für eine Trainerschulung
- Recherchieren, wie neue Therapieformen in den Heilmittelkatalog gelangen
- Multiplikatoren identifizieren, anschreiben und überzeugen

„... insgesamt kann ich sagen, hat uns das enorm nach vorne gebracht. Die erste interessante und wertvolle Begegnung war für uns, dass wir ihnen [...] erklären mussten [...], was wir da eigentlich machen. Und überhaupt dieser Begriff des „Transferprodukts“, das ist für mich als Wissenschaftlerin irgendwie eine Denke, die habe ich so noch nicht betrachtet.“

Nicht jedes Ziel konnte erreicht werden, auch weil ein Jahr für die Umsetzung in die Praxis oft zu kurz ist. Doch gelang es, in allen Projekten die Forschungsergebnisse bekannter und greifbarer für die Praxis zu machen sowie viele neue Kontakte zu knüpfen.

„Man muss sagen, ein positives Ergebnis der Umsetzungsbegleitung war schon, dass wir viele Kontakte gewonnen haben zu Selbsthilfegruppen, die wir vielleicht im Rahmen zukünftiger Projekte nutzen können, auch vereinzelt zu Kostenträgern.“

Die gesammelten Erfahrungen wurden zum Abschluss auf einem Umsetzungsworkshop vorgestellt. Vertreterinnen und Vertreter aus Forschung, Politik und Praxis (Krankenkassen, Rentenversicherung, Kliniken) diskutierten gemeinsam, wie die notwendigen Kompetenzen, Ressourcen und die Motivation für die Umsetzung gewonnen und das gegenseitige Verständnis gefördert werden können. Eine zentrale Erkenntnis war es auch, dass miteinander reden und dafür Anlässe zu schaffen, sehr wertvoll ist, um die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu überwinden.

Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunkts

Was hat der Förderschwerpunkt gebracht? Viele Ergebnisse werden in dieser Broschüre bereits beleuchtet. Um den Förderschwerpunkt darüber hinaus genauer beurteilen zu können, wurde die Prognos AG mit einer übergreifenden Analyse beauftragt.

Folgende Aspekte wurden untersucht:

„Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Mit den erzielten Forschungsergebnissen wurde somit ein wichtiger Beitrag zu mehr Patientenorientierung in der Versorgung geleistet.

Die geförderten Projekte ermöglichten den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auch, ihre weitere Forschung zu stärken. Denn mit der

Tabelle 4: Evaluation des Förderschwerpunkts

Zielanalyse	Einordnung des Förderschwerpunkts in übergeordnete Förderstrategien, Untersuchung der einzelnen Ziele der Förderung, Ableitung von Indikatoren zur Messung der Förderwirkungen
Bewertung von Organisation und Struktur der Fördermaßnahme	Untersuchung der Konstruktion des Förderschwerpunkts (gemeinsame Förderung unter Beteiligung mehrerer Ministerien und Versicherungsträger) sowie der Abwicklung der Förderaktivitäten
Inhaltliche Bewertung der geförderten Forschungsprojekte	Untersuchung der Projektinhalte, der eingesetzten Methoden und der Ergebnisse
Auswertung der Verwertung und Nutzung der Projektergebnisse	Untersuchung der Wirkungen der Förderung aufseiten der Wissenschaft (Impulse für Forschung, Veröffentlichungen, Nachfolgeaktivitäten etc.) und auf versorgungsseitiger Ebene (Transfer der Ergebnisse in die Versorgungspraxis)

Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, fügt sich der Förderschwerpunkt in übergeordnete Strategien ein. Darin zielt die Förderung der versorgungsnahen Forschung speziell darauf ab, die Versorgungsgestaltung zu optimieren. Die Tatsache, dass hier eine gemeinsame Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Rentenversicherung und die Krankenversicherungen erfolgt, ist außerdem ein Alleinstellungsmerkmal. Diese gemeinschaftliche Förderung bietet die einzigartige Möglichkeit, sektorenübergreifende Forschung gemeinsam zu initiieren. Und sie trägt dazu bei, die Forschungsergebnisse schneller in die Praxis zu überführen, da die Kosten- und Leistungsträger zum Teil direkt beteiligt sind.

Wie diese Broschüre darstellt, untersuchen die geförderten Projekte eine große Bandbreite unterschiedlicher Forschungsthemen in verschiedensten Versorgungssettings. Diese Vielfalt kann als Stärke begriffen werden, zeigt sie doch die Offenheit und Vielschichtigkeit des Themas

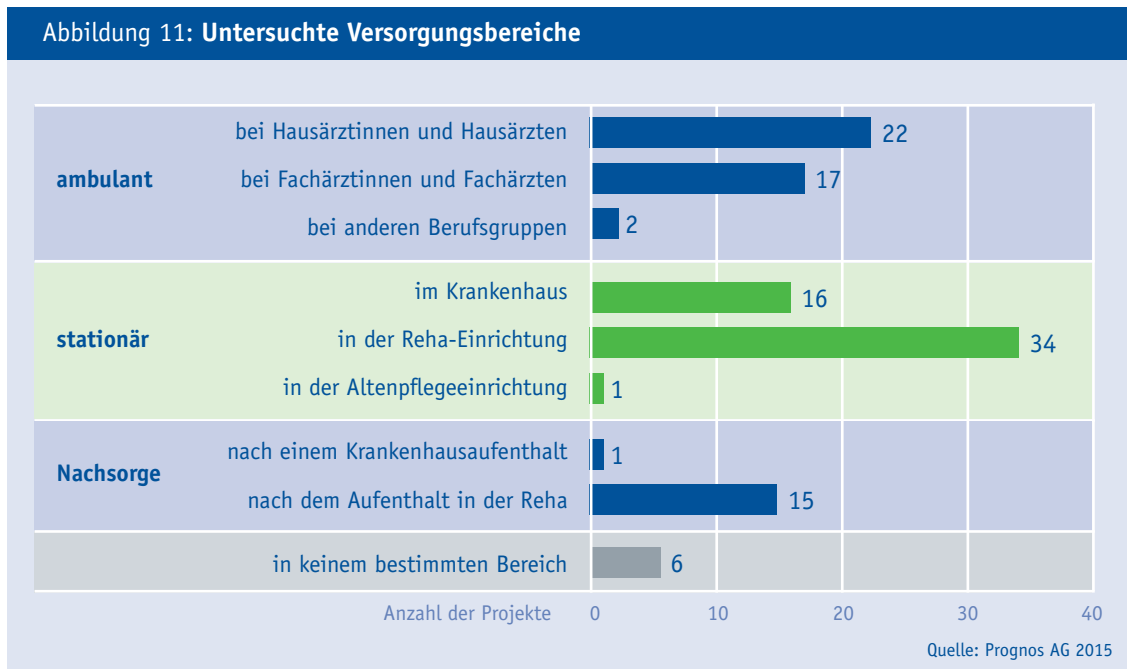
Teilnahme an der Fördermaßnahme ging eine spürbare Hebelwirkung einher. So wurden bisherige Forschungsaktivitäten ausgeweitet. Und die eigene Sichtbarkeit in der Forschungsgemeinde hat sich nach eigenen Aussagen erhöht.

Den meisten der geförderten Projekte haben einen starken Bezug zu Praxis: Erzielte Ergebnisse sind gut oder mit wenigen Einschränkungen direkt einsetzbar. Einige davon werden bereits in den Versorgungseinrichtungen eingesetzt. Es gibt jedoch auch Gründe dafür, weshalb an manchen Stellen der Transfer (noch) nicht gelungen ist. Zum Beispiel zeigen manche der erforschten Verfahren und Maßnahmen nicht den erwarteten Nutzen. Dieser ist jedoch eine Grundvoraussetzung für den Praxistransfer. Ein weiterer Grund sind Projekte, die bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollständig abgeschlossen sind und daher ihre Endergebnisse noch nicht vorliegen. Aber auch Finanzierungsengpässe sowie mangelnde Kooperationsstrukturen zwischen den Akteuren erschweren die Umsetzung.

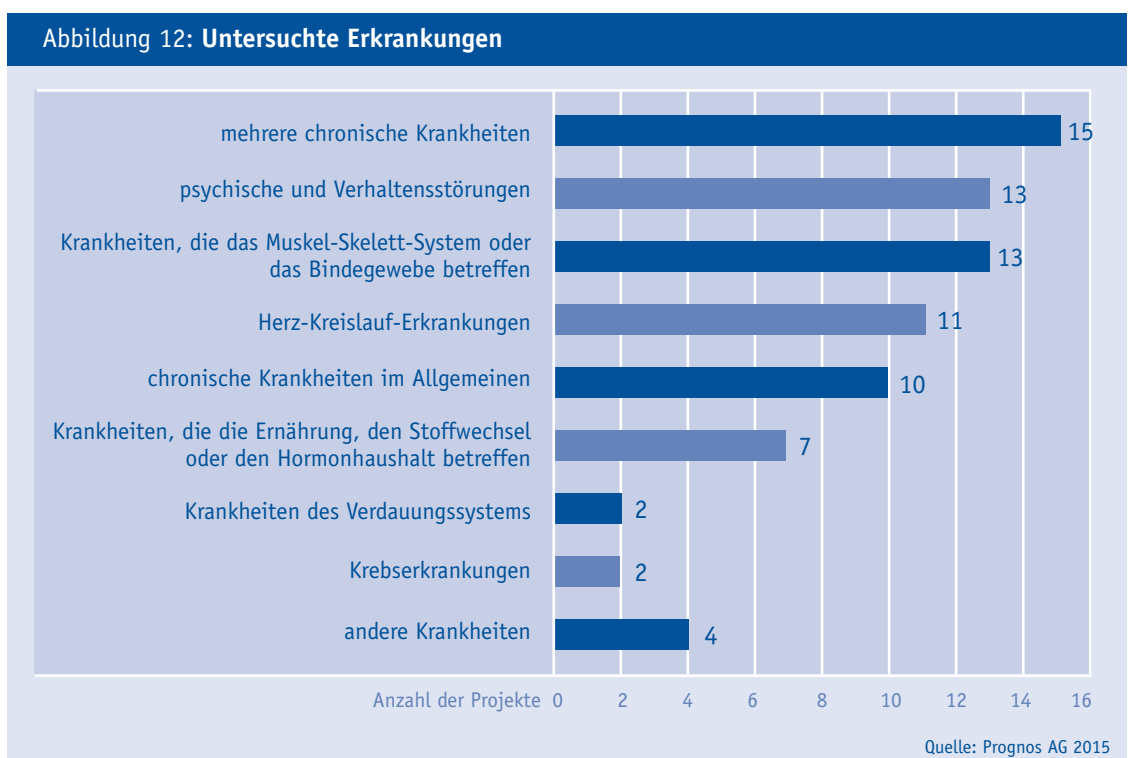
Der Förderschwerpunkt in Zahlen

Forschung dort, wo Versorgung stattfindet

An versorgungsnaher Forschung ist besonders, dass sie dort stattfindet, wo Patientinnen und Patienten versorgt werden. Die 77 geförderten Einzel- und Verbundprojekte des Förderschwerpunkts deckten eine große Bandbreite der Gesundheitsversorgung ab. Wie viele Projekte in einem bestimmten Versorgungsbereich angesiedelt waren, zeigt nachfolgende Abbildung:



Die geförderten Projekte beschäftigten sich mit verschiedensten chronischen Krankheiten. Besonders häufig wurden gleich mehrere Krankheiten in den Blick genommen:

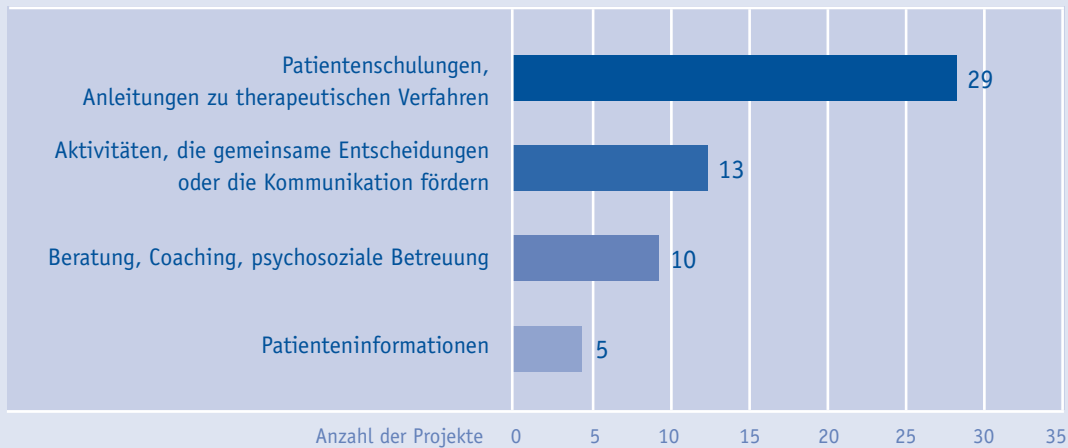


Der Förderschwerpunkt in Zahlen

Innovationen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern

In vielen Projekten wurden Innovationen entwickelt und erprobt, die direkt bei Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen sollen. Es handelte sich um:

Abbildung 13: Inhalte der Projekte mit direkt bei Patientinnen und Patienten eingesetzten Innovationen

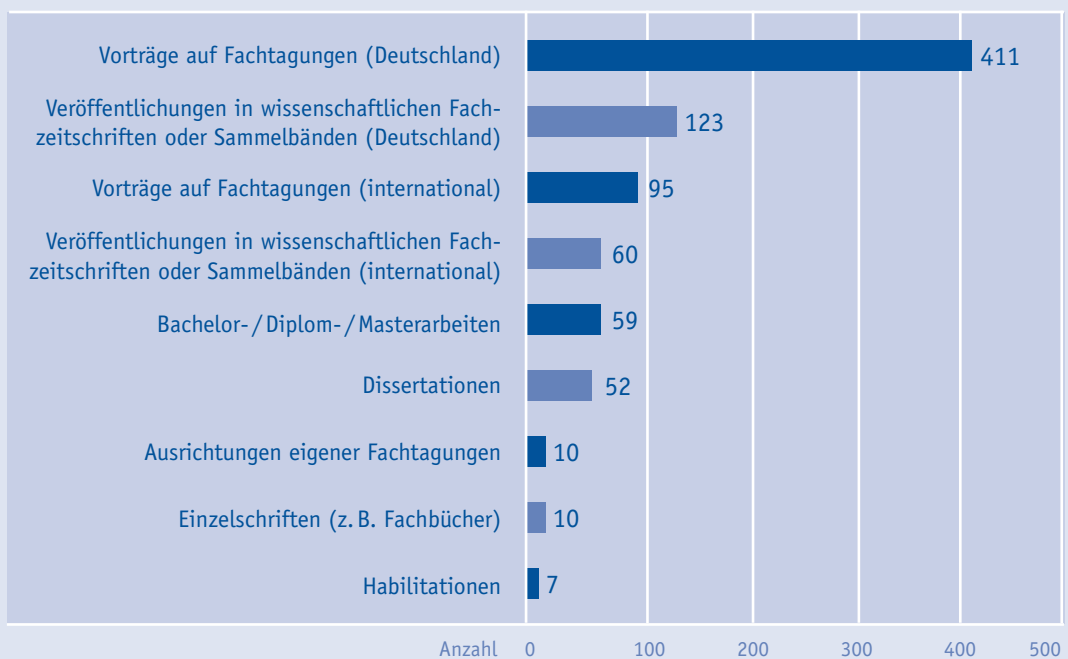


Quelle: Prognos AG 2015

Verbreitung der Ergebnisse

Die in den Projekten gewonnenen Erkenntnisse wurden bisher häufig auf Fachtagungen vorgestellt, für wissenschaftliche Arbeiten genutzt oder mittels Fachzeitschriften und in Sammelbänden veröffentlicht:

Abbildung 14: Verbreitung der Ergebnisse



Quelle: Prognos AG 2015

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

Informationen zum Förderschwerpunkt sowie zu den einzelnen Projekten finden Sie auch auf der Internetseite des Förderschwerpunkts www.forschung-patientenorientierung.de.

Bedarfsgerechte Patienteninformation

Behrens et al. · Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement „Schlaganfall in Sachsen-Anhalt“ (PaReSiS) – eine randomisierte kontrollierte Studie in der Schlaganfallnachsorge · Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Donner-Banzhoff et al. · Optimierung der Risikoberatung durch Darstellung der Veränderbarkeit der individuellen Lebenserwartung bzw. von Kosten-Nutzen (OptRisk) · Philipps-Universität Marburg

Fischer et al. · Optimierung der Blutdruckeinstellung durch intensiviert und strukturierte Information von Bluthochdruck-Patienten · Medizinische Universitätsklinik Freiburg

Glattacker et al. (a) · Bedarfsgerechte Patienteninformation für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf der Basis subjektiver Konzepte · Universitätsklinikum Freiburg

Härter et al. (a) · Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Informationssystems für Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Höder et al. · Vorbereitung auf die Reha: Was wissen Rehabilitanden über die Rehabilitation? Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien · Klinikum Bad Bramstedt

Hölzel et al. · Kultursensitive Patienteninformationen für Patienten/innen mit Migrationshintergrund und einer chronischen Erkrankung · Universitätsklinikum Freiburg

Kohlmann et al. · Risikoadaptierte Patienteninformation und -schulung bei unspezifischen Rückenschmerzen in der Allgemeinarztpraxis · Universität Greifswald

Löwe et al. · Effizienzsteigerung von Depressions-Screening durch gezielte Patienteninformation: Randomisierte kontrollierte Studie (DEPSCREEN-INFO) · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Lucius-Hoene et al. (a) · Patientenerfahrung als Empowerment, Deutsche Version der Website DIPEX mit Aufbau der Module Diabetes und Chronischer Schmerz · Universität Freiburg

Lucius-Hoene et al. (b) · Individuelle Krankheitserfahrungen als Informationsquelle und Entscheidungshilfe: Weiterer Aufbau und Evaluation der Website krankheitserfahrungen.de (DIPEXGermany) · Universität Freiburg

Mittag et al. · Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation: Vergleich unterschiedlicher Methoden der Outcome-Messung anhand von rehabilitationswissenschaftlichen Datensätzen und kognitiven Interviews über Veränderungssitems · Universität Freiburg

Raspe et al. · Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – mehr als eine Entzündung des Darmes: Somatische und psychosoziale Problemfelder und ihre Versorgung im Fokus von Patienten-Informationen (PROCED) · Universität Lübeck

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

Salize et al. · Effektivität und Kostenwirksamkeit der Verringerung zwangsweiser stationärpsychiatrischer Unterbringungen durch Intensivbetreuung, Schulung und präventives Monitoring · Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Thürmann et al. · Patientenpräferenzen bei Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln · Universität Witten/Herdecke

Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen

Berking et al. · Evaluation einer online-basierten Transferförderung nach stationärer Depressions-therapie (OTF-D) · Universität Nürnberg-Erlangen

Bischoff et al. · Akzeptanz, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement (E-Coaching) in der Rehabilitations-Nachsorge · Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim

Cieza et al. · Entwicklung und Evaluation einer ICF-basierten Patientenschulung für Schlaganfall-patienten in der Phase C und D · Ludwig-Maximilians-Universität München

Didjurgeit et al. · Steigerung der Versorgungsqualität zur Schlaganfallprävention bei Hochrisiko-Patienten mit Vorhofflimmern durch ein „shared-decision-making“-Modell · Institut für evidenzbasierte Medizin GmbH

Faller et al. (a) · Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag · Universität Würzburg

Faller et al. (b) · Live-Online-Nachsorge geschulter Rehabilitanden durch E-Learning · Universität Würzburg

Faller et al. (c) · Evaluation von ambulanten und stationären Schulungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (PACED) · Universität Würzburg

Gaebel et al. · Gruppenintervention zur Stärkung von Stigma-Bewältigungskompetenz und Empowerment bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (STEM) · Universität Düsseldorf

Hamann et al. (a) · Evaluation eines Shared Decision Making Trainings für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen · Technische Universität München

Hauschildt & Moritz et al. · Effektivität eines metakognitiven Selbsthilfeprogramms bei Menschen mit Zwangsstörung · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kofahl et al. · Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen Diabetikern in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Versorgungskonzept, sozioökonomischem Status und Integration · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kordy et al. · Wirksamkeit und Nachhaltigkeit eines internet-vermittelten post-stationären Verhaltenstrainings für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen · Universitätsklinikum Heidelberg

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

Krauth et al. · Evaluation eines Schulungsprogramms für Patientinnen mit Endometriose · Medizinische Hochschule Hannover

Kröner-Herwig et al. · Sekundärprävention einer psychosomatischen Anpassungsstörung bei anhaltendem Tinnitus – medienbasierte Programme vs. Gruppenschulungen · Universität Göttingen

Liepert et al. · Gesundheitstraining nach Schlaganfall: Neue Konzepte zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit und Analyse beeinflussender Faktoren · Kliniken Schmieder, Allensbach
Meng et al. · Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms · Universität Würzburg

Mews et al. · Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz von bildungsfernen türkischstämmigen Patienten mit Diabetes mellitus 2 · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Pfeifer et al. (a) · Integrative Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz · Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Pfeifer et al. (b) · Verhaltensbezogene Bewegungstherapie zur Optimierung der verhaltensmedizinischen orthopädischen Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz · Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Schmidt et al. · Förderung der Gesundheitsversorgungs-Kompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Transition · Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Schwarze et al. · Übersetzung, Adaption und Validierung des heiQ – eines generischen Instruments zur Bewertung von Patientenschulungen (PS) · Medizinische Hochschule Hannover

Spyra et al. (b) · Women@work – ein geschlechtersensibles Schulungsmodul zur beruflichen Orientierung für erwerbstätige Frauen · Charité – Universitätsmedizin Berlin

Warschburger et al. · Entwicklung und Evaluation eines entwicklungsangemessenen Schulungsprogramms für adipöse Jugendliche und junge Erwachsene (YOUTH) · Universität Potsdam

Wodarz et al. · Manualisierte, bedarfsorientierte Psychoedukation in der Akutbehandlung Alkoholabhängiger zur Verbesserung der Inanspruchnahme weiterer Hilfen · Universitätsklinikum Regensburg

Partizipative Versorgungsgestaltung

Altiner et al. · Verbesserung der hausärztlichen Versorgung schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes mellitus Typ II mittels partizipativer Entscheidungsfindung (DEBATE) · Universität Rostock

Andreas et al. · Entwicklung, Überprüfung und Implementierung eines ICF-basierten Instruments zu Aktivitäten und Partizipation für Patienten mit psychischen Erkrankungen · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Barzel et al. · Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint Induced Movement Therapy (HOME CIMT) · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

Bischof et al. · Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit · Universität Lübeck

Brenner et al. (a) · Nutzen eines supportiven, telefonbasierten Counselingsystems bei der hausärztlichen Betreuung von chronisch Kranken am Beispiel von Patienten mit Typ-2 Diabetes · Deutsches Krebsforschungszentrum

Brenner et al. (b) · Diabetes mellitus: Neue Wege der Optimierung der allgemeinärztlichen Betreuung · Deutsches Krebsforschungszentrum

Deck et al. (a) · Rehabilitationsnachsorge – ein neues Credo für Rehabilitationskliniken · Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Deck et al. (b) · Rehabilitationsnachsorge – Optimierung und Transfer des „Neuen Credo“ · Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Dirmaier et al. · Evaluation von Messdimensionen und patientenrelevanten Indikatoren einer partizipativen Versorgung chronischer Krankheiten · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Donner-Banzhoff et al. · Optimierung der Risikoberatung durch Darstellung der Veränderbarkeit der individuellen Lebenserwartung bzw. von Kosten-Nutzen (OptRisk) · Philipps-Universität Marburg

Farin-Glattacker et al. (a) · Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken: Geschlechts- und altersspezifische Präferenzen von Patientinnen und Patienten · Universitätsklinikum Freiburg

Farin-Glattacker et al. (b) · Patientenorientierte Veränderungsmessung: Gesundheitsbewertungen und die Beurteilung der Teilhabe-Relevanz von Behandlungseffekten durch chronisch Kranke · Universitätsklinikum Freiburg

Farin-Glattacker et al. (c) · Entwicklung und formative Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken · Universitätsklinikum Freiburg

Farin-Glattacker et al. (d) · Kommunikationskompetenzen chronisch Kranker im Hinblick auf die Interaktion mit Behandlern · Universitätsklinikum Freiburg

Geraedts et al. · Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker · Universität Witten/Herdecke

Glattacker et al. (b) · Förderung der Selbstregulation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (SELF) · Universitätsklinikum Freiburg

Grande et al. · Patientenorientierte Interventionen zur Lebensstilmodifikation bei KHK - Subjektive Konzepte zu Inhalten, Methoden und Setting nachhaltiger Sekundärprävention im Alltag · Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig

Hamann et al. (b) · Sind psychiatrische Patienten motiviert eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? · Technische Universität München

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

Härter et al. (a) · Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Informationssystems für Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Härter et al. (b) · Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Jäckel et al. · Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation · Universitätsklinikum Freiburg

Junius-Walker et al. · Proaktive partizipative Behandlungsplanung mit chronisch kranken älteren Patienten (PräfCheck) · Medizinische Hochschule Hannover

Karoff et al. · Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA) · Universität Witten/Herdecke

Kilian et al. · Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen · Universität Ulm

Klingebiel et al. · Patientenorientierte Beratung in der Versorgung seltener Erkrankungen – Ein modularisiertes Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen mit Achondroplasie · Deutsches Zentrum für Kleinwüchsige

Körner et al. (a) · Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation · Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Körner et al. (b) · Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken · Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Mau et al. (a) · Reha-Optimierung bei Patienten mit Polyarthritiden oder Spondyloarthritis durch ein individuell vereinbartes Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Mau et al. (b) · Gestufte bewegungsorientierte Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten mit entzündlichen und nicht-entzündlichen Erkrankungen des Bewegungssystems (boRN) · Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Melchior et al. · Chronifizierungsprozesse, „Patientenkarrieren“ und Patientenbedarfe bei Angst- und depressiven Erkrankungen: Ist-Analyse & Evaluation einer Case-Management-orientierten Nachsorge-Koordination nach stationärer Rehabilitation · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Mühlig et al. · Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung der Evidenzlage unter systematischer Einbeziehung patientenrelevanter Endpunkte (BEPE) · Technische Universität Chemnitz

Neuderth et al. · Einfluss von Shared-Decision-Making (SDM) auf die Akzeptanz und Effektivität berufsorientierter Interventionen (BO-Interventionen) in der medizinischen Rehabilitation · Universität Würzburg

Liste aller Projekte des Förderschwerpunkts

in der Schmitt et al. · Respekt für vorausverfügte Entscheidungen und Präferenzen für den Fall von Krankheit und Tod (RESPEKT). Kontrollierte Interventionsstudie zur prozess- und systemorientierten Implementierung von Patienten-Vorausverfügungen in Altenheimen und den relevanten Versorgungsstrukturen einer Modellregion · Universitätsklinik Düsseldorf

Spyra et al. (a) · Wirksamkeit einer sektorenübergreifenden geschlechtsspezifischen Intervention zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von KHK-RehabilitandInnen · Charité – Universitätsmedizin Berlin

Stamm-Balderjahn et al. · Effektivität manualgestützter Zielvereinbarungen bei KHK-PatientInnen – ein Instrument zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in der Phase III-Rehabilitation · Charité – Universitätsmedizin Berlin

Szecsényi et al. · Verbesserung der häuslichen Versorgung von Palliativpatienten durch Unterstützung pflegender Angehöriger · Universitätsklinikum Heidelberg

Trojan et al. · Qualitätskonzept „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung. Entwicklung und Erprobung von Bewertungsinstrumenten für die Kooperation zwischen Patienten und Krankenhäusern · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Watzke et al. (a) · Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Weis et al. · Patientenkompetenz und krankheitsbezogene Sorgen (Progredienzangst) von Tumorpatienten im Verlauf onkologischer Rehabilitation · Universitätsklinikum Freiburg

Wilm et al. · Bilanzierungsdialoge als Mittel zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung hausärztlicher Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischer Krankheit (BILANZ) · Universitätsklinikum Düsseldorf

Weitere Informationen und Veröffentlichungen finden Sie auf der Internetseite des Förderschwerpunkts:

www.forschung-patientenorientierung.de

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

für das BMBF

Dr. Annika Putz
DLR Projektträger
Gesundheitsforschung
Heinrich-Konen-Str. 1
53227 Bonn
annika.putz@dlr.de

für die DRV Bund

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich Reha-Wissenschaften
0420/R 4003
10704 Berlin
rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de

für die Krankenkassen

Dr. Roland Leuschner
BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
roland.leuschner@bkk-dv.de

für die Private Krankenversicherung

Dr. Norbert Loskamp
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Büro Berlin
Glinkastraße 40
10117 Berlin
norbert.loskamp@pkv.de



Gemeinsamer Förderschwerpunkt

Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

