

Patienten als Co-Produzenten von Gesundheit und ihre mögliche Unterstützung in einem optimierten System von Integrierter Versorgung¹

HELMUT HILDEBRANDT, JUSTIN RAUTENBERG & STEVEN RENNER

Die *Integrierte Versorgung* versucht die Mängel und Defizite, die aus der Fragmentierung des Versorgungssystems entstehen, durch eine besser gesteuerte und informationell optimierte Integration aufzuheben. Gleichzeitig verbindet sich damit die Erwartung, dass eine solche Optimierung auch zu einer Qualitätsverbesserung und im besten Fall zu einer Kostensenkung der Gesundheitsausgaben über den Lebenszyklus der Patienten führt. Für alle drei Ziele – Versorgungsintegration, Qualitätssteigerung und Kostensenkung – gilt es, sich zunächst den Produktionsprozess von Gesundheit (bzw. Krankheitsminderung oder -heilung) zu vergegenwärtigen.

Für die heute vorherrschenden Erkrankungen ist der Produktionsprozess von Gesundheit (und analog von Krankheitsminderung oder -heilung) nicht mehr einfach als mechanische Intervention im Sinne eines Reiz-Reaktions-Schemas zu verstehen, sondern erfordert eine kybernetische Sicht. Gesundheit gestaltet sich in der komplexen Interaktion des betreffenden Menschen, seiner biopsychosozialen und materiellen Umgebung sowie der Professionen des Gesundheitssystems, ihrer jeweiligen Haltungen und ihrer Professionalität. Für die optimale Wirksamkeitsentfaltung von Integrierter Versorgung muss deshalb der Organisator eines integrierten Versorgungssystems, hier als „Integrator“ bezeichnet, gezielt auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheit einwirken und dazu die Beteiligung und Aktivierung der Bürger als Co-Produzenten von Gesundheit in den Fokus nehmen, sowohl in der Rolle eines Handelnden innerhalb der Gesellschaft als auch in der Rolle der Patienten.

Genau dieses ist aber einer der Schwachpunkte vieler Integrationslösungen. Allzu oft folgen diese dem klassischen Paradigma des „Managed Care“, also der Annahme, dass Patienten durch ein System bzw. die Ärzteschaft erfolgreich im Sinne des Kostenträgers gesteuert werden. „Über den Patienten hinweg“ oder sogar „gegen den Patienten“ wird Gesundheit aber nicht erzeugt werden können – vor allem nicht bei lebensstilbedingten Erkrankungen. Vielmehr kann dies nur in der produktiv gewordenen, positiven Verbindung zwischen Patienten, ihrer Systemumgebung, ihren Angehörigen und den unterstützenden Akteuren aus dem Sozial- und Medizinsystem erfolgen. Das heißt, die Aufgabe eines Integrators besteht primär darin, die bestmögliche Entfaltung der salutogenen Ressourcen des Patienten und der Unterstützungs-umgebung zu ermöglichen. Neben der Beteiligung und Aktivierung der Bürger muss der „Integrator“ sein Augenmerk gleichermaßen auch auf die Beteiligung und Aktivierung der vielfältigen Professionen ausrichten, die am Versorgungsprozess beteiligt sind. Die Form, in der sie ihre Beziehung zum Patienten gestalten, ihre Kompetenz und ihre Informationspolitik sind in höchstem Maße relevant für den Erfolg des gesamten Integrierten Versorgungssystems.

1. Fünf Interventionsbeispiele im Kontext Integrierter Versorgungslösungen

Im Folgenden werden fünf sich ergänzende Interventionsbeispiele im Kontext Integrierter Versorgungslösungen vorgestellt, an denen die Verfasser beteiligt sind bzw. waren: „Gesundes Kinzigtal“, „Gesundheit für Billstedt-Horn“ und „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“.

¹ Der Artikel basiert auf einem im Erscheinen befindlichen Buchbeitrag von Hildebrandt, Gröne und Pimperl (2020)

Partizipative Entscheidungsfindung und Nutzung von aktivierenden Befragungen und Zielvereinbarungen

Die Beteiligung von Patienten an der Entscheidung für die aus ihrer Sicht zu präferierende medizinische Intervention hat eine hohe Bedeutung für den Heilungserfolg, das ist inzwischen vielfach belegt (vgl. Härter et al. 2005). In dem seit bereits 15 Jahren bestehenden Pilotmodell der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ wurden deshalb durch den Integrator die behandelnden Ärzte dahingehend geschult, mit kranken oder krankheitsgefährdeten Patienten Zielvereinbarungen auszuarbeiten, die die Therapiemotivation und Eigeninitiative der Patienten zur Erhaltung ihrer Gesundheit stimulieren. Ein Gesundheitsfragebogen wird dazu genutzt, dass Patienten sich ihrer eigenen Motivation und Präferenzen vor dem Gespräch mit dem Arzt besser bewusst werden können, auf die der Arzt im anschließenden Gespräch eingehen kann. Die Patienten, die über derartig vereinbarte Ziele mit ihren Ärzten berichten, geben in den zirka alle 2 bis 3 Jahre erfolgenden Patientenbefragungen sehr viel höhere Zufriedenheitswerte an als die übrigen Patienten (vgl. Siegel et al. 2014).

Selbsthilfeunterstützung und Selbstmanagement-Trainings für Chroniker

Ebenfalls im Kinzigtal unterstützt der dortige Integrator aktiv die Gründung von Selbsthilfegruppen und bietet räumliche und koordinative Unterstützung dafür. Als Ausweis seiner Aktivität in diesem Feld ist Gesundes Kinzigtal außerdem Mitglied im Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“.

Eine neue Entwicklung ist die Weiterführung dieses Ansatzes hin zur Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstmanagement. Dafür wurde im Jahr 2015 ein neues Programm eingeführt, das sich speziell auf Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen ausrichtet und diesen Hilfestellungen für ihre Alltagsbewältigung anbietet. Das Programm „Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA) – Gesund und aktiv leben“ soll eine Ergänzung zur medizinischen und therapeutischen Versorgung sein. Der kostenlose Kurs unterstützt die Teilnehmer dabei, ihre Lebensqualität bei chronischer Krankheit zu verbessern, die Krankheit besser in den „Griff zu bekommen“ und sich weniger von ihr beherrschen zu lassen, gleichzeitig auch ihren Alltag und ihre Medikamenteneinnahme gut zu organisieren, sich ausgewogen zu ernähren und körperlich aktiv zu sein. Geleitet werden die Gruppen von je zwei ausgebildeten Kursleitern. Mindestens eine dieser Personen ist direkt oder indirekt via Angehörige von einer chronischen Erkrankung betroffen. Ein Kurs geht über sechs Wochen, in denen sich die Gruppe einmal pro Woche für je zweieinhalb Stunden trifft.

INSEA ist die deutsche Version der Kurse im „Chronic Disease Self-Management Program“, die an der Universität Stanford entwickelt und wissenschaftlich geprüft wurden. Ihre Übertragung auf den deutschen Sprachraum wurde gefördert von der Careum Stiftung Zürich. Die Umsetzung in Deutschland wird ermöglicht

durch die Robert Bosch Stiftung und die BARMER². Inzwischen werden diese Trainings auch mit gutem Erfolg im Werra-Meißner-Kreis angeboten. Es gibt eine Kooperation mit der Selbsthilfekontaktstelle und die Mitgliedschaft im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit. In den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn ist die Selbsthilfekontaktstelle über einen Sozialbeirat integriert, das Kursprogramm weist darüber hinaus auf Selbsthilfeangebote hin³.

„Gut Beraten“ – Ein Programm zur Unterstützung von Patienten in komplexen Belastungssituationen

Immer wieder verbinden sich somatische, psychische und soziale Konfliktlagen so kompliziert miteinander, dass sie sich gegenseitig multiplizieren und so „verknoten“, dass sie unlösbar erscheinen. Im Kinzigtal sowie in einem Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt und Horn war dies der Anlass für die Etablierung und die Anstellung von Gesundheitsberatern sowie die Verknüpfung mit dem sozialen Dienst der dortigen AOK⁴.

Förderung von Gesundheitskompetenz und „Ask me Three“

In dem Versorgungsnetzwerk Gesundheit für Billstedt Horn UG wurde die Stärkung der Gesundheitskompetenz (vgl. Schaeffer 2016) durch die vom Institute for Health Care Improvement in den USA entwickelte Kampagne „Ask me Three“ umgesetzt (OptiMedis 2018). Ziel dieser Kampagne ist es, Patienten zu aktivieren und ihre kommunikativen Kompetenzen zu verbessern⁵. Dazu werden Patienten durch Poster und Handzettel dazu ermutigt, ihrem Arzt drei konkrete Fragen zu stellen und diese im Dialog mit ihm für sich selbst zu klären:

1. Welches gesundheitliche Problem habe ich?
2. Was kann ich dagegen tun?
3. Warum ist das wichtig für mich?

Die Handzettel sind dabei so gestaltet, dass Patienten direkt die Einsichten aus dem Arztgespräch dokumentieren können⁶. Die Poster, die in den Praxen aushängen, sind mit Bildern des Praxispersonals und des Arztes personalisiert, um eine emotionale Verbindung mit dem Patienten aufzubauen. Die Kampagne ist so entwickelt, dass sie sich nicht nur an die Patienten, sondern gleichermaßen auch an die Ärzte und Praxismitarbeiter richtet, die im Rahmen von Workshops/Trainings auf den Umgang mit o. g. drei Fragen geschult werden und das Aufhängen der Poster und die Auslage der Informationsmaterialien unterstützen. Evaluationen der Kampagne haben gezeigt, dass sie leicht umzusetzen ist, geringe kognitive Hürden darstellt, die Patientenzufriedenheit er-

2 Weiterführende Informationen finden sich u. a. bei Haslbeck (2016) und auf der Internetseite www.insea-aktiv.de.

3 vgl. <https://gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk/#/kursprogramm>

4 Auszüge aus relevanten Interviews mit einer Ärztin und einem Patienten finden sich in dem Aufsatz von Hildebrandt (2018); ein Fallbericht kann in *Gesundes Kinzigtal* (2014, S. 23) nachgelesen werden.

5 vgl. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx>

6 vgl. <https://experten.gesundheit-bh.de/gesundheitskompetenz/>

höht und die Einschätzung der kulturellen Kompetenz des Arztes durch den Patienten positiv beeinflusst (vgl. Michalopoulou 2010). Weiterhin wurde aufgezeigt, dass durch die Ask Me Three-Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die durch den Patienten wahrgenommene Befähigung zum Selbstmanagement dreifach erhöht werden konnte. Dabei verlängerte die Kampagne die Konsultationszeit nachgewiesenermaßen nicht (vgl. Groene et al. 2012).

Es zeigte sich auch, dass keine pauschale Indikation für die Nutzung des Handzettels ausgesprochen werden kann und dass nicht alle Patienten den Handzettel nutzten. Gerade aber vulnerable Patientengruppen profitieren überproportional von der Umsetzung. Aufgrund der positiven Erfahrungen in den Stadtteilen Hamburg Billstedt und Horn unterstützt die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz die Kampagne nun in ganz Hamburg.

Etablierung von Gesundheitsberater in einem Gesundheitskiosk

Gerade in sozial deprivierten großstädtischen Gebieten wie den beiden Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn, die von einem hohen Anteil an Menschen mit geringer Kaufkraft, Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen geprägt sind, findet sich relativ gesehen eine niedrigere Arztdichte als in besser situierten Stadtgebieten. Dies ist in besonderem Maße problematisch, da es aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten und kulturellen Hürden u. a. einer (zeit-)intensiveren Patientenbetreuung durch das ärztliche und Praxispersonal bedarf. In praxi kann das erhöhte Patientenaufkommen angesichts einer endlichen Stundenzahl der Praxen in diesen Stadtteilen leider meist nur mit einer reduzierten Konsultationszeit pro Patient beantwortet werden. Zum Ausgleich hat das Integrierte Versorgungssystem „Gesundheit für Billstedt-Horn“ dort, startfinanziert über den Innovationsfonds, einen „Gesundheitskiosk“ eingerichtet.

Die Arbeitsschwerpunkte orientieren sich am Bedarf der Bevölkerung: Enge Vernetzung der medizinischen Akteure mit denen in den Pflegestützpunkten, Elternschulen oder Familienzentren, Stärkung der wohnortnahen Versorgung, Entlastung der Ärzte, Gesundheitsförderung und Prävention sowie sektorenübergreifendes, innovatives Versorgungsmanagement. Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer körperlichen oder seelischen Konstitution oder wegen ihrer sozioökonomischen Situation für vorzeitige Erkrankungen besonders anfällig sind, finden im ersten Gesundheitskiosk Deutschlands nach finnischem Vorbild ein niedrigschwelliges Beratungsangebot. Ein Team von Krankenpflegekräften mit Spezialausbildungen und muttersprachlicher Fähigkeit in den wichtigsten Sprachen des Stadtteils (neben Deutsch, v. a. Türkisch, Farsi, Russisch, Polnisch) berät auf hundert Quadratmetern in insgesamt sieben Sprachen Patienten vor und nach Arztbesuchen, koordiniert Behandlungsschritte, vermittelt an Einrichtungen und Vereine im Stadtteil und stellt für die meisten Patienten so eine kontinuierliche Betreuung auch in der Muttersprache sicher. Mit mehr Vertrauen, Aufklärung und ganz-

heitlicher Hilfe wachsen Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Menschen. Für Versicherte der am Projekt teilnehmenden Krankenkassen ist die Beratung kostenlos.

Gleichzeitig ist der Gesundheitskiosk die Anlaufstelle für alle Netzärzte und sozialen Einrichtungen. Sie bekommen hier bei Fragen oder Schwierigkeiten, etwa in der Patientenkommunikation, Unterstützung. Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde das Kiosk-Personal von Experten des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entsprechend geschult. Zusätzlich wurde auch in Arztpraxen, Krankenhäusern, Eltern- und Familienzentren, Selbsthilfeinitiativen oder beim Deutschen Roten Kreuz hospitiert. Zum Gesundheitskiosk kommen die Patienten entweder auf Eigeninitiative oder über ihren Arzt, der ihnen ein eigens dafür erstelltes Überweisungsformular ausstellt. Das soll die Wirkung der ärztlichen Empfehlung erhöhen und eine Verhaltensänderung initiieren.

Jedes dieser Instrumente zielt darauf ab, den Patienten besser zu informieren, ihn zu aktivieren und ihn in die Lage zu versetzen, selbstbestimmt Entscheidungen zugunsten seiner Gesundheit zu treffen. Voraussetzung dafür ist eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen dem Patienten und allen an seiner Behandlung Beteiligten.

Neuere Entwicklungen unterstützen diesen Ansatz, wie z. B. das Open-Notes-Projekt, das Patienten Zugang zu ihrer elektronischen Patientenakte gibt, wodurch sich Behandlungsqualität und -sicherheit erhöhen (Esch et al. 2016). Auch sogenannte „Patient-wearable-devices“ zur Datensammlung zum Gesundheitsverhalten (von Lebensweise bis Medikationsadhärenz) zielen auf die Befähigung des Patienten ab, wobei es dem Patienten überlassen ist, ob und wie er die gesammelten Daten mit dem Arzt zwecks Behandlungsabstimmung teilt (Granado-Font et al. 2015).

2. Interprofessionalität als Co-Produktionsfaktor und Katalysator von Gesundheit

Gerade in einer durch die jeweilige Erkrankung geschwächten Situation benötigt der Patient Unterstützung durch Dritte. Neben eventuellen Angehörigen, Freunden und Peers sind dies die professionellen Experten des Versorgungssystems. Je komplexer die Erkrankung und je stärker sie mit der sozialen Situation des Patienten verwoben ist, umso komplexer wird auch der benötigte Erfahrungs- und Professionenmix. Neben der allgemein- und unterschiedlich fachärztlichen Expertise werden hier u. a. Expertise in den Bereichen Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik, Gesundheitsförderung, IT und Versorgungssystem in je neu zu organisierendem und über die Zeit variierendem Anteil benötigt. Dabei stellt sich die Frage nach dem Management der Unterstützung, nach der Governance und der Verantwortung.

Eine erste denkbare Ordnungsstruktur besteht in der Organisation über den Facharzt für Allgemeinmedizin – den Hausarzt. Diesem Modell folgen u. a. die sogenannten *Hausarztverträge*, die dem Arzt die Gatekeeper-Funktion und damit die erst über ihn zu

organisierende weitere Verteilungsfunktion in die verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung zuschreibt. Zwei Herausforderungen sind damit verbunden: zum einen die Notwendigkeit, dass dieser Hausarzt die jeweiligen Unterstützungsfähigkeiten der unterschiedlichen Professionen kennt, richtig einschätzen und die passgenaue Übergabe organisieren kann. Zum anderen, dass dieser Hausarzt dafür auch die notwendigen zeitlichen Freiräume hat bzw. sie ihm über eine Zusatzfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Auf der größeren Ebene gesehen kommt hinzu, dass es überall genügend Hausärzte geben müsste, um den Bedarf für eine solche Unterstützungsarbeit zu erfüllen, und genau dieses ist heute schon bei der auf durchschnittlich acht Minuten eingeschränkten Beratungszeit nicht gegeben. Eine dritte Herausforderung entsteht dadurch, dass der Arzt als Gatekeeper auch zum Case Manager und zum Teil zum Sozialarbeiter wird, d. h. er bewegt sich außerhalb seiner direkten professionellen Expertise und kommt in der hohen Form der Arbeitsteilung von heute in die Gefahr einer partiellen Dequalifizierung für seine notwendige stetige ärztliche Weiterqualifizierung. Inwiefern sich die Case Management-Aufgabe teilweise durch ihn auf Angestellte delegieren lassen ließe und welche neuen Herausforderungen sich damit stellen würden, soll hier nicht weiter ausgeführt werden, da diese Fragen z. T. bei den nächsten Ordnungsstrukturen mitdiskutiert werden.

Eine zweite denkbare Ordnungsstruktur ist die Einführung eines neuen Berufsbildes eines *Patientenlotsen*. Mit speziellen Schlaganfalllotsen, Herzinsuffizienzlotsen, einer Pain Nurse u. a. wird bereits mit weiteren Aufgliederungen experimentiert (vgl. Braesecke 2018). Auch hier stellen sich spezifische Herausforderungen bzw. Fragen: Über welche medizinischen Kenntnisse müsste der Patientenlotse, gelegentlich auch als medizinischer Case Manager bezeichnet, verfügen, um den jeweilig erforderlichen Unterstützungsbedarf verantwortlich zu erkennen? Wie soll die Vergütungsform für diese Leistung in die GKV integriert werden? Wie sollen Weiterverweisungs-Regelungen sicher und ohne Korruptionsmöglichkeiten organisiert werden? Auf welcher Ausbildungsbasis soll die Weiterbildung aufgesetzt und mit welcher Intensität und welchem Stundenvolumen angegangen werden?

Eine dritte und auch nicht notwendigerweise alternative, sondern eventuell eher komplementäre Lösung wäre unter Nutzung eines *telemedizinischen Case Managements* vorstellbar. Erste Krankenhausträger erwägen bereits entsprechende Angebote als Selbstzahlerlösung. Auch hier stellen sich zahlreiche Fragen, so etwa neben den oben schon angesprochenen auch die Frage nach der Assessmentqualität trotz der eingeschränkten face-to-face-Interaktion.

Für alle Formen stellt sich ferner eine weitere Frage: Wie sollen die erforderlichen Mittel aufgebracht werden, um diese Unterstützung finanzieren zu können, und wie können interessengeleitete Wertschöpfungsketten vermieden werden, die Patienten in einer Bedürftigkeitsspirale halten, anstatt sie optimal in ihrem Selbstmanagement und ihrer Selbstbestimmung entsprechend ihrer jeweiligen Fähigkeiten zu unterstützen?

Hier kann der Integrator seine besondere Rolle entfalten. In dem dritten, erst kürzlich initiierten integrierten Versorgungssystem „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ wird in Ergänzung zu den Selbsthilfe und Selbstmanagement unterstützenden Lösungen „von oben“ mit einem weiteren Modell experimentiert. Dort sollen quer über alle Professionen des Versorgungssystems auf einer mittleren Qualifikationsstufe sogenannte *Gesundheitslotsen* ausgebildet werden, die Patienten in Praxen und Einrichtungen zusätzlich zu den normalen Tätigkeiten als eine erste Anlaufstation dienen können, so bspw. bei Fragen zu ihrer Gesundheitsförderung und Unterstützung. Insbesondere werden dazu folgende Berufsgruppen angesprochen: Medizinische Fachangestellte (MFA) aus Arztpraxen, Pharmazeutisch-Technische Assistenten (PTA) aus Apotheken, Zahnmedizinische Prophylaxeassistenten (ZMP) aus Zahnarztpraxen, Pflegekräfte in der Alten- oder Krankenpflege, Therapeuten und Fitnesstrainer, Berufsgruppen aus Physio-, Logo- und Ergotherapiepraxen und Studios, Ernährungsberater, Ökotrophologen und Hebammen. Patienten sollen frei wählen können, welche Person und Profession sie aus der von ihnen präferierten ersten Kontaktstelle zum Gesundheitssystem zur Unterstützung heranziehen möchten. Gleichzeitig sollen sie jederzeit den freien Zugang zu den verschiedenen Versorgungsektoren behalten. Explizit wird von einem Gatekeeping-Modell und der damit verbundenen teilweisen Einschränkung der Freiheiten des Patienten abgesehen. Ebenfalls explizit wird von dem Begriff „Patientenlotsen“ abgesehen, da es hier nicht nur um die Lotsung innerhalb des Versorgungssystems, sondern auch um die Unterstützung von Gesunden bei ihrer Gesundheitsförderung und Erhaltung ihrer Gesundheit gehen soll. Zwanzig derartige Gesundheitslotsen sind bereits ausgebildet worden, insgesamt wird von ca. 70 bis 80 Personen ausgegangen, die dahingehend qualifiziert werden sollen, möglicherweise einzelne darüber hinaus für spezielle Einsatzbereiche, z. B. im betrieblichen Umfeld, im Umfeld rund um das Jobcenter und die Langzeitarbeitslosigkeit, im Kontext von Suchterkrankungen etc. Ergänzend zu den Gesundheitslotsen wurde dort der Werra-Meißner-Kreis erfolgreich dabei unterstützt, sechs „*Gemeindekrankenschwestern 2.0*“ im Rahmen einer Ausschreibung des Landes Hessen zu beantragen. Sie sollen im Sinne eines „sozialen Kümmerers“ die soziale Teilhabe und die Mobilität der Klienten sichern bzw. wiederherstellen und gesundheitlichen Risiken vorbeugen. Dabei sollen insbesondere psycho-soziale oder gesundheitliche Problemlagen frühzeitig erkannt und gegengesteuert werden. Die Gemeindegeschwester 2.0 füllt damit eine Versorgungslücke bei der Versorgung von Klienten, die noch keine medizinische Versorgung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) bzw. des Pflegedienstes benötigen, aber durch die fehlende altersgerechte Infrastruktur unterversorgt sind.

Die Aufgaben der Gemeindegeschwester 2.0 umfassen:

- präventive Hausbesuche beim Klienten
- Analyse der medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Versorgungsbedarfe der Klienten

- Planung der Versorgungs- und Unterstützungsleistungen gemeinsam mit dem Klienten und den an der Versorgung beteiligten Akteuren, u. a. Hausärzten und Angehörigen aber auch sozialen Einrichtungen.
- Aktivieren bzw. Einsteuern des Klienten in die vorhandenen regionalen Hilfs- und Unterstützungssysteme, u. a. medizinischer Sektor, ggfs. Pflege oder Soziales.
- Schnittstellenmanagement in den verschiedenen Versorgungsebenen, u. a. ambulant-stationär.
- Monitoring und Nachhalten der geleisteten Versorgungs- und Unterstützungsleistungen
- Wahrnehmung der Interessen des Klienten gegenüber Dritten, z. B. bei Arztbesuchen

Mittelfristig soll das gesamte Modell zusätzlich durch eine *digitale Plattform* unterstützt werden, die ihrerseits interessierte Bürger und Patienten mit Angeboten zum Selbstmanagement, Offerten zur nachbarschaftlichen Hilfe, Vereinsangeboten und neutraler Informationsbereitstellung unterstützt und ihnen im Sinne des o. a. „Open Notes“-Modells die über sie gespeicherten Daten der Leistungserbringer sichtbar macht sowie ihrerseits Einträge aus Wearables und APP-Lösungen ermöglicht. Auch diese Lösung produziert gewisse Herausforderungen: So wird zu evaluieren sein, welche Patienten aus welchen sozialen Gruppen mit dieser Lösung besser und schlechter zurechtkommen. Auch hier stellen sich die Fragen nach einer angemessenen Vergütung der Gesundheitslotsen, nach genügend Interessenten für die Ausbildung, nach der Einbettung in die bestehenden Geschäftsmodelle der jeweiligen Anstellungsträger, nach möglichen Zusatzkosten gegenüber der Regelversorgung und, genauso wie oben, die Frage nach der Vermeidung von interessengeleiteten Wertschöpfungsketten.

Das vorgestellte Modell reagiert auf die große Bedeutung der Co-Produktionsrolle der Bürger im Produktionsprozess von Gesundheit. Bei der Entwicklung des Modells konnte auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in integrierten Versorgungsnetzwerken und in Versorgungsprojekten des Innovationsfonds deutschlandweit gemacht wurden. Häufig hat es sich darin als schwierig erwiesen, die Arztpraxen und die darin tätigen Ärzte und Medizinischen Fachangestellten dauerhaft und im nötigen Umfang zur Unterstützung der Patienten außerhalb der direkten medizinischen Bedarfe zu motivieren. Mehrere Faktoren wirken üblicherweise daran mit: Die Work-Life-Balance der partizipierenden Ärzte angesichts der Unmöglichkeit, die Zahl der Ärzte insgesamt in der jeweiligen Region zu vermehren; das Gefühl der unzureichenden Kompetenz in den sozialpolitischen Regularien; die Überforderung mit den medizinischen Bedarfen der Patientinnen; die Orientierung an dem Verhalten anderer Ärzte außerhalb des integrierten Versorgungssystems und – trotz Ausgleichsvergütung der zusätzlichen Zeitaufwände – die betriebswirtschaftlichen Erwägungen bzgl. der Dauerhaftigkeit und Sicherheit der Zusatzvergütungen. Ein Editorial im Lancet (2019) beschrieb kürz-

lich unter der Überschrift „Physician burnout: a global crisis“ die Überlastung der Ärzteschaft und forderte die Entwicklung von „systemic and institutional levels with concerted efforts from all relevant stakeholders“ (The Lancet 2019, S. 93). Auch von anderen Berufsgruppen werden erhöhte Burnout-Raten berichtet. Eine gleichmäßigere Verteilung auf alle Kontaktstellen und Professionen sowie die bestmögliche Nutzung der salutogenen Ressourcen von Patienten und Carern sowie Peers erscheint daher auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention von Fachkräftemangel geboten.

Die Reaktion mit dem Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn und den dort beschäftigten zusätzlichen Mitarbeitern stellt insofern schon einen gewissen Lösungsversuch für die spezifische dortige Situation mit den besonderen sprachlichen Bedarfen dar. Sie ist allerdings noch nicht bzgl. der Wirtschaftlichkeit dieser Lösung evaluiert. Mit der Ausdehnung der Gesundheitslotsenfunktion auf alle Kontaktstellen im weiter gefassten Bereich des Gesundheits-, Pflege- und ggf. auch Sozialwesens wird die Hoffnung verbunden, dass noch niedrighschwelliger als mit dem räumlich auf zwei Standorte begrenzten Gesundheitskiosk eine größere Vielzahl von Patienten unterstützt werden kann.

Wie eingangs erwähnt stehen die hier vorgestellten integrierten Versorgungssysteme vor der Herausforderung, sich aus dem erzeugten Gesundheitsmehrwert für die betreffende Population selber zu refinanzieren. So wie pharmazeutische Hersteller sich einem Vergleich des Mehrnutzens ihrer Medikamente gegenüber der bisherigen Regelversorgung unterziehen müssen, werden sich in naher Zukunft in entwickelten Gesundheitssystemen entsprechend der Verteilungsknappheit der gesellschaftlichen Ressourcen auch therapeutische Lösungen und integrierte Versorgungssysteme einem solchen Vergleich unterziehen müssen (vgl. Augurzky et al, 2018). Das oben vorgestellte und für das integrierte Versorgungssystem im Werra-Meißner-Kreis vorgesehene Modell könnte sich als Prototyp für eine sowohl wirtschaftliche wie auch von ihrem Gesundheitsergebnis und ihrer Patientenattraktivität her überzeugenden Lösung eignen. Dazu muss es allerdings zunächst noch beweisen, dass es durch die Berufsgruppen und die Bevölkerung akzeptiert wird und es schafft, das den vorgestellten Modellen zugrundeliegende Triple Aim-Modell, wonach ein nachhaltiges Gesundheitssystem die drei sich wechselseitig beeinflussende Ziele bestmöglicher Gesundheitsstatus, hohe Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit (Berwick et al. 2008) verfolgen muss, durch ein *Quadruple Aim* zu ergänzen, d. h. auch die Zufriedenheit der involvierten Professionen in der Versorgung sichergestellt wird (Sikka et al. 2015).

Gerade letzteres wiederum verbindet sich mit der bereits erwähnten Notwendigkeit, die vielfältigen Professionen, die am Entwicklungs- und Versorgungsprozess von Gesundheit/Krankheit beteiligt sind, einzubeziehen und zu aktivieren. Wenn die Form, in der sie ihre Beziehung zum Patienten gestalten, ihre Kompetenz und ihre Informationspolitik als in höchstem Maße relevant für den Erfolg des gesamten Integrierten Versorgungssystems

angesehen werden muss, und daran haben die Verfasser keinen Zweifel, dann wird es für das Ergebnis der Arbeit in außerordentlichem Maße wichtig, sie davon zu überzeugen und dafür zu gewinnen, die salutogenen Ressourcen der Patienten zu erkennen und für den gelingenden therapeutischen Prozess zu nutzen. Im bereits erwähnten Versorgungssystem „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ wird dies u. a. versucht durch die Etablierung von „Interprofessionellen Qualitätszirkeln“, eine intensive gruppenbezogene Kommunikation ergänzt durch 1-zu-1-Kommunikation, regionale Datenauswertungen sowie deren Rückmeldung an die Leistungserbringer, Projektgruppen zu herausgehobenen Problemsituationen sowie durch Extra-Vergütungen für die Teilnahme an Schulungen etc. Im Kinzigtal und in Billstedt/Horn wurde dies darüber hinaus durch die gesellschaftsrechtliche Einbindung der regionalen Ärztenetze erprobt, wodurch allerdings die anderen Professionen möglicherweise zu wenig beachtet wurden.

3. Ausblick

Inter- bzw. transprofessionelle Arbeit an der Produktion von Gesundheit innerhalb eines Settings von Integrierter Versorgung mit der Nachweispflicht ihres Gesundheitsmehrwerts für die betroffene regionale Bevölkerung könnte eine nachhaltige Lösung für die Gesundheitsversorgung der Zukunft sein. *Transprofessionell* insofern, als dass Patienten, Angehörige, die regionale Bevölkerung genauso wie die Professionellen des Gesundheitssystems zusammenarbeiten, letztere wiederum ohne Abgrenzungen voneinander, sondern in interprofessioneller kompetenzorientierter Arbeitsteilung. *Integriert* insofern, als dass die Arbeitsteilung nicht dazu führt, dass unzusammenhängende und sich gegenseitig widersprechende Behandlungsregimes entwickelt werden, die zusätzlich durch Informationsblockaden in Unkenntnis über die Existenz der anderen Behandlungen beeinflusst werden. *Regional* insofern, als dass keine Risikoselektion betrieben wird, sondern dass die gesamte regionale Bevölkerung in den Vorteil einer solchen Arbeit kommt. Und ein *Gesundheitsmehrwert* insofern, als dass sich im Vergleich zu regionalen integrierten Gesundheitssystemen ein messbarer Gesundheitsmehrwert bzgl. des gesundheitlichen Nutzens für die Population und damit für die Gesellschaft einstellt.

Eine der Voraussetzungen für eine gelingende transprofessionelle Arbeit ist die frühzeitige Erfahrung von Zusammenarbeit in den verschiedenen Phasen des Ausbildungs- und Berufslebens (vgl. Stock, Redaelli 2019). Letztendlich wird diese Kooperation aber nur Bestand haben, wenn sie auch durch die Vergütungsformen angereizt und unterstützt wird. Die jetzigen sektoralen Vergütungen sind dafür leider nicht geeignet.

Internationale Erfahrungen aus systematischen Literaturrecherchen (vgl. Reeves 2017), ein WHO-Konzept des „Framework for Action on Interprofessional Education and Practice“ sowie ein Artikel von Barr (2012) verweisen auf das ansteigende Interesse an der Überwindung der *professional boundaries* und ihrer Zusam-

menführung mit Integrierter Versorgung. Es wird erwartet, dass der Nachweis des Gesundheitsmehrwerts diese Anstrengungen weiter unterstützen und zum grundlegenden Systemmodell der Gesundheitsversorgung der Zukunft machen wird.

Literatur

- Augurzky, B., Graf, C., Griewing, B., Walter, D. (2018): Versorgung und Vergütung regional gedacht. „Von der Volumen- zur Wertorientierung“. Gesundheits- und Sozialpolitik 4 (5):64–71.
- Barr, H. (2012): Integrated and interprofessional care. *International journal of integrated care* 12: e135.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political. *Health Affairs* 27 (3): 759–769.
- Braesecke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D., Meyer-Rötz, S. (2018): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Berlin: IGES-Institut. (https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_obs23366/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf, Zugriff am 30.06.2019).
- Esch T., Mejilla R., Anselmo M., Podtschaske B., Delbanco T., Walker J. (2016): Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ Open* 6: e010034.
- Gesundes Kinzigtal (Hrsg.) (2014): Manche Knoten lassen sich lösen. (https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2016/06/IB2014_fuer_Web_optimiert_Mailversion.pdf, Zugriff am 23.10.2019).
- Granado-Font, E., Flores-Mateo, G., Sorlí-Aguilar, M., Montaña-Carreras, X., Ferrer-Grau, C., Barrera-Urriarte, M. L., Oriol-Colominas, E., Rey-Reñones, C., Caulés, I., Satué-Gracia, E. M. (2015): OBSBIT Study Group. Effectiveness of a Smartphone application and wearable device for weight loss in overweight or obese primary care patients: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 4 (15): 531.
- Groene, O. R., Bolibar, I., Brotons, C. (2012): Impact, Barriers and Facilitators of Ask Me 3 in a Spanish Primary Care Center: a Mixed-Methods Analysis. *International Journal for Person Centered Medicine* 2 (4): 845–852.
- Haslbeck, J. (2016): Experten aus Erfahrung. Peers, chronische Krankheit und Selbstmanagementförderung. *PADUA* 11: 65–71.
- Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hildebrandt, H., Gröne, O., Pimperl, A. (2020): Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. Löcherbach, Wendt (Hrsg.) *Care and Case Management: Transprofessionelle Strukturen und Netzwerke in der gesundheitlichen Versorgung*. Stuttgart. Kohlhammer 2019
- Michalopoulou, G., Falzarano, P., Arfken, C., Rosenberg, D. (2010): Implementing Ask Me 3 to improve African American patient satisfaction and perceptions of physician cultural competency. *J Cult Divers* 17 (2): 62–67.
- OptiMedis (Hrsg.) (2018): Pressemitteilungen. „Drei Fragen für Ihre Gesundheit“: Hamburger Kampagne in Arztpraxen fördert Gesundheitskompetenz. (<https://optimedis.de/aktuelles/895-drei-fragen-fuer-ihre-gesundheit-hamburger-kampagne-in-arztpraxen-foerdert-gesundheitskompetenz>, abgerufen am 14.10.2019).
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6: CD000072.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld. (http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf, Zugriff am 30.06.2019).
- Siegel, A., Stöbel, U. (2014): Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*. In: Pundt, J. (Hrsg.) (2014): *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?* Bremen: APOLLON University Press. S. 195–230.
- Sikka R, Morath J. M., Leape L. (2015): The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety* 24: 608–610.
- Stock, S., Redaelli, M. (2019): Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Baas, J.(Hg.): *Zukunft der Gesundheit – vernetzt, digital, menschlich*. Berlin: Medizinisch Wiss. Verlagsgesellschaft.
- The Lancet (Hrsg.) (2019): Physician burnout: a global crisis. *The Lancet* Vol.394: p.93. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31573-9)

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener Systeme der Integrierten Versorgung. So war er von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Gründungsgeschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet, und ist aktuell Geschäftsführer der „Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH“, einem integrierten Versorgungssystem in Hessen. Als Co-Vorsitzender der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat Helmut Hildebrandt an den 2013 veröffentlichten Empfehlungen für eine Reformierung des derzeitigen Anreiz- und Vergütungssystems in Richtung Qualität und Effizienz mitgearbeitet. Er war lange Zeit im Vorstand der International Foundation for Integrated Care und engagiert sich seit vielen Jahren im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care für die Optimierung der Anreize zugunsten besserer Gesundheitsoutcomes für die Patienten, national wie international.

Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahre Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in Organisation, Strategie und Systementwicklung beraten.



Quelle: Autor

Justin Rautenberg

ist Senior Manager Project Development bei der OptiMedis AG. Er ist Diplom Kaufmann, und hat viele Jahre bei der international führenden Unternehmensberatung Accenture, zuletzt als Partner und Geschäftsführer, sowie bei weiteren großen und mittelständischen IT-Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen gearbeitet. Zudem war er Interim-CIO in einem regionalen Krankenhausverbund. Er verfügt über mehr als 15 Jahre Programm- und Projektmanagement-erfahrung in den Bereichen Gesundheitswesen und Sozialversicherung – mit Schwerpunkt GKV/ PKV, Krankenhäuser sowie Life Sciences. Seine Schwerpunkte liegen in der Strategieentwicklung/-umsetzung, Organisationsentwicklung, Leistungs- und Versorgungsmanagement, Population Health, Verhandlungsführung, IT-Management und Erneuerung, Krankenhaus- und Reha-Informationssysteme sowie Vernetzung, e-Health und Telematik.



Quelle: Autor

Steven Renner

ist Geschäftsstellenleiter der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. Er ist Diplom-Ökonom und hat vor seinem Studium eine Ausbildung zum Rettungsassistenten (ab 2014 Anerkennung als Notfallsanitäter) absolviert. Als Consultant hat Steven Renner für Gesundheitsunternehmen, Krankenhäuser und gastronomische Unternehmen sowie in verantwortlichen Positionen beim Deutschen Roten Kreuz (DRK) und dem Verein Lebensqualität e.V. gearbeitet. Seit 2005 ist er Dozent für Gesundheitsfachberufe. Ehrenamtlich engagiert er sich im Vorstand des Kreisverbandes Witzenhausen und des Ortsverbandes Hessisch Lichtenau des DRK sowie im Vorstand des Vereins Lebensqualität e.V.



Quelle: Autor



schnelle Bispel