

Neuägeri, den 11. September 2023

Bericht über die Erkenntnisse des fmc Symposiums am 21. Juni 2023 zum Thema «Erfolgreiche Integration mit den Patient:innen»



Bericht wurde erstellt für:

Bundesamt für Gesundheit BAG

Nadine Stoffel-Kurt

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc

Zugerstrasse 193

6314 Neuägeri

Inhaltsverzeichnis

1. Editorial von Annamaria Müller, Präsidentin fmc	3
2. Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen des fmc-Symposiums 2023.....	5
3. Aufbau des Berichtes.....	7
4. Ausgangslage	7
5. Beschreibung und praktische Erkenntnisse / Empfehlungen des Montreal Modells	8
6. Empfehlungen der Teilnehmenden zur Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation.....	10
7. Zentrale Empfehlungen der Teilnehmenden	13
8. Workshops: Beschreibung und Erkenntnisse.....	14
9. Literaturverzeichnis	19

1. Editorial von Annamaria Müller, Präsidentin fmc

Das Gesundheitswesen muss die von gesundheitlichen Problemen betroffenen Menschen in die Lösungsfindung einbeziehen, sie zu Handelnden machen und nicht zu Behandelten.

Von wegen Sommerloch! Hektische Aufregung füllt die Spalten. Eine Kakophonie prasselt auf uns nieder: Jammern über den Niedergang des Gesundheitswesens, Absondern guter Ratschläge, wie diesem beizukommen sei. Hämisch-zürnende Kommentare über das linkische Wursteln der Kantone zum Ausgleich der ärztlichen Versorgungsschieflage. Händeringend-hilflose Klagen über weglauendes Fachpersonal. Spotten über das stehengebliebene EPD und Beweinen unserer Hinterwäldler-Position bei der Digitalisierung. Alle stehen auf oder neben dem Spielfeld und fuchteln schreiend herum. Nur einer nicht. Der ... äh, wie nennen wir ihn schon wieder? Kunde? Klient? Nutzer? Behandler?

Nein, sie schreien nicht, denn sie stehen ja im Mittelpunkt, die Patient:innen. Prominent im Zentrum. Umworben, umschmeichelt und gehuldigt, wie ein goldenes Kalb, das gut gemästet sein will. Da stehen sie und schweigen.

Was wäre, wenn wir sie aus der Mitte nähmen? Aus dem Kreuzfeuer sich überkreuzender Interessen, die in ihnen die Kund:innen, die Wähler:innen, die zahlenden Nutzer sehen, die am besten schweigen und tun, was man von ihnen erwartet, als Patient:innen. Was wäre, wenn wir ihnen eine Stimme gäben? Eine Handlungsmacht, die über das hinausgeht, was sie als Behandelte tun und lassen sollen, eine Handlungsmacht in eigener Sache? Sie aus dem Zentrum nähmen und dafür ihr Problem hineinstellten, das es zu behandeln, zu versorgen, zu bewältigen gilt? Mit ihnen als Eigner des Problems vorneweg – oder zumindest im Kreis mit allen anderen zusammen.

Gemach, sagen Sie, das tun wir ja. Wir fragen sie, ob sie das Fernsehprogramm gut finden und ob sie vegan oder glutenfrei essen möchten. Ob das Pflegepersonal lieb ist und die Arzt:in verständlich mit ihnen spricht. Ob sie das Spital/das Heim/die Praxis weiterempfehlen würden, wenn man sie danach fragt.

Und wir hoffen, dass sie zufrieden gehen und möglichst nicht mehr wiederkommen, da gut und abschliessend behandelt. Und wenn doch, liegt es an ihnen, ihrem ungesunden Lebenswandel, ihrer Konsumhaltung, ihrer krämerischen Einstellung, Gesundheitsleistungen als Gegenrecht zur Prämienzahlung zu betrachten. Dabei wäre es einfach, sie mit ganz viel Prävention so schad- und klaglos zu halten, dass sie als gesunde Hochbetagte still und ausgabenschonend sterben.

Doch das tun sie nicht. Denn so einfach ist es nicht. Die letzten Lebensjahre und -monate sind die teuersten, egal wie viel Prävention man vorne reinsteckt. Und eine erfolgreiche Medizin verhindert keine chronischen oder degenerativen Erkrankungen, sie verschiebt sie bloss. In spätere Sphären, in neue Gebiete.

Am Schluss ist Leiden immer aufwändig und Sterben immer teuer. Weltweit. Egal, wie das Versicherungskonstrukt oder das Versorgungssystem ausgestaltet ist. Da nützt alles Schreien nichts. Und die fehlenden «Versorger» lassen sich auch nicht einfach durch digitale Lösungen ersetzen. **Wir müssen die von gesundheitlichen Problemen Betroffenen in die Lösungsfindung einbeziehen, sie zu Handelnden machen und nicht zu Behandelten.** Vor allem, wenn ihre gesundheitlichen Probleme vielschichtig und vielfältig werden – und das

ist im Verlauf des Lebens nahezu unvermeidbar, sofern man nicht schlagartig ablebt (was ja auch nicht das Ziel sein kann).

Die Patient:innen gehören nicht in den Mittelpunkt. Sie gehören ins Drumherum. Das Modell Montreal zeigt eindrücklich auf, wie es funktionieren könnte.

Auf den nachfolgenden Seiten legen wir Ihnen die Erkenntnisse des fmc-Symposiums 2023 mit dem Titel «*Erfolgreiche Integration mit den Patient:innen*» dar. Es hat sich inhaltlich intensiv mit dem Modell Montreal und der Förderung der Patient:innen-Partizipation auseinander gesetzt.

Freundliche Grüsse



Annamaria Müller, fmc Präsidentin

(Das Editorial ist der leicht gekürzte Gastbeitrag «[Raus aus der Mitte](#)», Medinside, 29 Juli 2023)

2. Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen des fmc-Symposiums 2023

Eine partizipative Gesundheitsversorgung geht weit über das Gespräch zwischen Gesundheitsfachleuten und Patient:innen und über die gemeinsame Entscheidungsfindung hinaus. **Vielmehr bedeutet diese eine umfassende Anerkennung verschiedener Perspektiven und unterschiedlicher Arten von Wissen.** Bezogen auf eine betroffene Person, wir nennen sie «Partner-Patient:in», lässt sich diese so beschreiben:

- *Die Partner-Patient:in ist eine Person, die im Lauf ihres klinischen Werdegangs zunehmend dazu befähigt wird, freie und informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen.*
- *Ihr Erfahrungswissen wird anerkannt und ihre Kompetenzen werden von den Fachpersonen der jeweiligen Gesundheitsorganisationen weiterentwickelt.*
- *Die Partner-Patient:in wird in allen Aspekten ihres Menschseins respektiert und bei den Gesundheitsdienstleistungen, die ihr angeboten werden, als vollwertiges Mitglied des Versorgungsteams wahrgenommen.*
- *Die Partner-Patient:in anerkennt die Fachkenntnis der Mitglieder des Versorgungsteams. Sie richtet ihr Bedürfnis auf ihren Lebensentwurf aus und nimmt auf diese Weise an den Entscheidungen teil, die sie betreffen.*

Die **Förderung der Partizipation mit den Patient:innen setzt eine grundsätzliche Offenheit gegenüber Neuem, ein gemeinsames Vorgehen und die Weiterwicklung der Versorgungsstrukturen voraus.** Zentral ist aber die Anerkennung des Erfahrungswissens der Patient:innen als eine wichtige Perspektive im Versorgungsprozess.

Spezifisch und auf unterschiedlichen Ebenen lässt sich eine partizipative Gesundheitsversorgung u.a. fördern durch ...

- *Massnahmen und Förderung der Gesundheitskompetenz auf allen Stufen und bereits in der Primar-Schulbildung*
- *Vermittlung der Patient:innen-Perspektive in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal*
- *Förderung von Peer-Angeboten in allen Versorgungsstrukturen und Sektoren*
- *Entwicklung von patientenspezifischen Versorgungsangeboten wie Care / Case Management mit den Patient:innen (sowohl physische, wie auch virtuelle Angebote)*
- *Entwicklung technologischer und infrastruktureller Lösungen zur Einbindung und Zusammenarbeit mit den Patient:innen (Patientenzentriertes EPD ist der Game Changer für eine partizipative Gesundheitsversorgung)*
- *Entwicklung von Anreizen für die Krankenversicherer, sich partizipativ um die Versicherten kümmern zu können*
- *Ausrichtung der Vergütungssysteme auf die langfristige Gesundheitserhaltung zur Förderung partizipativer Gesundheitsversorgung*
- *Entwicklung von professionellen Strukturen zur Vertretung und Partizipation der Patient:innen auf allen Stufen und Ebenen der Versorgung und Forschung*

Das Symposium hat eindrücklich aufgezeigt, welchen Nutzen eine Förderung der Partizipation bieten kann. Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Punkten wurde deutlich, wie **wichtig ein Angebot für die «Weiterbildung der Patient:innen»** ist. Damit das System mit den Patient:innen erfolgreich partizipieren kann, müssen diese in ihrer Rolle und Funktion

ausgebildet und gestärkt werden. Erfreulich ist, dass sich bereits verschiedene Angebote entwickeln, wie z. B. das Diplom zur Partner-Patient:in der Universität Sorbonne in Paris.

Eine neue «**Fachrolle**» im **Versorgungssystem** führt automatisch zur Frage der Vergütung. Klar zum Ausdruck brachten die Teilnehmenden, dass es mehr als nur eine neue Vergütung benötigt. Ein neues Mindset und der entsprechende Kulturwandel sind zentrale Erfolgsfaktoren. **Aber alle Teilnehmenden sind sich auch einig, dass die Integration und Interaktion mit der neuen «Fachrolle» in die Vergütungssysteme aufgenommen werden müssen.** Ggf. würde sich hier ein ähnliches Finanzierungsmodell anbieten, wie die Förderung der Prävention durch den «Präventionsfranken» für Gesundheitsförderung Schweiz.

Erwähnt wurden bereits die Punkte «patientenorientiertes EPD» sowie die Ausweitung der Möglichkeiten für die Krankenversicherer. Wichtig ist, dass diese aber nicht zu parallelen Strukturen führen, wie sie doch zum grossen Teil in Deutschland entstanden sind. Gleichzeitig zeigen die regulatorischen Rahmenbedingungen in Deutschland aber auch auf, wie **Anreize für die Krankenversicherer erfolgreich zur Förderung einer partizipativen Gesundheitsversorgung** ausgestaltet werden können (siehe u.a. Zusammenfassung von Workshop 6).¹

¹ In diesem Kontext sind auch die beiden neuen Gesetzesinitiativen zum «Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen» sowie das «Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz» von Bedeutung.

3. Aufbau des Berichtes

Der vorliegende Bericht gibt die Erkenntnisse des fmc-Symposiums vom 21. Juni 2023 zum Thema «Erfolgreiche Integration mit den Patient:innen» wieder. Er zeigt auf, welche Konzepte und Ansätze heute bereits für die Partizipation mit den Patient:innen/Betroffenen/Angehörigen in der Schweiz angewendet werden und wie die Erfahrungen damit sind. Er beschreibt weiterführende und notwendige Rahmenbedingungen, um die integrierte Versorgung, die Gesundheitskompetenz und die Patient:innen-Partizipation zu fördern.

Im Kapitel 2 wird die Ausgangslage beschrieben. Kapitel 3 führt die praktischen Erkenntnisse und Empfehlungen des Montreal Modells auf. Im Kapitel 4 und 5 werden die (zentralen) Empfehlungen der Teilnehmenden zur Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation dargestellt. Das Kapitel 6 beschreibt die am Symposium durchgeführten Workshops und zeigt deren Erkenntnisse auf.

4. Ausgangslage

Der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen in der Versorgung gewinnt weltweit an Bedeutung. Bereits vor mehr als zehn Jahren wurde dieser als «*das neue Blockbuster-Medikament*» für das Gesundheitswesen bezeichnet.² Das deutsche Ärzteblatt hat sie vor kurzem als den «*schlafenden Riesen im Gesundheitswesen*» betitelt.³ Sicherlich sind die Bezeichnungen zugespitzt. Unter Fachleuten ist es mittlerweile aber unbestritten: Der Einbezug von Betroffenen stellt eine der zentralen strukturellen Weiterentwicklungen für das Gesundheitswesen dar.

Bei Patient:innen mit schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, wie auch bei akut-Behandlungen, die relevante Veränderungen nach sich ziehen, ist ein Einbezug der Betroffenen von zentraler Bedeutung. Aber auch die Gesundheitspolitik, Lehre und Forschung können die Bedürfnisse der Betroffenen besser verstehen und berücksichtigen, wenn sie diese einbeziehen. Schliesslich möchte niemand, dass über seinen Kopf hinweg wichtige Entscheidungen getroffen werden. Neue Studien, wie die vom Universitätsspital Basel, belegen eindeutig das Mitentscheidungsbedürfnis der Betroffenen: Mehr als zwei Drittel wollten gemeinsam mit dem medizinischen Team über die nächsten Schritte entscheiden («kollaborativ»). Rund 15 Prozent der Befragten wollen ihre Entscheidung vorwiegend allein treffen («aktiv»). Nur rund 20 Prozent zeigen Zurückhaltung, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen und ziehen es vor, dass ihre Ärztinnen und Ärzte über die medizinische Behandlungen entscheiden («passiv»).⁴

Welche Unterstützungen und Strukturen muss das Gesundheitswesen nun aufweisen, damit Betroffene stärker einbezogen werden können? Auf welchen Ebenen sollte der Einbezug erfolgen? Wie können medizinischen Fachpersonen, weniger «für» die Patient:innen, dafür mehr «mit» den Patient:innen arbeiten?

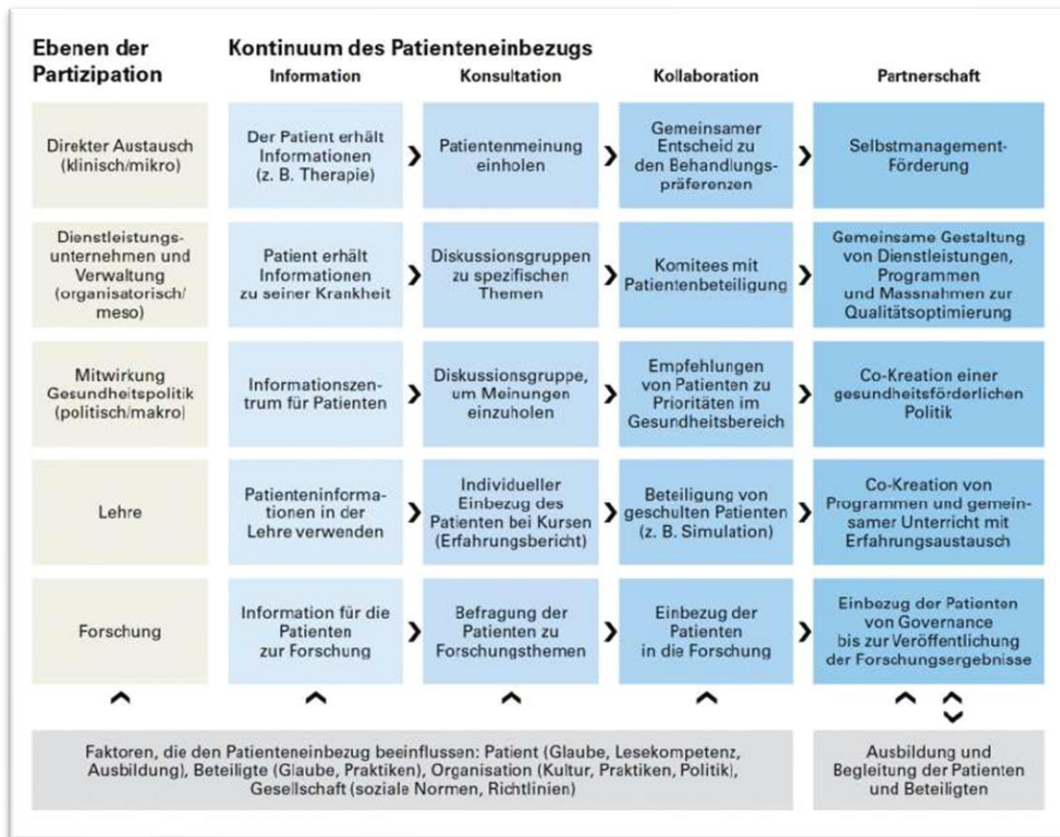
Anfang 2010 wurden für die Beantwortung dieser Fragen an der medizinischen Fakultät der Universität Montreal das «Montreal Modell» entwickelt. Es beschreibt die verschiedenen Stufen des Patienteneinbezugs (Information, Konsultation, Kollaboration, Partnerschaft), sowie die verschiedenen involvierten organisatorischen Ebenen (vom direkten Austausch

² Dentzer, S. (2013).

³ Beerheide, R. (2023).

⁴ Ritter, A. (2023).

Fachperson-Patient:in über die organisatorische Ebene (Spitäler, Heime), die politische Ebene (Gesetze) sowie die Ebene Lehre und Forschung.⁵



Luigi Flora ist einer der Mitinitianten des Montreal Modells. Am Symposium hat er das Eröffnungsreferat gehalten und aufgezeigt, wie man die konzeptionellen Überlegungen des Modelles in die praktische Anwendung überführen kann.

5. Beschreibung und praktische Erkenntnisse / Empfehlungen des Montreal Modells

Für die Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation ergeben sich folgende Erkenntnisse aus der Präsentation von Herrn Flora:

- Idee und Ziel des Montreal Modells ist es, die **Patient:innen/Betroffenen zur Co-Kreation zu befähigen**. Sie werden gezielt in die «Versorgungsprozesse» einbezogen und ermöglichen durch ihr umfangreiches Wissen, die Prozesse zu optimieren oder Ideen und Innovationen zu entwickeln. Dieses «Involvement» geht weit über die alltägliche «Information» und «Beratung» hinaus.
- Das «Patient:innen-Involvement» setzt die Ansicht und Anerkennung voraus, dass medizinische Fachpersonen und Betroffene die **jeweilige Situation unterschiedlich bewerten**. Fachpersonen orientierten sich am **biomedizinischen Modell**, während Betroffene sich an ein **erfahrungsorientiertes Modell** halten. Fachleute sprechen u.a. über Wirksamkeit, Intervention, Heilung, Schmerz. Für Betroffene sind hingegen die Themen Aneignung, Begleitung, Akzeptanz und Leiden von Relevanz.

⁵ Pomey, MP et al (2015), Soffel-Kurt, N., Gasser, K. (2019).

- Im Unterschied zum fachspezifischen, oftmals **sektorenbezogenen Wissen** der Fachpersonen verfügen die Betroffenen über ein **umfassendes systemisches Wissen**. Ihre Kenntnisse können die negativen Auswirkungen der vorherrschenden Fragmentierung der Gesundheitsversorgung reduzieren.
- Die Co-Kreation lässt sich durch verschiedene Massnahmen und Methoden fördern und entwickeln:
 - *Gemeinsame Entscheidungsfindung / Shared Decision Making (SDM)*
 - *Mobilisierung von Erfahrungswissen*
 - *Entwicklung von Pflegekompetenzen*
 - *Mobilisierung des Lebensprojektes*
 - *Selbstmanagement / Selbstverwaltung*
- Die Patient:innen-Partizipation anerkennt, dass sich Patient:innen auf unterschiedliche Weise «engagieren» können und **nicht jede Patient:in sich gleich einbringen kann bzw. partizipieren möchte**. Eine Partizipation kann somit nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern die mögliche Ebene der Partizipation muss im Dialog zwischen der Patient:in und der Fachperson herausgefunden werden.

Als Zielbild bzw. Definition einer «partizipativen Patient:innen-Beziehung» lässt sich aus dem Montreal Modell folgendes ableiten:

- Die Partner-Patient:in ist eine Person, die im Laufe ihres klinischen Werdegangs zunehmend dazu befähigt wird, freie und informierte Gesundheitsentscheidungen zur treffen.
- Ihr Erfahrungswissen wird anerkannt und ihre Kompetenzen werden von den Fachpersonen der jeweiligen Gesundheitsorganisationen weiterentwickelt.
- Die Partner-Patient:in wird in allen Aspekten ihres Menschseins respektiert. Im Zuge der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen wird sie als vollwertiges Mitglied des Versorgungsteams wahrgenommen.
- Die Partner-Patient:in anerkennt die Fachkenntnis der Mitglieder des Versorgungsteams und richtet ihre Anliegen auf ihren Lebensentwurf aus. So nimmt sie an den Entscheidungen teil, die sie betreffen.

6. Empfehlungen der Teilnehmenden zur Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation

Entsprechend den Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Akteure wurden die Teilnehmenden in sechs Gruppen eingeteilt:

- Patient:innen
- Gesundheitsorganisationen
- Krankenversicherer
- Industrie und Dienstleister
- Aus- und Weiterbildung
- Behörden, Politik, Interessenverbände

Bei einem «*Conversation Café*»⁶ wurden die Teilnehmenden gebeten, anschliessend an den Input von Herrn Flora und die Podiumsdiskussion ihre Erkenntnisse zur Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation niederzuschreiben. Folgende Erkenntnisse und Empfehlungen wurden von der jeweiligen «Gruppe» schwerpunktmässig abgegeben:

Patient:innen

Grundsätzliches

- Fachpersonen und Patient:innen machen gemeinsam vorwärts, fördern einen Kulturwandel und bringen die Partizipation voran.
- Es geht nicht um «Heilen», sondern um ein «positives» Lebensgefühl mit der Erkrankung.

Spezifisches

- Vermittlungsfunktion von Peers und Angehörigen für Patient:innen, die sich nicht selbst einbringen können.

Gesundheitsorganisation

Grundsätzliches

- Offensein gegenüber neuen Möglichkeiten – Jeder ist dafür verantwortlich, dass Montreal-Modell weiterzubringen.
- Erarbeitung einer Rollenbeschreibung für das Zusammenspiel der Ärzt:innen und der Patient:innen.
- Verankerung einer wertschätzenden Kultur in der Institution und auf allen beruflichen Ebenen.

Spezifisches

- Massnahmen und Strukturen einführen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen durch Schulung der Ärzt:innen und mit Apps.

⁶ [Conversation Café – Liberating Structures](#)

- Aufbau und Integration von Patient:innen-Beiräten und Einbindung von Patient:innen in die Qualitätszirkel.
- Aufbau und Integration von «Patient:innen-Expertengruppen / Peer» für ausgewählte Krankheitsbilder, welche diese «neuen» Patient:innen zusätzlich zu den Fachexpert:innen «vermitteln».
- Thematik sowie Massnahmen und Methoden zur Förderung der Patient:innen-Partizipation in die Ausbildungscurricula integrieren.
- Klärung der Finanzierung für die Fachrolle «Patient:in» sowie deren Ausbildung.
- Aufbau und Integration intersektoraler Versorgungskonzepte – Case Management – zur weiterführenden Unterstützung und Befähigung der Betroffenen.

Krankenversicherer

Grundsätzliches

- Offen sein für Neues und Experimente wagen.
- Welche Patient:innen möchten «enabled» werden (Segmentierung)? Wie können wir möglichst alle erreichen?
- Zusammenarbeit der involvierten Akteure noch stärker unterstützen und vorantreiben
- Integrierte Versorgung benötigt auch das Bewusstsein der Patient:innen zur Eigeninitiative.
- Nur die Patient:innen kennen die gesamte Behandlungsgeschichte, das Umfeld, sein (gesundheitliches) Ziel: danach fragen und ernst nehmen.

Spezifisches

- Disease, Care und Case-Management fördern und in die bestehenden Versorgungsstrukturen integrieren und ggf. die Compliance der Kunden belohnen.
- Krankenversicherer sollen die Finanzierung neuer Angebote wie APN und Sozialberatung in den Arztpraxen unterstützen.
- Krankenversicherer haben als «einzige» Zugang zu den Gesunden. Dieses Potential für die Stärkung der Gesundheitskompetenz nützen.

Industrie und Dienstleister

Grundsätzliches

- In kleinen, ggf. regionalen Initiativen starten.

Spezifisches

- Integration und Partizipation muss patientenzentriert erfolgen, damit die Silo-Struktur des Gesundheitswesens überwunden wird.
- Programme zur Förderung der Gesundheitskompetenz und der Digitalkompetenz
- Entwicklung von Finanzierungsmechanismen (Tarife und Modelle) für die Einbindung und Partizipation mit den Patient:innen (Peer-Arbeit, Patientenbetreuung).
- Die Partizipation ist unstrittig. Zu klären sind hingegen die Organisation und die neue Verantwortung, die sich daraus ergeben.
- Patientenzentriertes EPD ist der Game Changer für eine partizipative Gesundheitsversorgung.

- Individuelle Präferenzen berücksichtigen. Nicht jeder will in einem gleichen Masse partizipativ mitwirken.

Aus- und Weiterbildung

Grundsätzliches

- Von den Pionieren profitieren und gemeinsam den Paradigmenwechsel voranbringen.

Spezifisches

- Einbezug von Patient:innen in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen.
- Einbezug von Patient:innen in Studien und Bewertung der Studien nach dem Einbezug der Patient:innen.
- Vergütung der Arbeiten / Leistungen der Fachrolle «Patient:innen-Vertretung».
- Erarbeitung von Vergütungsmodellen für die Finanzierung der Patient:innen-Arbeit.
- Förderung und Schulung der Gesundheitskompetenz bereits in der Schule / Grundausbildung.

Behörden, Politik und Interessensverbände

Grundsätzliches

- Kleine, machbare Vorhaben verfolgen.
- Weiterentwicklung und weg von der «Spital-Zentrierung»
- Berücksichtigung, dass die Ausgangslagen bei Patient:innen und Fachpersonen individuell, vielschichtig und unterschiedlich sind.
- Die bereits bestehenden Möglichkeiten nutzen.

Spezifisches

- Förderung und Etablierung der Shared Decision Making (SDM)-Methodik in der Patient:innen-Versorgung.
- Den Patient:innen zur Förderung der Gesundheitskompetenz Zugriff auf die Behandlungsdaten ermöglichen.
- Professionelle Organisationen, die Patient:innen in der Fachrolle ausbilden und anschliessenden «verleihen».
- Gesundheitskompetenz als Schulfach.
- Entwicklung von Finanzierungsmodellen für die unterschiedlichen Möglichkeiten der Patient:innen-Partizipation.

7. Zentrale Empfehlungen der Teilnehmenden

Zum Abschluss des Symposiums wurden die Teilnehmenden nochmals mit dem «25/10 Crowdsourcing⁷ ermutigt, ihre zentrale Empfehlung für die Förderung der integrierten Versorgung, der Gesundheitskompetenz und der Patient:innen-Partizipation abzugeben. Die von Teilnehmenden am höchsten bewerteten Empfehlungen sind:

- Patient:in als Partner:in aktiv in die Entscheidungsfindung der individuellen Pflegeplanung einbinden.
- Gesundheit als Schulfach – Vordenker:innen aus Bildung und Gesundheitswesen an einen Tisch bringen – HipHop-Public Health [Hip Hop Public Health \(hhph.org\)](http://hhph.org)
- In jeder Ausbildung von medizinischem Fachpersonal das Thema „Partizipation mit Patient:innen“ als zentralen Fachteil zwingend einbinden – ECTS Modul für Gesprächsführung und aktives Zuhören definieren
- Patient:innen sowohl bei der Entwicklung und der Umsetzung von Bildungsangeboten einbeziehen
- Miteinander, anstatt gegeneinander
- Es einfach tun
- Eine bundesweite Plattform für Gesundheitsinformationen schaffen – Eine gut informierter Patient:in ist bereits besser integriert.
- Förderung der Kernkompetenz: Patient:innen-Integration
- Ausrichtung der Vergütungssysteme auf die langfristige Gesundheitserhaltung und nicht die akute Krankheitsbewältigung

⁷ [25/10 Crowd Sourcing – Liberating Structures](#)

8. Workshops: Beschreibung und Erkenntnisse

Am Nachmittag fanden sechs Workshops zu unterschiedlichen Themenbereichen der Patient:innen-Partizipation statt. Folgend werden die Inhalte und Erkenntnisse der Workshops dargelegt.

Workshop 1: Verbesserung der Versorgungsqualität mit den Patient:innen

Der Workshop startete mit den Impulsen von Bernard Burnand, Mitglied der eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zum Thema «[Verbesserung der Versorgung durch den Einbezug der Patient:innen](#)» sowie der Präsentation von Chantal Ardit und Christine Bienvenu zum Thema «[Einbezug der Patient:innen in die Bewertung und Verbesserung der Pflegequalität am Beispiel der SCAPE-Umfragen in der Onkologie](#)»

Durch den initialen Austausch unter den Referent:innen wurde deutlich, dass für die EQK der Einbezug von Patient:innen und deren Angehörige von grosser Bedeutung ist. Es besteht ein starker Wille, die Partizipation mit den Patient:innen systematisch zu fördern. Deshalb wurde die Teilnahme am [europäischen PaRIS](#) (PaRIS survey for Patients with Chronic Condition) Programm initiiert.

In der anschliessenden Diskussion mit den Teilnehmenden wurde der Mehrwert der Patient:innen-Partizipation thematisiert und auf folgenden Ebenen gesehen:

- Sie kann zu einer patientenorientierten Indikationsstellung führen.
- Sie kann die Sicherheit der Behandlung erhöhen.
- Sie stärkt die Kompetenzen der Patient:innen und Fachpersonen.
- Sie fördert Austausch, Koordination und Integration der Versorgung.

Grundsätzlich sind die Teilnehmenden überzeugt, dass der Einbezug der direkt Betroffenen zu praxisorientierteren Lösungen führt, die emotionale Unterstützung, die Verbreitung von Informationen fördert und zu klarer und leichter Kommunikation beiträgt.

Wie kann die Partizipation mit den Betroffenen gefördert werden?

- Bereitschaft und Offenheit aller Beteiligten zur Zusammenarbeit.
- Verstärkte Berücksichtigung einer partizipativen Gesundheitsversorgung innerhalb der Aus- und Weiterbildung.
- Förderung eines kulturellen Wandels innerhalb des Gesundheitssystems.

Workshop 2: Zusammenarbeit in einer Region... und mit den Patient:innen

Als Impuls wurden von Philippe Anhorn die Versorgungsstrukturen und die Einbindung der Patient:innen in das [Réseau Santé Région Lausanne](#) und von Corinne Girod und Oscar Daher das [Réseau Santé Balcon du Jura Vaudois](#) vorgestellt.

Im Anschluss an diese Präsentationen wurden mit den Referent:innen und den Teilnehmenden die Herausforderungen und Erfolgsfaktoren erarbeitet, wie man auf regionaler Ebene zusammenarbeiten und die Patient:innen-Einbindung fördern kann.

Herausforderungen

- Die Kultur der Organisation und die Haltung gegenüber den Patient:innen muss sich verändern. Aber wie ist dies möglich...
 - ...in Bezug auf interprofessionelle Praktiken?
 - ...in Bezug auf die Rolle der Aktiven (= aktive Patient:innen, in der Bevölkerung und bei den Mitarbeitenden)?
- Aktuell bestehen keine standardisierten Regelungen, wie Einbindung und Zusammenarbeit ausgewogen und dauerhaft finanziert werden können.
- Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Patient:innen einzubeziehen. Unklar bleibt, welche die richtigen und sinnvollen sind.
 - Herausforderungen: Kompetenz? Ausbildung? Legitimität? Repräsentativität?
 - Herausforderungen: Für welche Art von Verantwortung (HR, CR, Budget, Konten usw.)?
 - Herausforderungen: Welche Art von «Rechten»: Beratende Stimme? Konsultativ?
- Heute bestehen kaum technologische und infrastrukturelle Lösungen, welche die Einbindung und Zusammenarbeit mit den Patient:innen bereits ermöglichen und erfolgreich unterstützen.

Erfolgsfaktor

- Motivation und die eigene Überzeugung aller Fachkräfte: Der Einbezug und die Zusammenarbeit ist zentral für die Gesundheitserhaltung und Genese der Patient:innen.

Workshop 3: care@home - Die Medizin geht zu den Patient:innen

Als Impuls wurde von Dr. med. Christian Ernst das am Spital Zollikerberg entwickelte innovative care@home-Versorgungskonzept «[Visit – Spital Zollikerberg Zuhause](#)» und von Dr. med. Jörg Eysell das an der UPK Basel umgesetzte [Home Treatment-Projekt](#) vorgestellt.

Im Anschluss an diese Präsentationen wurden mit den Referenten und den Teilnehmenden die Herausforderungen und Erfolgsfaktoren für die beiden care@home-Versorgungskonzepte erarbeitet.

Herausforderungen

- Grundsätzlich: die rechtlichen Hürden, da ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept – stationär/ambulant aktuell nicht vorgesehen ist
- Unklar bzw. fehlende Finanzierung: Die aktuelle Vergütung sieht keine sektorenübergreifende Versorgungskonzepte vor. Beide Projekte laufen aktuell im «Projekt- und nicht im Regelbetrieb» und die langfristige Finanzierung ist ungeklärt.
- Digitalisierung / Schnittstellenthematik: Die Telemedizin muss mit spitalinternen Systemen kommunizieren können, Standardschnittstellen existieren jedoch (noch) nicht.
- Herausforderung der Erfolgsmessung: Welche Ebenen (Outcomes bei den Patient:innen, Schnittstellen, interprofessionelle Zusammenarbeit, Leistungserbringer), welche Leistungen (Verminderung von unerwünschten

Ereignissen, z.B. Delir, langfristige Auswirkungen, Effizienzgewinne) sind die relevanten Erfolgskriterien?

Erfolgsfaktoren

- Entwicklung von multiprofessionellen Behandlungsteams und Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Berücksichtigung der Perspektive der Mitarbeitenden: Interessantes «neues» Gebiet für Gesundheitsfachpersonen, Zufriedenheit; «Sicherheitsgefühl» aufgrund der Rückenstärkung durch das Spital
- Einbezug von regionalen Stakeholdern, insbesondere anderer Leistungserbringer der ambulanten Gesundheitsversorgung (Spitex, Hausärztin/Hausarzt)
- Aktive Einbindung der betroffenen Patient:innen in die Behandlungsentscheidung

Workshop 4: Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patient:in - Eine Partnerschaft, die gewisse Kompetenzen erfordert.

Als Impuls wurden von Saskia de Gani von Careum die Thematik der [Gesundheitskompetenz](#) und von Vanessa Grand von der BFH die [partizipative Gesundheitsversorgung](#) dem Publikum dargelegt.

Im Anschluss an diese Präsentationen wurden mit den Referentinnen und den Teilnehmenden die beiden Fragestellungen «Wie kann die Gesundheitskompetenz von Patient:innen gestärkt werden und wie gelingt es, Patient:innen besser in die Behandlungen einzubeziehen» erarbeitet.

Folgende Inputs wurden aus der Plenumsdiskussion festgehalten.

- Patient:innen v.a. mit chronischen und länger dauernden Erkrankungen besitzen oft eine grosse Expertise im Umgang mit der eigenen Erkrankung. Diese sollte in Behandlung/Therapie vermehrt einbezogen werden.
- Die Erfahrungsperspektive der Patient:innen sollte gleichbedeutend sein wie die Fachexpertise der Fachpersonen im Gesundheitswesen.
- Individuelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sollten mehr berücksichtigt werden, zum Beispiel Präferenzen betreffend Therapie/Medikamente etc.
- Durch «Aktives Zuhören» und Zeit für Gespräche schaffen Fachpersonen die Rahmenbedingungen für einen Austausch auf «Augenhöhe».
- Für Patient:innen müssen gesundheitsbezogene Informationen sowie Einsicht in die Krankengeschichte verfügbar sein (Stichwort EPD).
- Voraus-Verfügung oder Unterstützung durch sogenannte «Patient:innen-Lotsen» kann helfen, dass Patient:innen mehr Mitsprache/Beteiligung erhalten.
- Aufgrund der hohen Komplexität im Gesundheitswesen braucht es klare Rollenverteilung/Strategien, zum Beispiel «kantonal» (Bsp. Kanton Zürich «Palliative Care Strategie»).
- Es stellt sich dann die Frage, welche Personengruppe (Fachpersonen) zuständig für die Koordination im Rahmen einer integrierten Versorgung (Gefahr der Fragmentierung) ist.

Workshop 5: Aus- und Weiterbildung mit den Patient:innen - Wie findet der Transfer der Erkenntnisse in den Praxisalltag statt?

Ganz ohne PowerPoint haben zu Beginn des Workshops Alexandra Wirth, wissenschaftliche Projektleiterin, Abteilung Strategie und Innovationen bei Careum, und Linda Fromme, Bildungsmanagerin am Universitätsspital Zürich, ihre Ansichten präsentiert. Für beide ist die Didaktik/Methodik der Wissensvermittlung mindestens so wichtig wie der Inhalt, der zwar brillant sein kann, aber auch schnell vergessen geht, wenn er nicht adäquat vermittelt wird. Der Einbezug von Betroffenen erhöht die Qualität, da nicht über Dritte gesprochen wird, sondern mit der direkt betroffenen Personen in Austausch getreten werden kann.

Folgende Inputs wurden aus der Plenumsdiskussion festgehalten:

- Beim Einbezug von Betroffenen, z.B. in ein Coaching müssen die bisherigen und aktuellen Krankheits- und Gesundheitsgeschichte berücksichtigt sein. Der aktuelle Gesundheitszustand und dessen Folgen haben Auswirkungen darauf, wie sich jemand am Austausch beteiligen kann.
- Die «Bildungs- und Schulungseffekte» sind umso grösser, je mehr diese mit der persönlichen Situation der Teilnehmenden zu tun haben.
- Damit die Betroffenen aktiv mitwirken können, müssen sie sich wohl und sicher fühlen.
- Peers stellen eine guten Möglichkeit dar, dass «erfahrene Betroffene» neue Betroffene unterstützen und begleiten.

Workshop 6: BMC-Workshop - Patient:innen - the missing link in healthcare? Impulse für die integrierte Versorgung aus Deutschland.

Als Impuls stellten Jens Ulrich Rüffer die [Shared Decision Making-Massnahmen](#) «[Share to Care](#)» und Stephanie Machoi die [telemedizinischen Betreuungsprogramme](#) von [widecare](#) vor.

Im Anschluss an diese Präsentationen beschäftigte sich der Workshop mit diesen Fragen:

- Was ist Patient:innen-Einbindung überhaupt?
- Wie können Shared Decision Making (SDM)-Massnahmen in der Schweiz gefördert werden?
- Wie können Betreuungsprojekte in der Schweiz gefördert werden?

Was ist Patient:innen-Einbindung?

- Es wurde keine Definition erarbeitet, hingegen wurden Aspekte zur Beschreibung von Patient:innen-Einbindung gesammelt. Voraussetzung ist Information in patientengerechter Sprache sowie ein transparenter Umgang mit den Patient:innen.
- Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein Ziel der Patient:innen-Einbindung.
- Wichtige Voraussetzung: Zeit für die Patient:innen haben, ihnen aktiv zuhören und sie gesamthaft mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen verstehen.
- Patient:innen-Einbindung bedeutet für die Patient:innen gleichzeitig, erweiterte Verantwortung zu übernehmen. Die Einbindung bedingt neben Rechten auch Pflichten für die Patient:innen.

Wie können Shared Decision Making (SDM)-Massnahmen in der Schweiz gefördert werden?

Die Teilnehmenden des Workshops haben erfreut zur Kenntnis genommen, dass SDM-Ansätze in der Schweiz bereits in vielen Orten gestartet sind, wie die Ausführungen von Kevin Selby am Vormittag gezeigt haben.

Die von Herrn Rüffer dargelegten Ergebnisse der SDM-Initiative motivieren zusätzlich, da sie mittel- bis langfristige, positive Effekte auf die Kostenentwicklung und Mitarbeitendenzufriedenheit aufzeigen. Die Ausführungen von Herr Rüffer zeigen darüber eindrucklich auf: SDM lässt sich mit einem vertretbaren Schulungsaufwand in Gesundheitsorganisationen einführen.

Die Teilnehmenden kamen daher zu Schluss, dass SDM in der Schweiz nicht mehr explizit gefördert werden muss. Sie empfehlen stattdessen, es einfach zu machen. Bei Bedarf und Unklarheiten kann u.a. auf die Share to Care-Erfahrungen zurückgegriffen werden.

Wie können Betreuungsprogramme in der Schweiz gefördert werden?

Die Ausführung von Frau Machoi zeigte gut auf, wie wichtig die Rolle der Ärzt:innen für die gelungene Einbindung der Patient:innen in die Betreuungsprogramme ist. In Deutschland werden diese aktuell eher ergänzend zu den ärztlichen Versorgungsstrukturen, direkt durch die Krankenversicherer angeboten. Diese besitzen aber für Gesundheitsfragen aktuell nicht die notwendige Glaubwürdigkeit bei den Versicherten.

Zu berücksichtigen ist, dass in der ärztlichen Versorgungsstruktur ein grosses Potential liegt, besonders die Sekundär-Prävention zu verbessern. Wie Frau Machoi zeigte, besteht hier ein grösseres Verbesserungspotential, welches durch die d Betreuungsprogramm angegangen werden soll.

Interessiert nahmen die Teilnehmenden zur Kenntnis, welche regulatorischen Möglichkeiten Krankenversicherer in Deutschland haben. Eine kunden-krankheitsspezifische Ansprache wie in Deutschland ist derzeit in der Schweiz nicht erlaubt. Ermöglicht wird dies in Deutschland u.a. durch die Paragraphen [1 SGB 5](#) (Krankenversicherer haben auch die «...Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten...») sowie [68b SGB 5](#) (Krankenversicherer «...können Versorgungsinnovationen fördern. Diese sollen insbesondere ermöglichen, 1. die Versorgung der Versicherten anhand des Bedarfs, der aufgrund der Datenauswertung ermittelt worden ist, weiterzuentwickeln und...»).

Zur Förderung von Betreuungsprogrammen ist es daher wünschenswert, dass auch Schweizer Krankenversicherer ihre Kunden krankheitsbezogen, aktiv auf entsprechende Angebote hinweisen dürfen.

Zu guter Letzt besteht unter den Teilnehmenden Einigkeit, dass die Betreuungsprogramme erst sinnvoll sind, wenn die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung besser ist. Ansätze hierzu sollte bereits in der Schulbildung erfolgen.

9. Literaturverzeichnis

- Beerheide, R. (2023): Patientenvertretung: Ein schlafender Riese im Gesundheitswesen, Deutsches Ärzteblatt | Jg. 120 | Heft 19 | 12. Mai 2023, [Link](#).
- Dentzer, S. (2013): Rx For The 'Blockbuster Drug' Of Patient Engagement, Health Affairs, 2013, Vol. 32, No. 2, [Link](#) .
- Pomey, MP et al (2015) Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique 1: 41 50, [Link](#).
- Ritter, A. (2023): Der selbstbestimmte Patient, Schweiz Ärztztg. 2023;103(06):12-14, [Link](#) .
- Stoffel-Kurt, N., Gasser, N. (2019): Betroffene einbeziehen: aus allen Ebenen, Spektra, Nr. 125 .