

Workshop 1

„Patient(inn)enkompetenz stärken am Beispiel Diabetes“

Ziel des Workshops war, das Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ am Beispiel des Diabetes mellitus zu konkretisieren.

Einführend stellte **Günter Hölling** (*BAGP, Patient(inn)enstelle im Gesundheitsladen Bielefeld*) in seinem Vortrag die generelle Relevanz des Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ für eine bessere Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge dar. In den Zielbereichen „Transparenz erhöhen“, „Kompetenz entwickeln“, „Patientenrechte stärken“ und „Beschwerdemanagement verbessern“ wurden jeweils Teilziele und (Starter)Maßnahmen formuliert und mit deren Umsetzung begonnen. Insbesondere der Partizipation der Patient(inn)en auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens kommt eine besondere Bedeutung zu. Dies gilt sowohl für die individuelle Entscheidung in der Arzt-Patient-Beziehung, als auch für die kollektiven Entscheidungsprozesse z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss. Patient(inn)enkompetenz stellt u.a. auch eine Querschnittsaufgabe z.B. im Rahmen des krankheitsbezogenen Gesundheitsziels Diabetes mellitus dar.

Es folgte **Hella Thomas** (*DAK*) mit der Vorstellung des DAK Modellprojekts zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2. In diesem Pilotprojekt waren über eine Gesamtdauer von 6 Monaten 155 Teilnehmer größtenteils mit einem erhöhten Diabetesrisiko eingeschrieben. Durchschnittlich verloren die Teilnehmer an diesem Projekt 4,6 kg Körpergewicht, was einer durchschnittlichen Reduktion des Diabetesrisikos von 73,6% entspricht. Zusammenfassend hielt Thomas fest, dass das Projekt sowohl effektiv als auch effizient ist, räumte jedoch auch ein, dass die Ergebnisse der 3-Jahres-Nachuntersuchung noch abzuwarten sind und dass die Zielgruppe der bildungsfernen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die in diesem Projekt stark unterrepräsentiert waren, noch erschlossen werden muss.

Dr. Peter Schwarz (*TU Dresden*) knüpfte mit seinem Vortrag an die Präsentation von Thomas an und stellte das Diabetes-Präventionsprogramm *gesunde.sachsen.de* vor. Dieses gesetzlich fundierte Interventionsprogramm wird von den Krankenkassen finanziert und richtet sich an den einzelnen Diabetes-Risikoträger mit dem Ziel, den Ausbruch des Diabetes zu verhindern. Die operative Umsetzung von Präventionsprogrammen bzw. –initiativen beruht nach dem vom NAFDM erstellten Leitfaden zur Prävention des Diabetes mellitus auf einem 3-stufigen Konzept, bestehend aus dem 1. Schritt, über ein geeignetes Screening die entsprechenden Risikopersonen zu identifizieren. Hier kommt insbesondere der FINDRISK-Fragebogen zum Einsatz. Schritt 2 sieht eine zeitlich begrenzte Intervention vor, deren Ziel die Entwicklung einer lebensstiländernden Motivation ist. Verwirklicht wird dies über ein Schulungsprogramm und dem Einsatz von Präventionsmanagern. Entscheidend für den Erfolg ist der 3. Schritt, die kontinuierliche Weiterbetreuung der erkannten Risikopersonen, die ebenfalls durch die Präventionsmanager erfolgt.

Kritisiert wurde an den Vorträgen von Thomas und Dr. Schwarz die nicht vorhandene geschlechterspezifische Differenzierung der erhobenen Daten.

Dr. Gabriele Heeß-Erlor (*Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt*) stellte eingangs ihres Vortrags „Qualitätsdimension Patient(inn)enkompetenz am Beispiel DMP Diabetes mellitus in Sachsen-Anhalt“ die Beteiligung von Patientenvertreter(inn)en in unterschiedlichen Gremien des deutschen Gesundheitswesens vor. Die Entwicklung zum DMP 2003 erfolgte in Sachsen Anhalt über das Modellprojekt Diabetes in den Jahren 1999-2002. Allerdings wurde die im Modellprojekt vorhandene Praxis der direkten Beteiligung von Patient(inn)envertreter(innen) nicht in das DMP Diabetes aufgenommen. Besonderes Augenmerk sollte nach Dr. Heeß-Erlor auf die Patient(inn)en gelegt werden, die aus den DMPs ausgeschlossen werden. Als These zog sie in Betracht, dass die Nichtteilnahme bzw. das Ausscheiden aus DMPs bei informierten Patient(inn)en ein Ausdruck von Selbstkompetenz sein kann. Ferner stellte sie in einem Ausblick die Professionalisierung der Berater in den Mittelpunkt und forderte das aktive Mitwirken der Patient(inn)envertreter(innen) auf der Entscheidungsebene im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Dr. Hess stellte in einem kurzen Statement die verfassungsrechtlichen Hürden einer solchen Beteiligung dar und verwies auf die derzeit auch ohne Stimmrecht starke Position der Patient(inn)envertreter(innen).

Dr. Heiner Vogel (*Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg*) stellte in seiner Präsentation die Arbeit des „Zentrum Patientenschulung“ vor. Ein Ziel des Zentrums ist das bereits vorhandene Wissen über Patient(inn)enschulungsprogramme systematisch zusammenzuführen und darzustellen (Homepage, Patientenschulungsdatenbank). Weitere Ziele bestehen darin, die einzelnen Akteure besser zu vernetzen und über die Forschung sowohl Potenziale bzw. Perspektiven aufzuzeigen, als auch Qualitätskriterien zu entwickeln. Im Folgenden wurden ausführlich Qualitätsanforderungen an Patient(inn)enschulungsprogramme erläutert und der Entwicklungsbedarf an hochqualifizierten Studien zu Schulungsprogrammen aufgezeigt. Für die Zukunft wird zum einen die Erfassung weiterer - auch ambulanter – Programme angestrebt. Zum anderen konzentriert sich die zukünftige Arbeit des Zentrums auf die Differenzierung von Qualitätsanforderungen und deren Etablierung bzw. Realisation und auf „Train The Trainer“-Seminare. Weiteren Entwicklungsbedarf sieht Dr. Vogel in der Entwicklung und Evaluation zielgruppenspezifischer und differenzierter Programme und in der weiteren Verbreitung des Qualitätskonzepts für Patientenschulung.

Patient(inn)enkompetenz: Gesundheitsziel und Querschnittsaufgabe

Beitrag zur Tagung „gesundheitsziele.de : Gemeinsam Zukunft gestalten – Gesundheitsziele konkret!“ am 10.09.2007 in Berlin von Günter Hölling, BAGP u. Patientenstelle Bielefeld

1. Zum Workshop „Patient(inn)enkompetenz“ der Tagung „gesundheitsziele.de : Gemeinsam Zukunft gestalten – Gesundheitsziele konkret“ möchte ich Ihnen in meinem Beitrag einen kleinen Überblick verschaffen zur Entwicklung von Gesundheitszielen in dem Segment „Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität“. Hierzu hatte sich eine Arbeitsgruppe im Modellprojekt gesundheitsziele.de gebildet und die Zielentwicklung unter Beteiligung von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens (Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Krankenkassen, Ärzteverbänden, Ministerien, Wissenschaft und Politik) vorgebracht. Ich habe daran mitgearbeitet für die BundesArbeitsGemeinschaft PatientInnenstellen - BAGP.

2. Das Gesundheitsziel „Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität stärken“ bezieht sich auf Gesunde und Kranke und ist eines der exemplarischen Gesundheitsziele, die im Modellprojekt „gesundheitsziele.de“ entwickelt wurden (für diesen Beitrag zusammengefasst im Begriff „Patient(inn)enkompetenz“). Dieses Gesundheitsziel ist als Querschnittsaufgabe auch bei den anderen Gesundheitszielen zu beachten, weil die Patientenperspektive in allen Gesundheitszielen zu berücksichtigen ist.

Die exemplarisch entwickelten und konsensual vereinbarten nationalen Gesundheitsziele sind:

- >Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln;
- >Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen;
- >Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln;
- >Tabakkonsum reduzieren;
- >Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung;
- >Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken.

Krankheitsbezogene Gesundheitsziele sind nicht gut vorstellbar ohne Berücksichtigung der Belange und Bedürfnisse der Betroffenen selbst. Im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ wird die stärkere Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess als wesentliches Element der Behandlung angesehen. Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient(in) und Therapeut(in) und die Umsetzung geeigneter Schulungsmaßnahmen soll die Patient(inn)enkompetenz erhöhen.

Ähnlich wird das im Gesundheitsziel „Diabetes mellitus“ dargestellt. Auch hier wird eine intensive Beteiligung und hohe Gesundheitskompetenz der Diabeteskranken als wichtige Einflussfaktoren für einen optimalen Behandlungsprozess gesehen, zumal die Intervention im Lebensstilbereich gute Ergebnisse ermöglicht.

Die Gesundheitsberichterstattung des RKI im Heft 24 („Diabetes mellitus“) führt dazu aus: „Integraler Bestandteil der Therapie sollte die aktive Einbeziehung der Betroffenen sein. Diabeteskranken sollen zu Expertinnen bzw. Experten ihrer Erkrankung werden. Dazu haben sich Schulungsmaßnahmen und interdisziplinäre Versorgungsmodelle als geeignet erwiesen.“ Hier wird deutlich, dass Patient(inn)enkompetenz auch deshalb eine Querschnittsaufgabe ist, weil sehr unterschiedliche Themen und Fragen auf Patient(inn)en zukommen, die nicht von einer Person, Disziplin oder Stelle allein beantwortet werden können.

Neben der Berücksichtigung der Patientenbelange in den anderen Gesundheitszielen ist das Gesundheitsziel „Gesundheitskompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ wegen seiner hohen Bedeutung eigenständig entwickelt worden. Hier sollten generell die Ziele, Teilziele und Maßnahmen abgestimmt werden, die aus Sicht der Betroffenen, Patient(inn)en oder Versicherten ihre Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen verbessern können.

3. Dieses speziell auf die Situation von Bürger(inne)n und Patient(inn)en gerichtete Gesundheitsziel differenziert sich in die Bereiche „Transparenz erhöhen“, „Kompetenz entwickeln“, „Patientenrechte stärken“ und „Beschwerdemanagement verbessern“. Hierzu wurden jeweils Teilziele formuliert und (Starter-)Maßnahmen für die Umsetzung beschrieben (siehe auch die Dokumentation von gesundheitsziele.de). Als Hilfestellung für die Akteure und als Instrument zur Ergebnissicherung ist ein Evaluationskonzept erstellt worden.

Gesundheitsziel: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken	
Transparenz erhöhen	Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt
Kompetenz entwickeln	Ziel 2: Gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar
Patientenrechte stärken	Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut; die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt
Beschwerdemanagement verbessern	Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen

Für die vielschichtigen Prozesse der Einbindung und Erhöhung von Patient(inn)enkompetenz spielen nachfolgende Aspekte eine besondere Rolle:

- ◆ die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitssysteminformationen,
- ◆ die Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en durch individuelle und gruppen- bzw. selbsthilfe-vermittelte Unterstützung,
- ◆ die Förderung einer patientenorientierten Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern,
- ◆ die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen,
- ◆ ein verbessertes System des Beschwerde- und (Behandlungs-) Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt.

4. Die Grundannahme bei diesem Gesundheitsziel ist, dass die allgemeine und individuelle Gesundheitsversorgung und –vorsorge besser wird, wenn die Patient(inn)en mehr Kompetenz in Gesundheitsfragen haben, das Gesundheitssystem durchschauen und ihre Rechte kennen und wahrnehmen können bis hin zu besserer Konfliktbearbeitung. Diese Annahme wird durch vielfache wissenschaftliche Publikationen und praktische Erfahrungen untermauert.

Die vorgeschlagenen Teilziele und vorrangigen Maßnahmen sind entsprechend ausgerichtet. Hier einige Beispiele:

Teilziel zu Transparenz: Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.

Prioritäre Maßnahme: Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit.

Teilziel zu Kompetenz: Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert. Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.

Prioritäre Maßnahme: Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und regionale Transferstellen.

Teilziel zu Patientenrechte: Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(innen) in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.

Prioritäre Maßnahme: Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen.

Teilziel zu Beschwerdemanagement: Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.

Prioritäre Maßnahme: Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträger-unabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.

5. Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität sind mittlerweile als Anspruch und Aufgabe sowohl in der Gesundheitspolitik als auch in der Gesundheitsadministration aufgegriffen worden. Die Beteiligung von Patienten(beratungs)organisationen an den Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung oder an Gesundheitskonferenzen und die Bemühungen um mehr Transparenz im Gesundheitssystem belegen diese Entwicklung. Seit dem Jahr 2000 findet sich Patientensouveränität und Gesundheitskompetenz auch in der Gesetzgebung wieder. Modellprojekte zur Entwicklung unabhängiger Patientenberatung sind eingerichtet worden, Beteiligungsverfahren am Gemeinsamen Bundesausschuss wurden etabliert und diverse Gremien haben Patientenbeiräte oder Patientenvertreter aufgenommen. Der Gesundheitsbericht Deutschland 2006 des RKI listet bereits ca. 30 Beteiligungsorgane mit vielfältigen Untergliederungen auf. Manchmal können Patienten(beratungs)organisationen nicht mal alle Angebote der Beteiligung wahrnehmen, weil die Häufigkeit der Treffen oder die Menge der Gremien eine ehrenamtliche Beteiligung schlicht überfordert. Insgesamt entwickelt sich aber die Patientenbeteiligung weiter, die Akteure sammeln Erfahrungen und werden kompetenter. Dies wird sich auf der individuellen und kollektiven Beteiligungsebene auswirken, Patient(inn)en werden zunehmend kompetente und kritische Partner(innen). Die Patientenbeteiligung und unabhängige Patientenberatung entwickeln sich zeitgleich mit einer Zunahme von Wahlmöglichkeiten und finanziellen Beteiligungsanforderungen an die Patient(inn)en. Hier ist kritisch anzumerken, dass die Gesundheitspolitik Patientenbeteiligung auch als ein Instrument gegen die drohende Überforderung der Patient(inn)en eingesetzt hat. Ob es gelingt, mit diesen Instrumenten eine Zukunft zu gestalten, in der Patient(inn)en eine größere Bedeutung und Entscheidungsmacht im Gesundheitswesen erlangen und damit eine bedürfnisgerechtere Gesundheitsvorsorge und –versorgung erreicht wird, bleibt abzuwarten.

6. Was aber bringt dies alles den Patient(inn)en, was ist für die Zukunft vorstellbar? Es zeigen sich Verbesserungen für die einzelnen Patient(inn)en durch selbstverständlichere Wahrnehmung der Patientenrechte wie z.B. Einsichtnahme in ihre Unterlagen oder Einholung von Zweitmeinungen oder Widerspruch gegen Versicherungsbescheide. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ist in der Arztpraxis angekommen. Durch die Mitarbeit z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss können auch die kollektiven Patient(inn)eninteressen bei der Feinsteuerung des Gesundheitssystems besser berücksichtigt werden. All dies braucht aber noch eine Verstetigung und Weiterentwicklung hin zu tatsächlicher Mitentscheidung. Die Auswertung von Patientenberatungen zeigt eine deutliche Zunahme von Problemen und Fragen im Bereich der Privatisierung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen. Das neue Markttreiben in Arztpraxen ist für viele Patientinnen und Patienten ungewohnt und z.T. unangenehm. Immer aufdringlicher werden die Verlockungen und Drohungen der Mediziner bei IGeL-Leistungen, immer unverschämter wird die Abrechnungspraxis. Drei Viertel der Versicherten mit IGeL-Erfahrung befürchten eine Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient durch die Zusatzangebote, so eine aktuelle WidO-Studie. Einzelne Patienten sind in ihrer sowieso schon schwachen Position häufig überfordert und haben den Ärzten wenig entgegen zu setzen. Um hier eine gleichgewichtigere Situation herzustellen, sind modellmäßig unabhängige Patientenberatungsstellen eingerichtet worden. Gegen die genannten Mängel und Probleme sind aber individuelle Lösungen allein ungeeignet, hier braucht es umfassenden Patientenschutz und kollektive Sicherung. Abzocke und Betrug müssen stärker verfolgt, schlechte Arbeit muss namentlich benannt werden. Nach einer Vorlaufzeit von Mitsprache im Gemeinsamen Bundesausschuss ist zu prüfen, ob eine Mitbestimmung der Patienten(beratungs)organisationen die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem nachhaltig verbessern könnte. Denn immer noch fehlt es an ausreichender Transparenz im Gesundheits- und Versicherungssystem, um individuell wie auch kollektiv informierte Entscheidungen treffen zu können.

7. Am Beispiel des Diabetes mellitus sollen hier einige Aspekte benannt werden, die neben den Chancen der Gesundheitszielentwicklung auch die Probleme und möglichen Stolpersteine aufzeigen. Je konkreter es wird, umso sichtbarer werden auch die Diskrepanzen. So war z.B. die Debatte um die Übernahme der Insulinanaloge in den Krankenkassenkatalog von heftigen Auseinandersetzungen der beteiligten Akteure wie Kassen, Pharmaindustrie und IQWiG gekennzeichnet, aber auch in den Reihen der Patienten(beratungs)organisationen gab es

unterschiedliche Auffassungen zu diesem Thema. Ausreichende Patientenkompetenz musste hier individuell entwickelt und kollektiv abgestimmt werden – kein leichter, aber ein zunehmend konstruktiver und erfolgreicher Prozess.

Gemeinsam Zukunft gestalten – das ist das Motto dieser Tagung. Der Workshop bietet die Gelegenheit, dies am Beispiel der Diabetes-Behandlung zu tun. Auch hier gilt die Annahme, dass informierte und kompetente Patientinnen und Patienten die Risiken der Erkrankung minimieren und die Behandlung optimieren können.

Die Arbeitsgruppe Diabetes mellitus hat drei Ziele zunächst für den Typ 2-Diabetes benannt:

- Reduktion der Inzidenz des Typ2-Diabetes (Primärprävention),
- Frühere Diagnose des Typ 2-Diabetes im Stadium ohne Folgeschäden (Früherkennung),
- Verbesserung der Lebensqualität von Typ 2-Diabetikern, Reduktion von Komplikationen.

Der Bundesgesundheitsurvey von 1998 hatte bereits dargestellt, dass neben dem Alter und Geschlecht auch die Schichtzugehörigkeit relevant ist für die Prävalenz des Diabetes mellitus. So war das Krankheitsrisiko für Frauen in der Unterschicht fünf mal höher als in der Oberschicht, für Männer war das schichtspezifische Krankheitsrisiko etwa doppelt so hoch.

Solange eine einheitliche Fachmeinung besteht, können sich Patient(inn)en leicht orientieren. Wenn es jedoch wie z.B. bei Screening-Programmen oder bei dem Einsatz von Insulinanaloga widerstreitende Meinungen und Interessen gibt, ist es für die betroffenen Patienten schwer, sich zu entscheiden. Kommt es dann in einem abgestimmten Verfahren zu einer Entscheidung wie z.B. bei Insulinanaloga im Gemeinsamen Bundesausschuss, finden sich kurz darauf einzelne Krankenkassen, die von dieser Entscheidung wieder abrücken. Wie finden sich Patientinnen und Patienten in diesem Wirrwarr zurecht, was sollen sie glauben, was sollen sie besser prüfen und wo finden sie die entsprechenden Prüfkriterien? Und wer will dies alles tun in einer Situation, die schon genug Energie zur Krankheitsbewältigung benötigt. Hier sind unterstützende Strukturen als Entscheidungs- und Handlungshilfe wichtig und eine zielgerichtete Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung richtig. Bei all dem ist jedoch zu beachten, dass letztlich Patientin oder Patient selbst entscheiden will/muss, was getan wird und was nicht.

Zur Information:

Ziele und Teilziele der AG 4 „Diabetes mellitus“ von gesundheitsziele.de

Ziel 1: Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention).

Teilziel 1.1: Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken, ist geschärft

Teilziel 1.2: Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms

Teilziel 1.3: Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von Risikogruppen

Ziel 2: Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Aktionsfeld Sekundärprävention/ Früherkennung).

Teilziel 2.1: Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sind verbessert

Teilziel 2.2: Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert

Teilziel 2.3: Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung ist gesteigert

Ziel 3: Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/ Rehabilitation)

Teilziel 3.1: Die Fähigkeit zum Krankheitsselbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert

Teilziel 3.2: Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet

Teilziel 3.3: Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung



Unternehmen Leben

DAK- Pilotprojekt zur Prävention des Typ 2 Diabetes



Diabetes Akademie
Bad Mergentheim e. V.




Roche



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN



gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland





Unternehmen Leben

Angebot und Vorgehen

- 18.362 DAK-Versicherte am 3.1.2006 in Leipzig, Dresden und Chemnitz wurden per Mailing angeschrieben
- Sie konnten per Find-Risk-Fragebogen ihr Diabetes-Risiko ermitteln und sich bei erhöhtem Risiko für einen Präventionskurs anmelden
- 155 Versicherte nahmen an den Kursen teil
- Nicht alle Teilnehmer/innen hatten einen erhöhten Risiko-Score
- Nicht alle Teilnehmer/innen nahmen an der wissenschaftlichen Begleitung teil

11.09.2007 DAK 2



 Unternehmen Leber

Strukturiertes Programm „Prädias“ zur Diabetesprävention bei Risikoträgern

Zeitstruktur Kernintervention und Nachbetreuung

Gesamtdauer 6 Monate

8 Kurstermine mit je 90 – 120 Minuten im Abstand von einer Woche


1 und 3 Monate danach Kontakt per Post, Telefon oder Mail

2 und 4 Monate danach Gruppentreffen

Material

- a) Teilnehmer-Manual
„Diabetes vermeiden – selbst aktiv werden“
- b) Tagebuch für Essen, Bewegung und Gewicht
- c) Differenziertes Kalorienheft
- d) 18 Arbeitsblätter zur Nachbereitung
- e) Zahlreiche Folien als Curriculum für den Trainer

11.09.2007
DAK
3



 Unternehmen Leber

Teilnahmerate

Die Teilnahmerate muss unter Bezug auf die Zahl der erkannten Risikoträger berechnet werden. Nur die Zahl der angemeldeten Personen ist bekannt, die Zahl der Risikoträger muss geschätzt werden:

- Schätzmodell
 - von ca. 18.300 angeschriebenen Versicherten haben max. **90 % (= 16.470 Personen)** Angebot z. K. genommen
 - von denjenigen, die das Angebot z. K. genommen haben, führen **50 % (= 8.235 Personen)** den Risikotest durch
 - **25 % (= 2.058 Risikoträger)** der Testanwender werden laut Studien als Diabetes-Risikoträger eingestuft
- Teilnahmerate
 - Teilnahmeinteressenten (314 V.) gemeldet bei CallCenter 15,3 %
 - Anmeldungen (202 V.) in Bezug auf Risikoträger 9,8 %
 - Tatsächliche Teilnehmer (155 V.) in Bezug auf Risikoträger 7,5 %

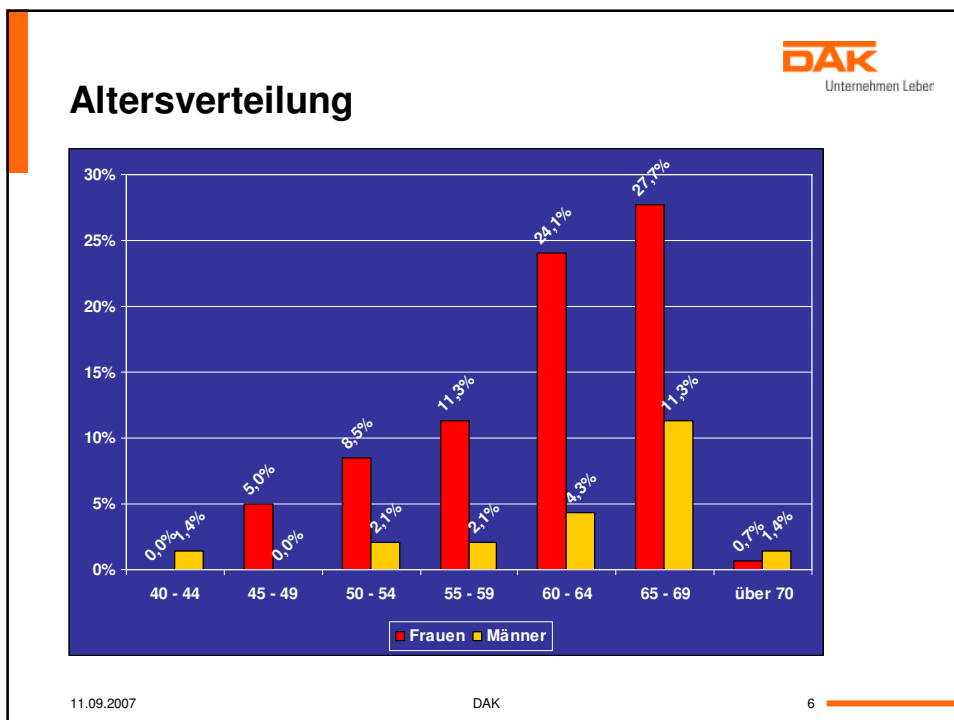
11.09.2007
DAK
4

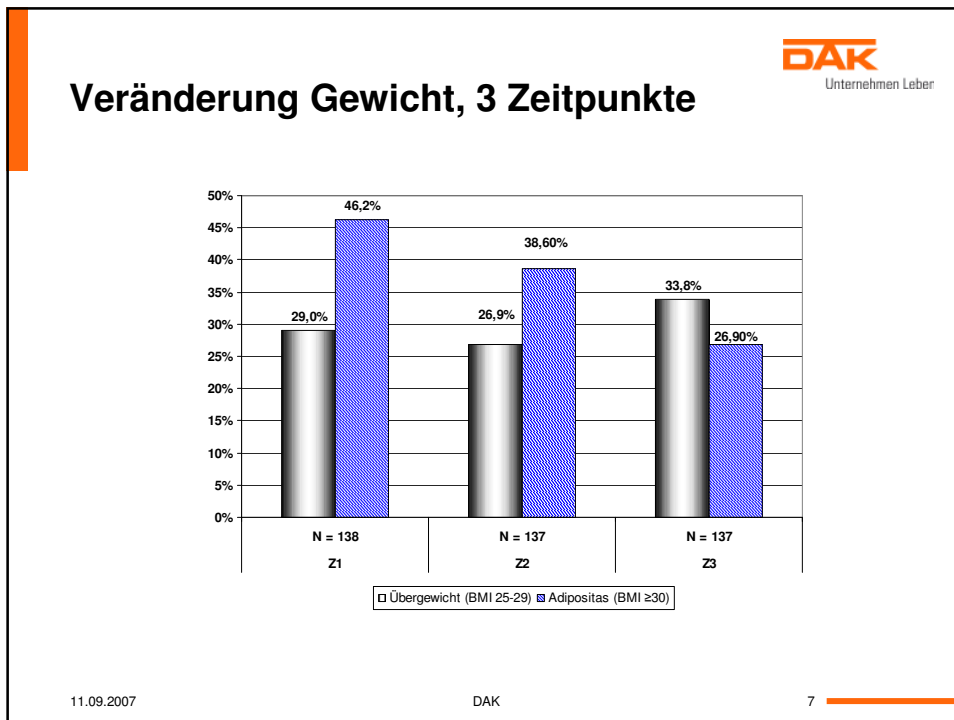
DAK
Unternehmen Leber

Schulabschluss der Teilnehmer/innen

	Anzahl	Anteil
Hauptschule ohne Lehre	5	3,7 %
Hauptschule mit Lehre	27	19,5 %
weiterführende Schule	35	25,7 %
Abitur / Hochschule	69	50,7 %
Gesamt	136	100,0 %

11.09.2007 DAK 5





Veränderung von Blutdruckwerten

Kategorien	Z1	Z2	Z3
	N = 101	N = 85	N = 80
optimaler/normaler/hoch-normaler			
Blutdruck	41 %	40 %	68 %
milde/mittelschwere Hypertonie	31 %	20 %	11 %
schwere Hypertonie	10 %	14 %	6 %
isolierte systolische Hypertonie	19 %	26 %	15 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %

11.09.2007 DAK 8

DAK
Unternehmen Leber

Veränderung Bewegungsverhalten

Sportliche / körperliche Aktivitäten mit Schwitzen* (Häufigkeit)

	Z1	Z2	Z3	Z4
	N = 136	N = 134	N = 140	N = 136
an mindestens 2 Tagen pro Woche	35,2 %	49,9 %	58,6 %	53,6 %
an mindestens 4 Tagen pro Woche	5,8 %	13,4 %	14,3 %	10,2 %

11.09.2007 DAK 9

DAK
Unternehmen Leber

Veränderung Essverhalten

Störbarkeit des Essverhaltens (nach FEV) zum Beginn und zum Ende der Maßnahme

	Z1	Z4
	N = 142	N = 138
hohe Störbarkeit (8 bis 16 Punkte)	27 %	9 %
geringe Störbarkeit (1 bis 7 Punkte)	73 %	91 %

11.09.2007 DAK 10

Kosten der Intervention

- Gesamt: **271,86 Euro** pro Kursteilnehmer

Kursgebühr	110,00 € plus 30 € vom Versicherten	
Porto Mailing	29,51	
Call-Center	27,47	
Flyer	38,70	
Handbuch	16,26	
Schulung EFK	49,92	(Ernährungsfachkräfte)

11.09.2007

DAK

11

Vergleich US-DPP-Studie

- DPP verringerte das Diabetesrisiko um 58 % im Vergleich zur nicht-behandelten Kontrollgruppe
- Die Teilnehmer am DPP nahmen 4.5 kg \pm 7.6 kg ab, die Teilnehmer am DAK-Projekt durchschnittlich 4.6 kg
- 16% Risikoreduktion pro 1 kg Gewichtsabnahme wurde durch DPP belegt
- bei der durchschnittlichen Gewichtsabnahme von 4.5 kg ist mit einer Risikoreduktion ~ 50 % zu rechnen
- Interventionskosten bei DPP 770 \$

11.09.2007

DAK

12

Zusammenfassung

- Das DAK-Pilotprojekt ist effektiv und effizient (unter Berücksichtigung der Ergebnisse der wissenschaftl. Begleitung zum Abschluss der Interventionsphase):
 - Gewichtsreduktion relevant für Diabetesprävention
 - Ausmaß an körperlicher Bewegung relevant für Diabetesprävention
 - Deutliche Kostenreduktion im Vergleich zur DPP-Studie (ca. 1/5)
 - Verhinderung von Diabetesbehandlungskosten (2.507 € pro Jahr und Patient) möglich
 - Ergebnisse der 3-Jahres-Nachuntersuchung bleiben abzuwarten
 - Zielgruppe der bildungsferneren und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wurde bisher zu wenig erreicht, wird in einer zweiten Stufe des Projektes Ziel sein

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

„Gemeinsam Zukunft gestalten –
Gesundheitsziele konkret!“

Workshop 1

**Patient(inn)enkompetenz
stärken am Beispiel „Diabetes“**

Herzlich willkommen!

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

10.09.07 in Berlin

**Das sächsische Modell
zur Prävention des Typ 2
Diabetes**



GESUNDE.SACHSEN.de

Verwirklichung des Gesundheitszieles Diabetes
erstes praktisches Diabetes-Präventions-Programm bundesweit

10.09.07 in Berlin

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Derzeitiger Stand in Sachsen

- wir wissen, was zu tun ist
- verschiedene Interventionsformen wurden getestet
- implementierbares Konzept liegt vor
- Qualitätskontrolle und –management können eingeführt werden
- kontinuierliche Weiterbetreuung notwendig – aber niederschwellig
- wichtig ist anzufangen
- Implementation dieser Konzepte in die Leistungsebene

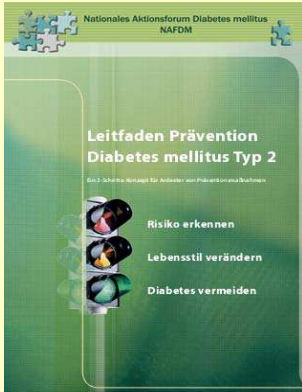
Valensi, P; Schwarz PEH. et al., Diabetes & Metabolism, 2005. 31(6).
Schwarz, P. Journal of Public Health 2005.
Schwarz, P., Dtsch Med Wochenschr, 2005.

10.09.07 in Berlin

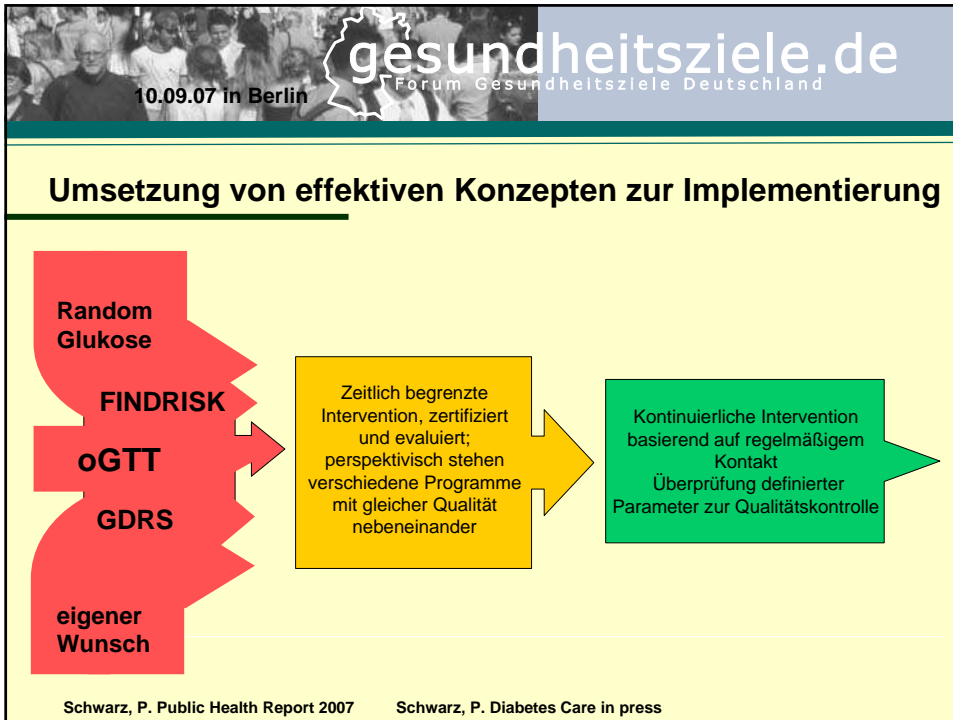
gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Definition von medizinischen Zielen

- Eckpunkte für qualitativ hochwertige Diabetes-Präventions-Programme wurden im Leitfaden Prävention dargestellt
- Die Struktur des 3-Schritte-Konzepts sollte auch bei der Ausarbeitung des Curriculums für Präventionsmanager berücksichtigt werden



NAFDM Projektgruppe Prävention - Sprecher: P. Schwarz, H. Hauner



10.09.07 in Berlin **gesundheitsziele.de**
Forum G

FINDRISK – wo zu finden?

- in Wartezimmern von Arztpraxen
- in Apotheken
- über Krankenkassen-Mailings
- über Präventionsmanager
- in Zeitschriften / Zeitungen
- auf Müslipackungen, Milchtüten etc.

Diabetes-Risikotest

Testen Sie Ihr Erkrankungsrisiko!

Beantworten Sie bitte folgende Fragen und zählen Sie dann Ihre Punkte zusammen!

1. Wie alt sind Sie?	Punkte	2. Wie hoch ist Ihr Body-Mass-Index?	Punkte
Unter 35 Jahre <input type="checkbox"/> 0		(Erläuterung des Body-Mass-Index und Berechnungsbeispiel - siehe unten)	
35 bis 44 Jahre <input type="checkbox"/> 1		Unter 25 <input type="checkbox"/> 0	
45 bis 54 Jahre <input type="checkbox"/> 2		25 bis 30 <input type="checkbox"/> 1	
55 bis 64 Jahre <input type="checkbox"/> 3		Höher als 30 <input type="checkbox"/> 3	
Alter ab 64 Jahre <input type="checkbox"/> 4			

3. Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels?	Punkte	4. Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung am Stück?	Punkte
(Wenn Sie kein Maßband zur Hand haben, verwenden Sie doch ein Stück Schnur und nehmen Sie ein Lineal zu Hilfe)		(Je der Antwort z. B. Gartenarbeit, belüften, im Haushalt z. B. Fensterräumen, in der Freizeit z. B. Radfahren, Boot fahren, Sportarten, etwas anstrengende Gartenarbeiten...)	
Man <input type="checkbox"/> 0		Ja <input type="checkbox"/> 0	
Frau <input type="checkbox"/> 1		Nein <input type="checkbox"/> 2	
unter 80 cm <input type="checkbox"/> 0			
80-89 cm <input type="checkbox"/> 1			
90-99 cm <input type="checkbox"/> 2			
100-109 cm <input type="checkbox"/> 3			
über 110 cm <input type="checkbox"/> 4			

5. Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder dunklere Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?	Punkte	6. Bekommen Sie schon einmal Bluthiuck oder andere Medikamente vorerkrankt?	Punkte
Jeden Tag <input type="checkbox"/> 0		Nein <input type="checkbox"/> 0	
Nicht jeden Tag <input type="checkbox"/> 1		Ja <input type="checkbox"/> 2	

7. Wurden bei Ihnen schon einmal bei einer ärztlichen Untersuchung zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt? (z. B. während einer medizinischen Untersuchung, während einer Kontrollen oder in einer Schwangerschaft)	Punkte	8. Wurde bei Mitgliedern Ihrer Blutsverwandtschaft Diabetes festgestellt? (Bei dieser Frage sind insgesamt höchstens 5 Punkte möglich.)	Punkte
Nein <input type="checkbox"/> 0		Nein <input type="checkbox"/> 0	
Ja <input type="checkbox"/> 1		Ja, bei dem eigenen Eltern, Geschwister, Kind <input type="checkbox"/> 1	
		Ja, bei Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousins, Cousins <input type="checkbox"/> 2	

Der Body-Mass-Index (BMI) berechnet sich nach der Formel:

$$BMI = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

z.B.: Größe 1,70 m
Gewicht 65 kg

$$BMI = \frac{65}{(1,7 \times 1,7)} = 22,5$$

AUSWERTUNG: An Ihrer erreichten Gesamtpunktzahl können Sie nun erkennen, wie hoch Ihr Risiko ist, in den nächsten zehn Jahren an einem Diabetes Typ 2 zu erkranken. Sie haben kein oder ein sehr niedriges Risiko, an einem Diabetes zu erkranken.

0-9 Punkte: Das Diabetes-Risiko ist sehr niedrig, Sie sollten etwa nur, um dieses Risiko zu senken auf den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern.

10-19 Punkte: Das Diabetes-Risiko ist mäßig, es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Diabeteserkrankung vor. Sie sollten etwa nur, um dieses Risiko zu senken auf den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern.

> 20 Punkte: Hier besteht sehr starkes erhöhtes Risiko, an einem Diabetes zu erkranken. Daher wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt, um für Sie die richtige Behandlung zu besprechen. Oder wenden Sie sich an uns, um weitere Informationen zu erhalten.

Sie haben ein erhöhtes Risiko? Hier helfen Ihnen gern wir! - TUM/AM/Institute für Präventionsmanagement GmbH
Münchener Str. 7, D-85374 Dornen, www.vorbeugen.de, info@vorbeugen.de, Tel.: +49-361-311150-51, Fax: +49-361-311150-49

10.09.07 in Berlin **gesundheitsziele.de**
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Diabetespräventionsprogramm – Schritt I

Kontakt: Telefon, Fax, www., email

Bevölkerung → FINDRISK

- Score > 20 → Diabetes vermutet → Klinischer Test → Hausarzt/Schwerpunktbetreuung
- 10 < Score < 21 → Erhöhtes Diabetesrisiko → Intervention zur Prävention
- Score < 11 → Kein Diabetesrisiko → Information

Schwarz, P. Journal of Public Health 2005.
Schwarz, P., Dtsch Med Wochenschr, 2005.

10.09.07 in Berlin **gesundheitsziele.de**
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Risikotests über verschiedene Medien und Partner

Diabetes-Risikotest

A. Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder Vollkornbrot?

jeden Tag 1
 nicht jeden Tag 0

B. Nehmen Sie sich einmal Mühsal anlässlich Ihrer Arbeitszeit?

ja 1
 nein 0

C. Werden bei Ihnen schon einmal bei einer ärztlichen Untersuchung zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?

ja 1
 nein 0

D. Wurde bei Mitgliedern Ihrer Arbeitsgemeinschaft in ähnlicher Zeit?

ja 1
 nein 0

E. Ja, bei Eltern, Geschwister, Verwandte

ja, bei Großeltern, Vätern, Onkeln, Cousins 1
 nein 0

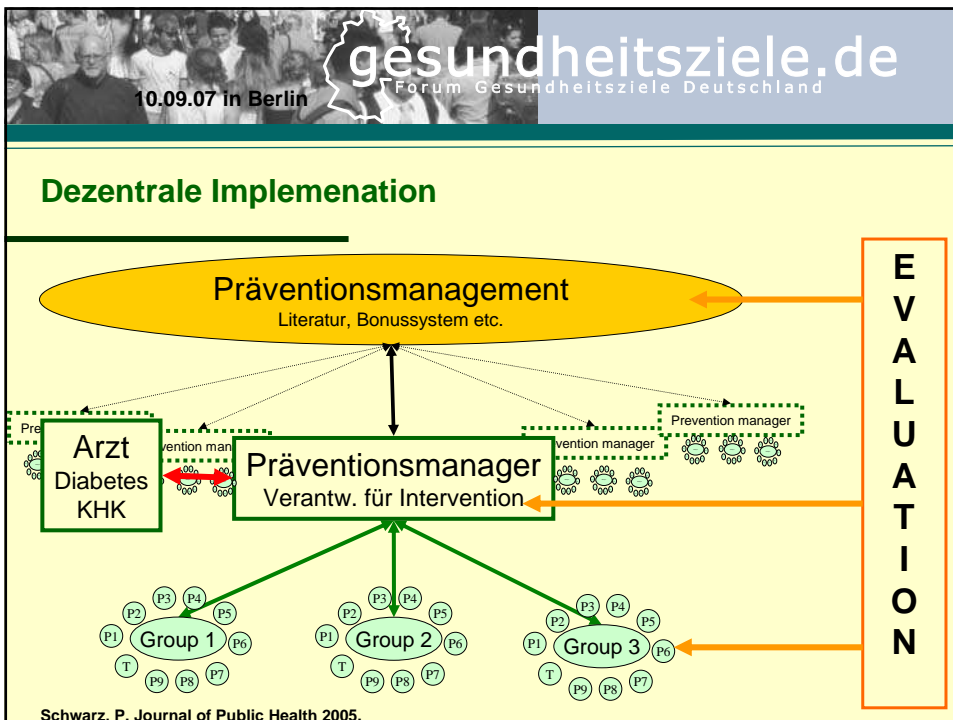
Erwartung: Bei einer erreichten Gesamtzahl von 1 bis 10 Punkten ist das Risiko für Diabetes erhöht. Bei 11 bis 20 Punkten ist das Risiko für Diabetes erhöht. Bei 21 bis 30 Punkten ist das Risiko für Diabetes erhöht. Bei 31 bis 40 Punkten ist das Risiko für Diabetes erhöht. Bei 41 bis 50 Punkten ist das Risiko für Diabetes erhöht.

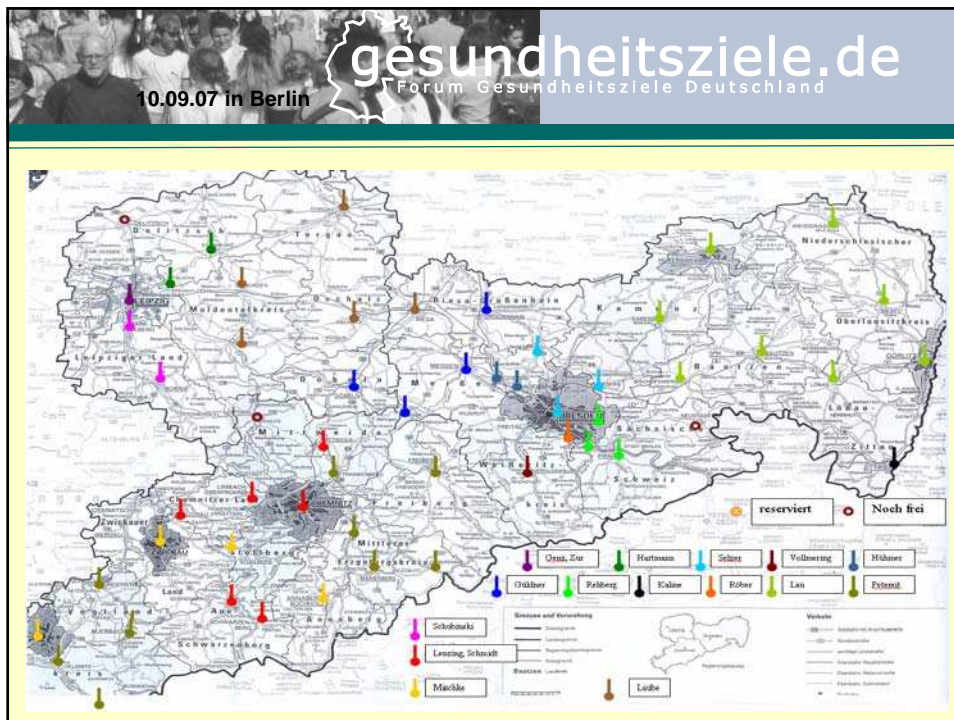
DIABETES – Für mich (k)ein Problem?

Ein Angebot ihrer ADK Sachsen in Kooperation mit TDM und Sachsischer Gesundheitsrat

ADK Sachsen







10.09.07 in Berlin

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Qualitäts- und Erfolgskontrolle ist entscheidend

- zentralisierte unabhängige Evaluation bei Eltern und Kindern
- regelmäßiges Messen von Evaluationsparametern
- **Blutdruck, Taillenumfang** - von den Teilnehmern selbst zu Hause
- Analyse des individuellen Präventionserfolg
- Vergleich von Präventionszentren untereinander
- Sicherstellung von gleicher Qualität bei gleicher Leistung
- **DADURCH**
- Dezentralisierte Umsetzung ohne neue Infrastruktur
- Multiplikatoren und Mediatoren aus bestehenden Berufen
- Unabhängig von der durchführenden Institution

Schwarz P. et al., Public Health Report, 2007



10.09.07 in Berlin **gesundheitsziele.de**
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Vielen Dank für Ihre
 Aufmerksamkeit

Qualitätsdimension PatientInnen-Kompetenz

Beispiel DMP Diabetes mellitus in
Sachsen-Anhalt

Rahmenbedingungen I

Tabelle 1
Kontinuierliche Beteiligung von Patientenvertretern und -vertreterinnen in
unterschiedlichen Gremien des deutschen Gesundheitswesens

Institution	Gremium	Anhörung	Beratung	Entscheidung
BMG	Deutsches Forum Prävention			■
BMG/GVG	gesundheitsziele.de			■
BMG	Kommission Off Label Use			■
DIMDI	HTA-Kuratorium			■
RKI	GBE-Kommission			■
BfARM	Stufenplanverfahren § 63 AMG			■
BfR	Giftkommission ChemG		■	
IfA	IfA Positivliste	■		
Länder	Gesundheitskonferenzen			■
Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene	Gemeinsamer Bundesausschuss § 91 SGB V		■	
	Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz § 303b SGB V		■	
Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Landesebene	Landesausschüsse § 90 SGB V		■	
	Zulassungsausschüsse § 96 SGB V		■	
	Berufungsausschüsse § 97 SGB V		■	
Bundesärztekammer	Patientenforum			■
Landesärztekammern, Forschungseinrichtungen	Ethikkommissionen			(■)
Landesärztekammern	Gutachter-/Schlichtungsstellen			(■)
Gematik	Beirat	■		
IQWiG	Kuratorium	■	■	

2

Rahmenbedingungen II

Tabelle 2
Ad-hoc-Beteiligung von Patientenvertretern und -vertreterinnen über Anhörungen,
Stellungnahmen und Beratungen zu unterschiedlichen Aspekten der Versorgung

Institution	Vereinbarungen und Bestimmungen, bei deren Änderungen, Neufassungen oder Aufhebungen Patientenvertreter gehört werden	Anhörung/ Stellungnahme	Beratung	Entscheidung
Bundestag	diverse	■		
Ministerien	diverse	■		
Spitzenverbände der Krankenkassen	Selbsthilfeförderung § 20 (4)		■	
	Rahmenvereinbarungen Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) § 21 (2)		■	
Nach SGB V	Festbeträge Hilfsmittel § 36 (1,2)		■	
	Rahmenempfehlungen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen § 111b		■	
	Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung § 112		■	
	Rahmenempfehlungen zu dreiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten § 115		■	
	Empfehlung zur Zulassung von Heilmitteln als Dienstleistung § 124 (4)		■	
	Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln § 125 (1)		■	
	Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 126 (2)		■	
	Hilfsmittelverzeichnis § 128		■	
	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten § 137f SGB V	■		

Rahmenbedingungen III

- Vertrauen in der Arzt – Patient – Beziehung, Therapieplanung
- Unterstützung im sozialen Umfeld
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Einbindung in Selbsthilfegruppe
- „Experte in eigener Sache“ durch wertfreie Information
- Gesundheitserziehung Familie/Schule

Vom Modellprojekt zum DMP und was dabei verloren ging

Diabetes Modell Projekt 1999 – 2002

- Akkreditierungskommission
- Arbeitsgruppe mit direkter Beteiligung von Patientenvertretern; Inhaltsdiskussion
- Projektgruppe; Evaluation

DMP Diabetes mellitus ab 2003

- Akkreditierungskommission

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

5

Zahlen im Überblick

- ✓ eingeschriebene Patienten: > 60 000
- ✓ 1168 Hausärzte
- ✓ 49 Diabetologen
- ✓ 10 Fußambulanzen
- ✓ 17 Akutkrankenhäuser
- ✓ 2 Reha-Kliniken
- ✓ ausgeschlossene Patienten: >14 000

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

6

Blickwinkel Krankenhaus

- Notfalleinweisung
- Komplikationen bei Begleiterkrankungen
- Medikamentenumstellung
- Momentaufnahme
- Kontakt zum DMP-Arzt/Hausarzt
- Problem Arzneimittelbudget
- Gefahr Drehtüreffekt

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

7

Messung von PatientInnen-Kompetenz im DMP ?

Was wird gemessen?

- ✓ Körperliche Parameter/Surrogate
- ✓ Überweisung/andere Versorgungsebene
- ✓ Regelmäßige Wiedervorstellung beim DMP-Arzt
- ✓ Notwendige Kontrolluntersuchungen
- ✓ Teilnahme an Schulungen



Ausschluss aus DMP

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

8

Kritik und Ausblick I

Sollten nicht gerade bei den Patienten, die wegen Nichteinhalten von Wiedervorstellungsterminen oder Nichtteilnahme an Schulungen aus dem Programm ausgeschlossen werden, die Anstrengungen verstärkt werden, die Patienten-Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung zu verbessern?!

Kritik und Ausblick II

→ **Professionalisierung**

- Patientenorientierung als Grundvoraussetzung
- Regelmäßige Patientenbefragungen
- Schulungen für Patientenberater
- Train the Trainer
- Ausbildungen im Gesundheitswesen zu „shared decision making“, „informed consent“, „partizipative Entscheidungsfindung“

Kritik und Ausblick III

Bundesebene

Programmebene
Sachsen-Anhalt

Einbeziehung der
Patientenvertreter
in die Entschei-
dungsebene

Wiederbelebung der
Arbeitsgruppe
Diabetes mellitus
unter Einbeziehung
einer
Patientenvertretung

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

11

Die Nicht(mehr)teilnahme an
Behandlungsprogrammen
bei **informierten** Patienten
**ist Ausdruck von
Selbstkompetenz**

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

12

Danke

Dr. G. Heeß-Erler DMP DM T2
KGSAN

13

Bestandsaufnahme und Weiterentwicklungsbedarf von Patient(inn)enschulungsprogrammen

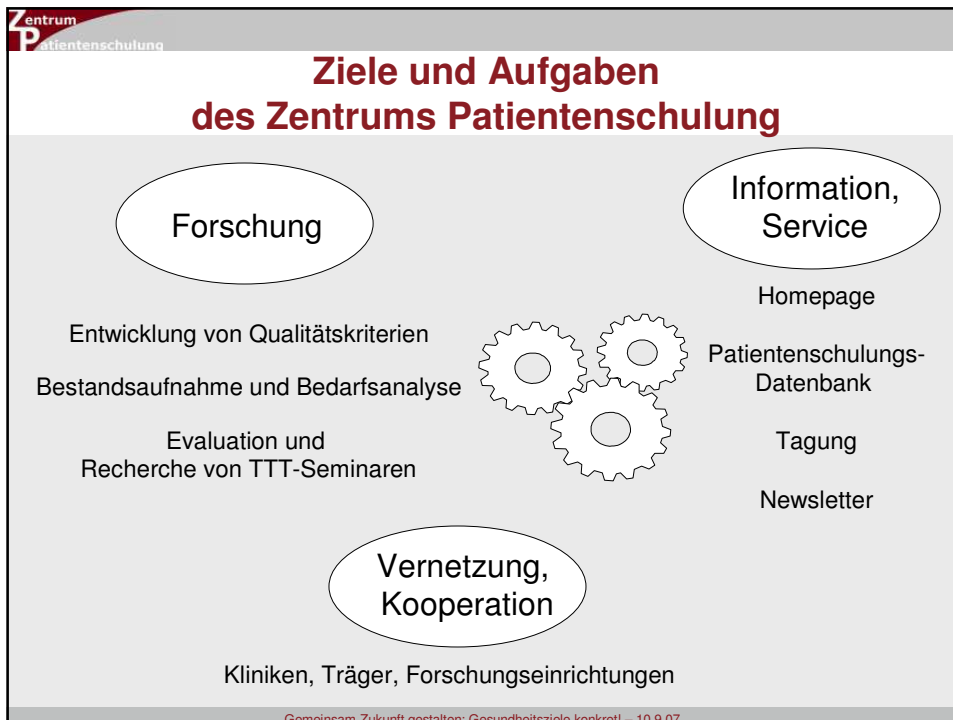
Heiner Vogel
Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret!, Berlin, 10.9.2007

Zentrum Patientenschulung

Prof. Dr. Dr. H. Faller, A. Friedl-Huber, R. Küffner,
A. Reusch, V. Ströbl, Dr. H. Vogel

- 2005-2007: Umsetzungsprojekt
Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“
- 2007-2009: Folgefinanzierung Deutsche Rentenversicherung
- bisheriger Schwerpunkt:
Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation



- Zentrum
Patientenschulung
- ## Qualitätskriterien für Patientenschulungen
- Präambel
1. Bestimmungsstücke
 2. Zusätzliche Qualitätsmerkmale
 3. Grad der Evidenz
 4. Indikationsspezifische inhaltliche Anforderungen
- } Delphi-Verfahren
- Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Präambel

Patientenschulungen sind...

- interaktive Gruppenprogramme
- überwiegend für chronische Erkrankungen
- Ziele: Compliance, Selbstmanagement, Empowerment
- mehrere Schulungseinheiten
mit jeweils frontalen und interaktiven Methoden
- Einbezug mehrerer Ebenen
(Kognition, Emotion, Motivation, Verhalten)

1. Bestimmungsstücke

1. Manual:

Für Patientenschulungen liegt ein Manual vor,
in dem folgende Aspekte beschrieben sind:

- Zielgruppe
- Gruppengröße
- Ziele und Inhalte
- methodisches Vorgehen
- Manual sollte benötigte Schulungsunterlagen enthalten.

1. Bestimmungsstücke

2. Methoden

- frontale und aktivierende Methoden
- aktivierende Methoden in jeder Schulungsstunde
- Elemente, die Transfer in Alltag fördern

3. Ziele

- Wissenserwerb
- Training von Fertigkeiten
- Motivation zu gesundheitsgerechtem Lebensstil
- Krankheitsbewältigung
- Training krankheitsspezifischer sozialer Kompetenz

2. Zusätzliche Qualitätsmerkmale

Wenn möglich sollte Schulungskonzept vorsehen:

1. Durchführung als geschlossene Gruppe
2. Einbezug von Angehörigen
3. Materialien, die Vorbereitung der Teilnehmer ermöglichen
4. Kontakte zur Nachsorge
5. Materialien zur Lernerfolgskontrolle
6. Beschreibung Qualifikation und Berufsgruppe der Dozenten
7. Entwicklung durch multiprofessionelles Team

Zentrum
Patientenschulung

3. Grad der Evidenz

- Hierarchie der Studiendesigns

RCT
Kohortenstudie
Fall-Kontroll-Studie
Eingruppen-Prä-Post-Studie
Querschnittstudie

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Startseite - Zentrum Patientenschulung - Mozilla Firefox

http://www.zentrum-patientenschulung.de/

Zentrum
Patientenschulung

Startseite Impressum

DAS ZENTRUM

- Aktuelles
- Tagung 2006
- Interessengemeinschaft
- Wir über uns

PATIENTENSCHULUNGS-DATENBANK

Startseite

- Onkologie/Stoffwechselerkrankungen
- Gastroenterologie
- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie
- Dermatologie/Allergologie/Pneumologie
- Rheumatologie
- indikationsübergreifende Schulungen

INFORMATIONSMATERIAL

Artikel

Links

- Adipositas
- Diabetes
- Allergologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie
- Pneumologie
- Rheumatologie
- Schmerz

Willkommen beim Zentrum Patientenschulung

An dieser Stelle entsteht derzeit ein Internetangebot zu Patientenschulung und Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation. Ziel ist es, ein zentrales Informationsangebot zu schaffen, dass Fachkräften in Rehabilitationseinrichtungen wertvolle Unterstützung bieten soll.

Unter anderem wird hier in den nächsten Monaten eine Datenbank entstehen, in der Sie Patientenschulungen für verschiedene Indikationen recherchieren können.

[Weitergehende Informationen zu den Zielsetzungen des Projekts.](#)

Diese Seite entsteht momentan. Wir würden uns freuen, wenn Sie regelmäßig vorbei schauen würden, um die Fortschritte zu begutachten.

Fertig

Klinikbefragung

- Ziele: Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse
- Methode
 - Vollerhebung (Sommer 2005)
 - schriftliche Befragung bei 771 Einrichtungen (82% stationär)
 - Rücklauf 64% der Einrichtungen
- Analysestichprobe
 - alle Indikationen N = 1740 Schulungen
 - Orthopädie: n = 533
 - Rheumatologie: n = 44
- Aspekte
 - Manual
 - Methoden
 - Evaluation

Friedl-Huber et al. (2007)

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Klinikbefragung

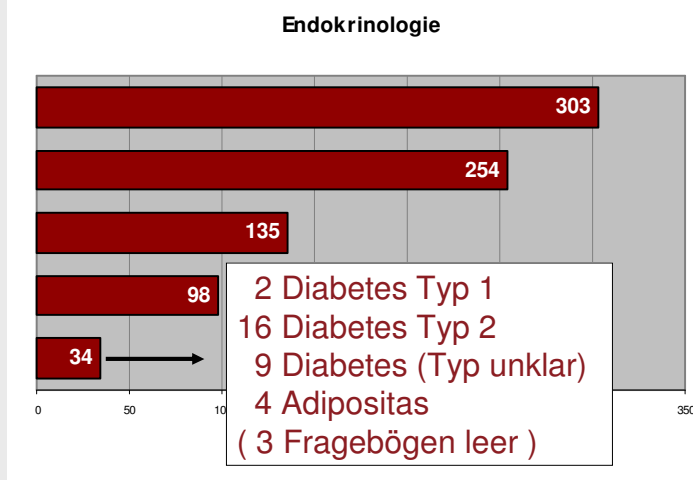
Programme insgesamt
(Nennungen im Screening)

mehr als eine Einheit,
nicht nur Vortrag

Manual vorhanden

Adresse vorhanden
(= Versand 2. Befragung)

Rücklauf



Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Programme laut Nachbefragung – Diabetes Typ 2

Programm	Evaluation	Praxis
▪ Diabetes Typ 2 (<i>Gesundheitstraining BfA</i>)		✓
▪ Diabetes Typ 2 (<i>DGPR</i>)		✓
▪ Medias 2 (<i>Kulzer et al.</i>)	✓	✓
▪ Schulungsprogramm: kein Insulin (<i>Berger et al.</i>)	✓	✓
▪ Schulungsprogramm: Insulin (<i>Berger et al.</i>)	✓	
▪ Schulungsprogramm: Normalinsulin (<i>Berger et al.</i>)	✓	
▪ LINDA (<i>Feulner-Krakow & Krakow</i>)	(✓)	
▪ DIAMAND (<i>Hasche et al.</i>)	(✓)	✓
▪ Schulung für geriatrische Diabetiker (<i>Zeyfang et al.</i>)	✓	
▪ Motivationsprogramm (<i>Haisch et al.</i>)	(✓)	
▪ Coping-Schulung (<i>Paust</i>)	(✓)	

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Beobachtungen/Entwicklungsbedarf – Diabetes Typ 2

- Praxis: häufig mehrstündig, interaktiv, manualisiert
- Vorliegen zahlreicher Programme, auch für spezielle Zielgruppen
- rehaspezifische Programme nicht evaluiert

→ Evaluation

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret! – 10.9.07

Nächste Schritte

- Erfassung weiterer Programme
- Differenzierung von Qualitätsanforderung an Umsetzung
- Train the Trainer-Seminare (TTT)

Weiterer Entwicklungsbedarf

- **Entwicklung/Evaluation differenzierter Programme** für unterschiedliche Zielgruppen, speziell Schicht/Bildung, Migration, Gender
- Weitere Verbreitung des Qualitätskonzeptes für Patientenschulung, auf den Ebenen **Entwicklung/Evaluation** (EbM), **Transparenz** und **Umsetzung** (TTT u. Qualitätsmanagement)

Kontakt

Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und Medizinische
Psychologie der Universität Würzburg
AB Reha-Wissenschaften

Klinikstraße 3
97070 Würzburg

Tel.: 0931 - 31-2718

Fax: 0931 - 31-6080

E-Mail: h.vogel@uni-wuerzburg.de

Internet: www.zentrum-patientenschulung.de

Literatur:

Hefte 1 und 2 des Jahrgangs 2007 der Zeitschrift
Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation
Pabst-Verlag, Lengerich; (=Themenhefte: Qualität und
Qualifikation von Patientenschulungen).

