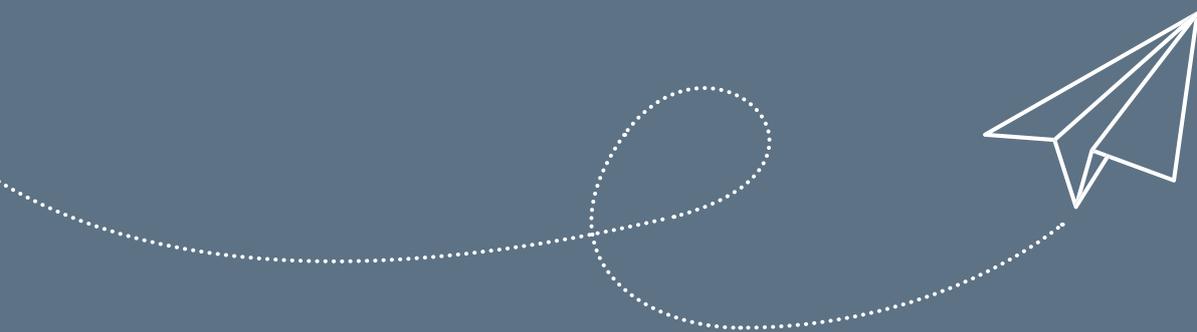


Diskussionspapier – Think Lab 4

Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem der Zukunft

Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt
„Neustart!“ (März 2020)



Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

ist eine Initiative der Robert Bosch Stiftung GmbH. Sie bietet Bürgern und Experten die Möglichkeit, Impulse für unsere Gesundheitsversorgung zu setzen – mit Mut zu Reformen, für die Menschen und die Zukunft.

In der Erstellung und Vertiefung wissenschaftlicher Expertise kooperieren die Robert Bosch Stiftung und die Hertie School.

Die Initiative „**Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen**“ soll Raum und Möglichkeiten eröffnen, eine Weiterentwicklung und Neuordnung unserer Gesundheitsversorgung zu skizzieren, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen. Dabei soll der Mensch und sein Gesundheitsinteresse als Richtschnur des Handelns gelten inmitten eines leistungsfähigen Systems, das sich durch Zugänglichkeit, Wirksamkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Sicherheit und Transparenz auszeichnet.

Aufgabe des vierten Think Labs war es, die Leistungserbringung einer zukünftigen Gesundheitswelt zu spezifizieren. Ausgehend von der „Patient Journey“ und anhand von konkreten Fallbeispielen wurde modelliert, wie Prävention, Primärversorgung und Notfallversorgung zusammenspielen mit der Spezialversorgung, wie Pflegesettings unterstützt werden können und wie neue technologische Anwendungen ihren Einsatz finden.

Kontext

Das deutsche Gesundheitssystem ist allgemein bekannt für seine Fragmentierung im Hinblick auf Finanzierungsquellen, Zuständigkeiten und die Bereitstellung von Versorgungsleistungen. Trotz und auch wegen des therapeutischen und technologischen Fortschritts ist eine Integration der Versorgungsleistungen komplex. Die Konzeption der Versorgungsstruktur in ihrer heutigen Form wird bestimmt durch die Abgrenzungen zwischen Fachgebieten innerhalb der medizinischen Ausbildung, unterschiedliche Vergütungsgrundlagen und rechtliche Gesichtspunkte. Sie folgt der Logik einer Anbieterorganisation statt einer Patientenzentrierung. Die Kollaboration über Fachgebiete und Sektoren hinweg ist schwach ausgeprägt. In seiner derzeitigen Form scheint das Versorgungssystem eher unzeitgemäß und für die Bewältigung künftiger Herausforderungen ungeeignet zu sein.

Die Neukonzeption der Leistungsbereitstellung ist von entscheidender Bedeutung, um Effizienzgesichtspunkte, Qualitätsaspekte sowie die Navigation durch das System für Bürger und Patienten zu verbessern. Dies ist aus folgenden Gründen wichtig:

1. Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheitsergebnisse

Studien zeigen, dass Auswirkungen sozioökonomischer Ungleichheiten erheblich sind, etwa im Hinblick auf die Nutzung von Versorgungsleistungen, den Grad der Mitwirkung bei Diagnose und Therapie sowie die Beteiligung an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Sozioökonomische Ungleichheiten tragen direkt und indirekt zu ungleichen Gesundheitsergebnissen bei (OECD 2019; Geyer 2018; Lampert, Hoebel, Kroll & Luy 2018; Lampert, Prütz, Rommel & Kuntz 2018; Klein & von dem Knesebeck 2016; Rattay et al. 2014; Kroll & Lampert 2013; Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurt 2004), was sich u. a. in unterschiedlicher Lebenserwartung oder der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ausdrückt. Daneben haben sie Auswirkungen auf die variierende Belastung des Gesundheitssystems durch Krankheiten sowie auf dessen Effektivität.

2. Unkoordinierte Gesundheitsversorgung

Die einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens arbeiten weitgehend nebeneinander her und tauschen oftmals nur wenig Informationen über Patienten aus, die von ihnen gemeinsam behandelt werden sollen (Reiners 2013). Dies führt zu Unklarheiten in Bezug auf die Verantwortlichkeiten und Rollen der Leistungserbringer und einer unangemessenen Versorgung, was wiederum einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse hat (Diaz 2018; Schneider et al. 2016; Frandsen et al. 2015). Für die Patienten ist es schwierig, sich im System zurechtzufinden oder den geeigneten Versorgungszugang zu wählen, was zu redundanten und mitunter widersprüchlichen Diagnosen führt (Schaeffer et al. 2018; 2021).

3. Regionale Heterogenität in Hinblick auf Zugangsmöglichkeiten und Ergebnisse

Obwohl im System insgesamt umfangreiche Ressourcen zur Verfügung stehen, entspricht u.a. die räumliche Verteilung nicht immer dem Versorgungsbedarf. So haben Bürger insbesondere in dünn besiedelten, ländlichen Gebieten häufig einen erschwerten Zugang zu Versorgungsleistungen allgemein und zur Sekundärversorgung im Besonderen (siehe z.B. Busse & Blümel 2014, 84; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; Gerlinger 2011). Gleichzeitig bestehen erhebliche regionale Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitsergebnisse. Die Anzahl der verlorenen Lebensjahre schwankte im Jahr 2018 im Vergleich zwischen Bundesländern zwischen 2.023 pro 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg und 3.040 in Mecklenburg-Vorpommern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017). Gleiches lässt sich auch bei den Todesursachen feststellen: So schwankt die Inzidenz für maligne Neubildungen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2015 zwischen 247,9 in Baden-Württemberg und 347,7 in Sachsen-Anhalt, die Häufigkeit alkoholbedingter Lebererkrankungen variiert zwischen 6,4 in Nordrhein-Westfalen und 22,9 in Sachsen-Anhalt (destatis 2017).

4. Patientenzufriedenheit

Trotz allgemein steigender Zufriedenheitswerte sank die Zufriedenheit der Bürger mit der Koordination zwischen Hausärzten und Fachärzten, der Beratungsdauer und den Wartezeiten für einen Behandlungstermin im Jahr 2012 auf einen Tiefstand, wie es ihn seit Einführung der Praxisgebühr 2004 nicht gegeben hatte. Gesetzlich Krankenversicherte unter 60 Jahren und Patienten aus niedrigeren sozioökonomischen Bevölkerungsschichten bewerten das Gesundheitssystem zudem deutlich weniger positiv (Scherenberg 2014). Auch ist der Anteil der Bürger, der das deutsche Gesundheitssystem unter den Top 3 der Welt sieht, von 64% im Jahr 2016 auf 52% im Jahr 2019 gesunken (PricewaterhouseCoopers 2020). Im Jahr 2019 gaben 40% aller Befragten an, dass sich Ärzte bei Patientengesprächen nicht ausreichend Zeit nehmen, 26% der berufstätigen Befragten waren der Meinung, dass die Sprechzeiten nicht ihren Bedürfnissen entsprechen, während lediglich 35% angaben, dass keiner der genannten Punkte zuträfen und sie mit den medizinischen Leistungen vollkommen zufrieden seien. Darüber hinaus schätzen zwar viele Menschen das Angebot an spezifisch gesundheitsbezogenen Informationen sowie Informationen über die Qualität der angebotenen Leistungen, halten es aber für schwierig, diese zu finden und zu verstehen (Horch et al. 2019).

5. Hohe Kosten

Das deutsche Gesundheitssystem ist neben denen der USA, der Schweiz und Norwegens eines der teuersten der Welt (5.867\$ PPP/Person im Jahr 2018; OECD 2019a). Trotzdem sind die Gesundheitsergebnisse im Vergleich zu anderen OECD-Ländern bestenfalls durchschnittlich.¹ Durch mangelnde Koordination der Versorgung und fehlende Patientenzentriertheit werden Patientenströme falsch gelenkt und damit hohe und zudem unnötige Kosten verursacht. Dies führt zu Mehrfachdiagnosen, zur Wiederholung von Untersuchungen sowie gleichzeitig zu Über- wie Unterversorgung und einer ineffektiven Arbeitsteilung (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2018; Augurzky, Beivers und Straub 2016; Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer 2011; Laurant et al. 2009; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005).

Auf Patientenseite hat dies zur Folge, dass die Betroffenen versuchen, sich so gut wie möglich im System zurechtzufinden und sich an dem orientieren, was sie für notwendig halten: In Deutschland gingen die Patienten häufiger zum Arzt als in den meisten anderen Ländern, im Jahr 2017 durchschnittlich 14,6 Mal (Grobe et al. 2019, 42; Herrmann, Haarmann & Bærheim 2017). Dies wirkt sich vor allem auf die Konsultationsdauer pro Arztbesuch und Wartezeiten aus. Insbesondere die im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme von Fachärzten führt zu einem höheren Ressourcenbedarf: Etwa 64,3% aller abgerechneten ambulanten Leistungen wurden von Fachärzten erbracht, was mit etwa 68,3% aller erstatteten ambulanten Kosten zu Buche schlägt (Grobe et al. 2019, 53–54).

Diese (bekannten) Befunde zu Organisation und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems legen nahe, dass Neugestaltungen im Versorgungssystem zu einer effektiveren Organisation und zu einem besseren Preis-Leistungsverhältnis sowie zu Verringerung vermeidbarer Ungleichheit in Gesundheitsergebnissen und zu mehr Patientenzentrierung beitragen können und sollten.

Dieses Diskussionspapier schlägt Prinzipien für die Gestaltung einer tatsächlich patientenzentrierten und nachhaltigen Leistungserbringung im Gesundheitswesen vor, so dass ein in seinen Denkansätzen visionäres System entstehen kann, das vorausschauend, zukunftsorientiert und innovationsoffen auf das Wohl des Patienten ausgerichtet ist.

1 Betrachtet man die abstrakteren Zahlen zur Leistungsfähigkeit des Systems, so sind diese eher mittelmäßig: So liegt die Lebenserwartung mit 65 Jahren etwa im OECD-Durchschnitt (21,2 Jahre für Frauen (OECD: 21,3), Rang 23; 18,1 Jahre für Männer (OECD: 18,0), Rang 24; OECD 2019), die Säuglingssterblichkeit erreicht einen guten Durchschnittswert (Rang 18 von 36 im Jahr 2015; OECD 2019a, 80). Dieses Durchschnittsmuster setzt sich fort mit Rang 25 bei den Sterberaten wie beispielsweise der Zahl der Todesfälle nach einem Herzinfarkt (41,3 pro 100.000 Fälle im Jahr 2016; OECD 2019b) sowie Rang 16 bei den theoretisch verlorenen Lebensjahren (4.139 Jahre pro 100.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren; OECD 2019b).

Ansprüche der Bürger

Die aufgeführten Punkte sind bei weitem nicht vollständig, machen aber deutlich, dass die Gesundheitsversorgung in Zukunft in vielerlei Hinsicht besser gestaltet werden kann. Der Bürgerdialog mit zufällig ausgewählten Bürgern im Rahmen des Projekts „Neustart! – Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ liefert weitere Impulse dafür, an welchen Stellen die Leistungserbringung im Gesundheitswesen neu aufgestellt werden könnte. Die teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger forderten unter anderem einen besseren Zugang zur Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, und betonten, dass sozio-ökonomische Ungleichheiten weiter abgebaut werden müssen. In der Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung und deren flächendeckender Verankerung in der Primärversorgung sahen sie ein Mittel zur Verwirklichung dieser Ziele. Zudem sprachen sich die Bürger dafür aus, die traditionelle Struktur des Gesundheitssystems zu überwinden und den Patienten in den Mittelpunkt des Systems zu stellen. Dies sollte der vorrangige Maßstab sein, an dem sich die Bereitstellung von Versorgungsleistungen ausrichtet (Robert Bosch Stiftung 2019). Sie forderten außerdem mehr Beratungszeiten, transparente und verständliche Informationen sowie eine höhere Qualität der Versorgung.

Methode

27 Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens waren zu einem zweitägigen Workshop eingeladen, um orientierende Prinzipien für die Gestaltung der Leistungserbringung in der Zukunft zu erarbeiten. Auftakt des Workshops war ein Vortrag zu aktuellen Fragen der Organisation des Gesundheitswesens und zu vielversprechenden Entwicklungen in anderen Ländern. Danach besprachen sich die Experten in einer ersten Orientierungsrunde zum Thema Versorgungsleistungen im Gesundheitssektor. In einer Simulation von Fallbeispielen analysierten sie die verschiedenen Schritte von Patientinnen und Patienten auf deren jeweiligen Wegen durch das Gesundheitssystem. Dabei bezogen die Experten konkrete Bedürfnisse, Hindernisse und Lösungsansätze für jeden dieser Schritte ein.

In drei Simulationsgruppen wurden jeweils die Erfahrungen, der Weg durch das Gesundheitssystem und die jeweiligen Behandlungsschritte einer Person (fiktiver Patient mit realistischer Krankengeschichte) mit gesundheitlichen Problemen nachvollzogen. Jede Simulation bestand aus a) zwei Spielleitern; b) zwei Spielern, die sich aus der Patienten- und Familienperspektive über die zu ergreifenden Maßnahmen austauschten und c) zwei Spielern, die diagnostische Schritte sowie Behandlungs- und Pflegemaßnahmen aus der Sicht der Gesundheitsdienstleister vorschlugen. Patienten (und deren Zugehörige) wurden – soweit möglich, zweckmäßig und sinnvoll – in den Entscheidungsprozess mit einbezogen.

Die Personae der Patienten waren so angelegt, dass sie ein breites Spektrum in persönlichen Merkmalen, Versorgungsbedarf und Versorgungsleistungen abdeckten. Die fiktiven Fallprofile basierten auf den Ergebnissen aus Think Lab 2 (Megatrends), Think Lab 3 (Patienten der Zukunft) und dem Bürgerdialog. Darin wurden unter anderem ein größerer Anteil von Menschen höheren Alters, anhaltende Migrationsbewegungen, eine Vielfalt unterschiedlicher Lebensstile und Werte sowie die vermehrte Nutzung neuer Technologien prognostiziert. Um diese Vielfalt abzubilden, ergaben sich folgende fiktive Profile: ein älterer Mann mit multiplen Erkrankungen und gleichzeitiger Pflegeverantwortung für ein weiteres Familienmitglied, eine junge Geflüchtete mit unklaren Symptomen und ein Jugendlicher mit einem lebensstilbedingten Unfall.

Diese Fallprofile sind im Folgenden näher beschrieben. Sie werden im weiteren Verlauf dieses Berichts durchgängig eine Rolle spielen.

Personae: fiktive Patienten mit realistischer Krankengeschichte

Maximilian

12 Jahre

wohnt in einer Großstadt und geht zur Schule, ist digital affin, sein größtes Hobby ist Skaten. Nach einem Unfall auf der Skatebahn wird er mit einem Helikopter in die 40km entfernte Universitätsklinik geflogen, wo Rippenanbrüche, Prellungen an der Halswirbelsäule, eine schwere Gehirnerschütterung sowie neurologische Probleme diagnostiziert werden. Trotz mehrerer Wochen Krankenhausaufenthalt, monatelanger Schulpause und ambulanter Therapie zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit leidet er auch ein knappes Jahr nach dem Unfall weiterhin an Kopfschmerzen und Aufmerksamkeitsstörungen.

Fatma

17 Jahre

geflüchtet aus Syrien, wohnt in einer Sammelunterkunft in einer norddeutschen Kleinstadt und spricht Arabisch und bruchstückhaft Französisch. Teile ihrer Familie, die sich mit ihr auf den Weg gemacht hatte, musste sie unterwegs zurücklassen. Mit unbestimmten Schmerzen im Bauchbereich meldet sie sich morgens bei der Sozialarbeiterin der Unterkunft. Nach mehreren Besuchen im Abstand von mehreren Wochen bei Allgemeinmediziner, Gynäkologin, Internisten und Gastroenterologen ohne substantiellem Befund hinsichtlich der Beschwerden, wird durch eine Psychologin die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt.

Herr Friedemann

81 Jahre

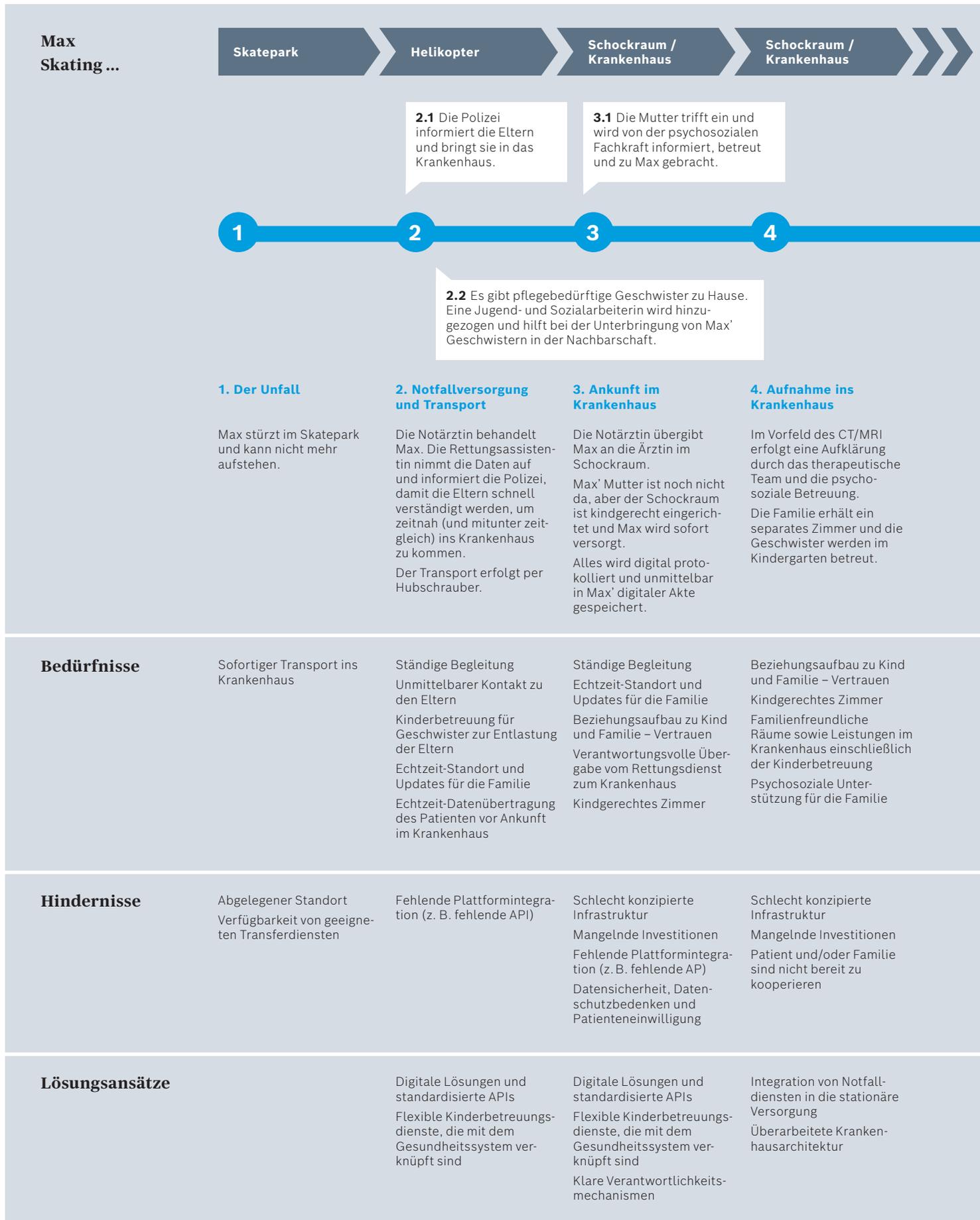
lebt zusammen mit seiner Frau, drei erwachsene Kinder wohnen in der Nähe. Seit ungefähr fünf Jahren pflegt er seine Frau und kümmert sich um Haus und Haushalt. Er wird wegen Hypertonie und Arthrose im Knie behandelt. Nach wochenlang anhaltenden Verdauungsschwierigkeiten wird bei Herrn F. nach mehreren Besuchen beim Hausarzt und nach Überweisung zum Gastroenterologen Darmkrebs diagnostiziert. Durch die prognostizierte kurze verbleibende Lebenszeit wird in gemeinsamer Entscheidung mit Patient und Familie von einer kurativen Therapie abgesehen.

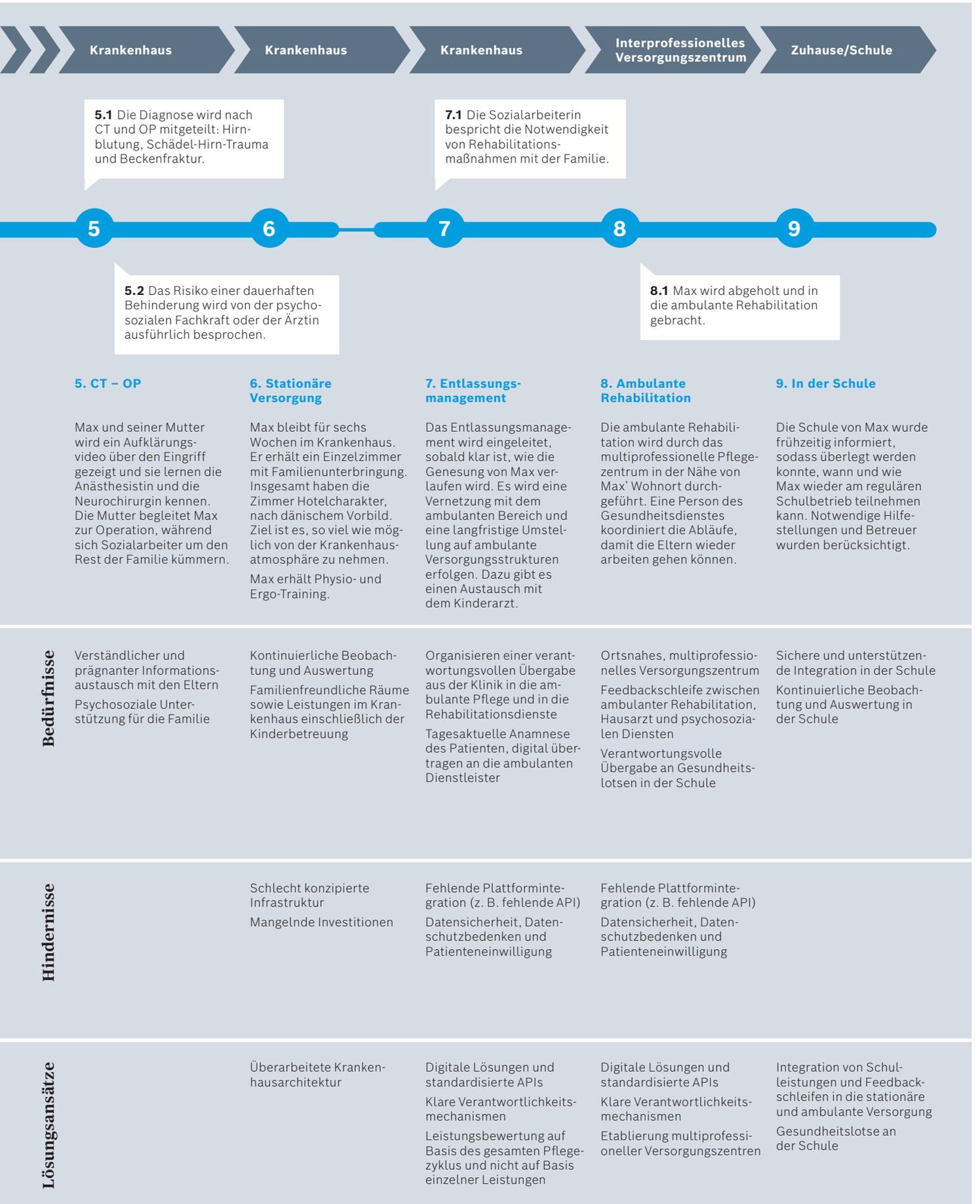
Behandlungsverläufe

Die Behandlungsverläufe einschließlich der individuellen Bedürfnisse der Betroffenen, der Hindernisse und Lösungsvorschläge sind in den folgenden Abbildungen 1, 2 und 3 dargestellt.

Fallprofil „Maximilian“

Abbildung 1:
 Bedürfnisse, Hindernisse und Lösungsansätze im Fallprofil „Maximilian“

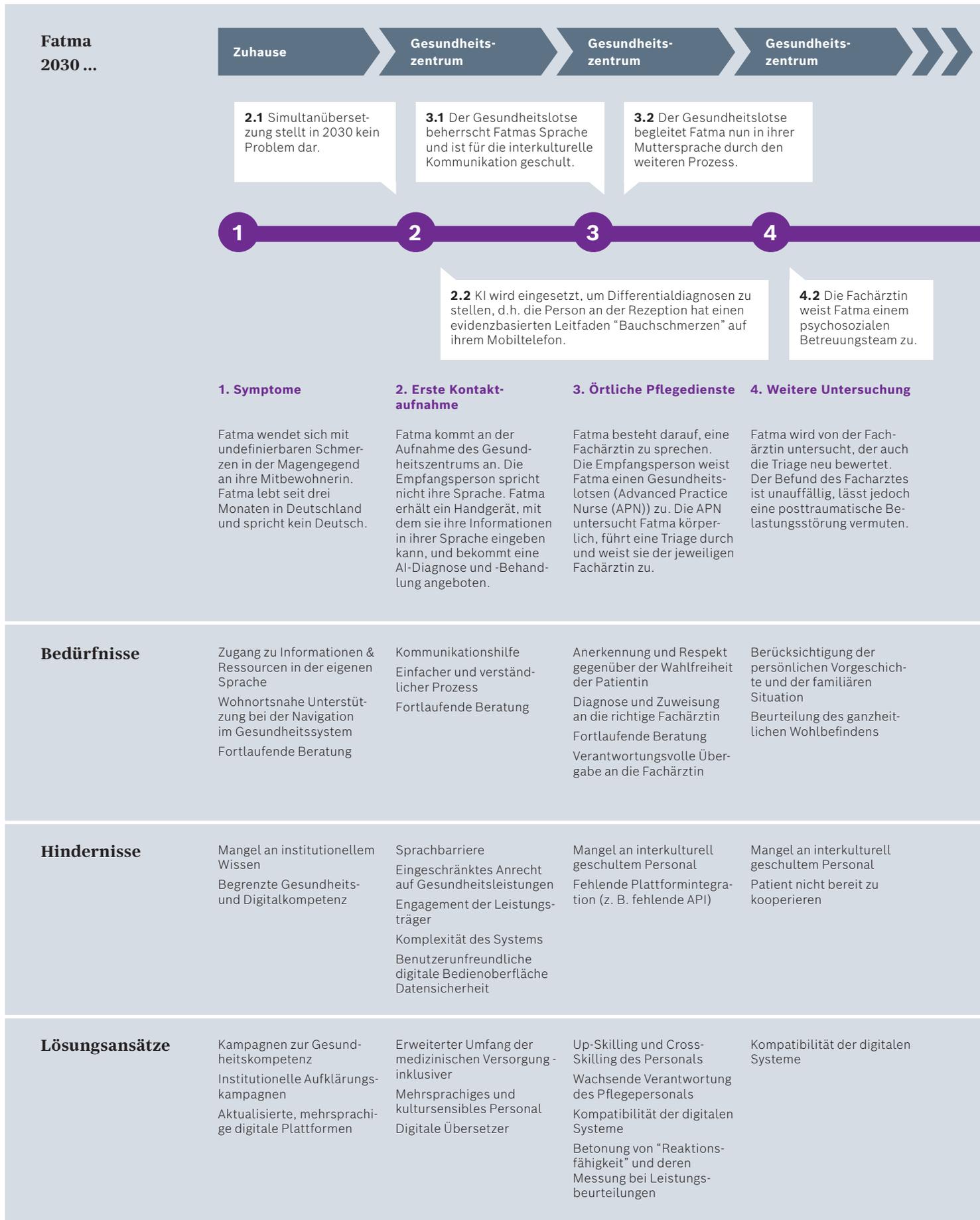




Der Fall „Max“ veranschaulicht insbesondere die Vorteile von Kooperation und Koordination. Daneben zeigt er die Notwendigkeit der räumlichen Anbindung bei Notfällen und, im Fall des Fehlens einer solchen Infrastruktur, die Bedeutung der Organisation von Rettungs- und Transportdiensten, mit denen sich auch weitere Entfernungen als nicht notwendigerweise nachteilig erweisen. Die Nutzung des vollen Potenzials der Digitalisierung für die Kommunikation und die schnelle Verfügbarkeit und Übertragung von Daten sind in diesem Fall entscheidend für erfolgreiche Ergebnisse. Ein ganzheitlicher Ansatz für die Patientenversorgung, Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie und die Organisation der erforderlichen Infrastruktur sowie der Dienstleistungen rund um diese Bedürfnisse sind unerlässlich. Darüber hinaus veranschaulicht der Fall die erforderliche Koordinierung von Gesundheitsdienstleistern, Rehabilitationsdiensten, Schulen und sozialen Diensten durch das zuständige Gesundheitszentrum während und nach der Behandlung.

Fallprofil „Fatma“

Abbildung 2:
 Bedürfnisse, Hindernisse und Lösungsansätze im Fallprofil „Fatma“



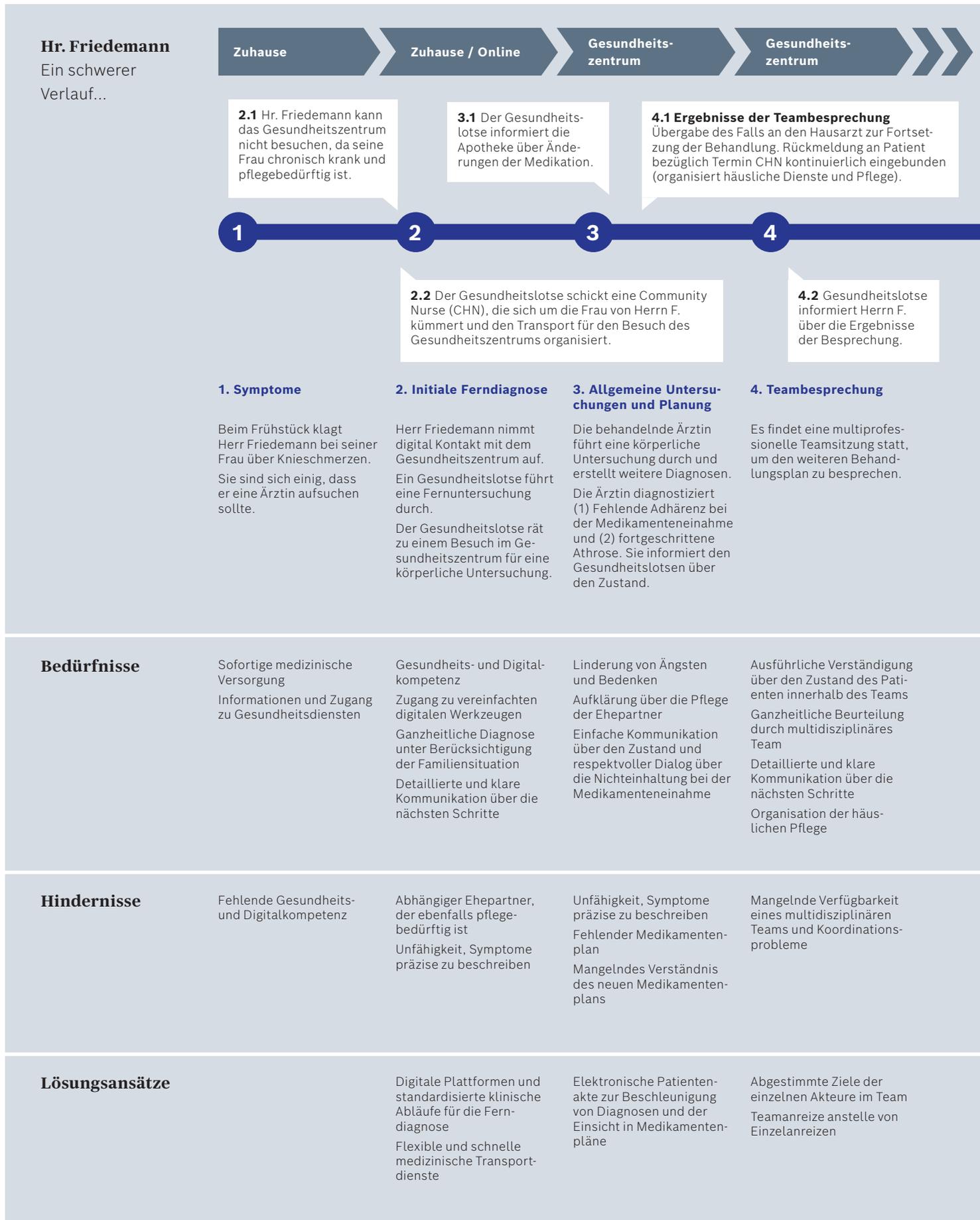


Fatmas Fall veranschaulicht die Notwendigkeit inklusiven Handelns im Rahmen der Leistungserbringung, das Patienten mit unterschiedlichem biografischen Hintergrund und unterschiedlichen Fähigkeiten gerecht wird. Dies gilt unter anderem für die Bereiche kulturelles Umfeld, Sprachkenntnisse, Digitalkompetenz sowie Erfahrungen und Know-how in Bezug auf das (deutsche) Gesundheitssystem. Insbesondere verdeutlicht der Fall die Notwendigkeit einer spezifischen Betreuung bestimmter Gruppen von Patienten und damit die Dringlichkeit der Etablierung einer erweiterten Versorgungspraxis, bei der speziell geschultes Personal – wie die Community Health Nurse oder Advanced Practice Nurse – eine zentrale Rolle als „Gesundheitslotsen“ einnehmen und sich umfassend um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Patienten kümmern. Neben klinischen Fachkenntnissen ist für eine patientenzentrierte Versorgung von Bedeutung, dass die Gesundheitsberufe auch über interkulturelles Verständnis verfügen. Die Koordination insgesamt, wie zum Beispiel von verschiedenen Diagnose- und Behandlungsschritten zwischen den behandelnden Allgemein-/Primärmedizinerinnen und dem Gesundheitspersonal im Gesundheitszentrum wie auch die Koordination mit den beteiligten Fachärzten, weiteren Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, dem Sozialdienst und Behörden, sollte ausgebaut werden. Darüber hinaus kommen in Fatmas Fall wichtige Elemente der Versorgung zur Geltung, wie das Recht auf Selbstbestimmung und das Eingehen auch auf nicht-somatische und nicht-medizinische Bedürfnisse – Versorgungsanforderungen, wie sie im Weltgesundheitsbericht (2000) generell definiert werden: eine Behandlung mit Würde und Respekt, die prinzipielle Selbstbestimmung bei der Wahl der Behandlung und des behandelnden Arztes sowie die zeitnahe Versorgung und der Zugang zu einem Netzwerk sozialer Unterstützung. Darüber hinaus sollte der offensive Einsatz von künstlicher Intelligenz und digitalen Diensten zum Austausch von Informationen über die Grenzen der medizinischen Versorgung hinweg gefördert werden. Dies erfordert in Konsequenz, dass zwischen Gesundheitssystem und anderen am Versorgungsprozess beteiligten sozialen Systemen die Interoperabilität und Integration digitaler Systeme sichergestellt wird. Die Umsetzung des „Health in All Policies“-Ansatzes (Gesundheit in allen Politikbereichen) ist eine wesentliche Voraussetzung.

Fallprofil „Herr Friedemann“

Abbildung 3:

Bedürfnisse, Hindernisse und Lösungsansätze im Fallprofil „Herr Friedemann“





Der Fall von Herrn Friedemann veranschaulicht die Bedeutung des Zuhauses als ersten Ansatzpunkt der Versorgung, indem das „Zuhause“ als Ausgangspunkt der Heilung anerkannt und die Versorgung entsprechend organisiert wird. Leistungserbringer müssen den Patienten als Individuum mit seinen spezifischen Bezügen in das soziale und räumliche Umfeld wahrnehmen. In diesem Fall ist das Bewusstsein für die familiären Bedürfnisse und die Verfolgung eines familienorientierten Ansatzes besonders wichtig. Auch unterstreicht das Beispiel die Notwendigkeit, den Patienten und seine Familie in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen und die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine (kurative) Behandlung zu respektieren – wie dies auch im Fall von Fatma zu erkennen war. Weitere Elemente erweisen sich in diesem Fall als gleichermaßen relevant. Das betrifft die Rolle von Gesundheitslotsen in einer erweiterten Versorgungspraxis, die eine Erstdiagnose stellen und dem Patienten helfen, sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Außerdem wird der Stellenwert digitaler Möglichkeiten für die nahtlose Übertragung von Patientendaten über horizontale und vertikale Ebenen hinweg erkennbar, was wiederum integrierte digitale Plattformen voraussetzt. Das Zusammenspiel der Leistungen im einzelnen Fallgeschehen – von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Linderung von Beschwerden, der Verbindung von Krankenhausbehandlung und Langzeitpflege bis zu physiotherapeutischer Behandlung, hauswirtschaftlichen Diensten und der Lieferung von Medikamenten aus der Apotheke – erfordern ein interprofessionell arbeitendes Team mit unterschiedlichen Qualifikationen. Die Teammitglieder müssen sich gut untereinander abstimmen, offen für das Handlungsfeld der anderen sein und sich am gemeinsamen Ziel orientieren – in diesem Fall dem Wohlbefinden des Patienten und der Versorgung am Lebensende.

Prinzipien und Merkmale für die zukünftige Leistungs- erbringung

Die folgenden Merkmale und Prinzipien für die künftige Aufstellung der Leistungserbringung wurden auf der Grundlage der oben beschriebenen Patientensimulationen und den ergänzenden Diskussionen der Workshop-Teilnehmer entwickelt. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, jedoch können diese Prinzipien und Merkmale als Orientierungshilfe für weitere Entwicklungen in der Leistungserbringung in Deutschland dienen.

1. Verankerung in Gemeinde und Nachbarschaft

Eine in die lokale Kommune und Nachbarschaft eingebettete Leistungserbringung mit dem Ziel eines leistungsstarken, kompetenten und sorgenden kommunalen Netzwerks, das zusammen mit der Koordinierung durch Community Health Nurses eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet.

Die Schwierigkeit, mit der sich Patienten zunehmend konfrontiert sehen, besteht darin, dass relevante Gesundheitsleistungen fragmentiert sind und in unterschiedlicher Entfernung im regionalen oder städtischen Umfeld angeboten werden. Kleinräumig verankerte, miteinander vernetzte und gut koordinierte Leistungen wie Hausbesuche, mobile Pflegedienste und häusliche Palliativpflege können insbesondere bei komplexen Gesundheitsproblemen und vulnerablen Patienten den Zugang zur Versorgung verbessern und die Einbindung von Zugehörigen erleichtern. Ein flexibles Netzwerk von Gesundheitsdiensten und die professionelle Vielfalt in lokalen Gesundheitszentren ermöglichen eine flexible Anpassung an die individuellen Bedarfe der Bürger und Patienten im kommunalen Umfeld (vgl. auch die in diesem Projekt entwickelten Patiententypologien, Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2020a). Durch das lokale Engagement aller gesundheitsrelevanten Akteure und Einrichtungen sowie lebendiger und zielgerichteter Beziehungen untereinander wird die professionelle Zusammenarbeit gestärkt und es entstehen belastbare Netzwerke. Community Health Nurses spielen eine besonders wichtige Rolle bei Aufbau und Pflege solcher Netzwerke und sind häufig erste Ansprechpartner. Im Zusammenspiel mit den folgenden Prinzipien, neuen technischen Lösungen und einer auf das Versorgungsgeschehen zugeschnittenen Governance kann die Verankerung

in der Kommune und Nachbarschaft mit dem konzeptionellen und räumlichen Ausgangspunkt der Häuslichkeit des Patienten zu einer patientenorientierteren Versorgung beitragen. Diese ermöglicht mehr Lebensqualität, ist deutlich effizienter untereinander abgestimmt und besser angepasst auf lokale Gesundheitsprobleme und Bedarfe.

Belege

Es hat sich gezeigt, dass Interventionen im eigenen Stadtviertel bzw. der Kommune die Gesundheitsergebnisse insbesondere bei der älteren Bevölkerung erfolgreich verbessern können. Beswick et al. (2008) führten eine Meta-Analyse von 89 randomisierten kontrollierten Studien zu gemeindebasierten multifaktoriellen Interventionen durch und fanden eine Verringerung des Risikos von Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen sowie eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit bei älteren Menschen. Mittlerweile setzt sich gut erreichbare Versorgung, die näher am Stadtviertel und der Gemeinde orientiert ist, auch in Ländern mit traditionell krankenzentrierten Gesundheitswesen durch (Sibbald et al. 2008; Hämel & Vössing 2018). Zudem zeigen Studien, dass vernetzte Versorger eine bessere Versorgung gewährleisten, wenn auf einige zentrale Aspekte bei der Gestaltung des Netzwerks, der darin erfolgenden Zusammenarbeit und seiner Steuerung geachtet werden (Haines et al. 2018; Brown et al. 2016). Auch konnten Breton et al. (2013) zeigen, dass insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern vom Netzwerk profitiert.

2. Private Umgebung – Das Zuhause als zentraler Ort der Leistungserbringung

Ausgangspunkt ist das häusliche Umfeld des Patienten, um so eine Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, die nachhaltig in das tägliche Leben integriert und für alle Familienmitglieder und Zugehörigen des Patienten praktikabel ist.

Viele wichtige gesundheitsrelevante Entscheidungen werden im häuslichen Umfeld des Patienten getroffen. Dabei kann es sich um Alltagsfragen zum Beispiel zur Ernährung handeln bis hin zu komplexen Entscheidungen darüber, wann und wie Gesundheitsdienste in Anspruch genommen werden sollen. Beeinflusst werden diese Entscheidungen nicht zuletzt durch die unmittelbare räumliche und soziale Lebenswelt. Für die meisten Personen mit chronischen Erkrankungen ist die private Umgebung zudem der Ort, an dem häufig der größte Teil der Behandlung stattfindet. Selbstmanagement hat hierdurch eine entscheidende Bedeutung für die Qualität der Versorgung (Seidel et al. 2019). Einen noch stärkeren Einfluss hat das eigene Heim für diejenigen, die auf Langzeitpflege angewiesen sind oder selbst informelle Langzeitpflege leisten. Ein auf die häusliche Umgebung bezogener Ansatz ist Ausgangspunkt, den Patienten im Zusammenspiel mit räumlicher Situation und seiner Familie in den Mittelpunkt zu stellen. Einschränkungen können berücksichtigt und die Versorgung in einer Weise gestaltet werden, dass erforderliche Interventionen behutsam in das tägliche Leben integriert werden ohne eine einzelne am Versorgungsprozess beteiligte Person übermäßig zu belasten.

So entstehen bessere Lebens- und Versorgungsqualität sowie weniger schwere Krankheitsverläufe. Den größten Effekt entfaltet dieses Prinzip im Zusammenspiel mit den anderen Prinzipien.

Belege:

Jackson et al. (2013) fassen die Ergebnisse von 19 vergleichenden Untersuchungen zusammen und stellen fest, dass der Ansatz des „patientenzentrierten medizinischen Heims“ (PCMH) einen positiven Effekt auf die Erfahrungen der Patienten und die Bereitstellung von präventiven Gesundheitsleistungen hat. In ähnlicher Weise berichten Grumbach & Grundy (2010), dass Investitionen in das Konzept des PCMH die Qualität der Versorgung erhöhen und die Inanspruchnahme teurer Maßnahmen der Krankenhaus- und Notfallversorgung reduzieren. Insgesamt führen solche häuslichen Interventionen zu Nettoeinsparungen für das Gesundheitssystem.

3. Partizipative Versorgungsgestaltung

Eine durch Förderung partizipativer Versorgung sowie gemeinsamer Verantwortung in allen Lebensphasen an der Selbstbestimmung des Patienten ausgerichtete Leistungserbringung, die die Patientenerfahrung („Patient experience“) als Treiber für Verbesserungen anerkennt ohne auf Inklusivität zu verzichten.

Die Gestaltung der Leistungserbringung sollte es ermöglichen, dass der Patient Entscheidungen über die eigene Gesundheit treffen kann – einschließlich Prävention und Behandlung. Er braucht dafür ein unterstützendes Gesundheitssystem, das für die verschiedenen Aspekte der Versorgung geeignete Information und Beratung zur Verfügung stellt, im Sinne einer patientengesteuerten Versorgung Entscheidungen respektiert und Patienten mit ihrer Gesundheitskompetenz und Kommunikationsfähigkeit dort abholt, wo diese stehen (vgl. Nolte, Merkur & Anell 2020; Schmidt-Kaehler et al. 2019). Das bedeutet im Umkehrschluss gleichsam die Übernahme von Verantwortung für die Befähigung des Patienten – ganz nach dessen Fähigkeiten – in seinem Beitrag für den Erhalt und die Verbesserung seiner Gesundheit (vgl. Thompson 2007). Dieses Prinzip ist nicht nur für einen würdevollen und auf Selbstbestimmung bedachten Umgang relevant, sondern trägt über die Befähigung des Patienten zu informierten Entscheidungen zu einer bedarfsgerechteren Nutzung der Ressourcen bei. Gleichzeitig kann die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz als landesweite Maßnahme ihren Beitrag leisten (s. Schaeffer et al. 2018).

Belege:

Die Patientenbeteiligung an der Behandlungsentscheidung wirkt sich auf die Therapietreue der Patienten aus – 60% der Schwankungen bei den klinischen Ergebnissen im Zusammenhang mit Depressionen waren auf die Therapietreue der Patienten zurückzuführen (Loh et al. 2007). Cegala et al. (2007) untersuchten die Auswirkungen der Patientenbeteiligung auf die Weitergabe von Informationen und stellten fest, dass sie die Informationsweitergabe durch Ärzte sowohl in Bezug auf den Umfang als auch die Art der bereitgestellten Informationen beeinflusst. Die Patientenbeteiligung ist daher von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, welche wiederum entscheidend für die Gesundheitsergebnisse der Patienten ist.

Darüber hinaus hatte die Patientenbeteiligung auch Einfluss auf das Pflegepersonal. Ding et al. (2019) fanden heraus, dass die Patientenbeteiligung die Arbeitszufriedenheit und das Unterstützungsverhalten des Pflegepersonals verbesserte. Die Auswirkungen der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit und -beteiligung (Krones et al. 2008). Patienten, die bei ihrer eigenen Versorgung und dem Krankheitsmanagement mit einbezogen werden, haben einen besseren Gesundheits- und Leistungsstatus (Gifford et al. 1998; Superio-Cabuslay et al. 1996; von Korff et al. 1998/1992; Wagner et al. 2001).

4. Fachkompetenzen

Gut qualifizierte, selbstorganisierte Teams in der Primärversorgung, die in ihrer Praxis einen Paradigmenwechsel weg von der traditionellen monoprofessionellen und hin zu einer interprofessionell vernetzten Gesundheitsversorgung vollziehen und sich kontinuierlich fort- und weiterbilden.

Der traditionelle Ansatz in der Gesundheitsversorgung stellt die Ärzte als „natürliche“ Leitung und höchste Hierarchieebene in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems und betrachtet andere Berufsgruppen als unterstützende Akteure. Die Abkehr von diesem Ansatz und die Neudefinition der Rollen von Gesundheitsfachkräften im multiprofessionellen Team sind – insbesondere in der Primärversorgung – seit langem überfällig. Multiprofessionelle Teams, in denen Community Health Nurses oder Advanced Practice Nurses eine koordinierende Funktion im Versorgungskontinuum des Patienten einnehmen, vermeiden Brüche im Versorgungsgeschehen und erleichtern es den Patienten erheblich, sich im System zurechtzufinden. Darüber hinaus sollten berufliche Ausbildungspläne kontinuierlich an neue Erkenntnisse angepasst und Bildungsnetzwerke geschaffen werden, in denen Ausbildung auch berufsübergreifend stattfindet. Letztere könnten informelles Lernen und die interprofessionelle Vernetzung verstärken mit dem Ziel, auch in der beruflichen Bildung das Zusammenspiel der Gesundheitsberufe zu integrieren.

Belege:

In Kalifornien wurde festgestellt, dass Fortbildungsmaßnahmen für häusliche Pflegekräfte zu einer Reduzierung der Mehrfachbesuche in der Notaufnahme um 41 % und der Rehospitalisierung um 43 % geführt haben. Darüber hinaus wurden dadurch Einsparungen von bis zu 12.000 \$ pro Patient erzielt (Health Affairs). Garzonis et al. (2015) liefern in einer systematischen Literaturübersicht Belege für die unterschiedlichen Auswirkungen von Gruppen-, Einzel- und webbasierten Schulungen des Personals auf die Patientenergebnisse (psychische Gesundheit). Durch die Fortbildungsmaßnahmen wurden diagnostische Kenntnisse, Kommunikationskompetenzen, Weiterleitungstechniken und klinische Kompetenzen verbessert. Eine Studie berichtete auch von einer höheren Patientenzufriedenheit (Gongora-Ortega et al. 2012). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die interprofessionelle Vernetzung die Einstellung und das Verständnis des Gesundheitspersonals füreinander verbessert, die Zusammenarbeit und den Austausch von Fachkenntnissen ermöglicht und klinische Fehler reduziert (Wietholter et al. 2017).

5. Ein Ökosystem der Gesundheitsversorgung

Ein gut vernetztes Ökosystem für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, das sektorenübergreifend angelegt ist und die Arbeit multiprofessioneller Teams begünstigt, die interdisziplinär auf die multidimensionalen Bedürfnisse des Patienten eingehen.

Die Komplexität des Gesundheitssystems ist in den letzten Jahrzehnten gewachsen und wird durch Ausdifferenzierung sich auch in Zukunft in diese Richtung weiterentwickeln und dabei neue Akteure involvieren. Es ist schon seit geraumer Zeit nicht mehr auf Ärzte, Patienten und Pflegepersonal beschränkt, sondern schließt andere Akteure wie Therapieberufe, Pharmaunternehmen und Anbieter digitaler Lösungen usw. mit ein. Eine Weiterentwicklung des Systems wird in Zukunft auch Kommunen und Angehörige von Patienten sowie neue Leistungsanbieter integrieren. Es wird sich außerdem nicht nur in Bezug auf die Bandbreite der beteiligten Akteure erweitern, sondern auch in Bezug auf die Tiefenwirkung ihrer Aktivitäten innerhalb des Systems. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass ein durch Fachgrenzen beschränktes, zersplittertes System verlassen und die Gesundheitsversorgung der Zukunft als ein umfassendes Ökosystem der Leistungserbringung betrachtet wird, das eine Vielzahl von Einzelpersonen und Teams zusammenbringt, die eine gemeinsame Vision und Vorstellung von qualitativ hochwertigen Leistungen vereint. Dieses System muss gut organisiert sein und aus Mitarbeitern mit unterschiedlichen Fachkenntnissen bestehen. Es muss darüber hinaus sicherstellen, dass diese multiprofessionellen Fachkräfte sich berufs- und fachübergreifend abstimmen und austauschen und nicht isoliert arbeiten. Für ein solches Ökosystem müssen Anreize geschaffen werden, die diese Entwicklung belohnen. Als ersten Schritt auf dem Weg zu einem nachhaltigen Ökosystem empfehlen Experten die Einrichtung lokaler Primärversorgungszentren, die mit Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen besetzt sind. Im Hinblick auf Kompetenzen modular aufgebaut, können dazu Gemeindegemeinschaften, Pflegeexperten, Hausärzte, Fachärzte, Hebammen, Physiotherapeuten und andere mehr gehören. Eingebettet in die Kommune und Region können je nach lokaler Bedarfslage sowohl die Anzahl der Gesundheitsfachkräfte als auch ihre medizinischen Fachkompetenzen variieren. Das Team eines solchen Zentrums kann auch durch nicht-medizinisches Personal wie Sozialarbeiter ergänzt werden.

Belege:

Interprofessionelle Teamarbeit verbessert nachweislich die Patientenergebnisse wie auch die subjektive Patientenzufriedenheit und reduziert zudem die Kosten (Schneider et al. 2016; Laurant et al. 2009; Wilhelmsson & Foldevi 2003; McDonough und Doucette, 2001; Shortell 1994; Wagner et al. 2001; Schaeffer, Hämel & Ewers 2015). Tremblay et al. (2017) berichteten von einer viermal häufigeren positiven Bewertung in Bezug auf den zeitnahen Zugang zur Versorgung durch Patienten, die von einem Team mit stark interdisziplinärer Ausrichtung behandelt wurden. Sie berichten auch von einer positiven Beurteilung der Kommunikationsqualität, der patientenzentrierten Betreuung und der Kontinuität der Versorgung.

6. Wissensbasierung

Ein Gesundheitsversorgungssystem, das den Transfer von explizitem und implizitem Wissen zwischen den verschiedenen Beteiligten fördert, auf Evidenz basiert ist und sich über wirksame Rückkoppelungen kontinuierlich verbessert, wobei es flexibel auf die Bedarfe und Lebensumstände der Patienten reagiert.

Evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Informationsaustausch sind zentrale Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Neugestaltung des Gesundheitssystems. Informationsaustausch und Wissenstransfer zwischen den einzelnen Akteuren und über Fachgrenzen hinweg sind wichtige Bausteine für ein wirklich integriertes System. Mit den methodologischen Fortschritten der letzten Jahrzehnte ist jedoch die Kritik an der „rein“ evidenzbasierten Medizin (EBM) immer lauter geworden. Jüngere Publikationen plädieren dafür, die EBM nicht als Alleinrezept zu verstehen, sondern als Konstrukt, das in eine breitere Evidenzpyramide eingebettet ist, die auch die (möglicherweise konträren) Erfahrungen aus der Praxis einbezieht und die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen im täglichen Leben berücksichtigt (Martini 2020; Greenhalgh, Howick, & Maskrey 2014; Masic, Miokovic, & Muhamedagic 2008). In diesem Sinne und im Hinblick auf eine verbesserte, vorurteilsfreie Gesundheitsversorgung trägt das von den Fachkräften durch jahrelange Berufspraxis am Arbeitsplatz gesammelte implizite Wissen zu einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung bei. Gleichzeitig ist dieses Wissen – weil implizit – schwer zu vermitteln. Es sollten Wege gefunden werden, die Beachtung dieser informellen Wissensbestände zu fördern und im Rahmen der EBM in formelles Fachwissen zu überführen. Adäquate Anwendung, Strukturierung und Weitergabe von erworbenem Wissen muss zur Regel werden. Offenheit für Feedback und kontinuierliche Weiterentwicklung müssen zur Norm werden, um auf die dynamischen Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können.

Belege:

Neben zahlreichen Verbesserungen hinsichtlich der Behandlungsmethoden (vgl. Greenhalgh, Howick & Maskrey 2014) sind insbesondere auch Wissensmanagement, Wissensaustausch, Beschäftigungsdauer und institutionelles Lernen ausschlaggebend für die im Bereich der Pflege erzielten Ergebnisse (Lee et al. 2014). In diesem Zusammenhang kamen Hecht, Buhse und Meyer (2016) in einer systematischen Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass kurze EBM-Schulungen einen positiven Einfluss auf das bewusste Wissen und die Fähigkeiten des Gesundheitspersonals haben. In ähnlicher Weise wurde gezeigt, dass Lean-Management-Strategien, die die Prinzipien der kontinuierlichen Optimierung durch Feedback-Schleifen berücksichtigen, die Produktivität steigern. Collar et al. (2012) belegen die produktivitätssteigernden Effekte eines in der chirurgischen Praxis angewandten Lean-Management-Systems. Sie stellen fest, dass es die Effizienz im Operationssaal verbessert und Kosten erheblich reduziert. Bei der Implementierung von EBM hat sich gezeigt, dass organisatorische Rahmenbedingungen bei der Umsetzung von Veränderungen unterstützend wirken: Draaisma et al. (2018) wiesen nach, dass ein gruppenorientierter Ansatz in der Gesundheitsversorgung sowie genügend Zeit, um Mitarbeiter mit den neuesten EBM-Ergebnissen vertraut zu machen, sich positiv auf die Therapiewahl und deren Wirksamkeit auswirkte. Darüber hinaus beeinflusste es auch die Gruppenkultur positiv.

Fazit

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen und Simulationen konnten sechs Prinzipien abgeleitet werden, die für die Organisation der zukünftigen Gesundheitsversorgung und ihrer Leistungserbringung wesentlich sind. Sie gelten für alle Altersgruppen und verschiedene Patiententypen und umfassen die gesamte Bandbreite von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen über die Primär- und Langzeitpflege bis hin zur geriatrischen und palliativen Versorgung. Die Prinzipien stehen im Einklang mit den Ergebnissen der vorausgegangenen Think Labs im „Neustart!-Projekt“ und ergänzen die gewonnenen Einsichten bezüglich der Megatrends, die Gesundheit und das Gesundheitssystem rund um den Patienten beeinflussen (vgl. Diskussionspapiere Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2020a, 2020b). Zusammenfassend entsteht das Bild einer multi-professionellen, wissensbasierten Primärversorgung (s. Prinzipien 4, 5, 6) in Nachbarschaft, Kommune und Region und einem hierin eingebetteten Netzwerk verschiedenster gesundheitsrelevanter Akteure (s. Prinzip 1). Das Personal sollte über differenzierte Qualifikationen verfügen und über verschiedene Spezialisierungen hinweg zusammenarbeiten, vernetzt durch die Community Health Nurse als erste Anlaufstelle und koordinierende Fachkraft (s. Prinzipien 4, 5). Gesundheitsförderung und Prävention sollten eine größere Rolle spielen, ebenso wie die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten (s. Prinzip 3).

Expertinnen und Experten am 4. Think Lab:

Dr. Jürgen Bauer, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg
Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, Universität Lausanne
Philipp Dickel, Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e. V. Berlin
Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld
Gunnar Geuter, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Nürnberg
Prof. Dr. Claudia Hornberg, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Hertie School Berlin
Prof. Dr. Jana Jünger, Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) Bielefeld
Dr. Ali Ekber Kaya, Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein
Dr. Kerstin Kemmritz, Apothekerkammer Berlin
Hannes Klöpffer, GET.ON Institut für Online-Gesundheitstrainings Berlin
Dr. Ilona Köster-Steinebach, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Prof. Dr. Marcus Krüger, München Klinik gGmbH
Dr. Claudia Maier, Technische Universität Berlin
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)
Andreas Podeswik, Bunter Kreis – Nachsorge Augsburg
Dr. Nadine Reibling, Universität Siegen
Dr. Britta Rutert, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Michael Schulz, LWL-Klinikum Gütersloh
Prof. Dr. Uwe Torsten, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit Berlin
Andreas Ullrich, Arkade e. V. Ravensburg
Prof. Dr. Raymond Voltz, Universität zu Köln
Robert Wolf, Bosold Pflege Leipzig
Dr. Dogus Yagbasan, Multi-Kulti Gesundheits- und Pflegedienst Hamburg
Prof. Dr. Boris Zernikow, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Weiterführende Literatur

Augurzky, Boris, Beivers, Andreas, & Straub, Niels. 2016. Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankenhaussektor. Stuttgart: Schattauer.

Beswick, Andrew D., Rees, Karen, Dieppe, Paul, Ayis, Salma, Gooberman-Hill, Rachael, Horwood, Jeremy, Ebrahim, Shah, & less, Show. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371, 725 – 735.

Breton, Mylaine, Pineault, Raynald, Levesque, Jean-Frédéric, Roberge, Danièle, Da Silva, Roxane Borgès, & Prud'homme, Alexandre. (2013). Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Services Research*, 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-262>. Zugegriffen am 15.02.2021.

Brown, Bernadette Bea, Patel, Cyra, McInnes, Elizabeth, Mays, Nicholas, Young, Jane, & Haines, Mary. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1615-z>. Zugegriffen am 15.02.2021.

Busse, Reinhard & Blümel, Miriam. 2014. Germany – Health system review. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Cegala, Donald J., Street Jr., Richard L., & Clinch, C. Randall. 2007. The Impact of Patient Participation on Physicians' Information Provision During a Primary Care Medical Interview. *Health Communication*, 21(2), 177 – 185.

Collar, Ryan M., Shuman, Andrew G., Feiner, Sandra, McGonegal, Amy K., Heidel, Natalie, Duck, Mary, McLean, Scott A., Billi, John E., Healy, David W., & Bradford, Carol R. 2012. Lean Management in Academic Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2015(6), 898 – 899.

Diaz, Stephanie. 2018. The Implications of Fragmentation in Care. <https://www.healthify.us/healthify-insights/the-implications-of-fragmentation-in-care>. Zugegriffen am 16.09.2020.

Ding, Bin, Liu, Wei, Tsai, Sang-Bing, Gu, Dongxiao, Bian, Fang, & Shao, Xuefeng. 2019. Effect of patient participation on nurse and patient outcomes in inpatient healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16.

Draaisma, Eelco, Bekhof, Jolita, Langenhorst, Veerle J., & Brand, Paul L. P. 2018. Implementing evidence-based medicine in a busy general hospital department: results and critical success factors. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(5), 173 – 176.

Eichhorn, Lars, Murday, A.-K, Kohnen, B., Guttenthaler, V., Türler, A., Baumgarten, Georg, & Wittmann, Maria. 2015. Patientenzufriedenheit als Maßeinheit im Qualitätsmanagement – ein Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung. *Das Gesundheitswesen*, 79(12).

- Endres, Alexandra. 1996. Von der Wende bis zur Gegenwart: Rückblick ohne Zorn. *Deutsches Ärzteblatt*, 33(11), A-669-A-671.
- Frandsen, Brigham R., Joynt, Karen E., Rebitzer, James B., & Jha, Ashish K. 2015. Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients. *American Journal of Managed Care*, 21(5), 355 – 362.
- Gallup, Amber, Tomasson, Judith Balazs, & Svihla, Vanessa. 2018. Empowerment and constraint: Design of a homecare worker training program. *International Journal of Designs for Learning*, 9(1), 149 – 157.
- Garzonis, Katherine, Mann, Eryn, Wyrzykowska, Aleksandra, & Kanellakis, Pavlo. 2015. Improving patient outcomes: Effectively training healthcare staff in psychological practice skills: A mixed systematic literature review. *Europe's Journal of Psychology*, 11(3), 535 – 556.
- Gerlinger, Thomas. 2011. Versorgung in ländlichen Regionen. *Public Health Forum*, 19(1), 13.e1 – 13.e3.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2017. Vorzeitige Sterblichkeit (Tod unter 65/70 Jahren, mit/ohne Altersstandardisierung, ab 1998). <http://www.gbe-bund.de>, letzter Zugriff am 12.10.2020.
- Geyer, Siegfried. 2018. Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit: Zwei Forschungslinien. *BMC medical education*, 18(4), 308 – 311.
- Gifford, A. L., Laurant, D. D., & Gonzales, V. M. et al. 1998. Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18(2), 136 – 144.
- Gongora-Ortega, Javier, Segovia, Yolanda, Valdivia-Martinez, Jose, Galaviz-Deanda, Jesus, & Prado-Aguilar, Carlos Alberto. 2012. Educational interventions to improve the effectiveness in clinical competence of general practitioners: Problem-based versus critical reading-based learning. *BMC medical education*, 12(7).
- Greenhalgh, Trisha, Howick, Jeremy, & Maskrey, Neal. 2014. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348.
- Grobe, Thomas G., Steinmann, Susanne, & Szecsenyi, Joachim. 2019. *Arztreport 2019*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 14. Berlin: Barmer.
- Grumbach, Kevin, & Grundy, Paul. 2010. Outcomes of Implementing Patient Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States. Patient-Centered Primary Care Collaborative. www.pcpcc.net. Zugegriffen am 18.11.2020.
- Haines, Mary, Brown, Bernadette, D'Este, Catherine, Yano, Elizabeth, Craig, Jonathan, Middleton, Sandy, Castaldi, Peter, et al. (2018). Improving the quality of healthcare: a cross-sectional study of the features of successful clinical networks. *Public Health Research & Practice*, 28(4). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.17061/phrp28011803>. Zugegriffen am 15.02.2021.
- Hämel, Kerstin, & Vössing, Carina. (2018). *PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – Versorgungszentren in ländlichen Provinzen Nordschwedens (Vårdcentraler)*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Hecht, Lars, Buhse, Susanne, & Meyer, Gabriele. 2016. Effectiveness of training in evidence-based medicine skills for healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Education*, 16(103).

Herrmann, Wolfram J., Haarmann, Alexander, & Bærheim, Anders. 2017. A sequential model for the structure of health care utilization. *PLoS ONE*, 12(5).

Horch, Kerstin, Jordan, Susanne, Firnges, Christiane, Truthmann, Julia, & Starker, Anne. 2019. Sachbericht zur Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS). Berlin: Robert Koch Institut.

Jackson, George L., Powers, Benjamin J., Chatterjee, Ranee, Bettger, Janet Prvu, Kemper, Alex R., Hasselblad, Vic, Dolor, Rowena J., Irvine, R. Julian, Heidenfelder, Brooke L., Kendrick, Amy S., Gray, Rebecca, & Williams Jr., John W. 2013. The Patient-Centered Medical Home: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 169–178.

Klein, J., & von dem Knesebeck, O. 2016. Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(2), 238–244.

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. 2011. Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Berlin.

Korff, M. von, Moore, J. E., & Lorig, K. R. et al. 1998. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23), 2608–51.

Kroll, Lars Eric, & Lampert, Thomas. 2013. Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. *BMC Health Services Research*, 13.

Krones, Tanja, Keller, Heidemarie, Sönnichsen, Andreas, Sadowski, Eva-Maria, Baum, Erika, Wegscheider, Karl, Rochon, Justine, & Donner-Banzhoff, Norbert. 2008. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *The Annals of Family Medicine*, 6(3), 218–227.

Lampert, Thomas, Prütz, F., Rommel, A., & Kuntz, B. 2018a. Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 38–56.

Lampert, Thomas, Hoebel, Jens, Kroll, Lars Eric, & Luy, Marc. 2018b. Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. *Public Health Forum*, 26(4), 325–327.

Laurant, Miranda, Reeves, David, Hermens, Rosella, Braspenning, Jose, Grol, Richard, & Sibbald, Bonnie. 2009. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Lee, Eun Ju, Kim, Hong Soon, & Kim, Hye Young. 2014. Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of Clinical Nursing*, 3513–3524.

Loh, Andreas, Leonhart, Rainer, Wills, Celia E., Simon, Daniela, & Härter, Martin. 2007. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 69–78.

Martini, Carlo. 2020. What “Evidence” in Evidence-Based Medicine? Topoi. <https://doi.org/10.1007/s11245-020-09703-4>. Zugegriffen am 24.11.2020.

Masic, Izet, Miokovic, Milan, & Muhamedagic, Belma. 2008. Evidence based medicine – new approaches and challenges. *Acta informatica medica*, 16(4), 219 – 225.

McDonough, Randy, & Doucette, William. 2000. Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *Journal of the American Pharmacists Association*, 41(5), 682 – 692.

Monitor. 2015a. Moving healthcare closer to home: Financial implications. London: Monitor.

Monitor. 2015b. Moving healthcare closer to home: Literature review of clinical impacts. London: Monitor.

Nolte, Ellen, Merkur, Sherry, & Anell, Anders. 2020. *Achieving Person-Centred Health Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.

OECD. 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*.

OECD. 2019a. Life expectancy by sex and education level. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6303de6b-en/index.html?itemId=/content/component/6303de6b-en&mimeType=text/html>, letzter Zugriff: 27.01.2020.

OECD. 2019b. OECD.Stat – Health. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9>, letzter Zugriff: 08.01.2020.

PricewaterhouseCoopers. 2020. *Healthcare Barometer*. Düsseldorf: PricewaterhouseCoopers.

Rattay, Petra, Starker, Anne, Domanska, Olga, Butschalowsky, Hans, Gutsche, Johanna, & Kamtsiuris, Panagiotis. 2014. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Kap. 7, S. 878 – 891 in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 7. Aufl., 57. Berlin: Robert Koch Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.

Reiners, Hartmut. 2013. Integrierte Versorgungsstrukturen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 13(3), 15 – 21.

Robert Bosch Stiftung. 2019. *Bürgerreport 2019. Reformvorschläge aus den Bürgerdialogen*. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020a. *Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen*. Diskussionspapier – Think Lab 2. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020b. *Patienten-Typologien im Gesundheitssystem von morgen*. Diskussionspapier – Think Lab 3. Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2005. *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bonn.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Schaeffer, Doris, Berens, Eva-Maria, Gille, Svea, Griese, Lennert, Klinger, Julia, Sombre, Steffen de, Vogt, Dominique & Hurrelmann, Klaus. 2021. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>. Zugegriffen am 30.04.2021.

Schaeffer, Doris, Hämel, Kerstin & Ewers, Michael. (2015). Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Weinheim und München: Beltz Juventa.

Schaeffer, Doris, Hurrelmann, Klaus, Bauer, Ullrich & Kolpatzik, Kai (Hrsg.). 2018. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin: KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>. Zugegriffen am 30.04.2021

Scherenberg, Viviane. 2014. Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das deutsche Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen. In: Böcken, Jan, Braun, Bernard, & Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2014. Bertelsmann Stiftung/Barmer GEK.

Schmidt-Kaehler, Sebastian, Schaeffer, Doris, Hurrelmann, Klaus & Pelikan, Jürgen. 2019. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Strategiepapier. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/8028632063/NAP%20Strategiepapier%20Nr.%204.pdf?t=1614067439>. Zugegriffen am 30.04.2021.

Schneider, Antonius, Donnachie, Ewan, Tauscher, Martin, Gerlach, Roman, Maier, Werner, Mielck, Andreas, Linde, Klaus, & Mehring, Michael. 2016. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open*, 6(6).

Seidel, Gabriele, Meierjürgen, Rüdiger, Melin, Susanne, Krug, Jens & Dierks, Marie-Luise (Hrsg.). 2019. Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen. Baden-Baden: Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845289915-103>. Zugegriffen am 26.04.2021.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. 1994. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs (Project Hope)*, 13(5), 46 – 64.

Sibbald, Bonnie, Pickard, Susan, McLeod, Hugh, Reeves, David, Mead, Nicola, Gemmill, Islay, Coast, Joanna, Roland, Martin, & Leese, Brenda. 2008. Moving Specialist Care into the Community: An Initial Evaluation. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 233 – 239.

Statistisches Bundesamt. 2017. Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachen-2120400157004.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 12.10.2020.

Superio-Cabuslay, E., Ward, M. M., & Lorig, K. R. 1996. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis care and research*, 9(4), 292 – 301.

- Thode, Nicole, Bergmann, Eckardt, Kamtsiuris, Panagiotis, & Kurth, Bärbel-Maria. 2004. Schlussbericht – Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: Robert Koch Institut.
- Thompson, Andrew G. H. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social science & medicine*, 64, 1297 – 1310.
- Tremblay, Dominique, Roberge, Danièle, Touati, Nassera, Maunsell, Elizabeth, & Berbiche, Djamel. 2017. Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care. *BMC Health Services Research*, 218 – 228.
- Wagner, Edward H., Austin, Brian T., Davis, Connie, Hindmarsh, Mike, Schaefer, Judith, & Bonomi, Amy. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6).
- WHO. 2000. The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva: WHO. <https://www.who.int/whr/2000/en/>, letzter Zugriff am 25.05.2021.
- Wietholter, Jon P., Grey, Carl, Howard, Catessa, Johnson, Brynn N., Sween, Racheal, & Rowlands, Aletha E. 2017. Interprofessional collaborative practice through an adult medicine based simulation. *Journal of interprofessional education & practice*, 21 – 26.
- Wilhelmsson, Susan, & Foldevi, Mats. 2003. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 643 – 650.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen. 2018. Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern.

Appendix

Im Folgenden werden die drei Fallbeispiele detailliert beschrieben. Die jeweiligen Ziffern in der Fallbeschreibung verweisen auf die erwähnten Schritte in den zugehörigen Schaubildern 1, 2 und 3.

Fallbeispiel 1 – Maximilian

Im **Fall von Maximilian** ergibt sich die Notwendigkeit eines **2** sofortigen Rettungstransports, nachdem **1** er beim Skateboarden verunglückt ist. Aufgrund der Dringlichkeit des Falles und da Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus, das seine Verletzungen behandeln kann, für einen Rettungswagen zu weit ist, wird er mit dem Hubschrauber in die Universitätsklinik eingeliefert. Die Familie wird von der Polizei über den Unfall informiert. Um sowohl Max als auch seine Familie zu beruhigen und zu trösten, wird er ständig begleitet, während ein Jugend- und Sozialarbeitsteam kontaktiert wird, das sich um Max' Schwester kümmert.

Die Daten über den Unfall und die vor Ort geleistete Erste Hilfe werden sofort an das Krankenhaus weitergeleitet, während Elektronische Patientenakte (ePa) Hintergrundinformationen liefert. Dank der sofortigen Benachrichtigung treffen die Eltern kurz nach der Aufnahme von Max ein.

3 Um den Informationsfluss zu optimieren und den Patienten zu entlasten, gibt es eine persönliche Übergabe zwischen Notarzt und dem Arzt im Schockraum. Die Architektur ist angenehm, beruhigend und kinderfreundlich. Es gibt Richtlinien zum Datenschutz und zur Privatsphäre, und die Familie hat dem Austausch von Daten zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern zugestimmt, um die Diagnose zu beschleunigen und die Behandlung zu verbessern. Die neu gesammelten Daten über Anamnese, Tests und Diagnose werden der ePa hinzugefügt.

4 Als die Familie eintrifft, wird sie vom therapeutischen Team und der psychosozialen Betreuung empfangen, um sie zu trösten, Vertrauen aufzubauen, Fragen zu beantworten und Informationen vor dem CT/MRT bereitzustellen. Die Familie erhält ein separates Zimmer auf dem Klinikgelände, begleitende Geschwisterkinder werden im Kindergarten des Krankenhauses betreut.

5 Im nächsten Schritt können neben dem persönlichen Gespräch mit dem Anästhesisten und dem Neurochirurgen Aufklärungsvideos helfen, das Verständnis der Patienten und ihrer Familien für die jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten, ihre Vor- und Nachteile, die Notwendigkeit bestimmter Verfahren und die damit verbundenen Risiken zu verbessern und einige ihrer Fragen beantwortet zu bekommen. Im Fall von Max wird zu einer Operation geraten, der die Familie zustimmt. Seine Mutter kann ihn in den Operationssaal begleiten, während die ganze Familie bei Bedarf psychosoziale Unterstützung erhält.

6 Während seines sechswöchigen Aufenthaltes erhält er ein Einzelzimmer, das eher einfachem Hotelstandard ähnelt und eine Atmosphäre vermeidet, die man bisher mit Krankenzimmern assoziiert hat. Seiner Familie wird die Möglichkeit gegeben, zu bleiben, mit Max zusammen Zeit zu verbringen, Mahlzeiten zu kochen, gemeinsam zu essen und damit zum Heilungsprozess beizutragen. Sobald es sinnvoll ist, erhält Max Physio- und Ergotherapie, während die psychosoziale Unterstützung für die ganze Familie fortgesetzt wird.

- 7 Nach Abschluss der Akutbehandlung setzt sich der Case Manager des Krankenhauses – idealerweise derjenige Arzt oder diejenige Pflegefachkraft, die am meisten an Max' Behandlung beteiligt war – mit der dem Kinderarzt des Primärversorgungszentrums in Verbindung, das Max zu Hause aufsucht. Die weitere Therapie von Max nach seiner Entlassung wird durch das Versorgungszentrum übernommen und koordiniert. Der Case Manager organisiert eine detaillierte Übergabe und hält in den kommenden Wochen und im Hinblick auf die notwendigen nächsten Schritte Kontakt, um Pflege und Therapie zu koordinieren. Daten über alles, was im Krankenhaus durchgeführt wird, werden mit dem Versorgungszentrum geteilt. Dieses steht auch in Kontakt mit den örtlichen Sozialdiensten und Max' Schule.
- 8 Nach der Entlassung wird die ambulante Reha im multiprofessionellen Versorgungszentrum in der Nähe von Max' Wohnort fortgesetzt. Zur Koordination gehört auch der weitere Kontakt zwischen Reha, Hausarzt und psychosozialem Dienst.
- 9 Max' Schule wurde frühzeitig informiert und eingebunden, um Hausaufgaben und Hausunterricht individuell zu gestalten und ihm so die spätere Rückkehr in die Schule zu erleichtern. Nach seiner Rückkehr kann Max bei der Aufarbeitung und Überwindung seiner entstandenen Defizite des Unterrichtsstoffs unterstützt werden. Kontinuierliche Beobachtung, Auswertung und Austausch zwischen Schule und Familie ist der Schlüssel zu Max' erfolgreicher Rückkehr in die Schule.

Fallbeispiel 2 – Fatma

- Im **Fall von Fatma:**
- 1 Lang anhaltende unspezifische Symptome veranlassen Fatma, nach Informationen darüber zu suchen. Sprachbarrieren für eine effektive Abfrage der Symptome und für die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen werden durch automatisierte digitale Übersetzungswerkzeuge überwunden. Gezielt auf eine bestimmte Anfrage ausgerichtet, können sie auch dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz insbesondere von Gruppen mit geringer Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Falls diese Informationen jedoch nicht ausreichen, benötigt Fatma auch eine Patientenlotsin, die sie durch das Gesundheitssystem navigiert, um ihre Gesundheitsbedürfnisse zu befriedigen. In der ersten Instanz wird dies z. B. ein Sozialarbeiter in der Migrantenunterkunft sein.
 - 2 Sobald Fatma sich entschieden hat, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, erhält sie von der Community Health (CHN) oder Advanced Practice Nurse (APN) im Gesundheitszentrum ein Handgerät, um die Sprachbarriere zu überbrücken sowie den Grund des Besuchs und ihre persönlichen Daten einzugeben. 2.2 Digitale Anwendungen und künstliche Intelligenz können von sich aus erste Empfehlungen und eine erste Diagnose stellen, wenn diese nicht zu schwerwiegend ist. Beide Anwendungsbereiche erfordern eine klare Benutzeroberfläche, die einfach und intuitiv zu bedienen ist.
 - 3 Trotz der Wahlmöglichkeit besteht Fatma darauf, einen Arzt zu sprechen. Der Mitarbeiter am Empfang weist ihr 3.1/3.2 eine APN zu, die Fatma als Patientenlotsin dient und ihr sowohl hilft, sich im System zurechtzufinden, als auch ihre Versorgung aus einer Hand koordiniert. Als interkulturell geschulte Gesundheitsfachkraft, die Fatmas Sprache spricht, berücksichtigt sie kulturelle Unterschiede und Eigenheiten, untersucht Fatma körperlich und weist ihr einen Facharzt zur weiteren Untersuchung zu.

4 Die Befunde der APN sind unauffällig bezüglich körperlicher Grundursachen. Da die Symptome schon einige Zeit andauern, begleitet der APN Fatma zum Facharzt, an den sie überwiesen wird. Auch seine Befunde bestätigen, dass die Symptome aus einer physiologischen Perspektive nicht beunruhigend sind. Nach einem längeren Gespräch und unter Berücksichtigung ihrer individuellen Vor- und Familiengeschichte wird jedoch eine posttraumatische Belastungsstörung vermutet. In Absprache mit Fatma und ihrer Patientenlotsin weist der Facharzt Fatma einem psychosozialen Betreuungsteam zu.

5 Um eine möglichst große Kontinuität zu wahren, begleitet die speziell ausgebildete APN in ihrer Funktion als Patientenlotsin Fatma zu ihrer ersten Konsultation bei einem Psychotherapeuten. Im weiteren Verlauf der Therapie wird eine Sozialarbeiterin hinzugezogen, die Fatma mit wichtigen Akteuren in der Kommune vernetzt und sie integriert. Das psychosoziale Team bietet je nach Bedarf weiterführende Unterstützung an, wobei die Sozialarbeiterin zur täglichen Ansprechpartnerin und Koordinatorin wird.

6 Für eine bessere Integration in soziale Netzwerke stellt eine Sozialarbeiterin Fatma vorhandene Projekte, Sozialräume und Selbsthilfegruppen im Stadtteil vor. Aufgrund ihrer eigenen Kenntnisse und Interessen wird sie Mitglied in einer lokalen Gruppe, in der sie Kontakte knüpfen, Gespräche führen und neue Dinge lernen kann, was es ihr erleichtert, eigene Alltagsstrukturen aufzubauen, aber auch, langfristig die Erlebnisse ihrer Migration aufzuarbeiten. Dabei wird sie kontinuierlich vom Sozialdienst der Stadt begleitet, der sie im weiteren Verlauf entsprechend ihrer persönlichen Wünsche und Veränderungen unterstützt. Die Begleitung endet nach einigen Monaten, als Fatma sich im Ort und in den Alltagsstrukturen eingelebt hat und sie sich selbständig um sich und ihre gesundheitlichen Belange kümmern bzw. bei Bedarf Hilfe aufsuchen kann.

Fallbeispiel 3 – Herr Friedemann

Herr Friedemann klagt 1 über seine Knieschmerzen und bespricht mit seiner Frau, einen Arzt aufzusuchen. 2 Nach digitaler Kontaktaufnahme mit dem örtlichen Gesundheitszentrum meldet sich dieses umgehend bei ihm und beginnt mit einer ersten, fernmündlichen Triage. Aufgrund der Resultate wird Herrn Friedemann geraten, das lokale Gesundheitszentrum für eine körperliche Untersuchung aufzusuchen. Herrn Friedemann wird die Sorge, seine pflegebedürftige Frau allein zurückzulassen, dadurch genommen, dass 2.2 der mobile Pflegedienst für die Zeit bei ihr vorbeischaut, in der er zur Untersuchung im Zentrum ist.

3 Im Gesundheitszentrum werden Blutproben entnommen und analysiert, eine körperliche Untersuchung durchgeführt, die Community Health Nurse (CHN)/Advanced Practice Nurse (APN) schaut sich seinen allgemeinen Medikationsplan an und bespricht, inwieweit Herr Friedemann den Plan einhält. Darüber hinaus wird die familiäre Situation betrachtet und eingeschätzt, welche Unterstützung ihm durch Familie und andere Dienste zur Verfügung steht und welche zusätzliche Unterstützung er benötigt.

4 Im Gesundheitszentrum wird eine kurze interprofessionelle Teambesprechung einberufen. 4.1/4.2 Die Ergebnisse werden durch den Patientenlotsen vermittelt: Ein mobiler Pflegedienst für Frau Friedemann wird angeboten und Herrn Friedemann dringend empfohlen, am nächsten Tag zur weiteren Untersuchung zu kommen. Es wird vereinbart, dass der mobile Pflegedienst vorbeikommt, um die weitere häusliche Pflege seiner Frau vor Ort zu besprechen. Die Apotheke wird über die Änderung im Medikationsplan von Herrn Friedemann informiert.

5 Ein Hausarzt setzt am nächsten Tag die körperliche Untersuchung im Zentrum fort. Es wird eine Arthrose diagnostiziert und der Medikationsplan angepasst, 5.1 die Apotheke entsprechend informiert. Schließlich erwähnt Herr Friedemann seinen anhaltenden Schwindel, Blässe und Verdauungsstörungen. Entsprechende Analysen werden sofort eingeleitet. Nach einem körperlichen Zusammenbruch im Zentrum wird der Patient sofort mit Verdacht auf Dickdarmkrebs in das ca. 40 km entfernte Krankenhaus gefahren. Die CHN/APN nimmt Kontakt mit Frau Friedemann und der Familie auf, die Patientendaten werden an das Krankenhaus übermittelt.

6 Im Krankenhaus werden eine Notfallversorgung und Notfalluntersuchungen durchgeführt. Das Ergebnis bestätigt den Verdacht auf ein kolorektales Karzinom. Angesichts dieser Diagnose wird eine interprofessionelle Besprechung mit Ärzten des Krankenhauses, der Patientenbegleitung und der Pflege einberufen, um die Behandlungsmöglichkeiten von Herrn Friedemann zu besprechen. In Anbetracht der Metastasen, der hohen Progression des Krebses und der kurzen prognostizierten Lebenszeit könnte eine sofortige Behandlung sein Leben um einige Wochen verlängern. 6.1 In einem virtuellen Treffen wird die Nachricht dem Patienten und der Familie übermittelt, die sich nach einiger Bedenkzeit gegen eine Behandlung und für eine palliative Versorgung zu Hause entscheiden. Sobald der Patient außer Lebensgefahr ist, wird er auf eine normale Station verlegt und 6.2 ein paar Tage später wieder nach Hause.

7 Das örtliche Gesundheitszentrum koordiniert seine Alltagstherapie für die verbleibenden Wochen oder Monate. Er erhält Langzeit- und spezialisierte Palliativpflege sowie Hilfs- und Heilmittel flexibel nach Bedarf. Seine Frau erhält Langzeitpflege und, wie die gesamte Familie, psychosoziale Unterstützung. Zusätzlich verhindern hauswirtschaftliche Leistungen für Herrn und Frau Friedemann eine Überforderung/Überlastung der Familie.

Impressum

Das Diskussionspapier Think Lab 4
„Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem
der Zukunft“ erscheint als Teil der Initiative
„Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheits-
wesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Irina Cichon
Telefon +49 711 46084-139
irina.cichon@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2021
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion

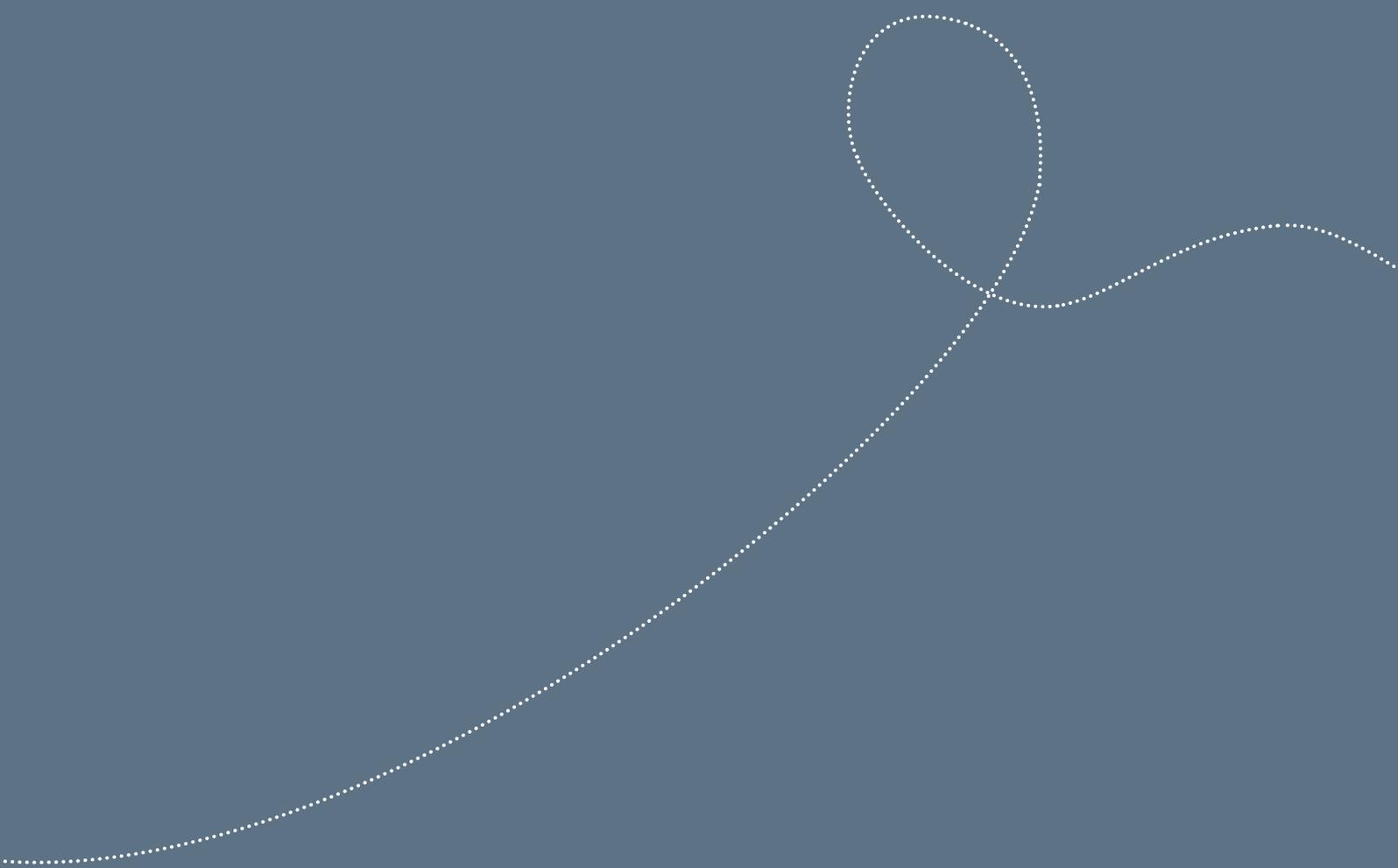
Prof. Dr. Mujaheed Shaikh, Hertie School gGmbH
Dr. Alexander Haarmann, Hertie School gGmbH

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Zitierhinweis

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem
der Zukunft. Diskussionspapier – Think Lab 4.
Stuttgart.



[bosch-stiftung.de](https://www.bosch-stiftung.de)