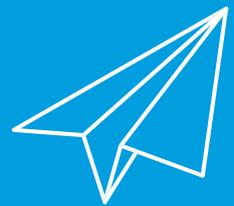


Diskussionspapier – Think Lab 3

Patienten-Typologien im Gesundheitssystem von morgen

Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt
„Neustart!“ (November 2019)



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 geht es nicht nur um die Frage einer Verbesserung der aktuellen Situation, sondern auch um eine Analyse, welche Entwicklungen wir auf unserem Weg in die Zukunft zu berücksichtigen haben.

Es gilt, die Veränderungstreiber zu identifizieren und in ihrem Nutzen und ihren Folgen zu verstehen, damit wir einen Umgang finden können, der unsere Vorstellungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung unterstützt. Wesentliche Fragen des dritten Think Labs lauteten: Wer ist der Patient der Zukunft und wie verhält er sich? Auf wen richten sich unsere Anstrengungen? Welche Vorstellungen von Gesundheit und Heilung liegen vor? Welche kulturellen Änderungen sind in den Haltungen der Patienten zu erwarten? Wie gehen wir mit den vielfältigen Rollen – Patient, Konsument, Kunde, Partner – um? Wie verändern sich diese im technologischen Wandel?

Einführung

Ein gut funktionierendes Gesundheitssystem hängt entscheidend vom Zu- und Mitwirken eines wichtigen Akteurs innerhalb des Systems ab, nämlich der Nachfrageseite von Gesundheitsdienstleistungen, gewöhnlich als „Patient“ oder „Nutzer“ bezeichnet (SVR 2012). Als potenzielle Nutzer steuern Bürgerinnen und Bürger mit ihrem gesunden oder weniger gesunden Lebensstil die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems insgesamt. Als Patienten, die zur „richtigen“ Zeit sowohl das „richtige“ Versorgungsangebot als auch die „richtige“ Menge und Häufigkeit wählen, bestimmen sie – in Interaktion mit ihren Ärztinnen und Ärzten – durch ihre Nachfrage entscheidend die Angebotsseite. Die Erarbeitung wirksamer und effizienter (politischer) Lösungen, um unser Gesundheitssystem zu verbessern und zukunftsfähig zu machen, erfordert ein tieferes Verständnis der Charakteristika der Nachfrage im Gesundheitswesen, d. h. ein besseres Verständnis wer die „Nutzer“ bzw. „Patienten“ sind, welche Bedarfe, Bedürfnisse und Kompetenzen sie haben.¹ Die Charakterisierung der Patienten, die Erstellung von Patiententypologien und Patientenprofilen ist daher ein wichtiger erster Schritt hin zu einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Das dritte Think Lab der Initiative „Neustart!“ legt den Schwerpunkt auf die Entwicklung solcher Patiententypologien auf der Grundlage der folgenden wesentlichen Fragen: Wer werden die Patienten der Zukunft in Deutschland sein? Was werden ihre medizinischen Bedarfe und sozialen Bedürfnisse sein? Wie werden sie sich in Bezug auf Gesundheit verhalten?

- Um welche konkreten Krankheitsbilder bzw. Krankheitssituationen und Patientengruppen sollte sich das deutsche Gesundheitssystem in Zukunft am meisten kümmern?
- Wie werden sich die ermittelten Megatrends² auf die Beschreibung von idealtypischen Patienten, Klienten oder Nutzern des Gesundheitssystems auswirken?
- Welche Verfahrensweisen sollte das Gesundheitssystem im Umgang mit dem „Patienten“ der Zukunft verfolgen?

¹ Um dies in einem ersten Schritt zu erreichen, wurde vor dem Think Lab eine Umfrage unter den Teilnehmern durchgeführt. Diese basierte auf dem STEMPLE Plus-Analyseraster, das zur Analyse des sozialen Wandels in soziologischen Forschungen und Meinungsumfragen verwendet wird. Es umfasst Kategorien zu sozialen, technologischen, wirtschaftlichen, sicherheits-relevanten, politischen, regulatorischen, ökologischen und kulturellen Trends.

² Das zweite Think Lab der Initiative Neustart! fokussierte auf Megatrends der nächsten 20 bis 30 Jahre, also solche Trends, die auf mehreren Ebenen erhebliche Auswirkungen auf unsere Gesundheit und Gesundheitsversorgung haben werden. Insgesamt entstand eine Liste Megatrends, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: Demografischer Wandel, Anthropozän / Klimawandel, Antibiotika-resistenz, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz, Gen- und Biotechnologie, Gesellschaftlicher Wertewandel sowie Governance/Regulierung. Für weitergehende Inhalte ist das Positionspapier zum zweiten Think Lab hier zu finden: https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/sites/default/files/documents/2020-06/2020_RBSG_Diskussionspapier_Think%20Lab%202.pdf

1. Die Notwendigkeit von Patienten-Typologien

Traditionell beschränkte sich die Klassifizierung von Patienten in der Gesundheitsversorgung auf sozio-demografische und sozio-ökonomische Faktoren wie Alter, Einkommen, Bildung, Beschäftigung, Familienstatus usw. Auch wenn dies notwendige Variablen für die Charakterisierung von Patienten sind, so reichen sie bei Weitem nicht mehr aus, um einen ganzheitlichen Ansatz für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Ein weiterer gängiger Ansatz ist die Verwendung einer krankheitsbasierten Kategorisierung. Eine solche Kategorisierung führt jedoch dazu, dass man sich zu sehr auf die Behandlung von Krankheit konzentriert. Weitere nicht-medizinische, aber auch die Gesundheit bedingende Faktoren und Einflüsse werden außer Acht gelassen. Die Berücksichtigung weiterer Faktoren wie Bildungsstatus, soziale Lage bis zu den legitimen individuellen nicht-medizinischen Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten sollte ein wichtiges Ziel jedes Gesundheitssystems sein (WHO 2000). Die bisherige Herangehensweise zeigt sich zunehmend ungeeignet den Bedarfen und Bedürfnissen der Bürger und Patienten von morgen zu begegnen. Nicht nur werden entscheidende, die Gesundheit beeinflussende Faktoren für die jeweilige Behandlung außer Acht gelassen, sondern die Wirkkraft medizinischer Therapien durch den zu engen krankheitsbezogenen Ansatz tendenziell eingeschränkt.

Um eine Weiterentwicklung einer qualitativ guten Versorgung des Gesundheitssystems zu erreichen, bedarf es daher einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Patientenmerkmalen, die nicht auf demografische oder morbiditätsbasierte Kriterien beschränkt ist. Darüber hinaus sollten sich die Bemühungen darauf konzentrieren, diese erweiterten Patientenmerkmale zu nutzen, um die Versorgung effektiver und effizienter zu gestalten und außerdem die Patientenzufriedenheit zu verbessern. Die Bestimmung von Patiententypen kann Entscheidungsträgern und Versorgungseinrichtungen bei der Wahl der richtigen medizinischen und nicht-medizinischen Strategien, der Entwicklung zielgerichteter Interventionsmöglichkeiten und der Organisation einer Gesundheitsversorgung als Richtschnur dienen. Sie müssen den Besonderheiten der Nachfrage und des Bedarfs der Nutzer gerecht werden und bilden darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Schaffung eines wirklich patientenzentrierten Gesundheitssystems.

2. Methodik des Workshops

Am 20. und 21. November 2019 fand ein von der Hertie School und der Robert Bosch Stiftung organisierter zweitägiger wissenschaftlicher Workshop statt, an dem 14 Experten und Stakeholder aus dem Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland teilnahmen. Dieser Workshop knüpfte an die Ergebnisse des vorangegangenen Workshops an, der sich mit zu erwartenden Megatrends der nächsten Jahre beschäftigte. Demnach ist von einem Anstieg der Zahl Älterer und insbesondere Hochaltriger auszugehen sowie einer wesentlich stärkeren Nutzung von digitalen und technologischen Fortschritten im Hinblick auf Kommunikation, Unterstützung bei Diagnose, Therapie und Betreuung Rechnung zu tragen. Ebenso wird in der Gesundheitsversorgung die zunehmende Antibiotikaresistenz eine Rolle spielen. Neue Therapieformen durch die sich rasant entwickelnde Gen- und Biotechnologie müssen in das Leistungs- und Vergütungssystem integriert werden. Nicht zuletzt braucht es eine Einstellung auf sich wandelnde gesellschaftliche Werte mit der einhergehenden Veränderung des Verhaltens der Nutzer bzw. Patienten. Der Einfluss dieser Trends muss im Hinblick auf Patiententypologien zur Abschätzung des erwartbaren Bedarfs und der künftigen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden über das Ziel des Workshops informiert und im Vorfeld eingeladen, im Rahmen einer Online-Befragung erste Einschätzungen und Bewertungen zu Patientenmerkmalen auszutauschen. Die Umfrage wurde zwei Wochen vor dem eigentlichen Think Lab durchgeführt, zu dem sich die Teilnehmer persönlich an der Hertie School trafen. Ziel dieser Voruntersuchung war es, eine geeignete Struktur für den Workshop zu entwickeln und erste Themen vorzuschlagen, die die ausführlichen Diskussionen während der Workshop-Tage leiten sollten. Die Befragung bestand im Wesentlichen aus drei Teilen.

Teil 1

Erfassung allgemeiner Bewertungen im Hinblick auf die Frage, wie die soziale Zusammensetzung der Bevölkerung zukünftige Patiententypologien beeinflussen wird.

Dazu orientierten sich die Experten an tentativ vorgegebenen Kategorien, die sich auf wichtige demografische und bevölkerungspolitische Merkmale wie Alter, Geschlechterzusammensetzung, Bildung und soziale Schicht, Lebensstil und Verhaltensfaktoren sowie Arbeits- und Lebensumfeld bezogen.

Teil 2

Reflexion der wichtigsten im vorangegangenen Workshop identifizierten Megatrends und Konzentration auf globale Phänomene wie Klimawandel, Fortschritte in den Bereichen der künstlichen Intelligenz, Gen- und Biotechnologie, antimikrobielle Resistenz sowie sich verändernde gesellschaftliche Werte und sozialer Zusammenhalt mit Auswirkungen auf die Bedürfnisse, Verhaltensweisen und Einstellungen von Patienten bzw. Nutzern des Gesundheitssystems.

Teil 3

Der letzte Teil der Befragung war offen gehalten, so dass die Experten weitere Kommentare, Anmerkungen und Bewertungen einbringen konnten.

Die Ergebnisse der Befragung wurden zusammengetragen und direkt in die Gruppendiskussionen an den Tagen des Workshops eingebracht. Sie wurden von den Experten in der gemeinsamen Diskussion ausgewertet, um erste Einschätzungen zu präzisieren und im weiteren Verlauf des Workshops durch Präsentationen und Reflexionsrunden weiter zu vertiefen.

3.

Wesentliche Ergebnisse

3.1 Allgemeine Bewertung

Ausgehend von allgemeinen Bevölkerungstrends und den zuvor ermittelten Megatrends leiteten die Experten eine Sammlung von folgenden Entwicklungen hinsichtlich zukünftiger Patiententypen ab:

- Anstieg der Bevölkerungsanteile von Personen mit chronischen Krankheiten und sehr alter Patienten mit Multimorbidität/Mehrfacherkrankungen
- Höhere Lebenserwartung, dadurch längere Erwerbsfähigkeit und damit eine „ältere“ Gruppe von Patienten, die noch im Berufsleben steht
- Anstieg der Zahl von Patienten mit langfristigen und kostenintensiven Therapie- und Versorgungsbedarfen, beispielsweise in der Onkologie, und eine daraus resultierende Kostenexplosion im Gesundheitswesen
- Steigender Bedarf an geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung unter anderem durch höhere Lebenserwartung von Frauen
- Zunahme der Zahl einsamer oder alleinstehender Patienten und dadurch höhere Belastung des Systems durch professionelle bzw. institutionalisierte Pflege
- Mehr psychosoziale Vielfalt über alle Patiententypen hinweg
- Mehr Patienten mit psychologischen Problemen und psychischen Störungen
- Zunahme des Risikoverhaltens von Männern und dadurch Vergrößerung der geschlechtsspezifischen Kluft hinsichtlich der Lebenserwartung sowie der Zahl von alleinstehenden weiblichen Patienten
- Zustrom von Migranten und nicht integrierten Patienten mit Migrationshintergrund
- Größere Zahl von gesundheitskompetenten und selbstbestimmten Patienten und „Laienärzten“
- Patienten mit Digitalkompetenzen, die technologische Unterstützung nutzen und sich in hohem Maße darauf verlassen
- Mehr Patienten, die eine digital gesteuerte Gesundheitsversorgung nachfragen
- Patienten mit exzessiver Nachfrage nach professioneller Hilfe
- Mehr Patienten mit einer „individualistischen“ Herangehensweise an die Gesundheitsversorgung, die mehr auf das eigene „Ich“ als auf das Gemeinwohl bedacht sind

- „Workaholics“, die bestimmte berufsbedingte Krankheiten aufweisen
- Patienten, die wenig Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen und dadurch höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystem erzeugen
- Unabhängige und scheinbar aufgeklärte Patienten, die die Autorität der Fachleute in Frage stellen, was sich zum Beispiel in der unverhältnismäßig häufigen Einholung von Zweit- und Drittmeinungen oder fehlender Kooperationsbereitschaft äußern kann, mit der Folge unnötiger Ausgaben
- Ältere Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten, vernachlässigte und obdachlose Patienten, die stark auf soziale Unterstützung angewiesen sind
- Jüngere Bevölkerung und jüngere Patienten aufgrund von Immigration
- Höhere Zahl von Patienten mit speziellen Bedürfnissen und spezifischen soziokulturellen Hintergründen, die entsprechend spezifischen Aufwand erfordern
- Größere Zahl traumatisierter Patienten aufgrund von Kriegen, Konflikten oder Gewalt
- Zunahme von Patienten mit nicht übertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, neurodegenerativen Erkrankungen, vektorübertragenen Krankheiten sowie mit Gesundheitsrisiken wie u. a. Fettleibigkeit
- Patienten mit neuen seltenen Krankheiten und neuen Infektionskrankheiten
- Traditionelle Patienten, die an die Hand genommen werden wollen und fortlaufend Aufmerksamkeit und Unterstützung sowie Führung und Anleitung benötigen
- Höhere Anzahl von Personen mit Behinderungen und funktionellen Einschränkungen

Angesichts dieser Sammlung erachteten es die Experten als notwendig, die herkömmliche Patientencharakterisierung auf der Grundlage demografischer Faktoren deutlich zu differenzieren, da sie nur einen kleinen und nicht mehr wesentlichen Teil der in Zukunft zu erwartenden Merkmale ausmachen. Vielmehr sollte in Zukunft eine Konzentration unter anderem auf das soziale Umfeld, auf Verhaltensmerkmale, auf Einstellungs- und psychografische Merkmale, Kompetenzen und spezifische Bedürfnisse der Patienten erfolgen.

3.2 Patienten-Typologien

Auf der Grundlage der Diskussionen konnten sechs große Themenfelder mit verschiedenen Patiententypen innerhalb jedes Themenfeldes identifiziert werden.³

Soziodemographie und Bedarfslage

Ein einfaches und oft verwendetes Patientenklassifikationssystem ist das auf Krankheit und Beschwerden basierende System. Die offensichtliche Begrenztheit einer solchen Klassifikation besteht darin, dass sie Patienten trotz unterschiedlicher gesundheitlicher und sozialer Bedarfe und Bedürfnisse in die gleiche Gruppe einordnet. Gleichwohl ist die Ausrichtung von politischen Maßnahmen auf bestimmte Krankheiten ein vereinfachender und dennoch vernünftiger Ausgangspunkt, wenn im Anschluss daran die gesundheitliche und soziale Heterogenität mit einbezogen wird, um so den Bedarfen der Patienten besser gerecht zu werden. Angesichts der verschiedenen Megatrends im Hinblick auf die demografischen, technologischen und ökologischen Entwicklungen der Zukunft, kamen die Experten übereinstimmend zu dem Schluss, dass die absolute Zahl der Patienten mit chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten sowie der Patienten mit langfristige Pflegebedarf aller Voraussicht nach deutlich ansteigen wird. Eine erhebliche Belastung des Gesundheitssystems wird auch weiterhin von einer anderen Gruppe von Patienten ausgehen, die zwar nicht schwer chronisch erkrankt sind, aber durch funktionelle Einschränkungen und Behinderungen teilweise einen langfristigen Unterstützungs-, Behandlungs- und/oder Pflegebedarf aufweisen werden. Dies sind beispielsweise Patienten, welche in Folge von ergonomischen Verletzungen und arbeitsbedingtem Stress, Muskel- und Skelettproblemen an Gelenken, Bändern, Wirbelsäule u. ä. aufweisen, die ein regelmäßiges funktionelles Rehabilitationstraining erfordern.

³ Zu beachten ist, dass die nachfolgend vorgestellten Typologien mit ihren Typologiepaaren nicht von den Experten gegenübergestellt wurden. Die Typologien wurden vielmehr auf der Grundlage der diskutierten Themen durch die Autoren systematisiert. Die daraus entstehenden Typologien stellen jeweils Kontinuen zwischen den zwei genannten Extrema dar und haben den Charakter von Idealtypen. Dementsprechend lassen sich Ausprägungen auf der vollen Bandbreite zwischen den Extrema denken. Auch existieren die präsentierten Typologien in der Realität nicht getrennt voneinander, sondern interagieren miteinander. Sie sind also Teil einer viel komplexeren, multidimensionalen Typologie.

Darüber hinaus wiesen die Experten wiederholt darauf hin, dass nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige und emotionale Gesundheit stärker berücksichtigt werden muss, da psychische Gesundheit und psychosoziale Probleme bisher im Vergleich relativ wenig Aufmerksamkeit erlangt haben, in ihrem Umfang und Auswirkungen jedoch erheblich sind. Einigkeit bestand auch darüber, dass diese Patientengruppe in der Zukunft stark anwachsen wird.

In weiteren Diskussionsrunden vertraten die Experten einhellig die Ansicht, dass Patienten mit ähnlicher Diagnose und ähnlichem Sterberisiko, wie zum Beispiel solche mit kardiovaskulären oder neurodegenerativen Erkrankungen, individuell möglicherweise völlig unterschiedliche Fähigkeiten und eine ganz andere Lebensqualität haben und daher entsprechend verschiedene Behandlungsansätze benötigen. Ebenso können Personen mit ähnlichen funktionellen Einschränkungen, Symptomen, Beeinträchtigungen oder Diagnosen zur psychischen Gesundheit sehr unterschiedliche Versorgungsbedarfe haben. Daher waren sich die Experten einig, dass die Patientenkategorisierung in Zukunft nicht binär sein kann, dass also die Kategorien „gesund“ oder „krank“ nicht ausreichen. Auch eine Kategorisierung auf der Grundlage verschiedener Gesundheitsgrade wird nicht eindeutig und tragfähig sein. Stattdessen sollten Patienten auf einem Kontinuum von „gesund“ bis „krank“ eingeordnet werden können, wobei auch der physische, emotionale, soziale und psychologische Status und die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Daher ist es dringend erforderlich, geeignete bedarfsorientierte Kategorien statt krankheitsbasierter Klassifikationen zu entwickeln.

Aufgrund der zunehmenden Vielfalt und der sich verändernden Dynamik der Sozialstruktur ist eine statische Typologie, die allein auf herkömmlichen Patientenmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Beruf, Ausbildung und Einkommen basiert, immer weniger sinnvoll. Daher empfehlen die Experten, über solche konventionellen Dimensionen hinauszugehen und flexible, transparente und verknüpfte Typologien zu entwickeln, die sich an den gesellschaftlichen Wandel anpassen. Konkret wurden u. a. folgende Ansätze vorgeschlagen:

- a) ein auf dem „Lebenslauf“ statt auf dem Alter basierender Ansatz, wobei eine Verbindung zwischen Alter und Übergangereignissen im Leben hergestellt werden sollte. So werden zum Beispiel Menschen, die das Rentenalter erreicht haben und sich nun in einem neuen Lebensabschnitt befinden, die „jungen Alten“, wahrscheinlich mit anderen gesundheitlichen Problemen und der Notwendigkeit von Verhaltensanpassungen konfrontiert sein als Personen anderen Alters (Mueller & Shaikh, 2018).
- b) Entwicklung einer auf sozialer Schichtung basierender Typologie, in die Merkmale wie Bildung, Einkommen, Beruf, andere Dimensionen zur Beschreibung des sozio-ökonomischen Status sowie andere relevante Patientenmerkmale einfließen, um darauf aufbauend einen Teilaspekt von künftigen Bedarfen und Bedürfnissen abzubilden. Abbildung 1 zeigt ein Beispiel für eine solche Verknüpfung von sozialer Schicht und Krankheit.

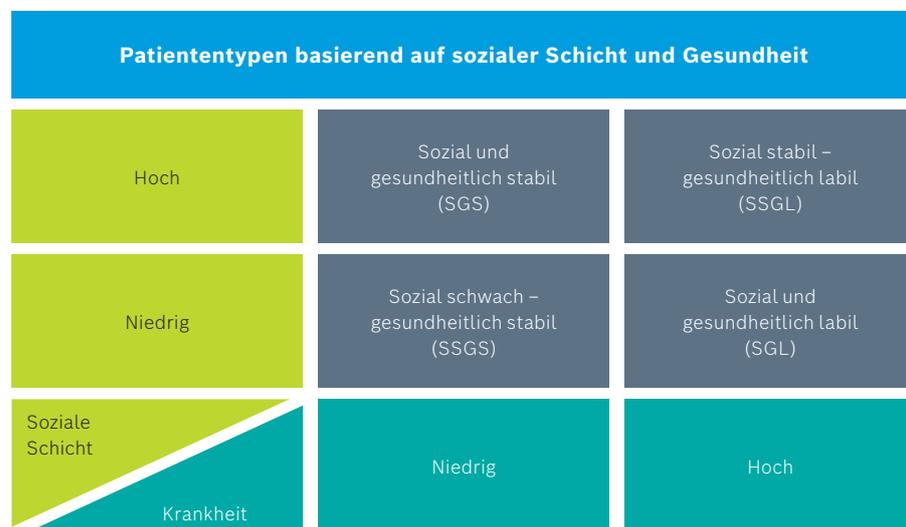


Abbildung 1

Personen mit hohem sozialem Status und schlechtem Gesundheitszustand werden als sozial stabil, aber gesundheitlich labil bezeichnet (SSGL). Diese Gruppe bedarf einer umfangreichen medizinischen Versorgung und kann sich aufgrund des hohen sozialen und wirtschaftlichen Status eine solche Versorgung im Bedarfsfall leisten. Im Gegensatz hierzu ist für die Personengruppe mit niedrigem sozialem Status und labilem Gesundheitszustand (SGL) ein differenzierter Ansatz notwendig, der sowohl den medizinischen als auch den sozialen Bedarfen dieser Patienten gerecht wird. Der Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies), der unter anderem Schutz sozial benachteiligter Gruppen dient, kommt vor allem Menschen dieser Gruppe zugute. Die zu der sozial benachteiligten, aber gesundheitlich stabilen Gruppe gehörenden Personen (SSGS) befinden sich momentan zwar in einer stabilen Gesundheitslage, generell wird jedoch eine niedrige soziale Schicht mit einem schlechteren Gesundheitszustand in Verbindung gebracht. Aufgrund fehlender Ressourcen und Kenntnisse hat sie deshalb trotz ihrer relativen Gesundheit häufig das größte Risiko zu erkranken. Eine Verbesserung oder Unterstützung der sozialen Situation dieser Gruppe ist für die Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung. Auch erfolgt eine Behandlung sozial benachteiligter Gruppen häufig vergleichsweise spät und aus verschiedenen Gründen mit relativ schlechterem Outcome. So ergibt sich für diese Gruppen ein recht hoher Versorgungsaufwand. Ungeachtet der unnötigen funktionalen und sozialen Beeinträchtigungen sowie der Minderung an Lebensqualität, die dies nach sich zieht, ist alleine aus ökonomischen Gründen die Verfolgung des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ angeraten. Die Gruppe mit sozial und gesundheitlich stabilen Personen (SGS) ist die am wenigsten anfällige Gruppe im Hinblick auf gesundheitliche Probleme. Hierbei kann es sich zum Beispiel um Büroangestellte jungen sowie mittleren Alters handeln.

Kompetenz

Die Rolle von Bildung und Gesundheitskompetenz spielt im Zusammenhang mit Gesundheits- und Selbstversorgung eine entscheidende Rolle. So haben sie direkte Auswirkungen auf die Wahrnehmung des Gesundheitszustands und die Nutzung des Gesundheitssystems. Schaeffer et al. (2017) kommen in ihrem Papier zu dem Schluss, dass ein großer Teil der deutschen Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt und mit Problemen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen konfrontiert ist. Nach heutigem Erkenntnisstand verfügen ältere Menschen, chronisch Kranke, Personen mit Migrationshintergrund und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status über eine geringere Gesundheitskompetenz. Gerade der im Anstieg befindliche Anteil der älteren und alten Menschen sowie der Menschen mit Zuwanderungshintergrund sind Bevölkerungsgruppen, die traditionell über eine schwächer ausgeprägte Gesundheitskompetenz verfügen. Die geringere Kompetenz kann zu Gesundheitsproblemen beitragen, wenn nicht rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland ist ebenfalls geringer als in einigen der europäischen Nachbarländer, wie zum Beispiel den Niederlanden oder Irland (Sørensen et al. 2015).

Eine zukünftige Chance liegt in der verstärkten Förderung und Akzeptanz digitaler Dienste und dem Nutzen technologischen Fortschrittes und digitaler Innovation in der Gesundheitsversorgung. Die Kombination von digitaler Kompetenz und Gesundheitskompetenz wird voraussichtlich eine Schlüsselrolle bei der Organisation und Bereitstellung der künftigen Gesundheitsversorgung spielen. Im Jahr 2019 lag der Anteil der Internetnutzer im Alter von über 10 Jahren in Deutschland immerhin bei 88% der Gesamtbevölkerung (Destatis 2019). Trotz dieser hohen Nutzungszahlen ist von einer digitalen Spaltung aufgrund von Alter, sozialer Schicht, Region etc. auszugehen. Zwar verfügt die deutsche Bevölkerung über einen Internetzugang – 94,8% aller Haushalte sind an das Internet angebunden (OECD 2020) –, dies liegt jedoch noch immer etwas unter dem Niveau des Vereinigten Königreichs, Islands, der Niederlande und Norwegens.

Die Aufnahme von Gesundheitskompetenz und digitalen Kompetenzen als Merkmale von Patiententypen ist deshalb ein vielversprechender Ansatz, um gezielte Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.⁴ Zudem zielt das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) darauf ab, das deutsche Gesundheitssystem digital umzugestalten. Das Verständnis der digitalen und gesundheitsbezogenen Kompetenz der Patienten ist dabei entscheidend für den Erfolg solcher Initiativen.

Durch die Verknüpfung von Gesundheitskompetenz und digitaler Kompetenz des Einzelnen lassen sich vier Patientengruppen identifizieren (siehe Abbildung 2). Die Gruppe der als „Digitalkompetente Gesundheitsaffine (DKGA)“ zu bezeichnenden Patienten verfügen über ein hohes Maß an digitaler und gesundheitsrelevanter Kompetenz. Analog dazu sind „Digitalaverse Gesundheitsignorierende (DAGI)“ diejenigen Personen, die über ein niedriges Niveau an digitaler und gesundheitsbezogener Kompetenz verfügen. Personen mit geringer Gesundheitskompetenz, aber einem hohen Maß an digitaler Kompetenz sind „Digitalkompetente Gesundheitsignorierende (DKGI)“, während Personen mit hoher Gesundheitskompetenz, aber einem geringen Maß an digitaler Kompetenz als „Digitalaverse Gesundheitskompetente (DAGK)“ bezeichnet werden können. Weder Gesundheits- noch Digitalkompetenz sind statisch. Sie können auch im späteren Leben erlernt werden, erfordern jedoch kontinuierliche Anpassung des Wissens an neue Erkenntnisse, Gegebenheiten und Möglichkeiten. Insofern sind die Konzepte Gesundheits- und Digitalkompetenz grundsätzlich potenzialträchtig, dynamisch und unterliegen permanenten Änderungen – abhängig von ihrem Grad der Verwirklichung beim Individuum.

⁴ Nicht zuletzt die zur Zeit der Erstellung dieses Manuskripts anhaltende Corona-Krise hat deutlich gezeigt, wie wichtig sowohl der Zugang zu digitalen Plattformen als auch ein solides Maß an Gesundheitskompetenz für die Suche nach Informationen, das Verständnis dieser und die Befolgung daraus abzuleitender Handlungsempfehlungen und Verhaltensmaßnahmen ist.

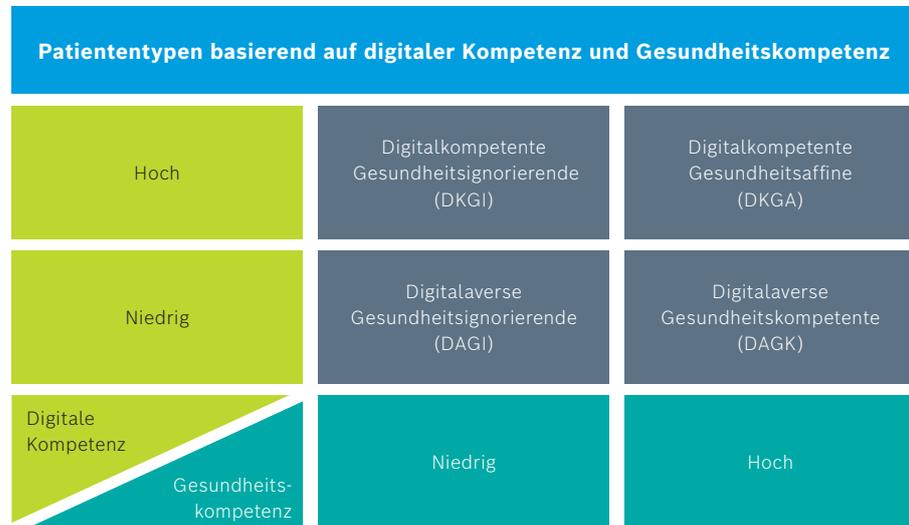


Abbildung 2

Werden die vier oben beschriebenen Typen in einen Krankheitskontext gestellt, lassen sich daraus unmittelbar die spezifischen Bedarfslagen der Gruppen in Bezug auf kompetenzverbessernde Ansätze ableiten. Eine Person mit geringer digitaler Kompetenz, geringer Gesundheitskompetenz und labiler Gesundheit wird vom Gesundheitssystem an die Hand genommen und geleitet werden müssen. Diese könnten auch als traditionelle Patienten bezeichnet werden, da sie in der tradierten Patientenrolle verbleiben, viel professionelle Unterstützung benötigen und durch das System geleitet werden müssen. Auch wenn keine Krankheiten vorliegen, muss das Gesundheitskompetenztraining insbesondere darauf ausgerichtet sein, Individuen mit geringer digitaler und geringer Gesundheitskompetenz zu schulen und gesund zu erhalten. In ähnlicher Weise sind komplette digitale Gesundheitslösungen für Patienten mit einem hohen Grad an digitaler Kompetenz und Gesundheitskompetenz umsetzbar. Für Patienten mit digitalen Kenntnissen, die jedoch gesundheitliche „Ignorierende“ sind, sind digitale Lösungen unzureichend und müssen durch Schulungen zur Gesundheitskompetenz ergänzt werden. Ebenso ist für einen Patienten, der zwar über Gesundheitskompetenz, nicht aber über digitale Kompetenzen verfügt, ein digitales Kompetenztraining die angemessene Maßnahme.

Lebensstil und Verhalten

Die Klassifizierung von Personen nach Gesundheitsverhalten und Faktoren des Lebensstils, wie etwa Rauchen, Alkoholkonsum oder körperlicher Aktivität, ist nicht nur oberflächlich, sondern erfasst auch nicht die zugrunde liegenden psychologischen Einstellungen der betreffenden Personen. Die Experten sprachen sich aus für eine psychographische und einstellungsspezifische Differenzierung der Individuen. Die Grundlage bilden gemeinsame Vorlieben, Überzeugungen und Emotionen, die sie dazu motivieren, bestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensentscheidungen zu treffen.⁵ Versteht man unter Hedonismus in seiner modernen Form das individuelle und in Teilen egoistische Bestreben, Krankheit und Schmerzen kurzfristig zu vermeiden und gleichzeitig das eigene Leben mit möglichst viel Lebensfreude und Spaß auszuleben, so ergeben sich im Zusammenhang mit individueller Risikofreude jeweils vier verschiedene Patiententypen, die von „niedrig“ bis „hoch“ eingestuft werden. Die Verknüpfung dieser beiden Skalen führt zu den folgenden Typen von Individuen/Patienten, deren Verhaltenspräferenzen leicht identifiziert werden können.



Abbildung 3

⁵ Die Wahl für oder gegen ein gesundheitsschädliches oder -förderliches Verhalten unterstellt theoretisch die Rationalität von Entscheidungen und eine gewisse Wahlfreiheit. Auch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen können aus Sicht des Individuums rational „richtig“ sein, auch wenn sie objektiv Gesundheit gefährden. Zugleich sind sich die Autoren bewusst, dass es eine Reihe u. a. sozialer, psychologischer und ökonomischer Zwänge gibt, die die individuelle Wahlfreiheit einschränken oder Entscheidungen in größerem Umfang vorgeben (s. z. B. Duffy, McLaughlin & Green 2018; Clark & Lohéac 2007). Diese Einschränkung von Wahlfreiheit betrifft – bewusst oder unbewusst – nicht nur indirekt gesundheitsrelevante Entscheidungen wie Berufswahl oder Wohngegend, sondern auch unmittelbar relevante wie z. B. die Wahl von Lebensmitteln, das Maß körperlicher Betätigung oder den Konsum gesundheitsschädlicher Substanzen (s. z. B. Gruber & Köszegi 2001). Vor dem Hintergrund soll Verhaltensentscheidung hier ausschließlich als tatsächlich freie Wahl verstanden werden.

Personen mit hoher Risikobereitschaft und einer stark hedonistischen Einstellung (DL) zeigen genussorientierte und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie zum Beispiel die Missachtung von Vorsichts- und Präventionsmaßnahmen, die Ausübung von Risikosportarten etc. sowie einen verstärkten Konsum von Genussmitteln wie Tabak, Alkohol und Drogen. Der Gegenpol zu diesem Typus sind Personen mit geringer Risikoneigung und wenig ausgeprägtem Hedonismus (PL) – solche, die sichere und risikofreie Entscheidungen treffen und sich in Gesundheitsfragen pragmatisch oder gar gesundheitsbewusst verhalten. Idealtypisch sind sie präventionsorientiert und zeigen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Diese Personen sind vermutlich quer durch die Bevölkerung zu finden, können aber insbesondere mit der gesundheitsbewussten Mittelschicht assoziiert werden. Der „Genussorientierte Lebensstil“ beschreibt Individuen, die einen höheren Grad an Hedonismus aufweisen, dies aber mit einem risikoarmen Lebensstil kombinieren – einige bewusst, ein Großteil vermutlich eher ohne darüber nachzudenken. Der „vulnerable Lebensstil“ (VL) schließlich vereint eine hohe Risikobereitschaft und wenig ausgeprägte hedonistische Verhaltensweisen, die langfristig gesundheitlich schädlich sind. Er umfasst jedoch auch „Workaholics“ und Personen, die (auch) aufgrund ihrer Lebensumstände (eher) risikoreiche Berufe wählen, ohne notwendigerweise in der Lage zu sein, kompensatorische Maßnahmen zu ergreifen. Beide Typen sind sehr krankheitsanfällig, denn sie verfügen über eine eingeschränkte Fähigkeit oder Möglichkeit zur Selbstkontrolle und sind anfällig für riskante Verhaltensentscheidungen. Hohe Risikoorientierung wird tendenziell zu einem höheren Bedarf an Rehabilitation und psychologischer Unterstützung führen.

Für Personen mit einem „vulnerablen Lebensstil“ sind ein besseres Gesundheitsbewusstsein, eine verbesserte Gesundheitskompetenz, in Teilen unterstützende Verhältnisprävention und womöglich eine sorgfältige Handlungslenkung und -anleitung notwendig, um risikoreiche Gesundheitspraktiken zu vermindern.

Soziale Kohäsion und Netzwerke

Unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Megatrends wurde die prognostizierte Gesellschaft auch im Hinblick auf soziale Kohäsion, soziale Netzwerke und Unterstützungsleistungen analysiert. Zunehmend heterogene Familienkonstellationen spielten dabei eine vorherrschende Rolle. Es ist auszugehen von einer großen Bandbreite unterschiedlicher Haushaltsstrukturen von Alleinerziehenden, meist alleinerziehenden Müttern, über Patchwork-Familien zusammen mit Kindern aus früheren Partnerschaften bis hin zu Regenbogenfamilien mit gleichgeschlechtlichen Partnern, Großfamilien und vielen alleinlebenden älteren Menschen. Einwanderung wird voraussichtlich die Vielfalt medizinischer Bedürfnisse sowie kultureller Einstellungen und Haltungen im Hinblick auf Gesundheit ebenso wie das Spektrum an individuell unterschiedlichem Gesundheitsverhalten vergrößern. Menschen bringen aus diesen individuellen Lebenslagen als Patienten eine Vielfalt unterschiedlicher sozialer Netzwerke mit sich; einige mit schwachen sozialen Bindungen und andere mit engen sozialen Beziehungen.

Die skizzierten Entwicklungen lassen folgende Annahmen zu:

- a) Es wird weniger einen „Standardpatienten“ geben, sondern vielmehr eine Zunahme an Heterogenität an Patienten mit verschiedenen Bedarfen und Bedürfnissen.
- b) Patienten werden zukünftig sehr unterschiedlich auf familiäre oder vergleichbare Unterstützung, zum Beispiel im Hinblick auf kurz- und langfristige Pflege, zurückgreifen können. Durchschnittlich jedoch vermutlich deutlich weniger, als dies heute der Fall ist.
- c) Der Anstieg der Zahl Alleinstehender und Geflüchteter wird signifikante Folgen hinsichtlich psychischer Belastung und entsprechender Erkrankungen haben.

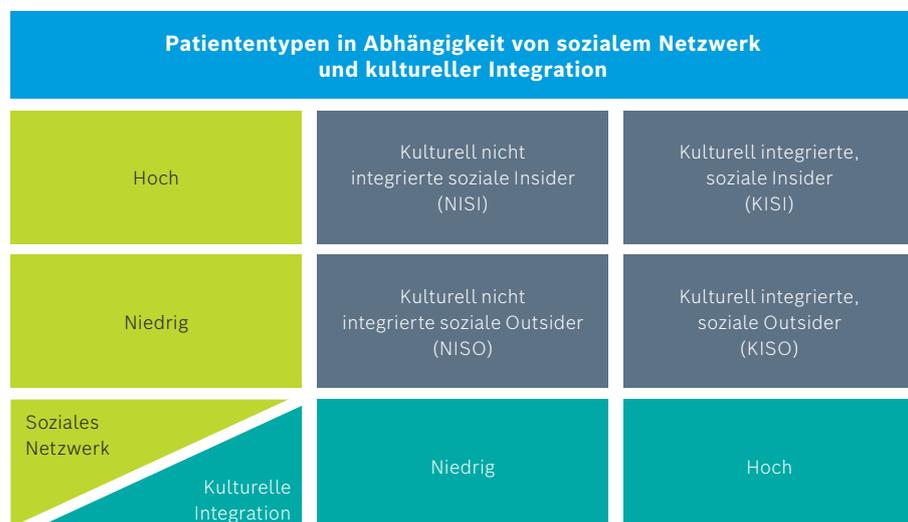


Abbildung 4

Durch die Verknüpfung der Faktoren kulturelle Integration und soziale Netzwerke können wir vier Patiententypen unterscheiden. „Kulturell integrierte, soziale Insider (KISI)“ sind Individuen, die Teil der Gesellschaft und kulturell integriert sind sowie starke soziale Bindungen haben. Sie sind beispielsweise Mitglieder von Familien mit Kindern, Mehrgenerationenfamilien, Immigranten der zweiten und dritten Generation und Personen mit einem erweiterten Freundeskreis. Aufgrund einer guten Integration ist diese Gruppe im Krankheitsfall recht gut geschützt. Sie kann sich leicht und relativ eigenständig im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Als „Kulturell integrierte, soziale Outsider (KISO)“ gelten diejenigen, die kulturell gut integriert, aber sozial isoliert sind, zum Beispiel Deutsche, die unter Einsamkeit leiden oder keinerlei Familie und Freunde haben. Hier findet sich auch die zunehmend größere Gruppe derjenigen wieder, die in ihrer Fähigkeit, soziale Kontakte zu pflegen, zum Beispiel durch Mobilitätseinschränkungen oder weite Entfernungen zu ihrer Familie, beeinträchtigt sind und sich deshalb einsam fühlen. Zu den „Kulturell nicht integrierten, sozialen Insidern (NISI)“ gehören Personen mit starken sozialen Bindungen, die aber kulturell nicht gut integriert sind, wie zum Beispiel Neuzuwanderer oder Flüchtlinge. Für diesen Typus ist eine kultursensible und genderspezifische Gesundheitsversorgung mit entsprechender sprachlicher Unterstützung erforderlich. Personen mit schwachen sozialen Bindungen und geringer kultureller Integration, d. h. „Kulturell nicht integrierte, soziale Outsider (NISO)“, sind meist alleinstehende Migranten oder Flüchtlinge, die ihre Familien in Kriegen oder bewaffneten Konflikten verloren haben und (noch) über wenige verbindliche Freundschaften verfügen. Für diese Menschen sind soziale Unterstützung und Maßnahmen zur kulturellen Integration noch wichtiger als die reine medizinische Versorgung. Sie gehören zudem zu einer Gruppe, die aus verschiedenen Gründen in der Regel erst recht spät die Leistungen des Gesundheitssystems aufsucht, was eine Behandlung häufig komplizierter, langwieriger und teurer machen kann als nötig. Auch aus diesen Gründen ist sie im Krankheitsfall insgesamt die verletzlichste Gruppe.

Solidarische Haltung und individualistische Tendenzen

Gesellschaftlicher Wertewandel hat Einfluss auf verschiedene Entwicklungen innerhalb des Gesundheitssystems. Im Hinblick auf eine solidarische Finanzierung wurden zwei Entwicklungen konstatiert: Wie neuere Studien zeigen, deutet viel darauf hin, dass ein Großteil der nachwachsenden Generation trotz stärkerer Individualisierung bereit ist, (weiterhin) ihren Beitrag zur Sozialversicherung und zum Sozialstaat zu leisten (s. zum Beispiel Albert, Hurrelmann & Quenzel 2019). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden zusätzlichen Behandlungsbedarfe zu begrüßen, wurde doch die weitgehend solidarische Finanzierung von den Experten als beste Alternative erachtet. Im Gegensatz zu vielen anderen Optionen gewährleistet sie unabhängig vom eigenen Einkommen den Zugang aller zu medizinischen Leistungen und kann so zu größerer gesundheitlicher Gleichheit beitragen. Gleichzeitig bergen individualistische Tendenzen, also die Fokussierung auf die eigenen Ziele und Rechte, das Risiko, dass eine wachsende Gruppe von Nutzerinnen und Nutzern das Solidaritätsprinzip und den sozialstaatlichen Ansatz im Gesundheitswesen zunehmend in Frage stellen könnte. Die Befürchtung war es, dass dies ein ausgeprägteres privates Gesundheitssystem entstehen lässt, in dem die Versorgung weniger vom Bedarf als von der zahlungskräftigen Nachfrage gesteuert wird. Eine universelle, inklusive Versorgung, die den Großteil der Bedarfe abdeckt und dabei bezahlbar bleibt, bietet die größten Chancen, einer Abwanderung in Parallelsysteme zu begegnen. Unterschieden werden können also die beiden Extrema eines „prosolidarischen“ und eines „individualistischen“ Typs.

Patientenaktivierung, Selbstbestimmung und Vertrauen

Bei der Entwicklung eines wirklich patientenzentrierten Gesundheitssystems ist die Aktivierung der Patienten, d. h. die Förderung der Eigenverantwortlichkeit und der Gesundheitskompetenz, um sich eigenständig aktiv mit Gesundheitsthemen und Leistungsanbietern zu befassen, von zentraler Bedeutung. Dazu gehört auch das Recht auf Selbstbestimmung im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge und die entsprechenden Entscheidungsprozesse. Gleichzeitig könnte ein stark kommerzieller Charakter der Gesundheitsversorgung – oder ein als solcher wahrgenommener Charakter der Versorgung – die Haltung der Patienten gegenüber Leistungserbringern beeinflussen, Misstrauen hervorrufen, dass auch die Gesundheitsberufe die Gesunderhaltung von Patienten als oberstes Ziel haben, und die Bereitschaft aktiv daran mitzuwirken vermindern. Unbesehen der Krankheitsmerkmale kann dies eine wichtige Dimension des Patientenengagements darstellen (Stavropoulou 2011). In diesem Zusammenhang diskutierten die Experten Patiententypen auf Basis ihrer Einstellung zum Gesundheitssystem, dem inhärenten Aktivierungsgrad der Patienten, sowie ihrer Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung. Konkret können Patienten dem Gesundheitspersonal entweder Vertrauen entgegenbringen oder nicht. Es ist erwiesen, dass ein vertrauensvoller Patient die ärztlichen Ratschläge und Behandlungsschemata eher befolgt und die Entscheidungen des Arztes und sein medizinisches Urteil in allen mit der Krankheit zusammenhängenden Angelegenheiten eher akzeptiert (Stavropoulou 2011). Am anderen Ende des Spektrums kann mangelnde Therapieadhärenz durch wenig Vertrauen in der Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsberufen zu mehr Missmanagement, klinischen Fehlern und einem geringeren Engagement der Patienten führen (Doherty & Stavropoulou 2012). Analog dazu weisen Patienten, die in Bezug auf die eigene Gesundheitsversorgung selbst aktiv, interessiert und an Entscheidungen beteiligt sind, selbst auf Gesundheitsbedarfe hin und artikulieren ihre Gesundheitsbedürfnisse. Das Vertrauen in Gesundheitspersonal besteht aus mehreren Dimensionen, von denen das Vertrauen in die Kompetenz als auch das Vertrauen in die Person selbst die wichtigsten darstellen. Eigenständigkeit drückt sich u. a. in der Bereitschaft aus, Gesundheitsproblemen auf den Grund zu gehen, aktiv Verständnisfragen zu stellen und eine aktive Rolle in der Therapie zu spielen. Vertrauen in einen Leistungsanbieter und die Bereitschaft mitzuwirken, korrelieren häufig miteinander (s. Kraetschmer et al. 2004). Dies kann in ihren Extrema der Fall sein (wie zum Beispiel große Eigenständigkeit durch mangelndes Vertrauen oder großes Vertrauen bei Passivität), sie können einander aber insbesondere auf mittlerem Niveau auch verstärken, wenn Vertrauen zu größerer Offenheit, aktivem Nachfragen und Aktivierung der Patientenrolle führt. Die Verknüpfung des Grades an Vertrauen seitens der Patienten mit dem Grad der Selbstbestimmung, führt zu den vier in Abbildung 5 dargestellten Typen von Patienten.

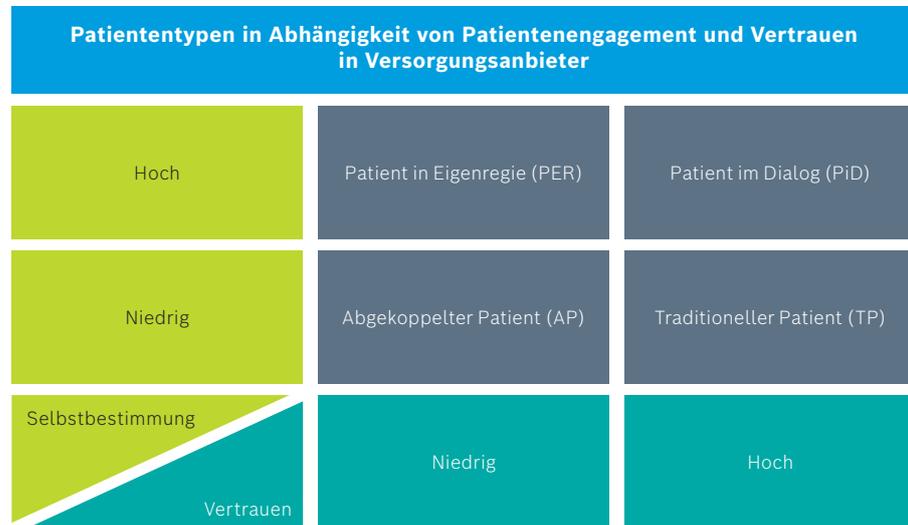


Abbildung 5

„Patienten in Eigenregie“ (PER) sind Personen, die über ein hohes Maß an Selbstbestimmung in Bezug auf ihren Versorgungsbedarf und ihrer Therapiemöglichkeiten sowie ein hohes Aktivierungsniveau verfügen, gleichzeitig aber auch ein geringes Maß an Vertrauen gegenüber Anbietern von Versorgungleistungen, Ärzten und Krankenhäusern haben. Vornehmlich aus dieser Motivation kümmern sie sich um die eigene Gesundheit. Solche Patienten verlangen bei Diagnosen und Behandlungen aufgrund ihres mangelnden Vertrauens häufig eine zweite und dritte Meinung, was zu erhöhten und unnötigen Ausgaben führt. Dieser Typus setzt auf den exzessiven Einsatz von Diagnostik sowie auf nicht notwendige Therapien oder wendet sich anderen Informationsquellen und „alternativen Behandlungsweisen“ zu. Der „Patient im Dialog“ (PiD) ist insofern ein idealer Patient, als dass er sowohl über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügt als auch großes Vertrauen in das System hat – ein Patient, der Experte in Bezug auf die eigene Gesundheit ist. Die gemeinsame Entscheidungsfindung und die Einhaltung von Behandlungsrichtlinien sind für solche Patienten eine Selbstverständlichkeit. Die „traditionellen Patienten“ (TP) sind diejenigen mit einem hohen Maß an Vertrauen in die Anbieter, aber niedrigem Aktivierungslevel und einem geringen Maß an Selbstbestimmung. Ungeachtet ihrer intellektuellen oder finanziellen Ressourcen müssen sie während des gesamten Verlaufs der Behandlung an die Hand genommen werden und verlassen sich in hohem Maße auf das Fachwissen der Fachkräfte. Der „abgekoppelte“ Patient (AP) ist ein Patient mit einem geringen Maß an Selbstbestimmung oder Aktivierung sowie geringem Vertrauen in die Leistungsanbieter. Dabei handelt es sich um eher autonome Patienten, die bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen unabhängig handeln.

4.

Expertenempfehlungen

Für die Experten war die wichtigste Schlussfolgerung, dass eindimensionale Patienteneinordnungen angesichts der wachsenden Vielfalt an Lebensumständen, Kompetenzen, Einstellungen sowie gesundheitlichen Problemen und damit einhergehenden interindividuell sehr unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen zukünftig nicht mehr tragfähig sein werden. Sie unterstreichen die Notwendigkeit, einen bio-psycho-sozialen Ansatz in der Gesundheitsversorgung zu verfolgen und diese drei Dimensionen zwingend in der Behandlung und Betreuung von Patienten zu berücksichtigen. Dazu wird je nach Gesundheitsproblem der Einbezug mehrerer fachlicher Perspektiven und Expertisen erforderlich, was multiprofessionelle Zusammenarbeit als Anforderung an die künftige Versorgung nach sich zieht. Die sowohl gesundheitsbezogenen als auch digitalen Kompetenzen der Patienten sollten jeweils als Ausgangspunkt für eine zielgerichtete Weiterentwicklung dienen, damit Patienten eine selbstbestimmte Rolle leben und bei Entscheidungen in ihrer Gesundheitsversorgung mitwirken können. Ergänzend wurden folgende Vorschläge formuliert:

- Identifizierung von Bedarfen vor dem Hintergrund des sozialen Umfelds und Analyse des Patienten im sozialen Raum als Teil der Anamnese
- Eine lebenslauforientierte Gesundheitsversorgung mit multiprofessionellem und kultursensiblen Ansatz
- Prävention sozioökonomischer Vulnerabilität durch Umsetzung des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“
- Stärken von „Betreuungsgemeinschaften“ und sozialen Unterstützungsnetzwerken und Einrichtungen für Personen mit schwachen sozialen Bindungen und fehlender Unterstützung im privaten Umfeld
- Stärkere Integration von e-Health und m-Health bei der Bereitstellung von Leistungen
- Erhöhen der Akzeptanz von digitalen Gesundheitsdiensten, zum Beispiel durch „Digital-Coaching“
- Weitere Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Stärkung des allgemeinen Verständnisses von psychischen Störungen
- Sensibilisieren und Aufklären der Fachkräfte im Gesundheitswesen, die nicht auf die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen spezialisiert sind
- Erhöhen von Geschlechts- und Kultursensibilität in Pflege und Unterstützung
- Konzentrieren auf die Pathologien der „jungen Alten“, wie zum Beispiel funktionelle Einschränkungen (Hören, Sehen) und auf neue Formen von Erkrankungen, die durch die übermäßige Nutzung von Technologien (Smartphones, Computer) begünstigt werden können
- Stärken eines selbsthilfefreundlichen Systems durch strukturierte Patientenorganisationen, die informelle Unterstützung anbieten
- Leichte Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und der Leistungsanbieter auch in entlegenen Gebieten durch Steigerung der Möglichkeiten digitaler Gesundheitsversorgung
- Abbau übermäßiger Bürokratie

Expertinnen und Experten am 3. Think Lab

Birgit Dembski, BAG Selbsthilfe

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Hertie School Berlin

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Robert Jütte, Institut der Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

Dr. Ali Ekber Kaya, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden

Hans-Joachim Karopka, rheingold Institut

Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Kickbusch Health Consult

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Aktionsbündnis Patientensicherheit

Dr. Nadine Reibling, Universität Siegen

Thomas Reumann, Landrat Reutlingen

Dr. Britta Rutert, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld

Dr. Isabelle Scholl, UKE Hamburg

Ali Ertan Toprak, Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände

Prof. Dr. Stefan Willich, Charité

Weiterführende Literatur

- Albert, M., Hurrelmann, K., and Quenzel, G. (2020). 18. Shell Jugendstudie: Digital, solidarisch und bereit für mehr Mitsprache. <https://jugendinfoservice.dresden.de/de/news/2019/11/shell-jugendstudie-digital-solidarisch-und-bereit-fuer-mehr-mitsprache.php>. Zugegriffen am 20.07.2020.
- Clark, A. E. and Lohéac, Y. (2007). "It wasn't me, it was them!" Social influence in risky behavior by adolescents. *Journal of Health Economics*, 26(4): 763–784.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020). Internetnutzung von Personen nach Altersgruppen in %. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/_Grafik/_Interaktiv/it-nutzung-alter.html. Zugegriffen am 30.09.2020.
- Doherty, C. and Stavropoulou, C. (2012). Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 75(2): 257–263.
- Duffy, K. A., McLaughlin, K. A., and Green, P. A. (2018). Early life adversity and health-risk behaviors: proposed psychological and neural mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1):151-169.
- OECD (2020), Internet access (indicator). doi: 10.1787/69c2b997-en (Accessed on 14 May 2020).
- Gruber, J. and Köszegi, B. (2001). Is Addiction "Rational"? Theory and Evidence. *The Quarterly Journal of Economics*, 116(4): 1261 – 1303.
- Kraetschmer, N., Sharpe, N., Urowitz, S., & Deber, R. B. (2004). How does trust affect patient preferences for participation in decision-making?. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 7(4), 317 – 326.
- Mueller, T., and Shaikh, M. 2018. Your retirement and my health behavior: Evidence on retirement externalities from a fuzzy regression discontinuity design. *Journal of Health Economics*, 57: 45 – 59.

Schaeffer, D., Berens, E., and Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population Results of a Representative Survey. *Deutsches Ärzteblatt International*. 114: 53 – 60.

Spitzer, S. & Shaikh, M. (2020). Health misperception and healthcare utilisation among older Europeans. VID Working Paper 01/2020.

Sørensen et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 25(6): 1053 – 1058.

Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*. 83(1): 7 – 13.

SVR (2012). Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 17/10323. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

WHO. 2000. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.

Impressum

Das Diskussionspaper Think Lab 3 „Patienten-Typologien“ erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben und gefördert von der

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

Kontakt in der Stiftung

Irina Cichon
Telefon +49 71146084-139
irina.cichon@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion

Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung GmbH
Dr. Alexander Haarmann, Hertie School gGmbH
Prof. Dr. Mujaheed Shaikh, Hertie School gGmbH

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Zitierhinweis

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



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