

# Einführung

Es gibt wohl kaum jemanden, der optimierte Prozessabläufe, bessere Planungen oder Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen nicht als unverzichtbar ansieht. Zu wünschen ist es, dass dabei Patienteninteressen, Patientenbedürfnisse oder -nöte am Anfang aller Überlegungen stehen, wenn neue Ideen, bessere Konzepte oder neue Produkte erarbeitet werden.

Als im Jahr 2001 der Verein für integrative Patientenversorgung (ViP) – seit 2007 Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG e. V.) – das sogenannte „Brannenburger Modell“ entwickelte, baute er ein Versorgungsunternehmen um den Patienten herum auf, das heute als das theoretische Modell für den Aufbau von medizinischen Versorgungszentren in Deutschland gilt. Auch für Netze und Gesundheitsverbände hat sich dieses Modell als virtuelle Aufbaustruktur hervorragend bewährt und wurde beispielsweise im Patient-Partner Verbund verwirklicht. Dieses „Brannenburger Modell“, benannt nach dem ersten Treffpunkt einer professionsübergreifenden Arbeitsgruppe in Brannenburg in Oberbayern, geht vom Patienten mit seinen Interessen und Bedürfnissen aus. In diesem Modell wird vom Systemzugang des Patienten ausgegangen und die Leistungserbringer nach dessen Bedarf hinzugefügt. So entstand eine Versorgungsstruktur, deren Abläufe durch betriebswirtschaftliches und medizinisches Management gesteuert werden.

Doch bald zeigte sich, dass jeder Patient individuelle organisierte Zugangsmöglichkeiten braucht, um mit diesem System in Verbindung zu treten. Auch wie er sich darin zurechtfinden soll, bedarf einer neuen und innovativen Struktur. Einmal in diesem neuen Versorgungssystem angekommen, heißt ja noch lange nicht, dass sich dieses transparent und verständlich für den Patienten darstellt. Wie werden die Kontakte im neuen System so hergestellt, dass sich die Patienten auch angenommen fühlen? Wie wird auf individuelle Bedürfnisse eingegangen? Wie wird Sicherheit und Vertrauen vermittelt?

Zuerst wurden die Zugangsmöglichkeiten zum „Brannenburger Modell“ analysiert, die sich dem Patienten bieten könnten. Hier erwiesen sich Informationsplattformen im Internet oder in anderen Medien als geeignet. Außerdem müssen Hausärzte als erste Ansprechpartner implementiert werden, die den Patienten medizinisch organisieren und ihn entweder selbst behandeln oder ihn durch Diagnostik und Therapie führen. Ergänzend sah die Arbeitsgruppe ein Callcenter als geeignete Informations- und Organisationsbasis an, wenn via Telefon und/oder weiterer elektronischer Medien vom Patienten Kontakt gesucht wird.



***Aber wie wird wirklich Kontakt für Informationen und Begegnung im neuen System hergestellt, sodass sich die Patienten auch als Menschen angenommen fühlen?***

***Wie wird auf individuelle Bedürfnisse eingegangen?***

***Wie wird Sicherheit und Vertrauen vermittelt?***

***Wie kann sich ein komplexes Gesundheitswesen für einen Rat suchenden Menschen so darstellen, dass es transparent wird?***

Die Arbeitsgruppe fand eine Lösung, die 2001 auf dem deutschen Gesundheitsmarkt kaum anzutreffen war und bis heute nur in wenigen Modellen patientenorientiert umgesetzt wird. Ein neues Berufsbild kristallisierte sich heraus, das die Experten als einzige individuell einsetzbare Möglichkeit erkannten, dem Patienten Hilfe und Unterstützung an die Hand zu geben. Es soll ein Berufsbild an das versorgende System gekoppelt werden, welches das Coaching des Menschen in diesem System übernimmt. Diese Unterstützung kann viele Facetten beinhalten, die auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten abgestimmt sein müssen. Nur so gelangt der Patient an Kenntnisse und an Möglichkeiten des eigenen Handelns und an Entscheidungssicherheit, wenn Transparenz, Information und Hilfen für ihn vor- und aufbereitet präsentiert werden.

Aus diesem Grund nimmt der Patientencoach eine zentrale Stellung im „Brannenburger Modell“ ein und dient hier als Offerte für den Zugang und als Wegbegleiter für Patienten in einem neuen Versorgungssystem.

Dieses neue Berufsbild ist eine wesentliche Ergänzung der sozialen und im Gesundheitswesen tätigen Berufe. Gerade in Deutschland, wo Veränderungen das System immer komplizierter werden lassen, wo Eigenbeteiligung, Selbstverantwortung, Wahlfreiheit und eigenes Handeln der Patienten immer wieder proklamiert werden, müssen Hilfen und Unterstützung für Patienten eingefordert werden. Die Wahl der richtigen Versorgung und der Versicherung wird immer schwieriger. Die Informationen sind oftmals einseitig geprägt und ermöglichen kaum mehr eine objektive Auswahl. Der Wettbewerb der Kostenträger bedient sich immer mehr des Marketings, wie aktuell der Wahltarife. Die medizinischen Angebote entwickeln sich zu Geschäften und die finanziellen Angebote und Ressourcen überdecken den Bedarf und die Notwendigkeiten. Aus einem umworbenen neuen Versicherungsmitglied und Beitragszahler wird schnell ein Kostenfaktor und ungeliebter Leistungsnehmer. Ein entgleisendes System, in dem Übersicht und Transparenz kaum mehr zu realisieren sind, wird den Patienten vor mehr, für ihn jedoch unlösbare Wahlfreiheit stellen. Hier müssen Medizin und Organisation in ihrer Information für den Patienten ansetzen.

Der Coach kann nicht Ärzte und herkömmliches medizinisches Fachpersonal ersetzen, aber er kann aufzeigen, welche Angebote für den jeweiligen individuellen Bedarf geeignet sind. Er wird die Angebote sortieren und die Zugangswege aufzeigen. Wo kann sich der Patient informieren, welche Informationen gibt es und sind diese objektiv, welche Information ist für wen geeignet? Diese Fragen brauchen Klärung.

Darum beschäftigt sich dieses Buch mit Berufsbildern, die das Coachen von Patienten übernehmen könnten. Es zeigt auf, welche Modelle heute bereits angeboten werden, wie der Patientencoach definiert ist und welche Ausbildung er benötigt, um kompetent zu sein.

Die Autoren und Co-Autoren dieses Buches, die bereits in der Entwicklung des „Brannenburger Modells“ zusammengearbeitet haben, wollen dem Leser das Coaching des Patienten, aber auch das Coachen von Gesunden und das Case Management nahebringen. Sie kommen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und beschäftigen sich mit Entwicklung und Umsetzung von neuen Versorgungsformen.

So ist dieses Buch für alle geschrieben, die sich mit der Planung und dem Aufbau von Gesundheitsunternehmen beschäftigen und Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren oder Ärzte-Netze leiten. Interessant ist es ebenso für Akademien, die soziale Berufe ausbilden, wie auch für Industrien, Gemeinden und Parteien, die mit aufgeklärten und organisierten Patienten umgehen wollen. Jeder, der mit dem Patienten oder in dessen

Umfeld tätig ist, trägt die soziale Verantwortung, dass sich ein Patient richtig informieren und frei entscheiden kann. Ein dirigistisches, beschnittenes Angebot je nach Staatsräson wäre fatal und in demokratischen Systemen nicht denkbar.

Auch in der Prävention sind Entscheider gefragt, die den Menschen in diesem Gesundheitswesen nicht alleine lassen wollen. Coaching bringt eine entscheidende Chance, dieses Gesundheitswesen positiv zu beeinflussen. Das Angebot ist bereits heute so dicht, dass ein Vergleichen und Abwägen für jeden Einzelnen unüberschaubar ist. Hier sind Experten gefragt, die objektiv dem Ratsuchenden zur Seite stehen. Das Gesundheitscoaching ist die Basis, einen ausufernden Gesundheitsmarkt so zu beschränken, dass er für den Nutzer wieder transparent wird. Volkskrankheiten können verringert und Kosten als positiver Effekt für eine steigende Volksgesundheit gesenkt werden. Vorsorge beginnt in der Eigenverantwortung und in der Initiative, Aktivität zu entfalten. Wenn Patienten mehr Selbstverantwortung übernehmen und vor der Selbstverständlichkeit der Anspruchsnahme von Leistungen die Selbstreflexion anwenden sollen, benötigen sie in vielen Fällen Hilfe. Soziales prospektives Verhalten vor Inanspruchnahme sozialer Hilfestellungen ist ein Lernprozess. Hier Anleitung, Unterstützung und sachliche Information zu erhalten, ist Zweck des Gesundheitscoachings.

Das Case Management, eine Variante des Patientencoachings, orientiert sich am Fall in einem Prozessmanagement und ist durch das detaillierte Management auch für dieses Buch erwähnenswert, zumal manchmal die Grenzen zum Patientencoach fließend sind. Das Case Management ist die Anleitung und Begleitung eines Menschen in seiner Krankheit. Es ist ausgezeichnet geeignet, den Patienten Zeit und Kosten sparend durch die Diagnostik und Therapie seiner Erkrankung zu führen. Es vermittelt dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit und Transparenz über die Abläufe der Behandlung. Findet ein Case-Mix statt, wird aus dem Case Management mit fließenden Übergängen das Patientencoaching, das weitreichender wirkt und umfassender agieren muss. Das Case Management ist eine Spezialdisziplin des Patientencoachings, ohne das dieses Buch nicht umfassend wäre, auch wenn dieses Thema sicher nur gestreift werden kann. Im Buch werden diesen Überlegungen folgend viele Inhalte, die allen drei Berufsfeldern eigen sind, unter dem Oberthema Patientencoaching bearbeitet. Nur an den Stellen, wo Abweichungen oder Vertiefungen zwingend namhaft gemacht werden müssen, erfolgt der weitere Ausbau in die Bereiche Case Management und Gesundheitscoaching.

Management, Qualität, Unabhängigkeit und Standards werden notwendig sein, wenn ein neues Berufsbild in ein bestehendes System eingebunden wird und die nötige Akzeptanz finden soll. Dieses Buch soll ein Beitrag sein, den Weg für einen patientenorientierten Support mit vorzubereiten.

Es ist jedoch auch ein Appell an jene, die dieses Gesundheitswesen gestalten, das Entstehen dieses sehr wichtigen Berufsbildes kritisch zu begleiten und die Qualität mit zu sichern. Vor allem soll es ein Aufruf sein, aktiv an der Akzeptanz, der Gestaltung und der breiten Einführung des Patientencoachings mitzuwirken.

*Dr. Elmar Schmid*

*Präsident Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e. V.  
(DGbG)*



# 1 Warum braucht das deutsche Gesundheitswesen Patientencoaching, Gesundheitscoaching und Case Management?

*Berufe kommen und gehen, wie sie gebraucht werden. In den Zeiten der Postkutsche beispielsweise bemühten sich Huf- und Wagenschmiede um die Gefährte. Heute im Zeitalter der Kraftwagen benötigt die Fertigung völlig andere Qualifikationen als damals. Dieser Grundsatz der Bedarfsabhängigkeit von Berufsbildern lässt sich auch auf das Gesundheitswesen übertragen und insofern auf das Thema dieses Buches. Im Fokus dieses Kapitels stehen die Funktionen Patientencoaching, Gesundheitscoaching und Case Management. Die sich daraus ableitenden Berufsbilder Patientencoach und Case Manager(in) sowie deren Ausbildung werden in späteren Kapiteln behandelt. Wir setzen voraus, dass die Funktionen des Coachings und des Case Managements nur von solchen Personen ausgeübt werden sollen, die für solche Aufgaben qualifiziert sind.*

*Das Coaching im Sinne dieses Buches zielt im Gesundheitswesen auf eine der wichtigsten und bisher unzureichend genutzten und geförderten Ressourcen: das individuelle gesundheitliche Verhalten der Bürger. Dabei wird sowohl deren medizinisch wie auch ökonomisch sinnvolles Verhalten als auch deren bessere Orientierung im schwer durchschaubaren Spektrum der Angebote angestrebt. Zwei zueinander in Beziehung stehende Aspekte sind dabei zu beachten: zum einen die Interessenslage des einzelnen Versicherten und Patienten, zum anderen die Erfordernis der Effizienz des überwiegend solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Coaching setzt beim Individuum an und hat dabei gleichzeitig Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Aus Systemsicht ist Patientencoaching von Interesse, wenn damit strukturelle Mängel überwunden werden.*

# 1 Warum braucht das deutsche Gesundheitswesen Patientencoaching?

Während beim Coaching mehr auf die Aktivierung der individuellen Kräfte der Selbsthilfe und des Selbstmanagements gesetzt wird, steht beim Case Management die Lotsenfunktion entlang konkreter und genau definierter Behandlungsprozesse im Vordergrund. Lotsenfunktion bedeutet in der Seefahrt die vorübergehende Übernahme der Kapitänsrolle auf einer bestimmten Strecke. Auf das Gesundheitswesen übertragen handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Führungsfunktion, die sich in der Regel an Behandlungsanlässen und -zielen sowie Behandlungsleitlinien orientiert und dabei Schnittstellen zwischen Sektoren und Organisationen schafft.

## 1.1 Die Ausgangslage

### 1.1.1 Steigender Versorgungsbedarf und Finanzierungsprobleme

In welchem Umfang werden nun diese Funktionen im Gesundheitswesen benötigt? Die Antwort ergibt sich aus einer Bestandsaufnahme des Gesundheitswesens 2007. Augenfällig ist dabei das Delta zwischen dem steigenden Versorgungsbedarf und den solidarisch und von der öffentlichen Hand aufgebrachten Mitteln. Dieses Dilemma der Knappheit ist ein bestimmendes Merkmal des Gesundheitswesens – nicht nur in Deutschland sondern auch in anderen Industriestaaten (s. Abb. 1).

Wir verfügen über moderne und leistungsfähige Angebote. Der medizinische Fortschritt und die überwiegend günstigen Lebensbedingungen haben erfreulicherweise zu steigenden Lebenserwartungen geführt. Parallel dazu nimmt die absolute Bevölkerungszahl mit einem immer geringer

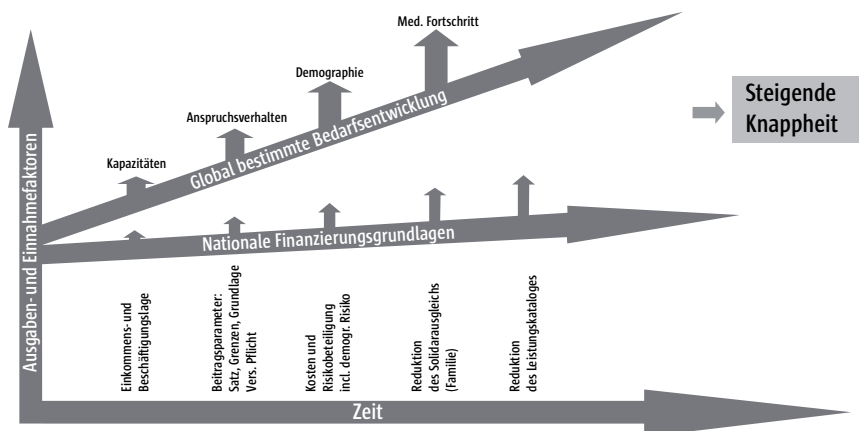


Abb. 1 Finanzierungsdilemma im Gesundheitswesen der Industriestaaten unserer Tage; mit freundlicher Genehmigung des IfG Institut für Gesundheitsökonomik



## 1.1 Die Ausgangslage

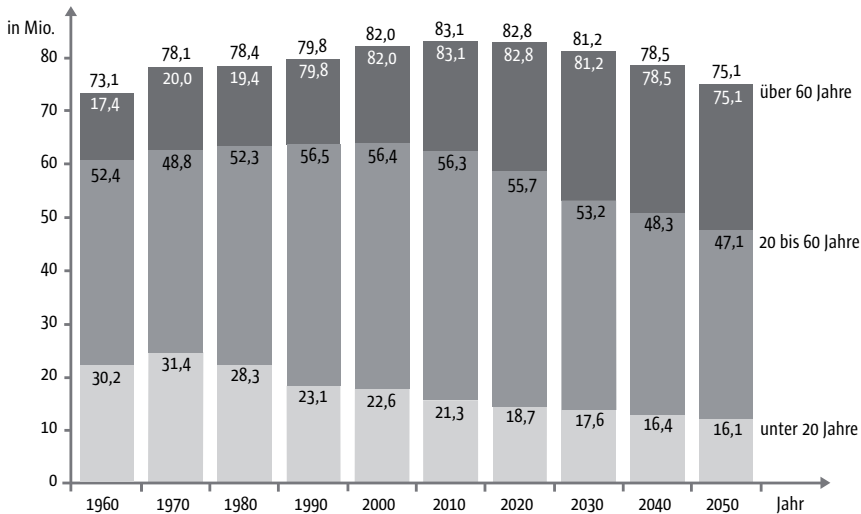


Abb. 2 Bevölkerungsstruktur und Altersstruktur: Bevölkerung in absoluten Zahlen und Altersgruppen in Prozent, Deutschland 1960 bis 2050; Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand: 11.2004

werdenden Anteil von Menschen im erwerbsfähigen Alter ab (s. Abb. 2). Den sich daraus ableitenden rückläufigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen steht ein steigender Leistungsbedarf je Versichertem gegenüber. Denn mit zunehmendem Alter nehmen statistisch gesehen die jährlichen Krankheitskosten überproportional zu (s. Abb. 3).

Der rasante technisch-medizinische Fortschritt hat zwei gegenteilige Aspekte. Einerseits werden die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erweitert und deren Qualität verbessert. Den Patienten wird dadurch häufig ein längeres Leben bei besserer Gesundheit ermöglicht. Andererseits werden medizinisch-technische Innovationen im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbranchen zumeist nicht substituierend, sondern komplementär eingesetzt. Somit fördert der medizinisch-technische Fortschritt nicht nur die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, sondern erhöht auch potenziell dessen Kosten.

### 1.1.2 Intransparenz

Eine der Schwächen des deutschen Systems ist dessen Intransparenz. Wenn Patienten an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen alleingelassen werden, wenn ihre Kenntnisse über unterschiedliche Versorgungsstrukturen und Vertragsformen sowie gegebenenfalls unterschiedliche Wahltarife unzureichend sind, wenn sie aufgrund des Sachleistungsprinzips nicht die Kosten ihres Arztbesuchs kennen und sie

## 1 Warum braucht das deutsche Gesundheitswesen Patientencoaching?

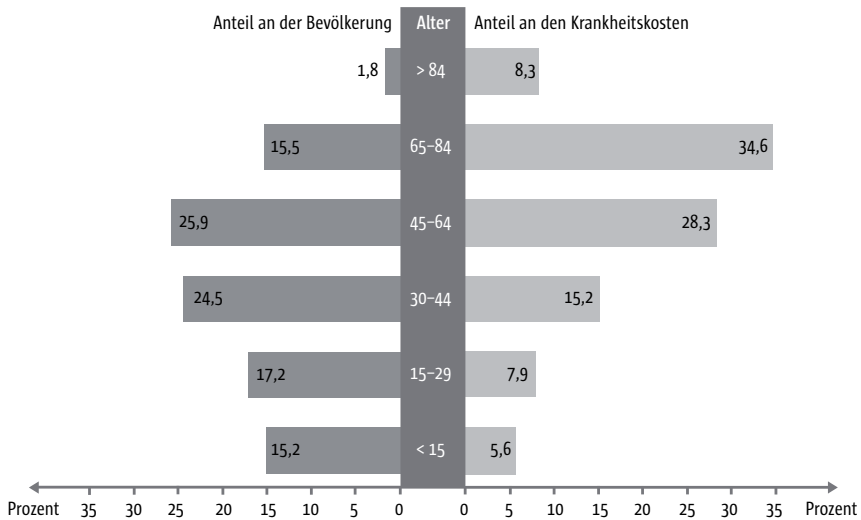


Abb. 3 Jährliche Krankheitskosten pro Person nach Alter: durchschnittlicher Kostenanteil in Prozent, Deutschland 2002; Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand: 11.2004

möglicherweise nicht professionell geführt oder sachgerecht informiert werden, liegen die Konsequenzen auf der Hand: Sie nehmen die Angebote unkoordiniert in Anspruch, was auch bei ungeeigneten oder schädlichen Maßnahmen zum eigenen Nachteil werden kann. Dabei kann es aus Patientensicht rational erscheinen, möglichst viele Leistungen für den Versicherungsbeitrag zu erhalten, auch wenn der persönliche Nutzen in keinem vernünftigen Verhältnis zu den verursachten Kosten steht.

### 1.1.3 Veränderungen der sozialen Strukturen

Zudem bleiben Änderungen der sozialen Strukturen nicht ohne Einfluss auf den Leistungsbedarf. Wegen der Zunahme des Anteils von Single-Haushalten an den Gesamthaushalten (von 26,2 % im Jahre 1972 auf 36,5 % im Jahre 2000) steigt die Notwendigkeit professioneller medizinischer und pflegerischer Leistungen. Diese müssen häufig früher in Anspruch genommen werden, als es in einem Familienverbund der Fall ist, weil nämlich dieser einen Teil der Leistungen übernehmen kann. Die Wahl der geeigneten Leistungen, deren Organisation und Koordination stellt somit eine zentrale Herausforderung für das Patientencoaching dar.