

David Klemperer

Patientenorientierung im Gesundheitssystem

Stichwort aus "Handwörterbuch Gesundheitspolitik",
erscheint im Frühjahr 2000 im NOMOS-Verlag

Patientenorientierung (P.) bezeichnet die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des individuellen Patienten.

P. äußert sich u.a. darin, dass der Patient im Gesundheitssystem mit seinen Interessen, Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert wird, ihm mit Empathie und Takt begegnet wird, er die Leistungen erhält, die nutzbringend und von ihm erwünscht sind und er über verbrieft Rechte und Pflichten verfügt.

Als Konzept geht P. davon aus, dass die Interessen der Akteure (Patienten, Ärzte, die anderen Gesundheitsberufe, Krankenkassen und andere Institutionen) im Gesundheitssystem nicht kongruent, sondern abhängig sind von ihrer Position im Gesundheitssystem und der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Die Beziehung zwischen den Erbringern und den Nutzern von gesundheitlichen Dienstleistungen ist grundsätzlich asymmetrisch. Dies ist begründet im Wissensvorsprung und der Definitionsmacht der Professionellen auf der einen Seite und der spezifischen Lebenssituation der Patienten auf der anderen Seite: Patienten sind krankheitsbedingt zumeist körperlich, seelisch und je nach Erkrankung auch geistig geschwächt, was ihnen zusätzlich die Wahrnehmung ihrer Interessen und das Austragen von Konflikten erschwert oder unmöglich macht. Hinzu kommt die im Gesundheitswesen vorherrschende biomedizinische Sichtweise der Professionellen, die durch ihre Fokussierung auf körperliche Aspekte von Krankheit wesentliche andere Aspekte im psychischen und sozialen Bereich außer acht lässt.

Auch wenn das Interesse der Professionellen vordergründig ausschließ-

lich in der Hilfeleistung für den Patienten bestehen mag, können - ausgesprochen oder unausgesprochen - konkurrierende Interessen vorliegen, u.a. materieller oder wissenschaftlicher Natur.

Der Wunsch von Patienten nach Aufklärung und Information sowie nach Beteiligung an Entscheidungsfindungen kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. So versteht sich in einem Extrem der Patient als Nutzer einer gesundheitlichen Dienstleistung, der eine eigenständig Entscheidungen unter Abwägung von potentielltem Nutzen und Schaden einer in Frage kommenden Maßnahme treffen will auf Grundlage umfassender Informationen, die er von den Erbringern der gesundheitlichen Dienstleistung in ergebnisoffener Kommunikation und aus anderen Quellen erhält. Dem steht auf der anderen Seite der Patient gegenüber, der vollständig auf den Professionellen vertrauen und ihm die Entscheidung unhinterfragt überlassen möchte. Der patientenorientierte Professionelle hat sich daher beim individuellen Patienten ein Bild dessen diesbezüglicher Wünsche zu verschaffen und danach zu verfahren. Bisher sichert der Prozess der Entscheidungsfindung in aller Regel die Interessen der Professionellen. Für die weitere Entwick-

klung der P. ist es daher von entscheidender Bedeutung, diesen Prozess neu zu gestalten im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ("shared decision-making"). Dafür ist ein Wandel des Verhältnisses zwischen den Professionellen und den Patienten erforderlich: Professionelle und Patienten sollten sich als Partner verstehen, die zusammen arbeiten, um gemeinsame Ziele zu erreichen; ihre Beziehung gründet sich auf den gegenseitigen Respekt für die Fähigkeiten und Kompetenzen des jeweils anderen, und auf die Erkenntnis der Vorteile, diese Ressourcen zu kombinieren um vorteilhafte Ergebnisse zu erzielen; erfolgreiche Partnerschaften sind nicht-hierarchisch und die Partner teilen die Entscheidungsfindung und die Verantwortung.

Eine patientenorientierte, die symmetrische Kommunikation von Professionellen und Patienten einschließende Definition von Qualität lautet: "Qualität der Behandlung ist das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes" (National Institute of Health, USA).

Misst man die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen an dieser Definition, wird deutlich, dass auch aus dieser Perspektive die P. - allen anderslautenden Beteuerungen der Professionellen zum Trotz - im Hinblick auf die Patientenwünsche ein fernes Ideal ist und in puncto "Über-

einstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes" unreflektierten Paternalismus widerspiegelt. In Wirklichkeit ist die medizinische Versorgung von einer erheblichen Varianz und - aus Sicht des Patienten - mit z.T. lebensgefährlichen Risiken verbunden. Die Leistungserbringer veranlassen (und die Krankenkassen bezahlen) derzeit in einem als erheblich anzunehmenden Umfang Leistungen, die dem Patienten keinen Nutzen bringen ("overuse"). Diese Leistungen können harmlos, sinnlos, schädlich oder gefährlich sein; im ungünstigen Fall kann eine Minderung von Lebensqualität und Lebenszeit die Folge sein (z.B. überflüssige Röntgenaufnahmen, überflüssige Operationen, überflüssiger oder riskanter Arzneimiteleinsatz; darüber hinaus: Medikalisierung ganzer Lebensphasen). Auf der anderen Seite unterlassen die Leistungserbringer Maßnahmen, die für den Patienten nützlich und erwünscht wären ("underuse"). Das Vorenthalten dieser Leistungen kann Minderung von Lebensqualität und Verlust von Lebenszeit bedeuten (z.B. ausführliche Erhebung der Vorgeschichte, eingehende körperliche Untersuchung, zeitintensive Gespräche, psychosomatische Versorgung, defizitäre Schmerztherapie, Nicht-Gabe von Betablockern nach Herzinfarkt).

Weiterhin ist die Behandlung einer Reihe häufiger Krankheitsbilder defizitär. Krankheiten wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Alkoholkrankheit werden häufig erst in einem (zu) späten Stadium diagnostiziert; die Qualität der Behandlung gilt allgemein als verbesserungsbedürftig. Dies liegt nicht zuletzt an falsch gesetzten finanziellen Anreizen, der angebotsinduzierten Nachfrage, einer mangelhaften Transparenz und an unzureichender Qualitätssteuerung. Für eine Steuerung innerhalb des Gesundheitssystems nach patientenorientierten Kriterien fehlt es bisher nicht nur an politischer Durchsetzungskraft, sondern auch noch weitgehend an geeigneten Methoden.

Die ungleiche Verteilung der Macht zwischen Ärzten und Patienten war schon im Altertum erkannt. So stellt der Hippokratische Eid - etwa 2.400 Jahre alt - nichts anderes dar, als ein Regelwerk zum Schutz des Patienten vor unsachgemäßer Behandlung, vor sexuellen Übergriffen und vor

materieller Ausbeutung durch den Arzt. Der Position der relativen Schwäche des Patienten gegenüber den Institutionen und den Professionellen im Gesundheitswesen ist in Deutschland durch Regelungen zum Patientenschutz Rechnung getragen, die vorwiegend aus Richterrecht entstammen und dazu geeignet sind, die Position des Patienten im Gesundheitswesen zu stärken. Diese Regelungen beziehen sich z.B. auf die sorgfältige Information, den Umfang der Aufklärung, die Einwilligung, die qualifizierte Behandlung und das Einsichtsrecht in ärztliche Unterlagen. Festzustellen ist jedoch, dass die Patientenrechte zwar formal gut abgesichert sind, im Alltag jedoch nicht ausreichend umgesetzt werden: es besteht ein Vollzugsdefizit.

Positive Auswirkung auf die P. dürften folgende Tendenzen in der Politik und im Gesundheitswesen haben:

- Neutrale Einrichtungen der Patientenberatung sollen vermehrt gefördert werden.
- Die Patientenrechte sollen durch eine Patientencharta oder ein Patientenschutzgesetz gestärkt werden.
- Innerhalb der Medizin entwickelt sich die Forderung, den Wert medizinischer Vorgehensweisen auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zu gründen. Die Durchsetzung einer nachweisgestützten Medizin (Evidence-based Medicine) dürfte zu einer Minderung des Anteils von zweifelhaften und schädlichen Maßnahmen führen.
- Die Sicht des Patienten ist verstärkt Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen. In den letzten Jahren wurden Meßinstrumente entwickelt, mit denen konkrete und bedeutsame Erfahrungen von Patienten in Institutionen des Gesundheitswesens erfaßt werden können. Mit den Ergebnissen solcher Untersuchungen ist es möglich, die Vorgehensweisen besser auf die Bedürfnisse der Patienten zu orientieren.
- Integraler und somit unverzichtbarer Bestandteil moderner Managementverfahren auch im Bereich gesundheitlicher Dienstleistungen ist die Verbesserung der Dienstleistungsqualität durch Nutzung der Patientenerfahrungen. Die Sicht des Patienten und seine konkreten Erfahrungen werden dabei zum

Ausgangspunkt von Veränderungen gemacht.

Weiterführende Literatur:

- **Damkowsky W, Görres S, Lucke K** (Hrsg.). Patienten im Gesundheitssystem - Patientenunterstützung und -beratung. Augsburg: Maro-Verlag, 1995.
- **Delbanco TL**. Quality of care through the patient's eye. British Medical Journal 1996;313:832-833 (5 October)
- **Freie Hansestadt Bremen. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales** (Hrsg.). Patientenrechte in Deutschland heute. Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 9./10. Juni 1999 abrufbar unter: www.bremen.de/info/gesundheit/abrufbar
- **Klemperer D**. Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse. Heft Januar/Februar 1996, S. 22-27
- **Kranich C, Böcken J** (Hrsg.). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft, 1997
- **Ruprecht T** (Hrsg.). Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 1998

Dr. David Klemperer, Gesundheitsamt Bremen, Horner Strasse 60-70, D-28203 Bremen, fon +49-(0)4 21/3 61-70 01 fax +49-(0)4 21/3 61-1 55 54, <dklemperer@gesundheitsamt.bremen.de>