

Bernard Braun\* und David Klemperer

# Patientenorientierung ernst nehmen

Understanding patient-centeredness in its full meaning

DOI 10.1515/pubhef-2015-0008

**Einleitung:** Die Orientierung an und auf die Bedarfe, Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten gehört seit vielen Jahren zum Basisrepertoire der Gesundheitsrhetorik. Trotz einiger praktischer Schritte in diese Richtung, sieht der Alltag im deutschen Gesundheitswesen aber noch deutlich anders aus. Erst wenn Versorgungsforscher, gesundheitspolitisch Verantwortliche und Versorgungspraktiker Patientenorientierung zum archimedischen Punkt ihrer Sicht- und Handlungsweise machen, wird sich daran etwas ändern.

**Schlüsselwörter:** evidenzbasierte Patienteninformationen; Nutzerorientierung; Patientenorientierung; shared decision making.

**Abstract:** Focus on the requirements, needs and preferences of patients has been the basis of the rhetoric of healthcare for many years. Despite some practical steps in this direction, everyday life in the German health system is still different. This will only change when care researchers, health policy makers and practitioners make patient centeredness the starting point of their sights and actions.

**Keywords:** evidence-based patient information; patient-centeredness; shared decision making; user orientation.

Patientenorientierung soll hier – in Anlehnung an die Definition von Versorgungsqualität des Institute of Medicine (1990) und des SVR (2001) verstanden werden als eine Ausrichtung der Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems auf Ergebnisse, die dem Patienten einen von ihm gewünschten Nutzen bringen. Eine medizinische Leistung ist dann patientenorientiert, wenn sie einen gesundheitsbezogenen Beitrag dazu leistet, den Patienten

darin zu unterstützen, ein „gutes Leben“, also ein Leben nach seinen persönlichen Vorstellungen zu führen.

Der Patient, seine Bedarfe, Bedürfnisse und Präferenzen gehören zum Basisrepertoire der Gesundheitsrhetorik, sind aber bei wichtigen Abläufen und Weichenstellungen im Alltag des Gesundheitswesens ohne oder von geringer Bedeutung.

Wie vielfältig sich dies manifestiert zeigen u.a. die folgenden Beispiele:

- In den Jahren 2001 bis 2012 wünschten sich in dreizehn Befragungen auf eine inhaltlich identische Frage 55% bzw. 24,3% einer repräsentativen Stichprobe der 14- bis 79-jährigen Bevölkerung bei Arztkontakten eine gemeinsame bzw. autonome Entscheidungsfindung [1]. Obwohl es für die meisten Erkrankungen nicht nur eine Behandlungsmethode gibt, sagten im selben Zeitraum selbst 50% der chronisch Kranken, sie hätten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung noch nie die Möglichkeit gehabt, eine Entscheidung über das weitere Vorgehen mitzutreffen.
- Trotz einer Fülle von gesicherten Nachweisen (vgl. dazu u.a. den systematischen Review von Doyle et al. [2]), dass die Verlaufs- und Ergebnisqualität verbessert wird, wenn Patientenerfahrungen berücksichtigt werden, fehlen z.B. Merkmale für die Erhebung von „patient-reported outcomes“ oft bereits in den Protokollen für klinische Studien oder sind unvollständig [3].
- Obwohl „patient values“ eine der drei Säulen von evidence-based medicine sind (siehe Sackett et al. [4]), hinkt ihre integrale Berücksichtigung bei der systematischen Überprüfung und Bewertung des Nutzens von Therapien trotz zweier methodischer Pilotprojekte durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [5] hinter der der „research evidence“ und „clinical practice“ her.
- Eine unzureichende Patientenorientierung in der ärztlichen, medizinischen Praxis und eine Dominanz eines Bündels anderer Orientierungen und ihrer Träger/Akteure zeigt auch der Umstand, dass Ärzte vergleichbare Gesundheitsprobleme regional unterschiedlich lösen. So unterscheiden sich z.B. die regionalen Operationsraten für die Entfernung des Blinddarms und der Prostata sowie die Implantation eines Defibrillators [6] um den Faktor 8.

\*Korrespondenz: Dr. Bernard Braun, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Mary Somervillestraße 5, 28359 Bremen, E-mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

David Klemperer: Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Fakultät für Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Seybothstraße 2, 93053 Regensburg

Die bisherige Kritik an der Vernachlässigung von Patientenorientierung ist nicht neu und nicht völlig folgenlos geblieben. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat in seinen Gutachten seit 1987 wiederholt und regelmäßig (z.B. Gutachten 2000/2001 und 2003) Schritte zur Nutzer- bzw. Patientenorientierung vorgeschlagen, von denen die Politik einige aufgegriffen und normativ wie strukturell umgesetzt hat. So wurde die Position eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung geschaffen. Die unabhängige Beratung von Bürgern und Patienten in medizinischen, juristischen und sozialen Fragen wurde zur Regelleistung erhoben (§ 65b SGB V). Bürger können auf die evidenzbasierten Patienteninformationen des IQWiG zurückgreifen. Patientenvertreter haben das Recht auf Mitberatung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Hersteller neuer Arzneimittel müssen einen patientenrelevanten Zusatznutzen belegen, wenn dieses hochpreisig verkauft werden soll. Das Patientenrechtegesetz und das Krebsfrüherkennungsgesetz verpflichten die Ärzte, die Patienten über Nutzen und Risiken der vorhandenen Optionen im Sinne des Shared Decision Making zu informieren. Die Abschottung der Versorgungsstrukturen wurde gemindert, die primärärztliche und sektorenübergreifende Versorgung gefördert.

Trotz dieser ernstgemeinten politisch gewollten Elemente der Patientenorientierung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene stellt sich die Frage, ob und wie das Gesundheitssystem dadurch beeinflusst wurde.

Die eingangs aufgezählten Sachverhalte und die gleich exemplarisch skizzierte Behandlungssituation zeigen, dass diese Frage verneint werden muss und konkrete Bemühungen, daran konzeptionell und praktisch etwas zu ändern, fehlen oder nur mühselig vorankommen.

Bei der symptomatischen koronaren Herzkrankheit kann durch das Einsetzen eines Stents in das verengte Herzkranzgefäß eine Beschwerdelinderung erzielt werden, nicht jedoch eine Minderung des Risikos für künftige Herzinfarkte oder eine Senkung des Mortalitätsrisikos. Ausschlaggebend für die Entscheidung über das Einsetzen eines Stents sollte also allein die Stärke des Patientenwunsches nach Symptomlinderung sein. Da sich vergleichbare Beschwerden sehr unterschiedlich auf das Befinden und den Alltag der Patienten auswirken können, muss hier jeder Patient nicht-direktiv informiert werden und die Gelegenheit erhalten, Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken abzuwägen. Eine sinnhafte Entscheidung ohne Information und persönlicher Abwägung ist bei dieser präferenzsensitiven Versorgung nicht möglich. Untersuchungen zeigen jedoch [7], dass Kardiologen im Gespräch mit den Patienten den Nutzen des Stents übertreiben oder falsch darstellen, die Risiken hingegen verharmlosen oder verschweigen. Folgerichtig

haben Patienten, die einen Stent bei stabiler koronarer Herzkrankheit erhielten, fast ausnahmslos falsche Vorstellungen davon, was ihnen der Stent bringt. Wären sie gut informiert, würden sie also wissen, dass der Stent zwar Symptome lindert aber weder das Herzinfarktrisiko noch das Sterberisiko mindert, würden viele Patienten auf den Stent verzichten [8]. Vergleichbare Missstände bestehen bei den meisten, wenn nicht allen präferenzsensitiven Maßnahmen [9]. Patienten willigen somit in Operationen und Untersuchungen ein, die sie ablehnen würden, wenn sie nur zutreffend informiert wären.

Patientenorientierung ernst nehmen bedeutet angesichts dieser Fakten mehrerlei: Versorgungsforscher, gesundheitspolitisch Verantwortliche und Versorgungspraktiker müssen sowohl bei der Planung klinischer Interventionsstudien, der Strukturierung des Gesundheitswesens als auch in den alltäglichen Arzt-Patienten-Kontakten die Identifizierung und prioritäre Beachtung der Patientenpräferenzen zum archimedischen Punkt ihrer Sicht- und Handlungsweisen machen.

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

## Literatur

1. Braun B, Marstedt G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt. Anspruch und Wirklichkeit. Newsletter 2 des Gesundheitsmonitors, 2014.
2. Doyle C, Lennox L, Bell D. Systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *Brit Med J Open* 3, 2013;3:e001570.
3. Kyte D, Duffy H, Fletcher B, Gheorghe A, Mercieca-Bebber R, King M, et al. Systematic Evaluation of the Patient-Reported Outcome (PRO) Content of Clinical Trial Protocols. *PLoS ONE* 2014;9:e110229.
4. Sackett D, Strauss S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2000.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich die Präferenzen von Patienten ermitteln lassen. Pressemitteilung 7.6.2013 <http://tinyurl.com/qdpnze3>.
6. Nolting HD, Zich K, Deckenbach B, Gottberg A, Lottmann, K et al. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Bertelsmann Stiftung, 2014.
7. Klemperer D. Vier neue Studien zur Überversorgung mit Stent Forum Gesundheitspolitik 2014. (Zitierdatum: 5.11.2014), abrufbar unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2394>.
8. Rothberg MB, Scherer L, Kashef MA, Coylewright M, Ting HH, Hu B, et al. The effect of information presentation on beliefs about the benefits of elective percutaneous coronary intervention. *J Am Med Assoc Intern Med* 2014;174:1623–9.
9. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014.