

Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem?

"Konkordanter Bedarf" als unverzichtbare Voraussetzung. Die Rolle des Arzt-Patient-Dialogs.

Linus S. Geisler



Cartoons stellen manchmal nicht die schlechteste Methode der Wirklichkeitsbeschreibung dar. "Besteht noch Hoffnung??" fragt der offensichtlich schwerstkranke Mann den Arzt an seinem Krankenbett. Dieser nimmt den Taschenrechner zur Hand und antwortet mit schiefem Lächeln: "Wir rechnen's mal durch!" – Hier werden Patientenängste pointiert zum Ausdruck gebracht, die in einem auf Rationierung und Effizienz ausgelegten Gesundheitssystem wurzeln.

Solche Ängste sind nicht völlig gegenstandslos. Die *Ärztezeitung* vom 2. August 2004 bringt auf der Titelseite "Gesundheitskasse rät zur Amputation – Ärzte in Hessen empört" [1]. Der Artikel bezieht sich auf den Fall eines AOK-Mitarbeiters in Hessen, der Ärzten allen Ernstes nahe gelegt hatte, einem Patienten lieber beide Beine zu amputieren, statt ihn medikamentös und mit Hilfsmitteln zu behandeln, weil die

bisher verordneten Salben und Verbände wirkungslos und somit "unwirtschaftlich" seien.

Eine wesentliche Konstituente von Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem liegt in der dialogischen Beziehung zwischen Arzt und Patient. In dieser Dyade ist der Versuch einer Annäherung von manchmal weit auseinander strebenden Wirklichkeiten verortet. Eine Untersuchung von Slevin (1990) lässt die dramatische, scheinbar kaum überbrückbare Kluft von Therapieoptionen zwischen Krebspatienten und ihren Therapeuten erkennen [2]:

Entscheidungen von Krebspatienten und deren Therapeuten für eine belastende Chemotherapie:

	Patient	Therapeut
Heilungschance	1%	10–50%
Lebensverlängerung	12 Monate	12–60 Monate
Symptombefreiung	10%	50–70%

Tumorpatienten sind demnach bereit, in einer nahezu aussichtslosen Situation eine belastende (und kostspielige) Chemotherapie auf sich zu nehmen. Der Bedarf aus der Sicht schwerstkranker Krebspatienten und der ärztlich-professionellen scheint kaum Berührungspunkte aufzuweisen.

Welcher Bedarf zählt?

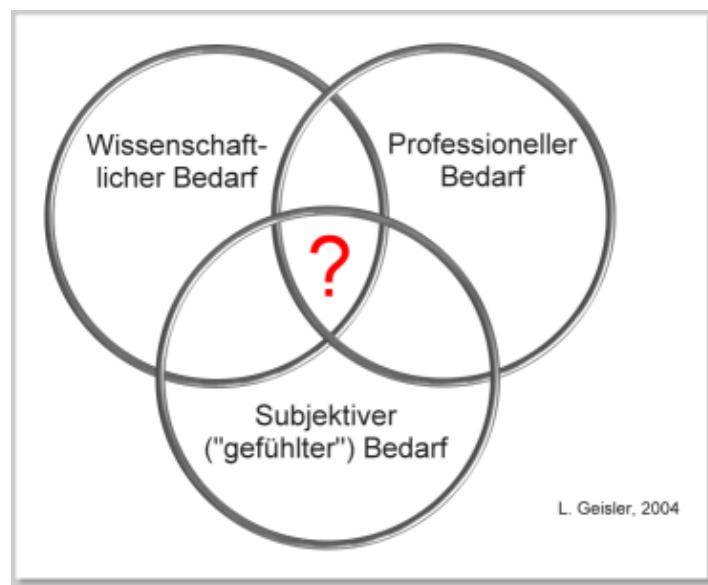
Bedarf kann als Zustand definiert werden, dessen Behandlung durch spezifizierbare medizinische Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt. Dabei muss Bedarf nicht regelhaft mit der

Krankheitsschwere anwachsen. So besteht beispielsweise in der Terminalphase einer Tumorkrankheit zwar ein Bedarf an palliativen Maßnahmen, aber nicht an Chemotherapie oder Strahlenbehandlung.

Bei der Bestimmung von Bedarfsgerechtigkeit interferieren nach einem Modell der WHO im Prinzip drei Konzepte von Bedarf (s. Abb.)

- der wissenschaftliche Bedarf, der beispielsweise auf evidenzbasierten oder epidemiologischen Daten basiert,
- der professionelle Bedarf, dem die Erfahrungen, aber auch die persönlichen Interessen des Arztes zu Grunde liegen und
- der subjektive ("gefühlte") Bedarf des Patienten

Bedarfskonzepte in der Medizin



Keine dieser drei Bedarfskategorien kann Anspruch darauf erheben, allen Anforderungen an ein umfassendes und breit akzeptiertes Konzept von Bedarfsgerechtigkeit zu genügen. Damit stellt sich die Frage nach einer Bedarfsform, die sich unter Gerechtigkeitsaspekten am überzeugendsten begründen lässt. Ihre Idealform könnte als "konkordanter Bedarf" beschrieben werden. Die Möglichkeiten einer Annäherung an dieses Konzept werden im Folgenden entwickelt.

Der Mensch im Gesundheitssystem

Menschen sind im Gesundheitssystem auf den drei Ebenen Mikro-, Meso- und Makroebene in unterschiedlichen Rollen repräsentiert [3]:

- als *akut oder chronisch Kranke*, die eine wirksame Behandlung für ihre Erkrankung suchen (Mikroebene).
- als *Versicherte*, die sich gegen das Risiko Krankheit und die damit entstehenden Kosten absichern wollen bzw. müssen (Mesoebene).
- als *Bürger*, die die Gewährleistung funktionierender Versorgungsstrukturen und gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen erwarten (Makroebene).

Der akut oder chronisch Kranke kann wiederum als passiver Patient, als Partner im Gesundheitssystem oder als Koproduzent (Kotherapeut) seiner Gesundheit verstanden werden. Je nach dem Blickwinkel, unter dem Menschen im Gesundheitssystem betrachtet werden, stehen demokratische, ökonomische, ethische oder medizinische Perspektiven im Vordergrund. Die

Fokussierung auf eine bestimmte Rolle präferiert unterschiedliche Konzepte von Bedarfsgerechtigkeit.

Modelle der Arzt–Patient–Beziehung – Wege zum "konkordanten" Bedarf

Die jeweilige Konfiguration der Beziehung zwischen Arzt und Patient bestimmt, inwieweit Annäherungen oder Übereinstimmung über medizinisches Wissen, persönlichen Präferenzen, sowie diagnostische und therapeutische Entscheidungen gefunden werden können.

Modelle der Arzt–Patienten–Beziehung [4] (nach E.J. Emanuel / L.L. Emanuel)

- **Paternalistisches Modell:** auch Eltern– oder Priestermodell. – Der Arzt weiß, was das Beste für den Patienten ist
- **Informatives Modell:** auch technisches oder Konsumentenmodell. – Der Arzt fungiert als technischer Experte, der dem Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage bietet
- **Interpretatives Modell:** der Arzt als Berater und Begleiter des Patienten. – Der Arzt liefert Informationen, hilft bei der Klärung von Wertvorstellungen und schlägt Maßnahmen vor.
- **Abwägendes Modell:** der Arzt als Lehrer und Freund. – Der Arzt bespricht sich mit dem Patienten über die besten Handlungsmöglichkeiten.

Das *paternalistische Modell* ist von einer asymmetrischen Verantwortungs– und Entscheidungsstruktur geprägt, die einen Austausch von bedarfsbestimmenden Konstituenten kaum zulässt. Das *informative Modell* bietet dem Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage, verlagert aber die Entscheidungsverantwortung weitestgehend auf die Schultern des ‚autonomen‘ Patienten. Das *interpretative und das abwägende Modell* enthalten die größten Chancen, dass unter Einbeziehung der Präferenzen und Wertvorstellungen des Patienten ein Bedarfskonzept herausgearbeitet wird, das sozusagen die Handschrift beider Partner der Dyade Arzt–Patient trägt.

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Partizipative Entscheidungsfindung ist ein interaktiver Prozess zwischen Patient und Arzt mit dem Ziel, unter gleichberechtigter und annähernd gleichgewichtiger Beteiligung beider und auf der Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen [5]. Die so gewonnene Übereinkunft wird als *Concordance* (Konkordanz) bezeichnet.

Arzt–Patient–Beziehungen sind ihrer Natur nach asymmetrisch. Fast immer besteht eine Schiefelage von Entscheidungs– und Verantwortungspotential. Methoden der partizipativen Entscheidungsfindung können diese Asymmetrie nicht gänzlich aufheben, allerdings auf ein Maß reduzieren, auf dem die Kommunikationspartner in einem Klima des gegenseitigen Respekts und Vertrauens eine gemeinsame Entscheidung aushandeln können.

Aus Systemtheoretischer Sicht werden Informationen als Selbstorganisationsleistung des psychischen Systems verstanden. Im Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung kommuniziert der Arzt seine Wirklichkeitskonstruktion und der Patient entwickelt dem Arzt

gegenüber eine Konstruktion seiner krankheitsbezogenen Wahrnehmung. Da *Shared-Decision-Making*-Situationen durch ein hohes Maß an inhärenter Ungewissheit gekennzeichnet sind, ist eine Evidenz "richtige" oder "falsche" Entscheidung nicht begründbar [6].

Die erzielte Übereinstimmung, die *Concordance* (Konkordanz), bildet die Matrix für die gemeinsamen Handlungsentscheidungen und die daraus resultierende *Adherence* (Adhärenz), die als Maß für den Umfang gilt, in welchem der Patient sich in einem therapeutischen Prozess an Anweisungen und Verordnungen hält. Der Begriff *Adherence* ersetzt im angelsächsischen Sprachraum zunehmend den Begriff *Compliance*, der auch Elemente der Fügsamkeit und Unterwürfigkeit beinhaltet, die mit der Selbstbestimmung des Patienten konfliktieren.

Shared Decision Making (SDM)

Das in den USA und zunehmend auch bei uns favorisierte Modell des "Shared Decision Making" [7] versetzt in einem schrittweisen

- Informations-,
- Diskurs- und
- Vertrauensbildungsprozess

Patient und Arzt in die Lage,

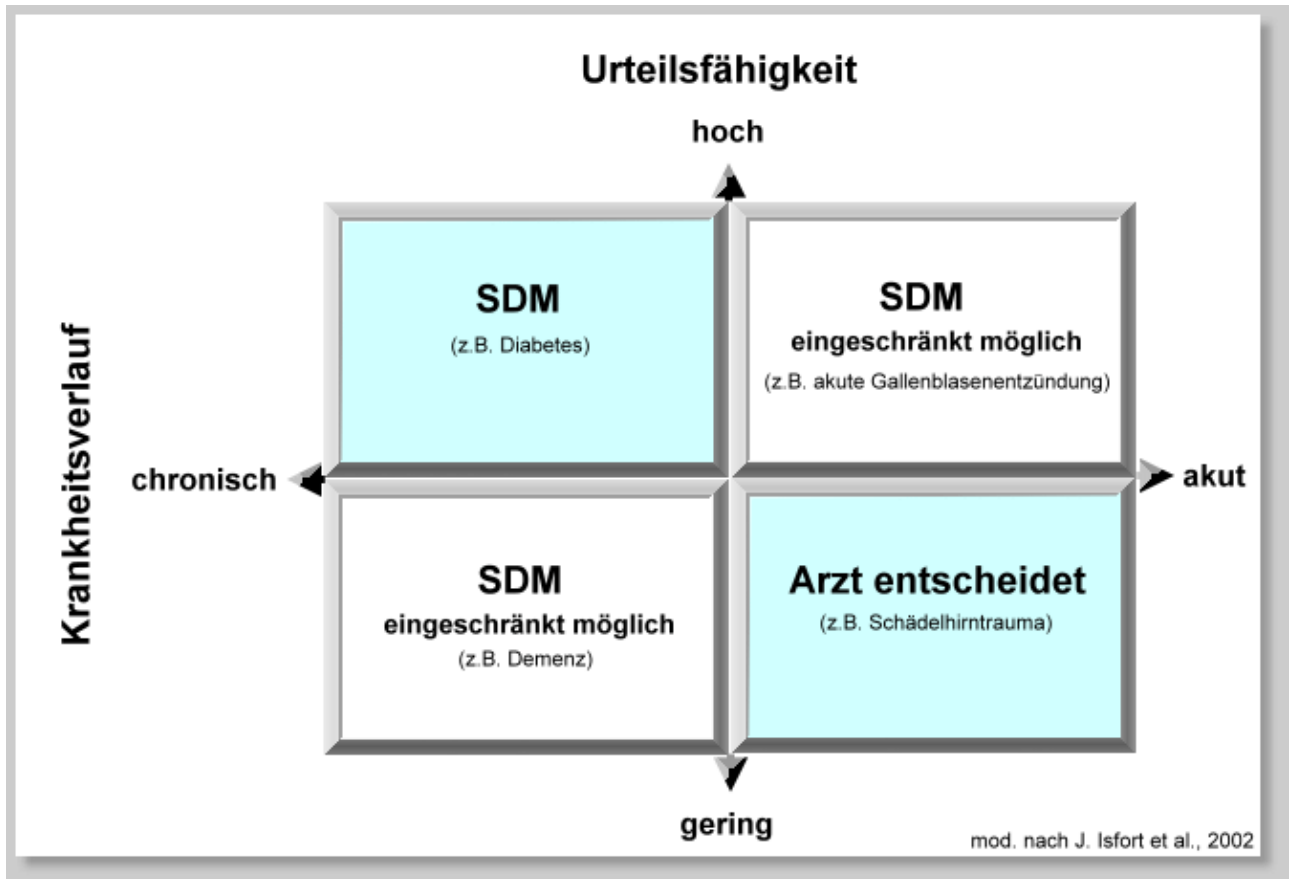
- gemeinsame Therapieziele zu definieren
- zu erreichen und
- zu verantworten.

Um zu einer *shared decision* zu kommen, müssen sich Patient und Arzt Wissen und Wertvorstellungen gegenseitig mitteilen. Ein wichtiger Aspekt des ärztlichen Gesprächs beim *shared decision making* besteht darin, dem Patienten zu helfen seine Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche zu konkretisieren und zu artikulieren. Der Arzt wiederum informiert in einer für den Patienten angemessenen Weise über die fachlichen Hintergründe. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden "Experten" einvernehmlich gesucht, aber auch die Verantwortung wird geteilt [8]. Damit wird die traditionell ungleiche Verantwortungsteilung der Arzt-Patient-Interaktion überwunden.

Die Mitwirkung des Patienten bei Therapieentscheidungen ist auch durch das Selbstbestimmungsrecht garantiert. Das Bundesverfassungsgericht weist darauf hin, dass dieses Recht ein "wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs" ist. Die Mitwirkung des Patienten erschöpfe sich nicht in der "in passiver Haltung erteilten bloßen Einwilligung in ärztlicherseits gebotene Behandlungsvorschläge" [9].

Im *Shared-Decision-Making*-Modell (SDM-Modell) steht das *Dialogische* der Arzt-Patient-Beziehung ganz im Mittelpunkt. Dieses vermag nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus sozialem und ökonomischer Sicht Wesentliches zu leisten. Hier wird der Kranke nicht fragmentiert, sondern in eine fruchtbare partnerschaftliche Beziehung eingebunden. Die "erlernte Kompetenz" des Arztes wird mit der "gelebten Kompetenz" des Patienten in Einklang gebracht [10].

Das SDM-Prinzip erweist sich dort am wirksamsten, wo die Urteilsfähigkeit des Patienten möglichst hoch und der Krankheitsverlauf chronisch ist (Isfort et al. [11]). Dies gilt heute praktisch für das Gros der Krankheiten (s. Abb.).



Entscheidungssituationen, in denen Shared-Decision-Making vor allem förderlich erscheint, nennt Charles [aaO. 7], von dem das Konzept stammt:

- Entscheidungen bei potenziell lebensbedrohlichen Krankheiten
- Entscheidungen, bei denen verschiedene Behandlungsalternativen mit potentiell unterschiedlichen Resultaten zur Diskussion stehen
- Bei fehlender eindeutiger Evidenz für medizinisches Handeln
- Wenn individuelle Präferenzen bei unterschiedlichen Therapiemaßnahmen große Bedeutung für die Lebensqualität besitzen (z.B. Mammakarzinom).

Das Interaktionsmodell des Shared-Decision-Making erscheint geeignet, durch den Versuch der gegenseitigen Einbeziehung, Bewertung und Respektierung der Wirklichkeitsaspekte von Patient und Arzt das Konzept der Bedarfsgerechtigkeit um die bisher unterrepräsentierte, aber unter Gerechtigkeitsaspekten unverzichtbare Perspektive eines partnerschaftlich partizipierenden Patienten zu erweitern.

Die Auswirkungen von Shared-Decision-Making auf die tatsächliche Entscheidungsfindung oder auf ökonomische Einspareffekte sind allerdings noch nicht abschließend evaluiert. Vielfach wird die explizite Herstellung von Beziehung in der Behandlungsdynade als das Wesen von SDM verstanden.

Gesundheitsreform: Killer für das Arzt-Patient-Verhältnis?

Das Kölner Meinungsforschungsinstitut *ifm* hat im September 2004 in Tiefeninterviews mit niedergelassenen Ärzten und Patienten die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Arzt-Patient-Beziehung untersucht [12]. Resultat: "Durchgängiges Misstrauen und unterschwellige Umverteilungskämpfe haben im Arzt-Patienten-Verhältnis Einzug gehalten." Die Gesundheitsreform wird als Killer für das Arzt-Patient-Verhältnis tituliert. Vier typische Reaktionen von Ärzten auf die Gesundheitsreform wurden ausgemacht:

- Der "frustrierte Ethiker" lehnt die ökonomische Ausrichtung seines Tuns ab. Er begegnet dem Patienten weiterhin als objektiver, kompetenter Fachmann
- Der "Bindungsunsichere" fürchtet die Enttäuschungen der Patienten. Er will Stammpatienten wie gehabt versorgen, erklärt ihnen freundlich Leistungsreduktionen
- Der "störrisch Gekränkte" leidet unter der empfundenen Statusabwertung und den Eingriffen in die Verordnungsfreiheit. Er verweist auf die Verursacher der Misere und behandelt die Patienten streng nach den neuen Vorschriften.
- Das "Verkaufstalent" betrachtet die Ökonomisierung als Chance und baut den Absatz von Zusatz- und Sonderleistungen aus.

Eine Verallgemeinerung dieser Ergebnisse ist wegen der relativ kleinen Fallzahl nicht angebracht. Aber die Studie macht ein großes Versäumnis der Gesundheitsreform deutlich: Sie vermittelt Ärzten und Patienten kein handhabbares gesellschaftliches Maß oder Leitbild, von dem aus medizinisch Notwendiges und wirtschaftlich Sinnvolles bestimmbar sind. So müssen beide Seiten das Maß "für den neuen Umgang mit Erkrankungen nun unter ungünstigen Voraussetzungen miteinander aushandeln." Dies bedeutet eine thematische Ausweitung des Arzt–Patient–Dialogs, da in die partizipative Entscheidungsfindung die ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitsreform einbezogen werden müssen.

Auf diesem Feld sind viele Ärzte noch ungeübt. Die Einbeziehung ökonomischer Kriterien bei Therapieentscheidungen betrachten Ärzte überwiegend als "unmoralisch", wie langfristig angelegte Ethikprojekte in deutschen Kliniken (Nürnberg, Hamburg) zeigen, wo Konfliktlösungen zwischen der Kultur des Ethos der Heilberufe und der Kultur eines ökonomisch denkenden Managements erarbeitet werden. In diesen Projekten wird versucht Ethik–Kodes zu entwickeln, die Ärzten und Pflegenden helfen, die Balance zwischen Ethik und Wirtschaftlichkeit zu finden [13].

Die Anforderungen an die dialogischen Fähigkeiten von Ärzten im Bemühen um die Bestimmung eines "konkordanten Bedarfs", erhöhen sich damit nicht unbeträchtlich.

Ein Grund mehr, die Förderung von kommunikativer und psychosozialer Kompetenz von Anfang an im Medizinstudium in gebührendem Umfang zu verankern.

Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen wird nach der neuen Gesundheitsreform rudimentär bleiben, wenn sie nicht auf einen konkordanten Bedarf abzielt, sondern dem Patienten lediglich eine untergeordnete Nebenrolle zuweist. Neben wissenschaftlichen und professionellen Bedarfsvorstellungen umfasst konkordanter Bedarf auch die in einem partizipativen Entscheidungsprozess zwischen Patient und Arzt ermittelten Ansprüche, Rechte und Pflichten des Patienten.

Der schrittweise Informations-, Diskurs-, und Vertrauensbildungsprozess des SDM, an dessen Ende eine gemeinsam getroffene und verantwortete Entscheidung stehen kann, erfordert vom Arzt die Bereitschaft und Geduld, Fachwissen mit dem Patienten zu teilen, es verständlich darzustellen und zu diskutieren. Er soll den Patienten ermutigen und stimulieren, Bedenken und Beschwerden zu formulieren und seine Bereitschaft fördern, eigene Präferenzen deutlich zu machen. Idealerweise entwickelt sich dabei eine Beziehung, in der beide sich vertrauensvoll auf einander einlassen und verlassen. Bedarfsgerechtigkeit, die diesen Namen verdient, ist ohne die dargestellten dialogischen Bemühungen eine Begriffshölse mit Verfallsdatum.

Literatur:

- [1] Ärztezeitung vom 2. August 2004 (Titelseite): Gesundheitskasse rät zur Amputation – Ärzte in Hessen empört.
URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/08/02/143a0102.asp?cat=>
- [2] Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 1990; 300: 1458–1460
- [3] Schwartz FW, B Badura, R Busse, R Leidl, H Raspe, J Siegrist, U Walter (Hg.): *Public Health – Gesundheit im Gesundheitswesen*. München – Jena. 2003. S. 315
- [4] Emanuel EJ, LL Emanuel: Four Models of the Physician–Patient Relationship. *JAMA* 267:2221–6, 1992
Übersicht z.B. unter URL: <http://www.msu.edu/course/hm/546/ft1-4.htm>
- [5] Klemperer D: *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt–Patient Kommunikation*. Berlin 2002
Abstract–URL mit Link zum kostenfreien PDF–Download des Artikels:
http://www.wz-berlin.de/ars/ph/abstracts/abstracts_deutsch/sp_i_2003-302.de.htm
- [6] Kasper J, Chr Kuch, Ch Heesen: Shared decision–making als Interaktionsstil. In: Scheibler F, H Pfaff: *Shared Decision–Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim und München. 2003. S. 34–46
- [7] Charles C, Gafni A, Whelan T.: Shared decision–making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44:681–692
Abstract–URL:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9032835
- [8] Büchi M, Bachmann L M, Fischer J E, Peltenburg M, Steurer J: Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2000; 81: Nr. 49, 2776–2780
PDF–Download: <http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF>
- [9] BVerfGE 52, 131, 170
- [10] M–L Dierks, FW Schwartz: Patienten, Versicherte, Bürger – Nutzer des Gesundheitswesens. In: FW Schwartz (Hg): *Das Public Health Buch*. München – Jena. 2. Aufl. 2003
- [11] Isfort J, B Floer, N Koneczny, HC Vollmar, M Butzlaff: „Shared Decision Making“. *Arzt oder Patient – Wer entscheidet?* *Dtsch Med Wochenschr*. 2002;127:2021–2024
- [12] Ärztezeitung vom 3./4. September 2004, S. 8: Wie Ärzte auf wachsendes Misstrauen reagieren.
URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/09/03/157a0802.asp?cat=>
- [13] Wehrkamp KH: Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 36, 3. September 2004. Ausgabe C. S. 1923–1927
URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=43184>

© beim Autor

URL dieses Vortrags: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0409bedarfsgerechtigkeit.html>