

Allgemeinmedizin

Patient im Zentrum: leicht gesagt, schwer getan

Stefan Neuner-Jehle

Institut für Hausarztmedizin, Zürich

Alle sprechen von patientenzentrierter Medizin, und dies ist auch eine gute Entwicklung, welche die Betreuungsqualität von Patienten verbessert. Im Alltag ist die Umsetzung aber alles andere als einfach: Wie viel Freiheiten sind wir bereit, unseren Patienten zu lassen? Respektieren wir ihre Behandlungsziele, auch wenn wir sie anders setzen würden? Behandeln wir sie wirklich als gleichwertige Partner im Betreuungsteam?

Der Patient in der Praxis

Montagsmorgen in der Praxis. Zeitnot. Der gut 80-jährige Diabetiker berichtet von einem Präkollaps auf dem Weg hierher. Dysurie seit einigen Tagen, trüber und übelriechender Urin mit Leuko-/Erythrozyturie, verminderter AZ und hypotone Blutdruckwerte, mittelgradig erhöhtes CRP und Leuko-/Granulozytose. Er nimmt seit drei Wochen Antibiotika wegen einer infizierten Wunde am Fuss. Der Fall ist klar: akuter Harnwegsinfekt, vermutlich mit einem resistenten Keim, mit drohender oder schon ablaufender Urosepsis. Ich rate ihm dringend zur Spitaleinweisung. Er lehnt rundwegs ab: Er könne seine demente Ehefrau nicht daheim alleine lassen. Spitex oder stationäre Überbrückungspflege bringe sie zu sehr durcheinander. Ich verstehe seine Argumente, aber in meinem Hinterkopf laufen Bilder von letal verlaufenden Urosepsis-Patienten. Sollen wir das Risiko einer ungenügend wirksamen Behandlung in Kauf nehmen, damit der Patient seine ihm so wichtigen Pflichten daheim erfüllen kann? Wir einigen uns auf einen ambulanten Therapieversuch mit einem Breitspektrum-Antibiotikum nach Abnahme des Urikults und mit engmaschigen klinischen Kontrollen. Es bleibt eine leichte Verstimmung zwischen uns: Er mit dem schlechten Gewissen, meinen Rat nicht befolgt zu haben; ich mit der Ahnung, die Behandlung könne im Misserfolg enden und der Patient zu Schaden kommen. Nebst diesen Sorgen bleiben selbstkritische Fragen: Warum tue ich mich schwer mit seiner Entscheidung – obwohl ich jederzeit unterschreibe, dass Patientenwille und Patientenautonomie zentrale Werte bei der medizinischen Betreuung sind? Habe ich ihn nun gut oder ungenügend versorgt?



© Alexander Rathus | Dreamstime.com

Von der Praxis zur Theorie ...

Barbara Starfield publizierte bereits 1992 vier essentielle Säulen einer qualitativ hochwertigen Grundversorgung: *first-contact care*, *continuity of care*, *comprehensive care*, und *coordination of care* [1]. Der dritte Punkt – die umfassende Betreuung – verlangt geradezu danach, die Bedürfnisse des Patienten stärker wahrzunehmen. 2004 prägten die Amerikanischen Familienärzte den Begriff des *medical home* [2], der seither viel zitiert wird. Eine Gruppe um Thomas Bodenheimer aus Kalifornien entwickelte 2012 dazu zehn Merkmale, was Hausarztpraxen mit *high performance* von herkömmlichen Hausarztpraxen unterscheidet, und schlägt dieses Modell zur Standortbestimmung und Qualitätsverbesserung für Praxen vor [3]. Diesen Spätsommer hat Bodenheimer das Modell an der *SwissFamilyDocs Conference* in Zürich vorgestellt und ist damit auf viel positive Resonanz gestossen. Die zehn Merkmale des Modells sind in Tabelle 1 aufgelistet. Die ersten vier werden als Basis vorgeschlagen, auf welche die anderen sechs aufbauen. Rasch einmal wurde dem Forscherteam klar, dass die Ziele der Praxisleiter (zum Beispiel effizienter Ablauf der Betreuung) nicht immer mit den Zielen der Patienten übereinstimmen (zum Beispiel, dass mich



Stefan Neuner-Jehle

Tabelle 1: Die 10 Merkmale von High-performance-Gesundheitszentren, nach Th. Bodenheimer [3].

1	Klare Visionen und konkrete Ziele
2	Datenbasierte Prozesssteuerung mit dem Ziel der Verbesserung
3	Definierte Zuständigkeit bzw. Ansprechpartner für Patienten
4	Teambasierte Betreuung
5	Partnerschaft zwischen Patient und Betreuungsteam
6	Populationsbasiertes Management (inkl. Prävention, Langzeitbetreuung)
7	Kontinuität der Betreuung
8	Zugang zur Betreuung
9	Umfassende und koordinierte Betreuung
10	Zukunftsfähige Betreuung (verschiedene Betreuungsformen inklusive E-Visiten, Telefonkonsultationen, Gruppentermine, Termine mit dem Team etc.)

als Patient ein Arzt behandelt, der mir vertraut ist und der mich kennt).

Viele der bodenheimerschen Qualitätsmerkmale sind technischer Art, das heisst, sie gewährleisten einen reibungslosen Ablauf der Gesundheitsversorgung, um dem *Klienten* einen guten Service zu bieten. Drei

Nicht (nur) der technische Schnickschnack macht eine effiziente Praxis aus, sondern die empathische Grundhaltung des Praxisteam. Das heisst auch, dem Patienten Freiheiten zu lassen.

Merkmale stellen aber den *Patienten* ins Zentrum und haben hohe emotionale Qualitäten: Den Patienten das Gefühl der zuverlässigen Anlaufstelle, eben des *medical home* geben (Merkmal 3); den Teamgedanken und die Partnerschaft des Patienten mit diesem Team ins Zentrum stellen (Merkmale 4 und 5). Mehrfach fällt der Begriff des *coachings*: Die aktive Rolle in der Behandlung fällt dem Patienten zu, der Arzt steht ihm beratend zur Seite. Auch bei uns sind Programme erfolgreich unterwegs, die diesen Rollenwechsel thematisieren und umsetzen [4].

Nicht der technische Schnickschnack macht die gute Praxis aus, sondern die patientennahe Grundhaltung ihrer Belegschaft. Wenn sich ein Patient in unserer Praxis gut aufgehoben oder sogar geborgen (Zitat eines Demenzkranken) fühlt, hat das nicht nur einen positiven Einfluss auf unsere Arbeitsmotivation (und damit Effizienz), sondern höchstwahrscheinlich auch auf den Krankheitsverlauf (und damit Effizienz).

Qualität ja, aber mit welchen Zielen?

Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung können also auch zur Bedrohung einer patientenzentrierten Medizin werden: Eine hohe Effizienz wird oft mit

maximalem Nutzen zu möglichst geringen Kosten gleichgesetzt. Unglücklicherweise spielen bei der Definition des Nutzens die Ziele und Bedürfnisse von Patienten oft eine untergeordnete Rolle. Ist ein Hausarzt effizient, wenn er 40 Patienten pro Tag behandelt, oder ist er erfolgreich, wenn er nur einen Drittel davon betreut, dafür aber jedem Patienten mehr Zeit geben kann unter besserem Einbezug ihrer Bedürfnisse? Aus Systemperspektive – denken Sie an die drohende Unterversorgung mit Hausärzten – ist der Erstere erfolgreicher, aus Patientenperspektive vermutlich der Letztere. Sie sehen, auf die Zielsetzung und den Kontext kommt es an – nicht nur im Umgang mit unseren Patienten, sondern auch bei Bemühungen um Qualität. Eine gute Qualität bei der ärztlichen Betreuung erschöpft sich eben nicht nur in einer gut geölten, reibungslos und auf Hochtouren laufenden Praxismaschine.

Patienten als Partner – leicht gesagt, schwer getan

Wie sieht also die optimale Patientenbetreuung aus – mehr technische Optimierung oder mehr empathische Zuwendung? Und gelingt die Kombination von beiden? Wesentlich scheint mir, dass diese beiden Dimensionen *gleichwertig miteinander* in die Realität um-

Wenn Patient und Arzt auf gleicher Augenhöhe und miteinander Behandlungsziele setzen, ist das eine gute Basis für eine hohe Betreuungsqualität.

gesetzt werden, oder dass wir es wenigstens so gut wie möglich versuchen.

Den Patienten in eine fällige Entscheidung gut mit einzubeziehen, ihm Raum zu geben, seine Erfahrungen, Vorstellungen und Bedürfnisse zu äussern, ist also mindestens so effizient wie ein gutes Zeitma-

nagement in der Sprechstunde oder ein erfolgreich gesenkter Blutdruck. *Shared Decision Making* beruht auf gleichwertiger Partnerschaft, gleicher Augenhöhe mit dem Patienten, der Wissensasymmetrie zum Trotz. Dieses fünfte Merkmal – Partnerschaft zwischen Betreuungsteam und Patient – kommt so bescheiden und süffisant daher; die Umsetzung im konkreten Alltag ist allerdings oft eine Knacknuss, wie unser Beispiel eingangs gezeigt hat: Wer soll, wer will mitentscheiden, wer nicht? Wie viel wollen wir suggerieren und bewirken, wie viel freien Patientenwillen halten wir aus, auch wenn er unserer Intention widerspricht? Den Patienten als gleichwertigen Partner zu verstehen ist für mich das zentrale Element für eine *high performance* als Hausarzt, und ein Grundelement in der Aus- und Weiterbildung zum Hausarzt. Zum Schluss zurück zu unserem Patienten in der Praxis: Besser wäre es gewesen, die gegenseitige Verstimmung aus dem Weg zu räumen, indem ich als Arzt seine persönliche Gewichtung (kontra versus pro

Hospitalisation) akzeptiere, und ihn «leichten Herzens» dabei begleite, ihm das auch so kommuniziere. Er hatte retrospektiv übrigens richtig entschieden: Der Infekt war ambulant beherrschbar gewesen.

Danksagung

Ich danke Bruno Kissling herzlich fürs kritische Gegenlesen.

Interessenkonflikte

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
- 2 Patient-Centered Primary Care Collaborative. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf
- 3 Bodenheimer T, Amireh G, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med.* 2012;2:166–171.
- 4 www.gesundheitscoaching-khm.ch

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan
Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarzt-
medizin Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich und
Kollegium für Hausarzt-
medizin
Landhausweg 26
CH-3007 Bern
[sneuner\[at\]bluewin.ch](mailto:sneuner[at]bluewin.ch)