

„Wer informiert ist, folgt eigenen Präferenzen“

Hilda Bastian berät Patienten

Köln – Hilda Bastian leitet die Patienteninformation beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Wir sprachen mit ihr über den mündigen Patienten.

Frau Bastian, was ist das eigentlich, ein mündiger Patient?

Für mich ist das jemand, der sich gut informiert. Der mündige Patient kennt seine Bedürfnisse und Wünsche im Hinblick auf die medizinische Versorgung und kann sie auch durchsetzen.

Können Sie uns ein Beispiel nennen?

Ein Mensch mit Asthma, der seine Gesundheitsziele kennt und zum Beispiel Klinikaufenthalte vermeiden möchte, kann mehr über Selbstbehandlung lernen, um Anfälle zu minimieren.

Wie stehen die Chancen in Deutschland, sich als Patient mündig zu machen?

Die Chancen verbessern sich rasant. Der mündige Patient ist in Mode gekommen. Patientenrechte waren vor wenigen Jahren noch kein großes Thema. Jetzt gibt es viele Initiativen. Natürlich ist es nicht leicht, als Patient mündig zu werden. Vor allem wenn man Angst hat, weil man selbst oder ein Mensch, der einem nahe steht, ernsthaft erkrankt ist. Es gibt Leute, die gehen sehr selbstbewusst mit einem Polizisten um, aber nicht mit einem Arzt. Das ist etwas Besonderes. Andererseits kann man an solchen Herausforderungen auch wachsen. Man muss so stark wie möglich sein, um sich dem zu stellen. Ich denke, das kann man lernen.

Wie gehen Ärzte damit um, wenn Patienten sie entsprechend fordern?

Manche Ärzte sind begeistert, wenn Patienten Fragen stellen und sich dafür interessieren, was sie selbst tun können, um gesund zu werden oder besser mit einer Erkrankung zu leben. Andere Ärzte finden das unangenehm. Wichtig ist: Der mündige Patient ist nicht unbedingt jemand, der in der Praxis lauthals nach der neuesten Therapie verlangt. Wenn Ärzte da genervt reagieren, habe ich dafür ein gewisses Verständnis.

Wie groß ist die Gefahr, dass Patienten an unseriöse Informationen gelangen? Das Internet ist dafür anfällig. Wäre das die Kehrtseite: Jemand meint, er wäre mündig, aber eigentlich ist er nur desinformiert?

Die Wahrscheinlichkeit, dass man auf Unzuverlässiges stößt, ist groß. Oft geht es nur um Geschäftemacherei, und häufig zählt auf Informationsseiten mehr der Glaube an etwas als das Wissen. Zu erkennen, wann etwas glaubwürdig ist, macht einen Teil des mündigen Patienten aus.



Hilda Bastian

Foto: IQWiG

Geht es Ihnen beim IQWiG auch darum, der Macht der Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie etwas gegenüberzustellen – also um eine Form von Waffengleichheit?

Zunächst wollen wir so neutral wie möglich sein. Wir fragen uns, was Patienten gerade jetzt wissen möchten. Die Patienten sollen wissen, welchen Nutzen eine bestimmte Behandlung bringt, aber auch, welche Risiken damit verbunden sind. Es geht nicht darum, sich gegen irgendjemanden zu stellen. Aber wir stehen auf der Seite der Patienten und wollen ihnen helfen, die ungeheure Informationsflut, die die Forschung produziert, zu überblicken und zu filtern. Wir wollen den Stand des Wissens abbilden.

Bezwecken Sie auch, dass Patienten mehr Kontrolle ins Gesundheitswesen bringen?

Es ist wichtig zu erkennen, dass es gewisse Ungewissheiten in der Medizin gibt, obwohl vielfach der gegenteilige Eindruck erzeugt wird. Man kann oft nicht mit letzter Klarheit sagen, ob Option A besser ist als Option B. Wenn Patienten das wissen, können sie auch ihren eigenen Präferenzen folgen. Sie müssen sich nicht für B entscheiden, nur weil der Arzt das sagt.

Das IQWiG soll auch helfen, dass Geld nur für Leistungen ausgegeben wird, die wirklich erforderlich sind. Ist der mündige Patient ein sparsamerer Patient?

Das steht für mich nicht im Vordergrund. Aber sicher spielt das künftig eine stärkere Rolle. Der Sparzwang im Gesundheitswesen geht zunehmend auf Kosten der Patienten. Da ist es interessant für sie, zu sehen, wo sie selbst Kosten vermeiden helfen können, um im Ernstfall alles Notwendige zu erhalten. Kostenbewusstsein ist ein wichtiger Aspekt des mündigen Patienten.

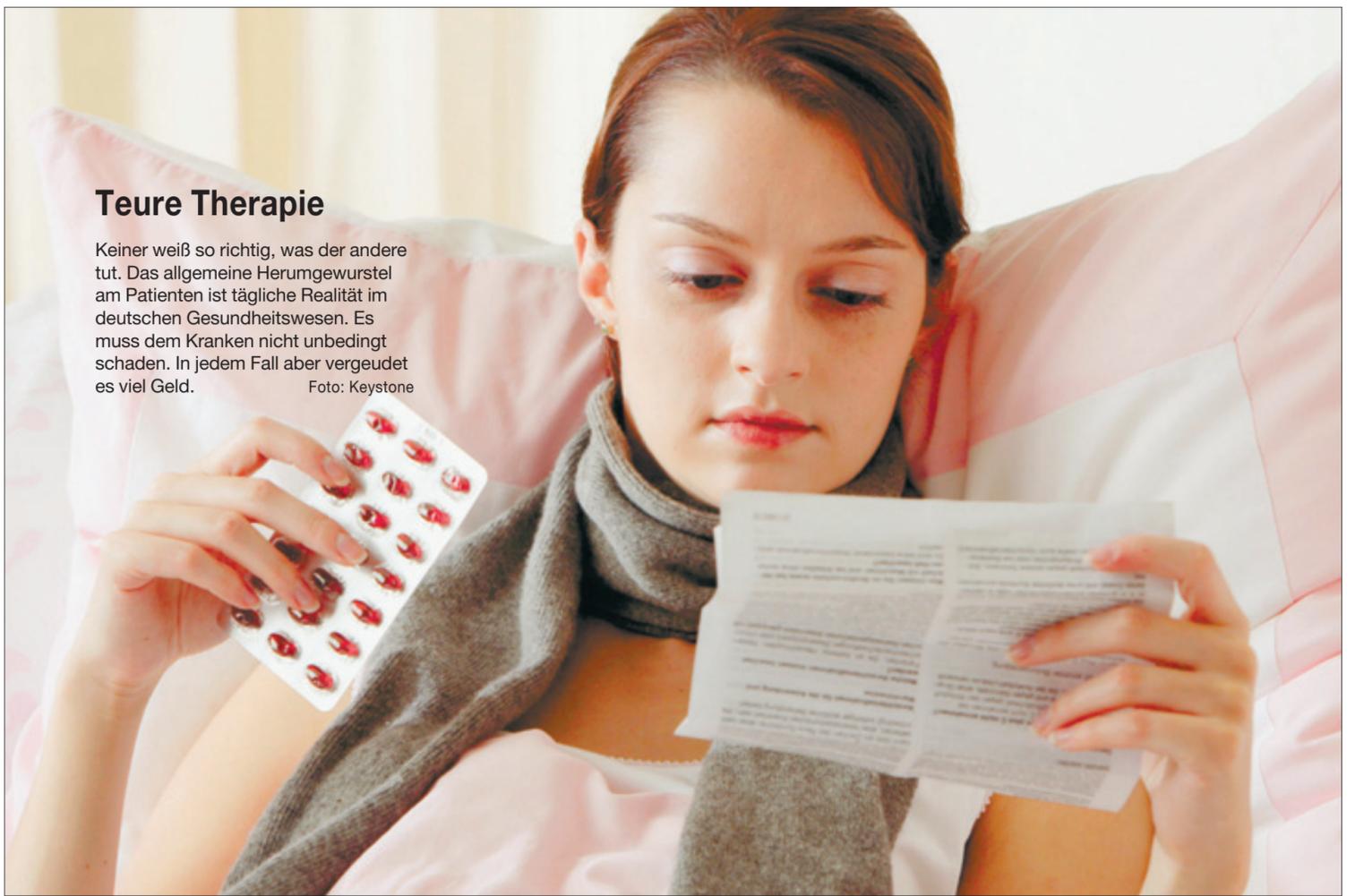
Fragen von Willi Reiners

Das IQWiG informiert unter: www.gesundheitsinformation.de

Teure Therapie

Keiner weiß so richtig, was der andere tut. Das allgemeine Herumgewurstel am Patienten ist tägliche Realität im deutschen Gesundheitswesen. Es muss dem Kranken nicht unbedingt schaden. In jedem Fall aber vergeudet es viel Geld.

Foto: Keystone



Patient rückt ins Zentrum

Mündige Kranke und abgestimmte Behandlungen als Reformziel

Stuttgart – Chronisch Kranke veranlassen die meisten Gesundheitsausgaben. Nur wenn sie zielgenau behandelt werden, ist die Kostendynamik zu beherrschen.

VON WILLI REINERS

Stellen wir uns vor: ein schwarzes, fensterloses Haus. Kein Lichtstrahl dringt hinein. Eine Blackbox. Man weiß weder, wie das Innere aufgebaut ist, noch wie es funktioniert. Sicher ist nur: Vorne gehen Menschen rein, und hinten kommen sie nach einer gewissen Zeit wieder raus. Sie selbst wissen nicht, was zwischenzeitlich mit ihnen geschehen ist. Und sonst weiß es auch keiner so richtig. Aber irgendwas muss da drinnen passieren. Sonst wäre der Unterhalt des Hauses nicht so schrecklich teuer.

Das ist natürlich grob vereinfacht. Aber so ungefähr könnte man das deutsche Gesundheitswesen immer noch erklären. Inzwischen jedoch tut sich was. Endlich. Man beginnt zu hinterfragen, wofür das viele Geld eigentlich ausgegeben wird. 140 Milliarden Euro jährlich allein in der gesetzlichen Krankenversicherung sind schließlich kein Pappenstiel. Im Zentrum der Neugierde stehen die, für die das Gesundheitswesen eigentlich da ist – die Patienten. Gefragt wird: Kommen die medizinischen Ressourcen, die das System vorhält, tatsächlich zielgenau ihnen zugute? Oder ist die Blackbox eher eine geschickt getarnte Alimentsationsmaschine für Ärzte, Therapeuten, Apotheker, Pharmahersteller und Klinikbetreiber?

Kehrtwende zu den Patienten also. Was weiß man über sie? Nicht viel. Über 500 Millionen Mal gehen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen jährlich zum Arzt. Der rechnet über seine Kassenärztliche Vereinigung mit der betreffenden Kasse ab, die gar nicht weiß, was ihrem Versicherten fehlt und wie er behandelt wird. Das war's. Blackbox eben. Besonders aufschlussreich ist das nicht – sieht man einmal davon ab, dass die Deutschen trotz zehn Euro Praxisgebühr Weltmeister im Praxishocken sind, ohne dadurch gesünder zu sein oder länger zu leben als die Bürger vergleichbarer Länder.

Eine andere Zahl ist da schon interessanter: 20 Prozent der Patienten verursachen 80 Prozent der Kosten. Bei mancher Kasse ist das Verhältnis mit fünf zu 50 noch krasser. Nicht diejenigen, die wegen jedem Zipferlein oder aus Langeweile zum Doktor rennen, sind demnach das Problem. Das meiste Geld wird für Menschen ausgegeben, die wirklich Hilfe brauchen, weil sie an Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Diabetes, Krebs, Übergewicht und Demenz leiden. Andere Länder haben früh erkannt, wie wichtig es ist, auf eine effiziente Behandlung chronisch Kranker zu achten. Ohne sie ist der infolge der demografischen Entwicklung noch wachsende Ausgabendruck nicht wirksam zu bekämpfen.

Laut Gerd Glaeske, Gesundheitsexperte an der Universität Bremen, zeigt die Chronikerversorgung hier zu Lande „große Defizite“. Als Ursachen nennt er die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, zwischen Akuttherapie, Reha, Pflege und Prävention. „Den an der Betreuung beteiligten Leistungserbringern mangelt es am Willen zur Kooperation und Koordination“, kritisiert Glaeske. Zugespielt: Zu vielen geht es zuerst darum, selbst ein möglichst großes Stück vom Kuchen abzubegeben. Es ist ein allgemeines Herumgewurstel am Patienten, das diesem nicht unbedingt schaden muss, aber viel Geld vergeudet. Der Sachverständigenrat Gesundheit spricht von einer Fehl- und Überversorgung, zu der für bestimmte Krankheitsbilder noch eine Unterversorgung komme.

Jochen Gensichen, Versorgungsforscher an der Uni Frankfurt, stellt zwei Forderungen auf: Die Behandlung von Chronikern müsse abgestimmt und strukturiert durch ein Team von Leistungserbringern erfolgen. Und aktive, informierte Patienten müssten als Hauptpersonen bei der Therapie im Mittelpunkt stehen. Hier wie dort steckt das Gesundheitswesen in den Anfängen. Erste Chronikerprogramme – die so genannten

DMPs – für schwere Volkskrankheiten sind aufgelegt. Auch die Integrierte Versorgung zielt darauf, an den Systemschnittstellen Reibung zu minimieren. Und wie steht es um den informierten Kranken? „Der Trend geht dahin, aber ich wünsche mir noch viel mehr mündige Patienten“, sagt Elke Reinert, die an der Universität Freiburg Krebskranke psychologisch betreut. Es gebe noch zu viele, die sich fürchten, den Arzt zu hinterfragen und etwa eine zweite Meinung einfordern. Dahinter stecke auch die Furcht, zu viel Selbstbewusstsein könnte sich nachteilig auswirken. Sie rate Patienten stets, sich noch anderweitig kundig zu machen. Oft bestätige die zweite Arztmeinung die ursprüngliche Diagnose und den Therapieversuch. „Meine Erfahrung ist, dass Patienten erst danach zu 100 Prozent hinter der Behandlung stehen und so besser durch die Therapie kommen.“ Überhaupt zahle sich Eigenverantwortlichkeit aus. Die Patienten erhielten mehr Aufmerksamkeit, folgten dem Therapieplan disziplinierter und nutzten das medizinische Instrumentarium insgesamt besser.

Das Kürzel steht für Integrierte Versorgung – ein Zauberwort der Reformdebatte. IV-Angebote zielen darauf, dass Ärzte, Therapeuten, Kliniken und andere Leistungserbringer Hand in Hand arbeiten. Das soll die Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche aufbrechen. IV-Verträge werden von den Kassen direkt mit den Leistungserbringern abgeschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben außen vor.

Jedes Medikament ist nur für eine bestimmte Erkrankung zugelassen. Möchte ein Arzt es für die Therapie anderer Erkrankungen einsetzen – also abweichend vom Etikett (engl.: off label) – verweigern die Kassen oft die Kostenübernahme. Ein Urteil des Bundessozialgerichts hat klargestellt, dass eine solche Anwendung rechters ist, wenn sie bei einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung einen begründbaren Erfolg verspricht und es keine zugelassene Therapiealternative gibt.

Das Kürzel steht für die Individuellen Gesundheitsleistungen, die fast alle Ärzte anbieten. Es handelt sich um Diagnose- und Behandlungsmethoden, welche die Kassen nicht erstatten. Manches auf der Igel-Liste (etwa reisemedizinische Beratungen und Impfungen) kann sinnvoll sein. Anderes ist in seiner Wirksamkeit umstritten. Für Ärzte ist das „Igel“ attraktiv, da sie direkt mit den Kassenpatienten abrechnen können. Viele lassen sich schulen, um ihre Angebote besser zu verkaufen. Welcher Patient lässt sich schon gerne vorwerfen, nicht genug für seine Gesundheit zu tun? **Willi Reiners**

Fachchinesisch für Versicherte

Stuttgart – Unverständliche Wortschöpfungen, englische Begriffe und Kürzel beherrschen die gesundheitspolitische Debatte. Wir erklären wichtige Begriffe.

DMP

Disease-Management-Programme (Disease: engl. für Krankheit) sind ein Versorgungsangebot für chronisch Kranke. Sie sollen durch aufeinander abgestimmte Betreuungsschritte mehr Lebensqualität erlangen und zudem vor Spätfolgen ihrer Krankheit bewahrt werden. Das soll langfristig auch Kosten sparen helfen. Wichtiger DMP-Baustein sind Patientenschulungen. Diagnose und Behandlung basieren auf Leitlinien, die wissenschaftlich auf Wirkung, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. DMP-Vertragsärzte – in der Regel Hausärzte – übernehmen die Koordination. Kassen, deren Versicherte an DMPs teilnehmen, erhalten höhere Ausgleichszahlungen aus dem Kassenfinanzausgleich.

DRG

Diagnosis-Related-Groups (engl. f. diagnosebezogene Fallgruppen) sind Grundlage der leistungsorientierten Vergütung durch Fallpauschalen, die 2008 für alle Krankenhäuser verbindlich wird. DRGs bilden ein Patientenklassifikationssystem, das stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Art und Schwere der Erkrankung, Alter, Komplikationen, Entlassungsgrund u. a.) zu Gruppen zusammenfasst. Dies ermöglicht Vergleiche zwischen Kliniken und bietet den Maßstab, um leistungsrechte Preise zu ermitteln. Ab 2008 zahlen die Kassen bundesweit das Gleiche für einen bestimmten Eingriff.

IV

Das Kürzel steht für Integrierte Versorgung – ein Zauberwort der Reformdebatte. IV-Angebote zielen darauf, dass Ärzte, Therapeuten, Kliniken und andere Leistungserbringer Hand in Hand arbeiten. Das soll die Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche aufbrechen. IV-Verträge werden von den Kassen direkt mit den Leistungserbringern abgeschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben außen vor.

Off-Label-Use

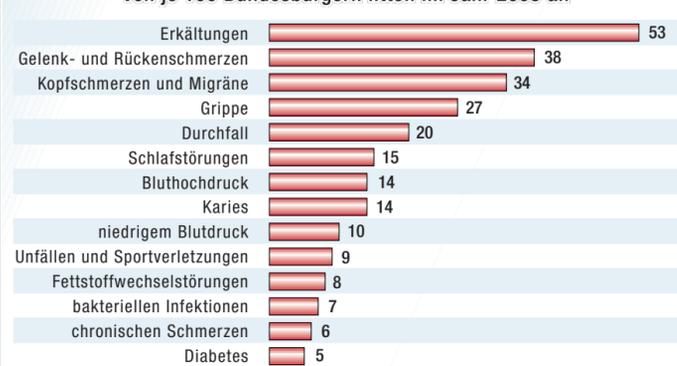
Jedes Medikament ist nur für eine bestimmte Erkrankung zugelassen. Möchte ein Arzt es für die Therapie anderer Erkrankungen einsetzen – also abweichend vom Etikett (engl.: off label) – verweigern die Kassen oft die Kostenübernahme. Ein Urteil des Bundessozialgerichts hat klargestellt, dass eine solche Anwendung rechters ist, wenn sie bei einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung einen begründbaren Erfolg verspricht und es keine zugelassene Therapiealternative gibt.

Igel

Das Kürzel steht für die Individuellen Gesundheitsleistungen, die fast alle Ärzte anbieten. Es handelt sich um Diagnose- und Behandlungsmethoden, welche die Kassen nicht erstatten. Manches auf der Igel-Liste (etwa reisemedizinische Beratungen und Impfungen) kann sinnvoll sein. Anderes ist in seiner Wirksamkeit umstritten. Für Ärzte ist das „Igel“ attraktiv, da sie direkt mit den Kassenpatienten abrechnen können. Viele lassen sich schulen, um ihre Angebote besser zu verkaufen. Welcher Patient lässt sich schon gerne vorwerfen, nicht genug für seine Gesundheit zu tun? **Willi Reiners**

Die Leiden der Deutschen

Von je 100 Bundesbürgern litten im Jahr 2005 an



Krankheitsarten und ihre Kosten in Euro und Prozent 2002

	Prozent	Euro in Mrd.
Kreislaufsystem	15,8	35,4
Verdauungssystem	13,9	31,1
Muskel-Skelett-System	11,3	25,2
psychische Störungen	10,0	22,4
Krebs	6,6	14,7
Hormonsystem, Ernährung und Stoffwechsel	5,8	12,9
Atmungssystem	5,5	12,3
Verletzungen und Vergiftungen	4,7	10,5
sonstige Krankheiten	26,4	59,0
insgesamt	100,0	223,6

Krankheitskosten nach Alter in Prozent 2002

