

1 Patientenintegration als beständige Herausforderung

1.1 Einführung

Die Einbeziehung der Patienten in die Krankheitsbehandlung, von der Diagnosestellung beginnend bis hin zu deren häuslichen Versorgung, kann als Grundvoraussetzung und Selbstverständlichkeit aller Handelnden im Gesundheitswesen angesehen werden. Wohl kein Arzt, kein Altenpfleger, Apotheker oder Pflegekraft etc., der dieses Selbstverständnis nicht für sich und seine Arbeit in Anspruch nehmen würde. Patienten müssen aufgeklärt, in die tägliche Arbeit der Helfer miteinbezogen, unterrichtet und geschult werden. Auf einem anderen Weg kann keine vertrauensvolle Zusammenarbeit – als Grundlage jedes Heilungs- und Behandlungsprozesses – entstehen.

Erst bei genauerem Hinsehen und kritischer Analyse wird deutlich, dass die Unterschiede in dem, was die einzelnen Leistungsanbieter tatsächlich ermöglichen, groß sind. Dies beruht nicht zuletzt auf dem Sachverhalt, dass das Verständnis darüber, was denn eine systematische Patientenintegration ausmacht und mit welchem konkreten Angeboten diese dann verbunden ist, sich erheblich voneinander unterscheiden. Wählt man die Einschätzung verschiedener Experten zum Ausgangspunkt, werden die Mechanismen der Unzulänglichkeiten erkennbar:

1. Es gibt den Kreis der *Gesundheitswissenschaftler*, welche die unzureichende Integration der Betroffenen vor dem Fehlen einer Orientierung der Behandlung an langfristigen und rehabilitativen Zielen ausmachen. Soll indes das Gesundheits- und Altenversorgungssystem dauerhaft bezahlbar und für alle Bürger zugänglich bleiben, müssten gerade auch die alten Menschen in ihrer Unabhängigkeit und Selbstversorgungsmöglichkeit unterstützt werden. Dieselben Wissenschaftler weisen darauf hin, dass die Konzentration des Gesundheitssystems auf dessen kurative Funktion als grundsätzliche Fehlsteuerung zu problematisieren ist. Frühe, auf Prävention und Gesunderhaltung ausgerichtete Programme, die bereits im Kinder- und Jugendalter initiiert und über die Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter vorgetragen werden sollten, würden nur eine Randbedeutung haben.
2. Es gibt den Kreis der *Gesundheitsökonominnen*, welche insbesondere die Kosten fehlgeleiteten oder gar fehlenden Patientenempowerments vorrechnen und in die Diskussion über ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem einbringen.

Tatsächlich belegen zahlreiche Studien die positive Auswirkung einer aktiven Patientenintegration auf die Kostenfunktion der Krankheitsbehandlung. Dies gelingt über die Reduzierung von Falsch- oder Mehrfachinanspruchnahme von Leistungen, der missbräuchlichen Anwendung von Medikamenten, der positiven Beeinflussung problematischer Verhaltensweisen, etc. Auch betonen diese Ökonomen, dass es prinzipiell sinnvoll ist, Patienten auf deren Kostenauswirkungen aufmerksam zu machen. Dies sei ein legitimes, kein anrüchiges Ansinnen, vergleichbar mit anderen Dienstleistungen. Die Patientenquittung sei nur ein erster Schritt in diese Richtung. Nicht zuletzt müssten die Aktivitäten und Verantwortungen für die Krankheitsbehandlung so zusammengeführt werden, dass diese für den Patienten als eine „integrierte Lösung“ erfahrbar werden. Die im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) auf den Weg gebrachten § 140 SGB V a–e (Integrierte Versorgungsverträge), § 95 SGB V (Gründung von medizinischen Versorgungszentren), als auch die rechtlichen Voraussetzungen zu den Disease-Management-Programmen (DMP) sowie das Hausarztmodell dienen dem Zweck der Versorgung aus einer Hand.

3. Es gibt die *Patienten-, Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen*, die immer wieder auf bestehende Unzulänglichkeiten der Patienteneinbeziehung aufmerksam machen. Das Spektrum der vorgetragenen Einwände ist weit und beginnt mit z. T. spektakulären Versäumnissen bei Einzelschicksalen und reicht bis hin zu einem als grundsätzlich und systematisch empfundenen Widerstand gegen eine transparente und auf Autonomie ausgerichtete Einbeziehung der Betroffenen.

Spricht man mit den Helfern, was sie unter Patientenintegration verstehen und wie diese an deren Arbeitsplatz ausgeführt wird, offenbart sich, wie unterschiedlich das Verständnis und die geübte Praxis hierüber sind. In eigenen Untersuchungen und Projekten konnte ich diesen Sachverhalt bestätigen. So besteht nicht nur ein breiter Korridor in Bezug darauf, was unter Patientenintegration verstanden wird, sondern auch, welche konkreten Verpflichtungen sich hieraus für das eigene berufliche Verhalten ergeben.

So muss festgestellt werden, dass es bis heute nur in wenigen Disziplinen und Versorgungsbereichen gelungen ist, eine gemeinsam getragene Definition dessen, was die Integration der Betroffenen praktisch ausmacht, zu verabschieden. Auch wenn diese als Ziel in den Leitbildern erwähnt wird, gelingt es in aller Regel nicht, einen eindeutigen Prozess zur Integration der Patienten zu verwirklichen. Allzu häufig beschränkt sich diese auf die rechtlich vorgeschriebenen Informations- und Aufklärungsstandards. Als Resultat ist die Praxis stärker durch das persönliche Engagement des Gesundheitsberufers moderiert, als dass sie Ergebnis eines für alle gültigen Qualitätsmanagements wäre.

Um die weiteren Ableitungen, Überlegungen und Lösungsansätze nachvollziehbar zu halten, soll an dieser Stelle eine erste allgemeine Definition des Begriffes Patientenintegration eingeführt werden:

Definition

Unter **Patientenintegration** sind all diejenigen Aktivitäten zusammenzufassen, die geeignet sind, die notwendigen Fähigkeiten – und damit verbundene Souveränität und Selbstbestimmung – des Patienten zu dessen bestmöglicher Auseinandersetzung mit Krankheit, Pflege und Gesundheitsförderung zu verbessern.

Wird diese Definition als Ausgangspunkt der Analyse gewählt, ergeben sich weitreichende Konsequenzen.

1.2 Patientenverständnis

Die ausgeführte Definition geht mit einer klaren Erwartung an die professionellen Akteure einher. Sie begründet sich aus einem dezidierten Selbstverständnis des Patienten im Gesundheitswesen. In diesem wird der Patient als ein aktiver, an seinen gesundheitlichen Angelegenheiten maßgeblich interessierter Akteur identifiziert, der sich ausdrücklich – oder doch implizit – an den Zielen eigener Souveränität und Handlungskontrolle orientiert. Der Patient wird so als gleichberechtigter, ja sogar als führender Partner des Behandlungsprozesses sichtbar. Auch wenn unzweifelhaft ist, dass dieses Patientenverständnis nicht für jede Situation der Krankheitsauseinandersetzung und auch nicht für jede Diagnose gleichermaßen universelle Gültigkeit besitzt, so kann doch kein Zweifel an der grundsätzlichen Richtigkeit des so beschriebenen Patientenverständnisses bestehen. Auch wenn Patienten angeblich – immer wieder wird dies kolportiert – von solch einer partizipativ-engagierten Rolle nichts wissen wollen und sich eher passiv der Behandlungssituation und dem Expertentum anderer anvertrauen, nach Aussagen der Helfer „geführt werden wollen“, so braucht auch dieser Sachverhalt nicht zur Relativierung des Zielanspruchs zu führen. Tatsache ist, dass solch ein Patientenverhalten in aller Regel weniger Persönlichkeitsmerkmal als das Ergebnis einer problematischen Sozialisation im Gesundheitswesen ist. Ein Resultat, für das keinesfalls die aktuell Handelnden verantwortlich sein müssen und das im ungünstigsten Fall eine „erlernte Hilflosigkeit“ des Patienten sein kann.