

Patientenkompetenz

Die Idee von den sozialen Selbstheilungskräften

CHRISTOPH KRANICH

Ärzte operieren, behandeln, geben Medikamente... Aber sie heilen nicht! Das tut der Patient selbst – „mit seinem Immunsystem“, würden die Hochschulmediziner einräumen, und sie würden wunderbare farbige Bilder zeigen, wie sich die Zellen in den röhrenartigen Blutbahnen gegenseitig auffressen. „Mit seinen Selbstheilungskräften“, sagen Naturmediziner, und sie haben ganz verschiedene Namen für die tief im Körper wirksamen Energien: Die einen nennen sie „universelle Lebensenergie“, die anderen „bioenergetischer Ausgleich der Körperfunktionen“, wieder andere kurz „Qi“ oder „Ätherleib“. Auch seelische Selbstheilungskräfte sind bekannt, zum Beispiel der „Placebo-Effekt“, den die orthodoxen Mediziner als „Droge Arzt“ anerkennen und der in der neuen Disziplin der Psycho-Neuro-Immunologie hoffähig wird. Die Wechselwirkung von Körper und Seele ist überhaupt als Psychosomatik durchaus ein anerkanntes Wissenschaftsgebiet. Andere Kulturkreise haben sogar ganz selbstverständlich noch weiter gehende Vorstellungen: Körper, Seele und Geist sind bei den Chinesen allgegenwärtig, wenn sie jeden Morgen ihre Tai Chi-Übungen machen. Auch bei uns gibt es ja diese Dreiheit in der christlichen Welt. Medizinisch wurde sie sogar um die soziale Dimension zum „Bio-psycho-sozialen Modell“ erweitert – ohne den Geist, der dort noch fehlt. Alles zusammen würde ein Kreuz ergeben oder eine Dreiheit des Menschen, der eine Dreiheit des Umkreises oder der Natur entspricht. (S. Abb 1)

Und alle drei Bereiche können auch gestört oder verschmutzt sein. So wie Störungen im Körper zu Krankheit führen oder deren Ausdruck sind, so ist Verschmutzung der Umwelt Ursache oder Ausdruck von deren Krankheit. Verschmutzt wird nicht nur die

biologische Umwelt, etwa wenn wir unseren Müll hineinkippen, sondern auch die soziale und die geistige Umwelt kennen ihre Verschmutzung. Werbung würde ich zum Beispiel als mentale Umweltverschmutzung bezeichnen. Und wenn 50 Millionen Menschen im reichsten Land der Welt ohne Krankenversicherung sind, ist das soziale Umweltverschmutzung. Umgekehrt ist eine gesunde Umwelt bereit, die Eigenkräfte der Patienten zu aktivieren und zu nutzen. Zur individuellen Eigenkraft gehören die Selbstheilungskräfte. Die können angeregt werden – wie das geht, haben Viele heute verlernt. Es kann aber wieder gelernt werden. Wer sich darüber hinaus auch sozial einbringen will, muss das soziale Gefüge unserer Gesellschaft verstehen und die in ihm wirkenden Kräfte einschätzen können. Dazu braucht es noch mehr Kompetenzen.

Was müssen Patienten wissen und können?

Patienten sind auf vier verschiedenen Ebenen gefordert.

Erstens: Selbstkompetenz

Zuallererst geht es der Patientin um die Bewältigung ihrer Krankheit, den Umgang mit sich selbst. Was ist das für eine Krankheit? Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Die Patientin fragt nach medizinischem Wissen, aber auch nach dessen Suche und vor allem seiner Bewertung. Wo finde ich unabhängiges, gesichertes Wissen? Muss ich lernen, wissenschaftliche Studien zu lesen? Woran erkenne ich seriöse Informationen, die vom Patientenwohl geleitet sind und nicht von den Gewinnerwartungen der Industrie oder eines Berufsstandes? Welchen Ratschlägen kann ich bedenkenlos folgen? Wie gehe ich um mit der verbleibenden

Unsicherheit, etwa bei schwer deutbaren Symptomen, unklaren Verdachtsdiagnosen oder unvorhersehbaren Verläufen?

Zur Selbstkompetenz gehört auch der Umgang mit den Folgen der Krankheit für mein Leben. Bin ich bereit, die Einschränkungen durch eine chronische Krankheit zu akzeptieren, etwa wenn ich meinen Beruf nicht mehr ausüben kann? Gelingt es mir, die Krankheit anzunehmen, als Chance zu begreifen, mein Leben in neue Bahnen zu lenken, neue Perspektiven zu finden? Führt sie mich schließlich zu einem neuen Gefühl für mich, für mein Leben und mein Schicksal?

Zweitens: Beziehungskompetenz

Je größer die bereits erworbene Selbstkompetenz, desto eher wird eine fruchtbare Beziehung zu den therapeutisch Tätigen gelingen. Das moderne Ideal ist hier das shared decision making, die „partnerschaftliche Entscheidungsfindung“, anstelle der alten paternalistischen Forderung nach compliance, die so häufig als bloße Folgsamkeit missverstanden wird. Der Patient als Partner – das erfordert auf beiden Seiten die Bemühung um eine Ebene der Gleichheit, trotz aller Unterschiede. Selbstverständlich ist der Arzt Experte für medizinisches Wissen und Können; aber die Patientin ist Expertin für ihr Leben, ihr Schicksal, ihre Werte und Entscheidungen. Beide sind Experten auf unterschiedlicher Ebene.

Natürlich braucht auch hier die Patientin nicht nur Wissen über ihre Krankheit und mögliche Therapien, sie sollte auch einschätzen können, wie medizinisches Wissen zustande kommt, wie Wissenschaft funktioniert. Wenn der Arzt Ergebnisse neuer Therapiestudien erwähnt, muss sie nicht unbedingt selbst deren Validität nachprüfen können, aber sie sollte wissen, wie man mit Statistik manipulieren und täuschen kann, und entsprechende Fragen stellen können.

Auch unser Gesundheitssystem sollte sie kennen. Denn der Arzt ist einer seiner wichtigsten Vertreter. Hinter ihm stehen nicht nur eine Ärztekammer, eine Kassenärztliche Vereinigung und mindestens eine medizinische Fachgesellschaft, sondern möglicherweise auch Unternehmen der Pharmaindustrie als Sponsoren der letzten Fortbildung und Einflüsterer neuester Therapieleitlinien. Und wenn der Arzt der Patientin die Weiterbehandlung bei einem Kollegen oder in einem bestimmten Krankenhaus empfiehlt, möchte sie gerne wissen, warum sich gerade diese Institution um besonders gute Qualität verdient gemacht hat. Die Qualität der Angebote unseres Gesundheitssystems muss für sie transparent gemacht werden und sie muss das verstehen lernen.

Schließlich braucht die Patientin Wissen über ihre Rechte. Sie muss wissen, dass sie mit dem Arzt ganz nebenbei und selbstverständlich einen Behandlungsvertrag abschließt. Und dass der Arzt sie so gut aufklären muss, dass sie alles versteht (wenn sie das will), weil ohne ihre Einwilligung gar nichts geht. Leider muss sie gelegentlich auch wissen, wie sie mit einem Verdacht auf Behandlungsfehler umgehen soll: Welche Wege gibt es? Wer hilft ihr? Wie findet sie eine Patientenberatungsstelle, einen Rechtsanwalt, einen Gutachter?

Auch hier ist nicht nur Wissen gefordert, sondern etliche Fähigkeiten. Neben Selbstbewusstsein ist die Kompetenz nötig, die partnerschaftliche Entscheidungsfindung zusammen mit dem Arzt als Prozess zu durchlaufen, der möglicherweise durch mehrere Schleifen führt: Die Patientin geht ein- oder mehrmals zurück in ihre eigene Welt und überprüft das mit dem Arzt Besprochene zusammen mit ihrer Familie, ihren Freunden, ihrer Selbsthilfegruppe oder einer Beratungsstelle ihres Vertrauens. Denn für ihr Leben ist sie die Expertin, nicht der Arzt. Erst wenn sie sich sicher ist über den Nutzen einer vorgeschlagenen Behandlung, willigt sie ein.

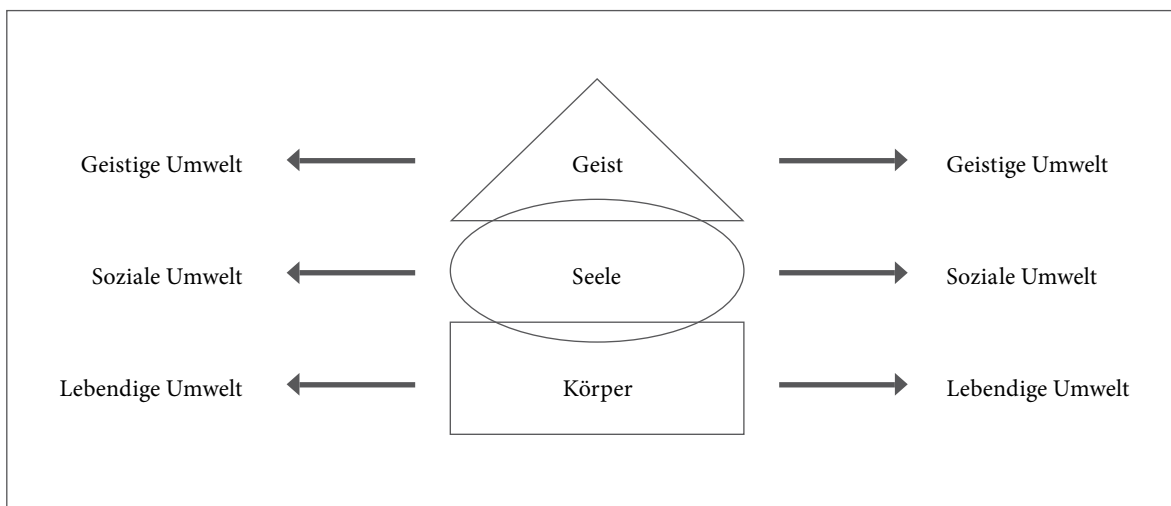


Abb. 1: Bio-Psycho-Soziales Model

Drittens: Sozialkompetenz

Wenn die Patientin in einer Selbsthilfegruppe auf andere Patienten trifft, braucht sie weitere Kompetenzen. Zur Gruppenfähigkeit gehört, dass sie sich zurücknehmen und auch Andere gelten lassen kann, dass sie zuhören lernt, dass sie ihre eigenen Erfahrungen in Beziehung zu denen Anderer setzen kann; und schließlich auch, dass sie damit umgeht, wenn ihr ein Gruppenmitglied trotz gleicher Krankheit völlig fremd ist. Denn die Selbsthilfegruppe ist in der Regel eine Ein-Punkt-Initiative: Nur die Krankheit ist das Verbindende, alles andere kann völlig verschieden sein.

Wer Verantwortung in einer Selbsthilfegruppe oder -organisation übernimmt, braucht auch Kompetenzen, die schon in die vierte Dimension überleiten, z.B. wenn es um Sponsoring durch Pharmaunternehmen geht oder um die Einflussnahme auf die „große Politik“ über Dachverbände und Politiker.

Viertens: Demokratiekompetenz

Auf der vierten Stufe kommen nun die höchsten Anforderungen hinzu, geht es doch um das gesellschaftlich-politische Leben und seine ganz eigenen Mechanismen. Hier muss die Patientin über sich hinauswachsen, denn sie ist nicht mehr für sich selbst hier, sondern Stellvertreterin aller Patienten. Auch wenn sie vielleicht nur eine bestimmte Patientengruppe repräsentieren muss, ist sie stets im Blickpunkt des öffentlichen Interesses als Teil der Patientenvertretung in wichtigen Gremien.

Hier muss sie über ein fundiertes aktives Systemwissen verfügen, das Gesundheitssystem in seinen Funktionen durchschauen, ja mehr noch: sie muss es verantwortlich aktiv beeinflussen können. Obwohl Patientenvertreter nach den neuen Gesetzen nur beratend und nur an einigen Gremien beteiligt sind, ist damit doch ein fast revolutionär zu nennender Systemwechsel eingeleitet: Die Beteiligung wird (und soll ja wohl auch) die Akzeptanz der getrof-

fenen Entscheidungen in der Bevölkerung erhöhen, zumindest wird sie dafür als Argument benutzt. Also muss unbedingt die größtmögliche Kompetenz der beteiligten Patienten eingefordert werden. Andernfalls wäre die Beteiligung ein Missbrauch der Patienten für fremde Ziele!

Um in Gremien mit den Vertretern und Funktionären von Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen mitreden, Anträge stellen und meinungsbildend mitdiskutieren zu können, braucht die Patientin rhetorische Fähigkeiten. Sie sollte nicht nur die Besonderheiten der dort gebräuchlichen Sprach- und Ausdrucksformen kennen und Manöver der Überredung oder Täuschung durchschauen, sie muss vieles auch selbst aktiv ausüben können, um ihre Stellungnahmen wirksam einzubringen.

Auch ist gegenüber den vorigen Dimensionen eine noch höhere Wissenschafts- und Methodenkompetenz nötig. Denn die Entscheidungen – beispielsweise eines Gemeinsamen Bundesausschusses – sollen ja evidenzbasiert sein, das heißt den neuesten Stand der Wissenschaft und Forschung abbilden. Wenn die Patientin davon nichts versteht, kann sie alles nur blind abnicken, womit sie ihren Auftrag völlig verfehlen würde.

Noch etwas ist dringend erforderlich, ich nenne es Mandat-Kompetenz. Die Patientin muss auf dieser Stufe nicht primär ihre eigene Meinung vertreten, sondern die der Patientenschaft, für die sie ihre Funktion ausübt. Neben der schon auf der dritten Stufe geforderten Fähigkeit, die eigene Betroffenheit zu relativieren und in einen Kosmos verschiedener Krankheits-Erfahrungen einzubetten, ist hier auch die Abstimmung von Positionen nötig.



© Stephanie-Hofschlaeger / pixelio.de

Wer bietet Hilfe beim Kompetenzerwerb?

Einige notwendige Patientenkompetenzen sind bereits Bestandteil von Bildungsprogrammen: Spezialisierte Kliniken bieten krankheitsbezogene Patientenschulungen an; Krankenkassen trainieren chronisch Kranke, etwa im Rahmen der Disease-Management-Programme; Volkshochschulen helfen, über den Tellerrand der Medizin hinauszuschauen. All diese Schulungen beziehen sich jedoch in der Regel nur auf krankheitsbezogenes Wissen, meist sogar nur für die häufigsten Krankheiten.

Auch viele Selbsthilfe-Organisationen bieten für ihre Mitglieder Fortbildung an, meist ebenfalls krankheitsbezogen. Die Angebote der Selbsthilfe-Kontaktstellen dagegen richten sich an Mitglieder aller Selbsthilfegruppen, unabhängig von der jeweiligen Krankheit, und vermitteln Gesichtspunkte zur Arbeit in und mit der Gruppe, also in meiner Begrifflichkeit zur Sozialkompetenz.

Natürlich gibt es viel mehr. Aber selbst wenn ich alle bereits vorhandenen Angebote kennen und nennen würde: Verglichen mit dem Bedarf sind sie nicht mehr als Tropfen auf heiße Steine. Und die wenigsten betreffen die beiden mir besonders wichtigen Dimensionen: die Beziehungskompetenz, die erst eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Kommunikation ermöglicht, und die Demokratiekompetenz als Voraussetzung für eine Mitwirkung in gesundheitspolitischen Gremien.

Plädoyer für eine Patientenakademie

Für die Förderung einer so umfassend wie hier verstandenen Patientenkompetenz reichen die bisherigen Angebote bei weitem nicht aus. Etwas Größeres ist nötig: Patientenbildung muss zur Normalität werden. So wie die Behandlung einer Krankheit nach Standards und Leitlinien der Medizin erfolgt, so muss es auch Standards und Leitlinien für die Patientenbildung geben – und zwar nicht nur auf Krankheiten bezogen, sondern auch auf den höheren Stufen der Patientenkompetenz.

Die Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform 2004 die Anstöße dafür gegeben und den Weg frei gemacht, dass das neue Paradigma der Patientenautonomie im Arzt-Patient-Kontakt und auf der demokratischen Ebene umgesetzt werden kann. Aber sie hat noch nicht wirklich die notwendigen Voraussetzungen dafür geschaffen. Die partnerschaftliche Entscheidungsfindung ist noch weit davon entfernt, auch in der Praxis zum neuen Paradigma zu werden. Patientenbeteiligung wird zwar überall umgesetzt, aber unter erheblichen persönlichen Opfern, ohne ausreichende Kompetenzentwicklung und ohne kritische Auswertung und Evaluation.

Abhilfe wäre zu schaffen durch eine Patientenakademie als Netzwerk, das sich über ganz Deutschland spannt. Sie müsste die bisher bestehenden Angebote der Patientenbildung aufgreifen, viele neue Angebote hinzufügen und das Ganze qualitativ absichern,

also Standards und Leitlinien für die Patientenbildung formulieren und deren Anwendung evaluieren.

Ein solcher Verein wurde tatsächlich 2007 gegründet. Er hat sich viel vorgenommen:

- ermitteln, welche Angebote von Bildungseinrichtungen sich an Patienten oder Krankenversicherte wenden, dieses Wissen bündeln und es als bundesweites elektronisches Verzeichnis im Internet zugänglich machen,
- die „weißen Flecken“ auf der Patientenbildungs-Landkarte suchen und Anbieter stimulieren, das Fehlende zu liefern, und Kriterien und ein Zertifikat für gute Patientenbildung entwickeln. ■

Christoph Kranich Dipl.päd.

Nach Geburt, Kindheit und der obligatorischen, mit Abitur beendeten Schulzeit sowie einem pädagogischen Orientierungsjahr wählte ich die Ausbildung zum Krankenpfleger am Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Anschließend studierte ich Biologie in Bremen, wechselte aber bald zur Pädagogik mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung und Wahlfach Gesundheit in Hamburg, die ich mit Diplom abschloss (Diplomarbeit: „Lernen durch Krankheit“).

Während des Studiums arbeitete ich sechs Jahre in der Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) sowie in verschiedenen Gesundheitsinitiativen. Dann war ich drei Jahre als geschäftsführender Mitarbeiter der Patienteninitiative Hamburg tätig und absolvierte berufsbegleitend das Weiterbildungsstudium Sozial- und Gesundheitsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft und Politik (heute ein Fachbereich der Universität Hamburg). Seit 1995 leite ich die Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz der Verbraucherzentrale Hamburg. Außerdem unterrichte ich an verschiedenen Universitäten und Hochschulen zu den Themen Patientenorientierung, Patientenrechte, Patientenbeteiligung, Beschwerdemanagement.

www.vzhh.de

Verbraucherzentrale Hamburg
 Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
 Kirchenallee 22
 D-20099 Hamburg
 Tel. Patientenber.: 040-24832-230
 Fax +49 (0)40 24832-290
 E-Mail: kranich@vzhh.de

Literatur:

Kranich C (2004). Patientenkompetenz – Was müssen Patienten wissen und können? Bundesgesundheitsblatt 47, 10/2004

Die Patientenakademie Deutschland e.V. im Internet: www.patientenakademie-deutschland.de

