

Johannes Brühwiler, Vorstandsmitglied «Hausärzte Schweiz»

Krankheitsorientierung versus Patientenorientierung



Medizin ist primär krankheitsorientiert. Wissensvermittlung, Ausbildung und Weiterbildung erfolgen im Hinblick auf unterschiedliche Krankheiten und Krankheitsbilder, die zumeist organorientiert aufgelistet und organisiert sind. Dies bildet sich ebenfalls bei den Fachgesellschaften ab: So gibt es beispielsweise eine Gesellschaft für Onkologie, für Gastroenterologie oder für Kardiologie. Schliesslich sind

auch die Behandlungsleitlinien so formuliert: «Best Practice» zur Behandlung der COPD oder der koronaren Herzkrankheit.

Der Behandlungsprozess ist damit jedoch nicht zu Ende. Wir haben lediglich ein organorientiertes Leitgerüst. Die Ursache der COPD zum Beispiel ist meist das Rauchen. Dieses führt jedoch nicht nur zur Lungenschädigung, sondern verursacht Gefäss- und Herzerkrankungen und erhöht das Krebsrisiko. Somit ist die COPD nicht einfach nur eine Lungenkrankheit, und der alleinige Fokus auf die Lunge wird der Situation nicht gerecht. Im Gegenteil: Die Diagnose COPD ist auch ein Trigger für die Suche nach Herz- und Gefässproblemen und die entsprechende Risikoabschätzung.

In der Praxis sitzen wir einem individuellen Patienten gegenüber, der mit einem spezifischen Problem Rat und Hilfe sucht. Nach einer sorgfältigen und umfassenden Analyse stellen wir häufig mehrere Diagnosen. Damit haben wir möglicherweise einige Leitlinien für das weitere Vorgehen zur Hand. Das ist die fachlich-medizinische Seite.

Im nächsten Schritt klären und vereinbaren wir mit dem Patienten, welches die zu erreichenden Ziele sind, und mit welchen Massnahmen diese erreicht werden können.

Der Patient muss mit dem für ihn erreichbaren Ziel einverstanden sein. Häufig formulieren wir daher Zwischenziele: Zum Beispiel ist eine Gewichtsreduktion von 20 kg nicht realistisch, 2 kg in 8 Wochen schon eher. Damit kann ich als Arzt dem Patienten auch schon eine messbare Verbesserung des Cholesterins in Aussicht stellen.

Bei einem mehrfacherkrankten Patienten können wir die verschiedenen krankheitsbezogenen Leitlinien somit nicht umfassend umsetzen. Es braucht eine Diskussion mit dem Patienten, wo die Prioritäten zu setzen sind und welches Ziel realistisch formuliert werden kann. Dabei müssen wir zugunsten des Möglichen häufig Wünschenswertes weglassen. Der Patient muss transparent nachvollziehen können, worauf wir verzichten. Erst damit können wir die Grundlagen, die uns die wissenschaftliche Medizin zur Verfügung stellt, optimal am individuellen Patienten orientieren.

Die Zunahme der Mehrfacherkrankungen lässt den Bedarf an gut ausgebildeten Generalisten, die einen solchen Prozess leiten können, stark ansteigen. Gleichzeitig wird klar, dass die weiter zunehmende Spezialisierung ein Gegengewicht benötigt, indem vermehrt und gezielt Ärzte ausgebildet werden müssen, die in der Lage sind, mit dem Patienten zusammen die unterschiedlichen Sichtweisen der Spezialisten zu gewichten und zielorientiert umzusetzen. Entsprechend ist dann das Mass für die Behandlungsqualität nicht ein isolierter Messwert (z.B. normales HbA_{1c} beim Diabetiker) sondern die Erreichung des gemeinsam formulierten Zieles.

Dieser integrative Prozess muss durch eine Fachperson zusammen mit dem Patienten geführt werden. Vorbereitende interdisziplinäre Besprechungen wie zum Beispiel ein Tumorboard sind sehr wichtig, ersetzen aber den letzten Schritt der Zieldefinition mit dem Patienten nicht. Welche Person diesen Prozess führt, soll situationsabhängig sein und gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden. Letztlich erreichen wir damit die optimale Anwendung des verfügbaren Wissens und dadurch den Übergang von einer krankheitsorientierten zu einer patientenorientierten Medizin.