

Wenn PatientInnen (fehl)gesteuert werden

Wie viel und welche Steuerung brauchen die PatientInnen in unserem Gesundheitswesen? Diese Frage haben wir der Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO) gestellt. Sie untermauert ihre Antwort mit Beispielen aus dem Beratungsalltag der SPO.

Margrit Kessler

Im Gesundheitswesen finden viele Steuerungen statt. Oft steuern die Akteure gut, rechtzeitig und verantwortungsbewusst, aber manchmal auch zu viel, zu wenig oder daneben. Die Auswirkungen sind verschieden. Was für den einen Patienten gut ist, wird von einem anderen nicht akzeptiert. Manche PatientInnen wollen von den Leistungserbringern geführt werden. Andere lassen sich vom Fachmann beraten, treffen die Entscheide aber selbstständig und nicht immer so, wie der Arzt es sich vorstellte. Die Steuerung muss den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst werden.

Fremdsteuering

Die Fremdsteuerung ist wohl die meistverbreitete Form der Patientensteuerung. Diese Betreuungsform wird von den meisten älteren PatientInnen geschätzt. Sie wünschen sich einen kompetenten Arzt, der sie väterlich betreut, ihnen geduldig zuhört, einfühlsam und zu jeder Zeit

erreichbar ist. Ärzte und Ärztinnen, welche diese Eigenschaften besitzen, können diese PatientInnen gut führen, ihnen Sicherheit und Vertrauen geben. PatientInnen, die ein Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt aufgebaut haben, sind meistens auch compliant, das heisst, sie halten sich an die Verordnungen, und der Therapieeffekt ist entsprechend gut.

Selbststeuerung

Doch heute wächst eine neue Generation von PatientInnen heran, die sich im Internet zurechtfindet und sich dort Informationen beschafft. Diese PatientInnen werden in Zukunft an der Steuerung teilnehmen wollen. Sie wünschen eine gute Dienstleistung und wollen bei der Therapie mitbestimmen. Sie verlangen eine gute Aufklärung, wollen über alle Therapieoptionen informiert werden. Im Zweifelsfall holen sie eine Zweitmeinung ein. Sie sind aber auch bereit, Mitverantwortung zu tragen, wie im folgenden Beispiel:

Eine Patientin musste notfallmässig hospitalisiert werden und sich einer gynäkologischen Operation unterziehen. Vor der Operation ging sie trotz Schmerzen nochmals nach Hause und liess sich von ihrer Gynäkologin beraten. Eine sehr kritische Patientin. Der operierende Oberarzt nahm sich vor der Operation genügend Zeit und informierte die Patientin nicht nur über die Operation, sondern auch über mögliche Komplikationen. Bei der Operation wurde die Blase verletzt, und die Patientin litt postoperativ an einer Urinfistel. Sie meinte, wenn sie nicht so gut über diese Komplikation aufgeklärt worden wäre, würde sie



Margrit Kessler

juristische Schritte unternehmen. Sie sei aber zuversichtlich, dass sich die Fistel früher oder später schliessen werde. Eigentlich habe sie Mitleid mit dem Arzt, weil ihm dieses Missgeschick passiert sei.

Über-Steuerung von Schwerkranken

Schwerstkranken PatientInnen werden im Spital nicht selten Therapien aufgezwungen, die sie gar nicht wünschen. Klinikchefs glauben, dass der Patient, der in ihre Klinik eingewiesen wird, nach ihrer fachspezifischen Methode behandelt werden möchte. Dem Patienten fehlt der Mut und die Kraft zur Verweigerung. Er bekundet seinen Willen höchstens gegenüber dem Pflegepersonal. Aber wenn er sich dem Vorschlag des Arztes widersetzen möchte, fehlen ihm die Worte, um den Arzt zu überzeugen.

Die Praxis zeigt, dass eine solche Über-Steuerung im Spital nur durch den Hausarzt verhindert werden kann. Er kennt seine PatientInnen, ihre Einstellung und ihr Umfeld seit

Jahren und weiss, wie sie grundsätzlich behandelt werden möchten. Schwerstkranke sollten deshalb die Möglichkeit haben, für wichtige Entscheidungsfindungen im Spital den Hausarzt mit einzubeziehen. Der Hausarzt kann sie fachlich unterstützen und ihnen helfen, ihre Wertvorstellungen durchzusetzen,

«Heute wächst eine Generation von PatientInnen heran, die an der Steuerung teilnehmen wollen.»

auch wenn sie nicht denjenigen der Spezialisten entsprechen. Wenn die hausärztliche Begleitung fehlt, wird oft nicht die optimale, sondern die maximale Therapie gewählt:

Ein Patient litt an einer Peritonealkarzinose¹. Eine Operation war aussichtslos. Deshalb wies ihn der Hausarzt zur Besprechung einer möglichen Chemotherapie in die onkologische Abteilung ein. Der Patient wurde aber dem Chirurgen vorgestellt. Dieser war der Ansicht, dass eine Operation indiziert sei. Der Patient unterschrieb das Einwilligungsfeld. Am nächsten Tag wurde ein mehrstündiger Eingriff durchgeführt. Noch mindestens vier weitere Operationen folgten. Der Patient lebte noch 90 Tage, beatmet auf der Intensivstation, bevor er starb. Der Hausarzt beklagte sich, dass der Patient zu einer maximalen Therapie überredet worden sei, die er gar nicht gewollt habe. Der Patient hatte ihn am Vorabend vor der Operation noch angerufen und gesagt, dass er nicht sicher sei, ob er sich richtig entschieden habe. Wäre der Patient unter dem Einfluss des Hausarztes geblieben, wären ihm 90 Tage Intensivstation erspart geblieben. Er hätte wahrscheinlich noch einige Monate im Kreis seiner Angehörigen leben können. Diese überflüssige Behandlung kostete rund eine halbe Million.

Unter anderem erhielt der Patient täglich das sehr teure Sandostatatin.

Verpasste Steuerung

PatientInnen, bei denen nicht in nützlicher Frist die richtige Diagnose gestellt und die dazugehörige Behandlung durchgeführt wird, können durch diese verpasste Steuerung zu Schaden kommen. Die meisten Behandlungsfehler, mit denen die SPO konfrontiert wird, entstehen, wenn PatientInnen postoperativ nicht ernst genommen, Schmerzen falsch interpretiert und Komplikationen zu spät erkannt und behandelt werden. Aber auch in Hausarztpraxen kommen tragische Zwischenfälle vor, wenn die Diagnose verpasst oder nicht rechtzeitig gestellt wird:

Bei einem Patienten stellte der Hausarzt die Diagnose einer Diskushernie zu spät. Der Patient wurde mit grosser Verzögerung hospitalisiert, obwohl er sich schon seit Tagen über eine Blasenentleerungsstörung beschwert hatte. Nach der Operation erholte sich die Lähmung nur zum Teil.

Fehlsteuerung

Die Gefahr, dass PatientInnen fehlgesteuert werden, ist gross. Viele verschiedene Faktoren können zur Fehlsteuerung beitragen, wie die Begehrlichkeit der PatientInnen oder die finanziellen Anreize des Arztes, eine bestimmte Therapie durchzuführen. Auch TV-Gesundheitssendungen mit hohen Einschaltquoten und verheissungsvolle Beiträge zu Gesundheitsthemen in den Klatschspalten unterstützen die Fehlsteuerung, wie folgendes Beispiel zeigt:

In einem Fernsehbeitrag am Sonntagabend wurde die operative Behandlung der Hiatushernie² vorgestellt und diskutiert. Herr M. fühlte sich schon seit einiger Zeit von saurem Aufstossen gestört. Der sympathische Chirurg am TV versprach Befreiung von diesem Problem. Obwohl eine Druckmessung in der Speiseröhre (Oesophagus-Manometrie) zeigte, dass nur wenig Mageninhalt in die Speiseröhre zurückfloss, und obwohl Herr M. unter säurehemmendem Medikament beschwerdefrei war und der Gastroentologe vor der Gefahr einer postoperativen Schluckstörung

warnte, wurde dem Patienten der chirurgische Eingriff empfohlen. Im Aufklärungsprotokoll stand: «Die modernen minimalinvasiven Operationsverfahren stehen heute als zuverlässige, schonende, wenig belastende und vor allem dauerhafte Alternativen zu den medikamentösen Langzeittherapien zur Verfügung.» Am dritten Tag nach der Hiatushernieoperation ging Herr M. nach Hause und konnte keine Speisen zu sich nehmen. Wenige Tage später diagnostizierte der Gastroentologe eine Verengung im Operationsgebiet (d.h. am Übergang von der Speiseröhre in den Magen), die mehrmals aufgedehnt

«Eine Über-Steuerung im Spital kann nur durch den Hausarzt verhindert werden.»

werden musste. Dazu kam eine Dysmotilität (Bewegungsstörung der Speiseröhre). Der Patient nahm innerhalb von wenigen Wochen mehr als 20 Kilo ab, weil er nichts essen konnte. Es folgten weitere Reoperationen, begleitet von einer Candidasepsis (Blutvergiftung infolge Pilzinfektion). Der Patient kam mit dem Leben davon, musste aber seinen Beruf frühzeitig aufgeben. Er beklagte sich, dass er nicht über mögliche Komplikationen aufgeklärt worden sei. Hätte er sie gekannt, so hätte er sich dem Eingriff nicht unterzogen. Diese gravierende Fehl-Steuerung führte zur vollständigen Invalidisierung.

PatientInnen benötigen also eine fachkompetente Steuerung. Wichtig ist aber auch, dass bei der Steuerung immer der Patient im Mittelpunkt steht und dass seine Interessen verfolgt und gewahrt werden. Ärztinnen und Ärzte sollten die PatientInnen bei der Entscheidungsfindung miteinbeziehen. ■

Autorin:

Margrit Kessler

Präsidentin der Schweizerischen Patienten-Organisation SPO

Postfach

8023 Zürich

E-Mail: margrit.kessler@spo.ch

¹ Ansiedlung zahlreicher Krebsmetastasen im Bauchfell
² Verlagerung von Baueingeweiden (v.a. Magenanteilen) durch den Hiatus oesophageus (Öffnung im Zwerchfell für die Speiseröhre) in den Brustraum