



Prof. Dr. Dr. Martin Härter;  
Kongresspräsident des DKVF 2018  
(Quelle: privat)

## Personenzentrierte Versorgung – eine Frage der Haltung

Das Kongressmotto des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) 2018 lautet „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“. Der Kongresspräsident des DKVF, Prof. Dr. Dr. Martin Härter ist Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und wissenschaftlicher Leiter des ÄZQ in Berlin. Im Interview spricht er über die Chancen und Herausforderungen einer stärkeren Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am Bedarf von Patientinnen und Patienten.

### Welche Aspekte spielen bei der patientenzentrierten Versorgung eine Rolle?

Härter: Unsere Hamburger Arbeitsgruppe hat vor einigen Jahren eine systematische Beschreibung des Begriffs „Patientenorientierung“ auf der Basis von hunderten Publikationen aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet. Demnach gibt es drei verschiedene Betrachtungsebenen: die Grundprinzipien, die förderlichen Faktoren und schließlich die Handlungs- oder Umsetzungsebene. Zu den Prinzipien zählt, dass wir Betroffene als Individuen verstehen – neben den medizinischen Aspekten gehört dazu auch die Kenntnis über ihr Umfeld und die persönlichen Rahmenbedingungen. Auch die positive Haltung der Leistungserbringenden spielt eine wichtige Rolle, ebenso eine gut gelingende Beziehung zu den Betroffenen. Bei den förderlichen Faktoren geht es vor allem um den Zugang zu einer Patientenversorgung, die gut koordiniert ist, kontinuierlich zur Verfügung steht und interprofessionell erfolgt. Außerdem sollten medizinische und nicht-medizinische Versorgung ineinandergreifen. Dazu kommt eine gute Kommunikation mit den Betroffenen.



### **Was ergibt sich daraus für die Umsetzung im medizinischen Alltag?**

**Härter:** Auf der Handlungsebene sind gute und laienverständliche Gesundheitsinformationen gefragt. Weiterhin sollten die Erkrankten gezielt in medizinische Entscheidungen einbezogen werden, gegebenenfalls auch Angehörige und Freunde, je nachdem, welcher Bedarf besteht. Ein anderes Stichwort lautet Empowerment der Betroffenen. Und natürlich brauchen sie physische und emotionale Unterstützung.

### **Wo liegt aus Ihrer Sicht der Schlüssel für das Gelingen?**

**Härter:** Eine gute Kommunikation ist entscheidend. Voraussetzung dafür ist vor allem eine entsprechende Haltung der Leistungserbringer: Sie müssen willens sein, die Betroffenen als Individuen in ihrer gesamten biopsychosozialen Perspektive wahrzunehmen und mit ihnen auf Augenhöhe zu sprechen. Wenn das gut läuft, dann haben wir einen guten Teil auf dem Weg zu einer patientenzentrierten Versorgung zurückgelegt.

### **Das Modell der „partizipativen Entscheidungsfindung“ beschreibt einen Ansatz, bei dem die Betroffenen gemeinsam mit dem ärztlichen Team auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz über eine Behandlung entscheiden. Wie gut ist dieses Modell in unserem Gesundheitswesen umgesetzt?**

**Härter:** Leider existieren dazu bislang nur sehr wenige verlässliche Untersuchungen. Aber sie lassen die Schlussfolgerung zu, dass eine Beteiligung der Betroffenen bei medizinischen Entscheidungen nach diesem Modell kaum implementiert ist. Wir selbst haben diesen Aspekt zum Beispiel an einem onkologischen Spitzenzentrum untersucht und stellen fest: In Tumorboards, in denen alle an der Behandlung Beteiligten zusammen über die Therapieempfehlung diskutieren, sind die Wünsche der Betroffenen nicht oder nur sehr selten Thema. Es fehlen entsprechende Prozesse, sie systematisch einzubeziehen. In Visiten oder Einzelkonsultationen ist das Bild ähnlich. Offenbar sind eher paternalistisch orientierte Entscheidungswege noch immer weit verbreitet, Präferenzen der Betroffenen finden noch zu wenig Berücksichtigung.

### **Wie lässt sich das ändern?**

**Härter:** Durch eine entsprechende Ausbildung bereits im Studium bzw. durch Weiterbildungen in der Spezialisierungsphase. Mit den Erkrankten entsprechend zu kommunizieren, gehört zu den ärztlichen Kernaufgaben. Betroffene sollten gemäß dem Patientenrechtegesetz auch in der Lage sein, zu verstehen, welche Therapiemöglichkeiten bestehen und was die Alternativen bedeuten. Zur Vorbereitung trainieren wir unsere Studierenden in verschiedenen klinischen Situationen, diese Prinzipien mit positivem Feedback zu lernen und umzusetzen. Die Rückmeldungen sind äußerst positiv.



### **Aber nicht alle Erkrankten wünschen diese Art der Beteiligung.**

**Härter:** Auch das gehört zu einer guten Kommunikation dazu. Es geht zunächst darum, im Gespräch herauszufinden, wie viel Beteiligung bei der Entscheidungsfindung gewünscht ist. Manche Betroffene delegieren die Entscheidung, andere möchten selbst einen ganz aktiven Part im Sinn einer informierten Entscheidung übernehmen. Auch die Kompetenzen, das Gesagte zu verstehen, können ganz unterschiedlich sein. Es ist wichtig nachzufragen, was die-Betroffenen wollen, welchen Informationsstand sie haben und welche Informationen sie für ihre Entscheidung benötigen.

### **Oft wird bemängelt, dass für die sprechende Medizin keine Zeit bleibt.**

**Härter:** Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass gut geschulte Fachkräfte ohne zu-sätzlichen Zeitaufwand auskommen können. Und diese bewusst eingesetzte Gesprächszeit ist gut investiert. Betroffene, die die Therapieentscheidung mittragen, brechen die Behandlung seltener ab und sind ganz anders motiviert, Therapien umzusetzen.

### **Sie erwähnten bereits die Bedeutung guter laienverständlicher Informationsquellen. Gibt es Beispiele?**

**Härter:** Die Vielzahl von Informationsmöglichkeiten, zum Beispiel im Netz, macht es für die Betroffenen nicht einfach, valide Quellen zu finden. Deshalb gibt es aktuell Ansätze des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Nationalen Gesundheitsportal. Gerade in der Onkologie existieren gute Beispiele, etwa die Patientenleitlinien in der Onkologie, die als Broschüren auf [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de) abrufbar sind. Sie basieren auf hochwertigen medizinischen S3-Leitlinien, übersetzt in eine laienverständliche Sprache. Auch die Kurzinformationen des IQWiG auf [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) oder des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin auf [www.azq.de](http://www.azq.de) können empfohlen werden, sie befolgen die Kriterien der guten Praxis zur Erstellung von Gesundheitsinformationen.

### **Wo stehen wir hierzulande bei der Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Forschung?**

**Härter:** Die Bedarfe von Patientinnen und Patienten bei bestimmten Gesundheitsproblemen werden bereits in vielen Projekten untersucht. Dabei kommen häufig qualitative Forschungsmethoden, etwa Fokusgruppen und Interviews mit Betroffenen, zum Einsatz. Beteiligung an der Forschung bedeutet aber deutlich mehr. Das kann soweit gehen, dass Betroffene Forschungsfragen diskutieren oder mit entwickeln und sich aktiv an der Planung von Studien oder an der Bearbeitung von Projekten beteiligen. Fördereinrichtungen gehen mittlerweile dazu über, die Vergabe ihrer Mittel an diese Formen einer Patientenbeteiligung in der Forschung zu knüpfen. Die Chancen und Herausforderungen dieser Beteiligung sowie viele wichtige Facettender personenzentrierten Versorgung wollen wir intensiv auf dem Kongress vom 10.-12. Oktober 2018 in Berlin diskutieren.