

HuK-Selbsthilfetag 03.02.2012 / Vortrag Uwe Wegener: Patientenorientierung aus Sicht des Betroffenen

Sehr geehrte Teilnehmer dieses Selbsthilfetages, ich begrüße Sie alle sehr herzlich an diesem Nachmittag, an dem wir uns mit der sehr spannenden und wichtigen Frage „Was erwarte ich eigentlich von einer Therapie“ befassen.

Dieses Referat habe ich nicht alleine erstellt. Um dieses es vorzubereiten, hat sich eine kleine **bipolaris-Arbeitsgruppe** gebildet. Mein herzlicher Dank für die Super-Beiträge und die konstruktive Diskussion, in der wir große Übereinstimmung erzielten, geht an Resi Bange, Ilse Coordes, Norbert und Christian Lange.

Da wir schon beim Danken sind: Herzlich danken möchte ich auch Chefarzt Prof. Bräunig, Chefärztin Prof. Krüger und der psychologischen Leiterin der Tagesklinik am Humboldt-Klinikum Fr. Schürmann für ihren Einsatz für Menschen mit bipolaren Störungen und in der Vorbereitung dieses Selbsthilfetages. Viele weitere Mitarbeiter der Klinik und die Patienten der Bipolar-Gruppe haben sich ebenfalls an der Vorbereitung und Durchführung des Infotages beteiligt. Prof. Mühlig von der TU Chemnitz, Ihnen und Ihren Mitarbeitern gebührt besonderer Dank dafür, dass Sie sich des Themas Therapieerwartungen hier und in einer Studie annehmen.

Nun aber zum Thema „Patientenorientierung aus der Sicht des Betroffenen“.

D. h. eigentlich fange ich erst einmal mit etwas ganz anderem an, ich zitiere eine dem meisten wohl noch auch der Fahrschule bekannte Verordnung.

STVO: § 1

(1) Die Teilnahme am Straßenverkehr erfordert ständige Vorsicht und gegenseitige Rücksicht.

(2) Jeder Verkehrsteilnehmer hat sich so zu verhalten, daß kein Anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird.

Mein Fahrlehrer meinte damals, in diesem Paragraphen steckt schon alles Wichtige, eigentlich könne man sich den Rest der STVO sparen. Nichtsdestotrotz folgen 52 weitere Paragraphen und 4 Anhänge mit über 100 Verkehrszeichen.

Nun zitiere ich aus dem "**Handwörterbuch Gesundheitspolitik**", Ausgabe 2000 im NOMOS-Verlag den Eintrag zum Stichwort Patientenorientierung

Patientenorientierung bezeichnet die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des individuellen Patienten.

Patientenorientierung äußert sich u.a. darin, dass der Patient im Gesundheitssystem mit seinen Interessen, Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert wird, ihm mit Empathie und Takt begegnet wird, er die Leistungen erhält, die nutzbringend und von ihm erwünscht sind und er über verbriefte Rechte und Pflichten verfügt.

Also: Bei der Patientenorientierung steht der Mensch, die Person im Mittelpunkt und nicht die Krankheit.

Wenn also alles so einfach ist, **wieso** brauchen wir dann so etwas wie „**Patientenorientierung**“?

Zwei Antworten dazu:

1. Der Mensch steht eben nicht immer im Mittelpunkt der Therapeuten-Patienten-Beziehung.
2. Natürlich braucht es doch genauere Hinweise und Rahmenbedingungen für die Patientenorientierung, damit diese auch funktioniert. Solche Dinge wie im Straßenverkehr „Rechts vor links“, „Halten beim Stopp-Signal“ oder „Beachten der Höchstgeschwindigkeit“.

Kommen wir zum **Ersten**, der **Therapeuten-Patienten-Beziehung**, also der Beziehung zwischen Arzt oder einem anderen Therapeuten und dem Patienten.

Dort steht im Allgemeinen die **Krankheit** im Mittelpunkt. Krankheit heißt dabei: Es sind Symptome vorhanden. Gesundheit bedeutet Nicht-Vorhandensein von **Symptomen**.

Aber wer definiert eigentlich, welche Symptome gesund oder krank sind? Wir wissen alle: gerade im Bereich der Psychischen Erkrankungen oder Störungen ist dies besonders schwierig. Schon deswegen sollte jeder Therapeut sehr vorsichtig mit Kategorisierungen wie „psychisch krank“ oder „bipolar gestört“ sein und erst recht nicht das Verhalten einer Person nur auf dem Hintergrund seiner eventuellen Erkrankung beurteilen.

Es geht nicht darum, einen Fall und seine Symptome zu behandeln. Sondern Patientenorientierung bedeutet für mich, heraus zu finden, was der **individuelle, konkrete Mensch**, der zum Therapeuten geht, eigentlich will. Und ihn dann zu unterstützen, seinen Weg dahin zu finden.

Letztendlich: Ihm zu helfen, sein Leiden zu verringern, seine Zufriedenheit zu verstärken.

Die grundsätzliche **Haltung** ist dabei für mich nicht: Ich weiß, was für dich gut ist und sage dir, was du zu machen hast. Sondern: Lass uns gemeinsam herausfinden, was dir gut tun könnte und lass uns einen Weg finden, dies zu erreichen.

Herauszufinden, was wir als betroffene Menschen tatsächlich von einer Therapie erwarten, das ist ja das Hauptanliegen dieses Infotages und der folgenden wissenschaftlichen Studie.

Kommen wir jetzt zum **Zweiten**, den konkreten **Hinweisen und Rahmenbedingungen**, dem „Rechts vor Links“ der Patientenorientierung:

Dass das Wichtigste die Haltung des Therapeuten ist, habe ich ja schon erwähnt. Er muss sein Gegenüber als **Individuum respektieren**. Dazu muss er sich Zeit nehmen und vor allem **zuhören** können, auch um auf **aktuelle** Fragen und Probleme eingehen zu können. **Psychische Ausnahmezustände** sind nicht nur Ausdruck einer Krankheit, sondern haben eine eigenständige Bedeutung. Wieso hat man diese Krise in der jetzigen Form mit diesen Inhalten?

Die Behandlung muss an den **momentanen Bedürfnissen** des Patienten angepasst sein. Dies bedeutet auch eine **frühzeitige** und **zeitnahe Behandlung** sowie eine **Flexibilität** z. B. bei der Vergabe von **Terminen**. Also: Keine Wartezeit bis zur Erstbehandlung von mehreren Monaten, notfalls mehrere Termine pro Woche, auf jeden Fall regelmäßige Arzt-Patienten-Kontakte.

Ziel einer Behandlung kann nicht nur die Verminderung von Symptomen sein. Ziel muss vielmehr die **Herstellung eines zufriedenen Lebens mit Bedeutung in der Gesellschaft sein.**

Wichtig dabei ist eine **Ressourcenorientierung** statt einer Defizitorientierung: Das bedeutet, der Schwerpunkt muss auf dem liegen, was jemand kann und will und nicht auf dem, was er nicht kann. Der Therapeut kann Hilfen anbieten, darf diese aber nicht aufdrängen; wichtig ist die **Hilfe zur Selbsthilfe**. Dieser **Recovery-orientierte** Ansatz gehört inzwischen in vielen Ländern der Welt zum Standard der psychiatrischen Behandlung.

Zur Entscheidungsfindung:

Entscheidungen werden **gemeinsam** gefällt. Nicht der Arzt bestimmt, welche Medikamente in welcher Dosierung zu nehmen sind, sondern man wägt gemeinsam ab, welche Wirkung momentan die Wichtigste ist und welche unerwünschten Wirkungen dabei tolerabel sind. Dabei sollten auch Experimente gemeinsam gewagt werden.

Um Entscheidungen fällen zu können ist es wichtig, **informiert** zu sein. Dazu gehören umfassende Aufklärungsgespräche, Broschüren, Hinweise auf weitere Informationsquellen und auch die Psychoedukation.

Aber auch der Therapeut muss sich ständig weiter bilden. Jedoch kann niemand alles wissen. Dieses zuzulassen und zuzugeben statt die Rolle des Allwissenden anzunehmen, fördert eine Beziehung auf Augenhöhe.

Eine Entscheidung zu treffen, erfordern **Alternativen** zu haben, zwischen denen man sich entscheiden kann. Der Therapeut hat die Aufgabe, diese Alternativen mit ihren vermuteten Vor- und Nachteilen aufzuzeigen und in einer für den Patienten verständlichen Sprache zu erklären.

Die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten ist meist eine isolierte und findet im Sprechzimmer statt. Die Probleme des Patienten aber realisieren sich außerhalb des Sprechzimmers. Diese **Lebenswelt** muss einbezogen werden. D. h. die Behandlung darf sich nicht nur auf medizinische Aspekte beschränken, sondern es müssen die Probleme angegangen werden, die sich z. B. in der Familie und der Arbeitswelt oder auch gegenüber Behörden ergeben oder vielleicht sogar aus diesen Beziehungen resultieren.

Auch haben die an der Behandlung oder Problemlösung beteiligten meist keinen Kontakt zueinander: Klinik, niedergelassener Arzt, Psychotherapeut, Soziotherapeut, Musiktherapeut usw., Arbeitgeber, Partner, andere Angehörige... Dies kann nur durch eine **integrierte Versorgung** aufgehoben werden. Am besten wäre es, wenn der gleiche Arzt und der gleiche Psycho/Sozio/Ergotherapeut sowohl für die stationäre, die tagesklinische sowie für die ambulante Behandlung zuständig wären. **Bezugsbegleiter**, die den Patienten durch seine Krisen und Probleme begleiten, wären hilfreich. An **Netzwerkgesprächen** statt Fallkonferenzen sollten sowohl die behandelnden Klinikärzte und -therapeuten als auch die niedergelassenen Therapeuten, die Angehörigen und alle anderen an der Lösung der Probleme beteiligten teilnehmen. Bei diesen Netzwerkgesprächen nimmt der Patient selbstverständlich teil. Die Devise lautet: „**Nicht ohne uns über uns**“.

Behandlungsvereinbarungen dienen dazu, die Bedürfnisse von Patienten auch in psychischen Ausnahmesituationen zu erfahren und zu respektieren. Leider werden diese noch zu wenig eingesetzt. Soweit ich weiß, gibt es auch hier am HuK einen Entwurf für eine Behandlungsvereinbarung.

Strukturelle Mittel für mehr Patientenorientierung sind z. B. **Patientenbefragungen, Briefkästen für Beschwerden, Beschwerdemanagement, Patientenfürsprecher**, die in angemessenem Umfang ansprechbar sind, Patienten waren und keine ehemaligen Krankenschwestern. Ein triologisch besetzter **Klinikbeirat**.

Der Einsatz von **Experten durch Erfahrung**, also Menschen, die ebenfalls schwere psychische Krisen erlebt haben und diese aufgearbeitet haben, als eine Berufsbildung wie z. B. Ergotherapeuten, sollte Standard sein.

Auch bei den Krankenkassen, Ausschüssen, Mediziner- und Therapeuten-Ausbildung und all den vielen weiteren **Gremien des psychiatrischen Hilfesystems** sind Experten durch Erfahrung angemessen zu beteiligen.

Gesamtgesellschaftlich schließlich muss das öffentliche Leben, egal ob Schule, Studium, Arbeitswelt, Ämter oder Freizeitangebote so strukturiert werden, dass jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Das bedeutet **Inklusion**.

Nun habe ich ein **Bogen** geschlagen von der Bedürfnisorientierung und der individuellen Haltung des Therapeuten über die Ausprägung und Rahmenbedingungen für Patientenorientierung im Therapeuten-Patientenkontakt und an der Klinik, der integrierten Versorgung bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Strukturen. Ich hoffe, ich konnte zeigen, dass all dies im Zusammenhang mit Patientenorientierung steht. Vieles konnte ich in den 10 Minuten nur anreißen und eigentlich müsste ein solcher Vortrag vertieft und vor Ärzten und Therapeuten gehalten werden.

Zuletzt erlaube ich mir noch einen Hinweis auf den nächsten **bipolaris-Infotag**: Es wird ein ganz besonderer Infotag werden: Am 24. März werden wir eine **Odysee** durch die bipolare Erkrankung unternehmen. So wie Odysseus 10 Jahre auf dem Meer herumirrte, so pendeln wir Menschen mit bipolaren Störungen zwischen Manie und Depression. Dabei geht es ganz grundlegend um Bipolare Störungen: Was macht Bipolare Störungen aus? Welches sind die Symptome? Wer kann mich durch die Untiefen der Erkrankung lotsen? Was kann ich tun, um dem Sirenengesang der Manie nicht zu erliegen? Ich freue mich schon jetzt auf diesen in seiner **Form einmaligen** Infotag und darauf, Sie auch dort begrüßen zu dürfen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!