

# Patientenkompetenz

Gerd Nagel, Männedorf (Schweiz)\*

**Der Begriff Patientenkompetenz ist neu. Er beschreibt im Wesentlichen die aktive Rolle, die ein Patient in seiner Erkrankung spielen will. Im Zusammenhang mit Fragen der Arzneimittelsicherheit resultiert aus der Patientenkompetenz ein wichtiger Beitrag zur Versorgungsqualität, der weit über die eigentliche Compliance hinausgeht.**

**Die Inhalte der Patientenkompetenz haben mit charakteristischen Denkstilen zu tun. Diese sind geprägt von subjektiven Vorstellungen, Erfahrungen und Erwartungen. Die Popularität der Komplementärmedizin bei Patienten und die Ablehnung derselben durch die Medizin haben ebenfalls mit Denkstilen zu tun. Beim Phänomen Patientenkompetenz handelt es sich wahrscheinlich um einen modernen Megatrend. Auf diesen muss sich unser Gesundheitswesen erst noch einstellen. Es gibt derzeit eine Reihe von Bestrebungen zur Förderung der Patientenkompetenz. Noch treffen sie auf zum Teil massive Widerstände aus Kreisen des traditionell patriarchalisch strukturierten Gesundheitswesens.**

*Krankenhauspharmazie 2005;26:128–33.*

Es mag zunächst verwundern, dass an diesem Apotheker-Symposium über *Patientensicherheit und Medikationsfehler* ein Arzt über kompetente Patienten spricht.

Aber vergessen wir nicht: am Ende der Kette derer, die sich um die Arzneimittelsicherheit bemühen, steht der Patient. Die Bestrebungen des *Deutschen Netzwerks Unit-Dose e. V.* um eine Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung auf der Ebene der Ärzte und Apotheker ist selbstverständlich vorbildlich und notwendig. Sie wird aber erst abgerundet, wenn sich dieses neue Qualitätsbewusstsein auf der Ebene der Patienten fortsetzt.

Dabei wird erst bei näherer Betrachtung klar, dass es im Zusammenhang mit Fragen der Arzneimittelsicherheit allzu einfach wäre, die Bedeutung des Patienten auf die *Compliance* desselben zu reduzieren. Dies mag zwar auch heute noch für viele Patienten im traditionellen Rollenverständnis zulässig sein,

nicht aber, wenn wir über kompetente Patienten reden.

Mein Auftreten als Advokat der Patientenkompetenz möchte ich als einen Appell verstehen, in die weiterführende Planung ihres *Deutschen Netzwerks Unit-Dose e. V.* immer auch den kompetenten, mitgestaltenden Patienten einzubeziehen. Dieser ist ein weiterer Erfolgsgarant Ihrer Bestrebungen, denn man könnte in Abwandlung des Paracelsuswortes sagen, *die Kraft des Apothekers liegt im Kunden.*

Ich werde skizzieren, wie weit reichend Patientenkompetenz, von der Compliance abgesehen, mit der Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung zu tun hat und ich werde versuchen, Begriffe, Inhalte und Äußerungsformen der Patientenkompetenz zu beschreiben. Schließlich werde ich auf Konsequenzen eingehen, die sich aus dem sich wandelnden Rollenverständnis des modernen Patienten ergeben.

## Patientenkompetenz und Arzneimittelsicherheit

Ich kann kaum besser beschreiben, um was es hier geht, als mit der folgenden Anekdote.

Es war im Jahr 1964. Ich war damals in den ersten Lehrjahren zum Internisten am Kantonsspital Basel. Der wunderschöne Spitalgarten mit seinen herrlichen Bäumen, gepflegten Grünflächen, spätzchenwitzschernden Gebüsch, Wasserinseln und farbigen Rabatten strahlte eine geradezu heilsame Kraft aus, die bis in die Krankenzimmer hinein zu spüren war. Und doch trübten immer wieder traurige Ereignisse die friedliche Idylle.

Von Zeit zu Zeit und gelegentlich in auffälligen Häufungen kam es näm-

---

\*Vortrag beim 2. Unit-Dose-Symposium, Düsseldorf, 26. November 2004

---

Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Haldensteig 10, 8708 Männedorf, Schweiz

lich zu unerwarteten Todesfällen bei den im Spitalgarten frei herumlaufenden Kranichen, Flamingos und Wasservögeln. Da Internisten gute Diagnostiker sein müssen, die meisten Diagnosen aber vom Pathologen gestellt werden, war besonders dieses bewährte Medizinerteam bei der detektivischen Aufklärung des mysteriösen Vogelsterbens gefordert. Das Ergebnis der Autopsien unserer gefiederten Freunde: sie waren an Arzneimittelvergiftungen verstorben. Die Arzneimittel wurden vom Arzt verordnet, von der Spitalapotheke geliefert, von der Stationsschwester abgezählt und den Patienten hingestellt – selbstverständlich alles sehr sorgfältig, akribisch, mit helvetischer Gründlichkeit qualitätskontrolliert – und dann von Patienten aus dem Fenster in den Spitalgarten geworfen, wo sie vom Endverbraucher aufgepickt wurden.

*Dies war der Anfang von Unit-Dose.*

In späteren Jahren und besonders als Hauptverantwortlicher für den ordnungsgemäßen Betrieb der Klinik für Tumorbiologie Freiburg patrouillierte ich regelmäßig die Anlagen unterhalb der Patientenzimmer ab. In den Jahren 1993 bis 2003 konnte ich dort nie irgendwelche Medikamentenspuren entdecken.

*Dies war der Erfolg von Unit-Dose.*

Wahrscheinlich hat sich über die Jahre bereits viel geändert. Vielleicht auch die Methode von Patienten, ungeliebte Arzneimittel zu entsorgen. Sicher aber unser Bestreben, Patienten besser in die Zusammenhänge, Abläufe und Ziele der Medizin einzubinden. Geändert hat sich auch unser Verständnis vom Begriff Compliance. Früher übersetzten wir dieses Wort mit Patientengehorsam, Fügsamkeit, Willfährigkeit. Heute reden wir von einsichtigem *Mitmachen*, *Kooperationsbereitschaft*, *Vertragstreue*. Und so hat sich auch die Rolle in der Arzneimittelversorgung geändert. Kompetente Patienten übernehmen dabei sehr viel Mitverantwortung.

Kompetente Patienten

- Erwarten immer häufiger eine Evidenz-basierte und differenzial-pharmazeutische Beratung
- Fordern kompetente Berater

- Wünschen Informationen in einer ihnen angemessenen Art und Sprache
- Tragen bei zur Früherkennung von Unwirksamkeit oder Nebenwirkungen von Arzneimitteln
- Begegnen aktiv den Gefahren der ungezielten medikamentösen Polypragmasie
- Stellen therapeutische Alternativen zur Diskussion
- Entdecken Medikationsfehler (speziell im Krankenhaus) und weisen das Personal darauf hin
- Erwarten den Einbezug ihrer Konzepte zur Selbstheilung in den medizinischen Therapieentscheid
- Verbessern die medikamentös erreichten Effekte durch die Leistung ihres Heilungsbeitrags als Ko-Produzenten von Gesundheit
- Reden von Compliance, und meinen damit die Compliance von Arzt und Apotheker im Rahmen der therapeutischen Allianz, die diese eingehen
- Suchen diese Allianz und wirken auf diese Art und Weise den Gefahren des anonymen Arzneimittel-Verbandhandels entgegen

Non-Compliance von Arzt und Apotheker mit dem kompetenten Patienten hat leider oft zur Folge, dass sich neben der medizinisch-pharmazeutischen Welt eine zweite Welt der *paramedizinischen Nebenmedikation* entfaltet, von der Arzt und Apotheker nichts erfahren und die allen Bemühungen um die Verbesserung der Qualität der medizinisch-pharmazeutischen Arzneimittelversorgung entgegenläuft. So sollte Patientenkompetenz schließlich auch darin bestehen, eine derartige Non-Compliance des medizinisch-pharmazeutischen Personals nicht zuzulassen und auf diese Weise zur Verbesserung der Patientensicherheit und Vermeidung von Medikationsfehlern beizutragen.

### Patientenkompetenz: Begriffsbestimmung

Der Begriff Patientenkompetenz stammt aus der Sprachwelt von Patienten des 21. Jahrhunderts. Zur öffentlichen Wahrnehmung des Begriffes kam es erstmals im Jahr 2001, als eine Aus-

gabe der Zeitschrift „Brückenschlag“ vollumfänglich diesem Thema gewidmet wurde [1].

Wie unsere Umfrage bei über 2500 Personen ergeben hat, gibt es heute noch keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs Patientenkompetenz [2]. Auch in die medizinische Fachliteratur ist dieser Begriff noch nicht eingegangen. Er fehlt entsprechend auch in der aktuellsten Klassifikation der Begriffe des Patientenverhaltens [3].

Im Wesentlichen stehen sich zurzeit zwei Begriffsbestimmungen von Patientenkompetenz gegenüber. Die eine dieser Definitionen stammt aus der Medizin und Psychologie, also aus der Fachwelt und Wissenschaft [4]:

*Patientenkompetenz* ist die Fähigkeit des Patienten,

- Sich den Herausforderungen der Erkrankung zu stellen
- Sich auf die eigenen Ressourcen der Krankheitsbewältigung zu besinnen
- Dabei auch persönliche Bedürfnisse der Krankheitsbewältigung zu berücksichtigen
- Eigene Zielvorstellungen zu verfolgen
- Autonomie zu wahren

Die zweite dieser Beschreibungen von Patientenkompetenz stammt von Patienten selbst [2]: Patientenkompetenz ist die Fähigkeit und das Bestreben eines Patienten,

- Den eigenen Weg in der Krankheit zu gehen
- Aus eigenen Kräften zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs beizutragen

Von zentraler Bedeutung für das Verständnis dessen, was Patientenkompetenz bedeutet, ist die populäre Grundvorstellung, dass die Bewältigung einer Erkrankung von zwei Ärzten abhängt. Der eine Arzt ist der äußere, der Dr. med. mit seinen Möglichkeiten die Krankheit zu therapieren. Der andere Arzt ist der innere, das Potenzial der Selbstheilung von Patienten.

An dieser Stelle soll nicht vertieft werden, dass und warum die Vorstellung vom kompetenten Patienten als einem selbstverständlichen Mitproduzenten von Gesundheit und Genesung, in der

Akutmedizin des 20. Jahrhunderts so gut wie keine Rolle spielt. Erst mit dem Salutogenesemodell von Antonovsky [5] wird diese Vorstellung von den intrinsischen Lebens- und Überlebenskräften der Medizin wieder bewusst gemacht – bis heute allerdings mit nur spärlichen Konsequenzen für die medizinische Ausbildung und Lehre [6].

Wenn der Begriff der Patientenkompetenz als Worthülse auch neu ist, so ist deren Inhalt ein alter. Beispiele:

- **Hippokrates (460–375 v. Chr.):** *Vis medicatrix naturae* (die natürlichen Heilkräfte). Der Naturbegriff bezieht sich hier, wie auch in den meisten späteren Strömungen der Naturheilkunde nicht so sehr auf die Natur als Umwelt des Menschen, sondern auf die Natur des Menschen selbst [7].
- **Mittelalter:** *medicus curat, natura sanat* oder in der Sprache von Patienten: Der äußere Arzt behandelt, der innere Arzt heilt.
- **Paracelsus (1493–1541):** Die Kraft des Arztes liegt im Patienten.
- **Karl Jaspers (1883–1969):** Der Patient braucht die Freiheit, die medizinische Ordnung zu durchbrechen.
- **Heinrich Schipperges (1918–2003):** *Die Medizin wird eine Kulturwissenschaft sein – oder sie wird nicht sein.* Der Mensch wird hier als Kulturgebilde verstanden und nicht nur als Naturgebilde, worauf die epochale Formulierung hinweist: *Die Medizin wird eine Naturwissenschaft sein, oder sie wird nicht sein* (**Bernhard Naunyn 1839–1925**).

Zur Bestimmung des Begriffs Patientenkompetenz muss schließlich noch die Abgrenzung zu verwandten Begriffen vorgenommen werden, auf denen die Patientenkompetenz aufbaut. Auch hier wieder ein Blick auf die kurze Geschichte der Begriffsbildungen:

- **1960: Der bevormundete Patient:** In der Blütezeit des ärztlichen Patriarchats erfolgt keine Information über die Diagnose. Der Patient ist absolutes Passivmitglied in Medizin und Gesundheitswesen.
- **1970: Der informierte Patient:** Aus den USA kommt der Begriff des *informed consent* zu uns. Der Pa-

tient hat den medizinischen Maßnahmen zuzustimmen. Allerdings spielen auch beim *informed consent* die Rechtsansprüche des Patienten noch eine untergeordnete Rolle. Es geht in erster Linie um den Rechtsschutz des Arztes.

- **1980: Der mündige Patient:** Jetzt hat die Diskussion über die eigentlichen Patientenrechte begonnen. Es entstehen vermehrt Rechts- und Verbraucher-Schutzorganisationen von und für Patienten. Vor allem wird das Mitspracherecht des Patienten in seinen eigenen Angelegenheiten thematisiert.
- **1990: Der autonome Patient:** Vom Mitspracherecht zur Mitsprachepaxis in den Modellen des *shared decision making*. Man redet vom Patienten als gleichberechtigtem Partner im Behandlungsvertrag.
- **2000: Der kompetente Patient:** Aufbauend auf den früheren Begriffen vom informierten, mündigen, autonomen Patienten findet jetzt eine bedeutende Ausweitung des Rollenverständnisses von Patienten statt.

Es ging bei den früheren Begriffen nämlich zentral um das Verhältnis des Patienten zu seinem Umfeld, also zum Arzt, Apotheker, Betreuer, zum Recht, zur Krankenkasse, zur Sozialversicherung. Der jetzige Begriff Patientenkompetenz fügt das Verhältnis des Patienten zu sich und zu seiner Erkrankung hinzu. Und so drehen sich die Fragen kompetenter Patienten auch um sie selbst [2].

### Patientenkompetenz, Patientendenkstile und komplementäre Erlebniswelten

Kompetente Patienten sind an ganz bestimmten Fragen zu erkennen, die sie sich und ihren Beratern heute immer häufiger stellen. Im Falle von Krebserkrankungen lauten diese Fragen:

- *Wer gibt mir im Dschungel der Informationen Orientierung, damit ich erkennen kann, was für mich das Richtige und Wesentliche ist?*
- *Wie schaffe ich es, mit und trotz meiner Erkrankung mein Leben wieder normal zu führen?*

- *Was kann ich selbst noch tun, um zur Bewältigung meiner Erkrankung beizutragen?*

Diese Fragen hängen mit einem bei fast allen Krebspatienten anzutreffenden Denkstil zur Entstehung und Natur der Krebserkrankung zusammen. Wir reden in diesem Zusammenhang vom *naturheilkundlichen Denkstil* [8].

Gemäß dem naturheilkundlichen Denkstil wächst Krebs nicht autonom, sondern in Abhängigkeit von körpereigenen Abwehrvorgängen. Die schulmedizinische, auf die Eliminierung der Krebszellen abzielende Tumortherapie wird als notwendig, aber in ihrer Ausschließlichkeit nicht als hinreichend für die Bewältigung der Krebserkrankung angesehen. Sie sollte ergänzt werden durch komplementäre Therapien, deren wichtigster Zweck es ist, die körpereigene Abwehr zu stärken.

In völlig logischer Übereinstimmung mit diesem Denkstil sind auch fast alle kompetenten Krebspatienten der Überzeugung, dass die Bewältigung der Krebserkrankung, der Krankheitsverlauf, die Prognose und Heilungschance nicht nur von der Medizin, sondern auch vom Patienten, seiner Kompetenz, Selbstregulation und Selbsthilfe abhängen [2]. Man nennt diese Abhängigkeit von Patientenkompetenz und Prognose die prognostische Relevanz der Patientenkompetenz.

Dem naturheilkundlichen Denkstil steht in unserer Gesellschaft ein wesentlicher zweiter, nämlich der *naturwissenschaftliche Denkstil* gegenüber.

Gemäß naturwissenschaftlichem Denkstil, den vor allem Mediziner, Forscher und Pharmaangehörige vertreten, wird Krebs primär auf molekularbiologischer Ebene als dysreguliertes Zellwachstum mit ausgeprägter Wachstumsautonomie aufgefasst. Die Krebsprognose steht und fällt mit dem Erfolg des Versuchs, die Krebszelle selbst zu eliminieren oder sie an der Vermehrung zu hindern. Diesen Zweck erfüllen die Verfahren der Chirurgie, Strahlentherapie und medikamentösen Krebstherapie.

Intrinsische Heilkräfte des Patienten selbst werden entweder grundsätzlich negiert oder, wenn anerkannt, als irre-

levant bezüglich des Krebsverlaufs eingeschätzt.

Weil Arzt und Patient unterschiedlichen Denkmustern folgen, kann es auch zu folgendem, von Patienten viel beklagtem Dialog kommen [9]:

*Arzt:* Die Therapie ist abgeschlossen. Das ist im Moment alles, was ich für Sie tun kann. Kommen Sie wieder in einem halben Jahr zur Nachsorge.

*Patient:* Und was kann ich jetzt selbst noch tun, wie kann ich mein Leben ändern?

*Arzt:* Sie können gar nichts tun, leben Sie so weiter wie vorher.

*Patient:* Aber weil ich vorher so und so gelebt habe, bin ich doch krank geworden – und jetzt soll ich weiter so leben, dann muss es doch wieder kommen.

Dieser Dialog ist nur dann möglich, wenn beide Denkstile als Gegensätze aufgefasst werden. In Tat und Wahrheit sind sie jedoch komplementär.

Arzt und Patient erleben und interpretieren die Krankheiten aus unterschiedlichen Perspektiven. Im Denken der beiden sind andere Dinge wesentlich. Hier ist es zum Beispiel der therapeutische Auftrag, dort Betroffenheit. Beide Einstellungen zur Krankheit und die daraus gezogenen unterschiedlichen Konsequenzen sind aus der jeweiligen Sicht richtig – richtig, aber auch einseitig. Anders ausgedrückt, Arzt und Patienten erkennen und vertreten unterschiedliche, einander ergänzende Wirklichkeiten. Es gibt Wirklichkeiten, die sich mit einem Erklärungsmodell nicht hinreichend beschreiben lassen. Denken wir an das Licht, das sowohl Teilchen ist als auch Welle. Wir reden von komplementären Wirklichkeiten.

## Patientenkompetenz und Komplementärmedizin

Dem Heraustreten von Patienten aus der Unmündigkeit und damit der Formulierung der legitimen Rechte und Ansprüche kompetenter Patienten ist es auch zu verdanken, dass der Begriff Komplementärmedizin heute eine andere Kon-

notation bekommt, als er sie noch vor wenigen Jahren hatte.

So ist es heute nicht mehr zeitgemäß die Begriffe Komplementärmedizin, Alternativmedizin, Paramedizin, Außenseitermedizin und ähnliche in einen Topf zu werfen.

Im modernen Verständnis hat Komplementärmedizin weniger mit Mitteln und Verfahren unbewiesener Wirksamkeit zu tun als vielmehr mit der komplementären Wirklichkeit des Patienten mit ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten und Behandlungsformen.

Der folgende, authentische Dialog zwischen einem Arzt und Patient macht dies deutlich:

*Patient:* Herr Doktor, was meinen Sie dazu, wenn ich mir noch Mistel spritzen lasse?

*Arzt:* Da bin ich zurückhaltend. Man weiß zu wenig darüber, ob und wie die Mistel wirkt.

*Patient:* Mir ist es eigentlich egal, ob und wie die Mistel *wirkt*, Hauptsache sie *hilft* mir.

Kompetente Patienten glauben an die prognostische Relevanz der Patientenkompetenz. Sie sind überzeugt davon, ihre Abwehrkräfte, moderner ausgedrückt, ihre Selbstregulation durch eigenes Tun verbessern und damit zum günstigen Verlauf der Erkrankung beitragen zu können. Im Fall der Mistel berufen sie sich dabei auch immer wieder auf Untersuchungen, die auf einen positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der Selbstregulation, dem Verlauf der Krebserkrankung und der Anwendung des Mistelpräparates *Iscador* hinweisen [10].

Zum kompetenten Patienten gehört es fast untrennbar dazu, dass er sich in seine eigenen Angelegenheiten einmischt, sich als Ko-Therapeuten versteht, Eigeninitiativen zur Selbstregulation ergreift und dabei ein persönliches Behandlungskonzept entwirft, welches zur eigenen, komplementären Wirklichkeit passt. Das in dieser Absicht eingenommene Mittel soll ihm, dem Patienten im Rahmen der Selbsthilfe *helfen*, soll ihn dabei unterstützen, den eigenen Weg

in und trotz der Erkrankung selbstsicher und mit normalem Lebensgefühl zu gehen.

Wenn kompetente Patienten für sich komplementäre Therapiekonzepte entwerfen, so entwerfen sie damit kein alternatives Therapiekonzept zur Schulmedizin, äußern sie damit keine Kritik am tumorzentrierten Vorgehen der Onkologie. Sie bleiben dem therapierenden Arzt absolut treu. Sie holen sich vielleicht eine zweite Meinung, *Second Opinion* ein, um sich noch überzeugter hinter den Arzt und seinen Behandlungsvorschlag stellen zu können. Aber sie bleiben dem Arzt gegenüber vertragstreu. Allerdings – sie erwarten Vertragstreue auf Gegenseitigkeit.

Zusammengefasst ist es für die Diskussion unseres Themas Arzneimittelsicherheit von Bedeutung, dass kompetente Patienten ihr eigenes, zur schulmedizinischen Therapie komplementäres System der Behandlung errichten. Der gesamte pharmazeutisch-medizinische Versuch der Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung kann ins Leere laufen, wenn er nicht kompatibel ist mit dem, was der Patient an Selbstmedikation noch hinzufügt.

## Patientenkompetenz und Ethik

Ich kann diesen sehr wichtigen und außerordentlich umfangreichen Aspekt an dieser Stelle nur streifen.

Von zentraler Bedeutung ist für mich hier das oben schon zitierte Wort von Karl Jaspers: *Der Patient braucht die Freiheit, die medizinische Ordnung zu durchbrechen*.

In all den Diskussionen, die in den letzten 20 bis 30 Jahren über Patientenrechte geführt worden sind, ist ein Aspekt jetzt – mit dem Aufkommen immer mehr kompetenter Patienten – nachzuarbeiten, nämlich die Bedeutung der Patientenkompetenz für die Strukturen und Verfahrensweisen unseres Gesundheitssystems.

In diesem Zusammenhang stehen sehr viele Themen zur Diskussion. Als Beispiele seien genannt:

- Das Recht des Patienten auf komplementäre Selbstmedikation im Rahmen der Selbsthilfe und der subjektiven Strategien zur Krankheitsbewältigung
- Die Pflichten, die sich aus diesem Autonomieanspruch für den Patienten ergeben, zum Beispiel die Pflicht, den Arzt über komplementäre Therapien zu informieren
- Die Pflicht zur Mitverantwortung des Patienten, wenn er Mitentscheide fordert
- Die Grenzen der Mitverantwortung und Mitträgerschaft der Solidargemeinschaft der Versicherten gegenüber den Ansprüchen, die aus individuellen Gesundheitskonzepten stammen
- Den Schutz des Patienten vor einer neuen Gefahr der Ausbeutung, die sich mit den neuen IGe-Leistungen und Medizinischen Versorgungszentren ergibt
- Die Pflicht des Arztes und Apothekers, das Recht des Patienten auf Selbsthilfe zu respektieren
- Die Pflichten und Rechte des Arztes, die sich durch die Liberalisierung der Selbstmedikation ergeben
- Die Ausbildung des Arztes und Apothekers zur Fähigkeit, gegenüber dem kompetenten Patienten moralisch reflektiert zu handeln, das heißt, konsensfähige Dialogebenen zu analysieren, die Bilder-, Sprach- und Vorstellungswelten von Patienten zu erfassen, sich in der individuellen Begrifflichkeit des Patienten auszudrücken, den Stand der Verarbeitung von Informationen des Patienten abzurufen
- Die Neudefinition des medizinischen Auftrags: früher Krankheitsdiagnostik, Krankheitstherapie, Behandlung von Symptomen, Rehabilitation – heute zusätzlich Orientierungshilfen zur Selbsthilfe
- Die Einrichtung neuer Beratungsstellen für Selbsthilfe, Komplementärmedizin und *Second Opinion* an Krankenhäusern
- Die Umsetzung des salutogenetischen Paradigmas in Medizin und Gesundheitswesen mit allen Konse-

quenzen vor allem für eine stärkere Betonung der Prävention

- Die Allokation von Mitteln der Forschung, die bisher vor allem für die Erkennung und Therapie von Krankheiten unter Vernachlässigung der Gesundheitsforschung ausgegeben wurden
- Die Erforschung des Zusammenhangs von Patientenkompetenz, Selbstregulation und Krankheitsprognose

### Die Stiftung Patientenkompetenz, eine Initiative für kompetente Patienten

Der Begriff Patientenkompetenz stammt aus der Sprachwelt von Patienten des 21. Jahrhunderts. Natürlich gab es auch früher Patienten, die dieser Definition entsprachen. Auch die Selbsthilfebewegung ist ja nicht neu. Neu ist jedoch das Ausmaß, mit dem das Gedankengut der Selbsthilfe heute ins allgemeine Bewusstsein gelangt. Ja, es scheinen sich dieses Gedankengut und der damit verbundene Imperativ des Handelns zu einem eigentlichen Megatrend, vielleicht sogar einem Signum des 6. Kondratieff-Zyklus [11] zu entwickeln.

Ich bin das erste Mal auf diesen Trend Ende der 90er Jahre gestoßen, als immer mehr Patienten zu uns in die Klinik für Tumorbiologie kamen, um eine zweite Meinung einzuholen. Wir haben damals die Anregung von Patienten aufgegriffen, die zweite Meinung als neues medizinisches Versorgungsmodell in Deutschland etabliert [12] und begonnen, das Phänomen der Patientenkompetenz wissenschaftlich zu bearbeiten.

Es zeigte sich aber auch, was allerdings zu erwarten war, dass nämlich unsere Bemühungen zur Förderung der Patientenkompetenz erhebliche Widerstände vor allem aus Kreisen der Berufskollegen selbst auslösten. Derartige Widerstände gegen die Ausbreitung des Gedankens der Patientenkompetenz bestehen auch heute noch und werden nicht einfach zu überwinden sein. Allerdings darf man es der Medizin und dem Gesundheitswesen nicht zum Vorwurf machen, wenn sie den genannten Trend

nicht nur freudig begrüßen. Schließlich haben sie sich im letzten Jahrhundert unter anderen Prämissen etabliert und stehen nun vor einem Wandel des bisherigen Selbstverständnisses, der wie jeder tief greifende Wandel eine große Herausforderung ist.

Andererseits ist die Medizin eine dienende Disziplin. Sie dient der Gesellschaft und den einzelnen Angehörigen derselben. Nicht der Patient ist für die Medizin da, sondern die Medizin für den Patienten. Also haben wir Mediziner uns den Ansprüchen unserer Gesellschaft zu fügen und zu prüfen, ob und wie neue Ansprüche in bestehende Strukturen eingepasst werden können.

Aber dazu braucht es Modelle und Einrichtungen, die es sich zur Aufgabe machen derartige Neuerungen – wie hier die Patientenkompetenz – in ihren Anfängen zu begleiten, sie zu fördern, zu erforschen und dann hoffähig zu machen.

Die Stiftung Patientenkompetenz und die vor kurzem gegründete wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung der Patientenkompetenz [13, 14] sind meines Wissens die ersten Institutionen, die kein anderes Ziel verfolgen, als die Patientenkompetenz zu erforschen, zu fördern und gemeinsam mit anderen Einrichtungen zu prüfen, wie sich die Interessen von kompetenten Patienten in die patientenorientierten Strukturen und Verfahrensabläufe im Gesundheitswesen einpassen lassen.

In diesem Sinne möchte ich Unit-Dose auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit anbieten.

#### Literatur

1. Patientenkompetenz. Hauptthema der Zeitschrift Brückenschlag der Klinik für Tumorbiologie Freiburg 2001;27.
2. Nagel G, Theobald S, Neusetzer B, Audörsch I. Patientenkompetenz: Begriffsbestimmung und prognostische Relevanz bei Krebs – Ergebnisse einer Umfrage. Dtsch Z Onkol 2004;36:110–7.
3. Scheibler F. Shared decision making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber Verlag, 2004.
4. Arbeitsgruppe Patientenkompetenz der Klinik für Tumorbiologie Freiburg.
5. Antonovsky A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco, London: Jossey-Bass Publisher, 1987. (Anmerkung des Autors:

- Das zentrale schulmedizinische Paradigma des Denkens und Handelns ist das pathogenetische, die Zentrierung auf die Krankheit. Antonovsky prägt den Begriff Salutogenese, das Zustandekommen von Gesundheit).
6. Bartsch HH, Bengel J (Hrsg.). Salutogenese in der Onkologie. Freiburg: Karger Verlag, 1997.
  7. Rothschild KE. Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1978.
  8. Höckel M, Heckl U, Nagel G (Hrsg.). Der Krebs-Patient in der Apotheke. Therapie-

- standards, unkonventionelle Mittel, pharmazeutische Betreuung. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, 2003.
9. Nagel G, Heckl U. Beratung von Krebspatienten in der Apotheke. DAZ 2001;141:39–44.
  10. Grossarth-Maticek R, et al. Use of iscador in cancer treatment. Altern Ther 2001;7:1066–75.
  11. Nefiodow LA. Der sechste Kondratieff. Bonn: Rhein-Sieg Verlag, 2001.(Anmerkung des Autors: Kondratieff-Zyklen nennt man lang anhaltende Innovationsschübe, die von der Anwesenheit bahnbrechender Basisinnovationen ausgelöst werden. Die Dampfmaschine, das Auto, die Informationstechnik sind Beispiele. Beim 6. Kondratieff handelt es sich nach Nefiodow um den Gesundheitsmarkt).
  12. Heimpele H, Hess CF, Hohenberger W, Nagel G, et al. Second Opinion in der Onkologie. Onkologie 1999;22:246–50.
  13. Stiftung Patientenkompetenz [www.stiftung-patientenkompetenz.org](http://www.stiftung-patientenkompetenz.org)
  14. Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung der Patientenkompetenz e. V., Talstr. 1, D-79000 Freiburg

## Bücherforum

### Reinstwasser

**Planung, Realisierung, Qualifizierung von Reinstwassersystemen. Von Herbert Bendlin und Martin Eßmann. Maas & Peither GMP Verlag, Schopfheim 2004. 460 Seiten. € 208,65.**

Wasser bedeutet Leben. Ohne Wasser gäbe es uns nicht. Wir suchen im ganzen Universum nach Wasser um Leben ausfindig zu machen. „Nisi agunt, nisi soluta.“ Richtet man sich nach seiner Bedeutung, so ist über Wasser noch viel zu wenig geschrieben worden. Dieses Buch füllt eine schon längst entstandene Lücke, ganz besonders für den Pharmazeuten. Wir sind Hauptverbraucher dieses „Fluidums“.

In der Einfachheit liegt die Vielfalt. Zwei Wasserstoffatome an ein Sauerstoffatom durch Einfachbindung gebunden. Keine  $\pi$ -Elektronen, keine Resonanzstrukturen, keine chiralen Zentren. Ganz einfach halt. Es hat für uns schon Gewohnheitswert. Gute Wasserqualität in der Apotheke ist jedoch keine Selbstverständlichkeit. Sie fordert eine ständige Qualitätsüberwachung. Das Wasser hat eine Fülle von Facetten, die in diesem Buch beschrieben sind. Die Autoren beleuchten es von allen Seiten. Bei der Lektüre dieses Werks wird uns erst bewusst, welche komplizierte, vielfältige und anspruchsvolle Aufgabe die Bereitstellung einer guten Wasserqualität ist.

Nach dem Deckblatt mit Titel und Autoren folgt eine fast leere Seite, die ganz un-

scheinbar, in kleiner Druckschrift ein Zitat von Thales von Milet wiedergibt: „Das Prinzip aller Dinge ist das Wasser.“ Es soll uns zum Nachdenken anregen. Wasser ist so wertvoll, dass wir sehr umsichtig damit umgehen müssen. Zu viele Erdteile leiden bereits unter Wassermangel. Für den Apotheker ist das Wasser der wichtigste Hilfsstoff überhaupt. Das vorliegende Buch liefert den Beweis.

In den ersten Kapiteln werden die Inhaltsstoffe des Wassers, die Reinstwasserqualitäten, die Konditionierung und Wasseraufbereitungsverfahren beschrieben. Die Anforderungen an die Wasserqualität, die Herstellungsverfahren und die einzuhaltenden Grenzwerte sind in den Arzneibüchern festgelegt. Die Qualität des Wassers ist für die Qualität der flüssigen Arzneiformen, aber ganz besonders für die der Parenteralia von ausschlaggebender Bedeutung. Die Autoren geben einen Überblick zu der Auslegung der Anlagen, den unterschiedlichen Herstellungsverfahren und den verarbeiteten Werkstoffen. Im Anschluss wird die Qualifizierung/Validierung der Anlagen beschrieben. Dabei wird auf die Reproduzierbarkeit des Herstellungsverfahrens großer Wert gelegt.

Im Kapitel „Konditionierung des Wassers“ werden verschiedene Verfahren beschrieben. So verfolgt die Bestrahlung mit UV-Licht zum Beispiel nicht nur eine Reduktion der Keimbelastung, sondern auch die Zerstörung des Ozons. Die effektivsten Wellenlängen für eine wirkungsvolle Entkeimung und Ozonzerstörung liegen

bei 254 nm und 185 nm. Die 254-nm-Bande entspricht der Absorptionsbande der Nucleinsäuren, die in den Zellkernen der Keime zerstört werden, während die Bande bei 185 nm die oxidative Spaltung der TOCs (total organic compounds) bewirkt. Weil bei der UV-Bestrahlung keine chemischen Zusatzstoffe zur Anwendung kommen, hat diese Methode entscheidende Vorteile.

Der Apotheker hat nicht immer die Kontrolle über das Herstellungsverfahren und die daraus resultierende Qualität des Reinstwassers, das er zur Herstellung des „Aqua dest.“ in der Apotheke einsetzt. In den großen Krankenhäusern wird das Reinstwasser zentral aufbereitet. Der Apotheker sollte jedoch bereits in der Planungsphase der Aufbereitungsanlagen Einfluss nehmen. Das vorliegende Werk kann ihm dabei sehr hilfreich sein.

Eine weitere sehr wichtige Aufgabe zur Erhaltung der Wasserqualität ist die Wartung und Instandsetzung der Wasseraufbereitungsanlagen, die durch Wartungsprotokolle dokumentiert werden muss. Dabei steht die mikrobiologische Kontrolle im Vordergrund. Hilfreich für den Leser sind die detaillierte Beschreibung der Validierungen und die dazugehörigen Kalibrierprotokolle.

Die breit gefächerte Materie wird didaktisch dargestellt und mit zahlreichen praktischen Hinweisen ergänzt. Fazit: dieses Buch darf in keiner Apothekenbibliothek fehlen.

*Hagen Theuer, Nürnberg*