

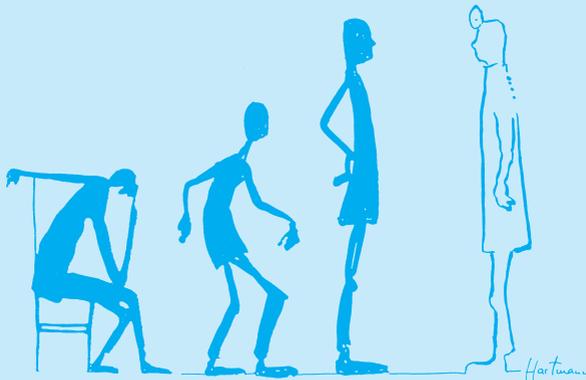


Patientenorientierung!?

Texte

Hintergründe

Diskussionsbeiträge



Impressum

Herausgeber:

Gesundheitsladen München e.V.
Astallerstr. 14
80339 München
Tel: 089/77 25 65
Fax: 089/725 04 74
mail@gl-m.de
www.gl-m.de

Bezug:

Gesundheitsladen München e.V. oder auf der Webseite

Endredaktion und Layout:

GL-Team

Autor*innen:

Peter Friemelt
Christel Haberland
Jürgen Kretschmer
Waltraud Kröner
Sarah Kurzak
Dr. Peter Scholze
Adelheid Schulte-Bocholt
Carola Sraier

Druck: Eigendruck

Stand: Oktober 2019

Wir verwenden unterschiedliche Formen, um gendersensibel zu schreiben, gemeint sind immer Alle.

Mit freundlicher Unterstützung der



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Die Arzt-Patienten-Beziehung: Beziehungsloser Aktionismus oder Hilfe zu besserer Krankheitsbewältigung?	6
Patientenberatung und -information	10
Ökonomisierung – Profit- versus Patientenorientierung am Beispiel von „Individuellen Gesundheitsleistungen“ und „zahnärztlicher Versorgung“	13
Patientenrechte im Patientenrechtegesetz	16
Behandlungsfehler	18
Krankenkassen – Unterstützer der Patient*innen?	20
Rechtliche Vorsorge – Patientenorientierung am Lebensende	23
Patientenorientierung in der stationären Versorgung	26
Konzept eines agilen patienten- und ressourcen-orientierten „Feedback-Managements“ im Krankenhaus	28
Patientenbeteiligung als ein Weg zu mehr Patientenorientierung	30
Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung dient auch der Entwicklung eines menschengerechten Gesundheitswesens	32

Einführung

Im Jahr 2019 benannte der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München „Patientenorientierung“ als Hauptthema. Für uns im Gesundheitsladen München war dies Anlass und Anforderung zugleich, sich aus unserer Sicht intensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen: Bestandsaufnahme, Probleme kennzeichnen und Forderungen entwickeln.

Tagtäglich schildern uns Patient*innen und Versicherte ihre Erfahrungen und Beschwerden. Sie lassen uns teilhaben an den Realitäten ihrer Lebenswelten und Settings. Wir beraten, begleiten und unterstützen sie in den allzu häufig kritischen und beschwerlichen Situationen. Wir legen besonderen Wert darauf, diese Realitäten hier abzubilden.

Zur Themenfindung, der inhaltlichen Ausgestaltung sowie der Redaktion wurden mehrere Treffen im Laufe des Jahres anberaunt und wir diskutierten Patientenorientierung auf der Jahreshauptversammlung 2019 mit unseren Vereinsmitgliedern.

Die Texte wurden von Team und Vorstand des Gesundheitsladens erstellt. Einige der Forderungen sind unmittelbare Ergebnisse unserer Mitgliederversammlung.

Die vorliegende Textsammlung ist weder statisch gedacht noch abschließend zusammengetragen. Sie kann und muss in einem Prozess der Weiterentwicklung fortgeschrieben werden.

Die aufgestellten Forderungen ergeben sich direkt und indirekt aus Schräglagen und Missständen, die uns geschildert werden.

So unterschiedlich die Diskussionen in den Sitzungen und der Redaktionsgruppe teilweise auch waren, in einem Punkt sind wir uns ohne Einschränkung einig: Gesundheitliche Versorgung kann nur zusammen mit den Patient*innen stattfinden. Fremdbestimmung, wie etwa durch mächtigere Interessensgruppen, darf hier keinen Platz haben.

Der Stimme von Patient*innen und Versicherten muss Gehör verschafft und gegeben werden. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen müssen die Angehörigen dieser großen Bevölkerungsgruppe als einem ernst zu nehmenden Partner begegnen.

Gelingende Beratung und Information von Ratsuchenden, gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation, gelingende Wahrung und Umsetzung der verbrieften Rechte und Ansprüche, gelingende Patientenvertretung in den maßgeblichen Gremien sind Patientenorientierung par excellence!

Gesundheitsladen München e.V.
München, Oktober 2019

Die Arzt-Patienten-Beziehung: Beziehungsloser Aktionismus oder Hilfe zu besserer Krankheitsbewältigung?



„Der Patient steht im Mittelpunkt“. So lautet ein vielgepriesenes Mantra, das besonders auch Gesundheitspolitikern in Sonntagsreden wie eine Monstranz vor sich hertragen.

Die Versorgungsrealität provoziert dann aber die Frage: Wer steht im Vordergrund und was verdeckt vielleicht den Blick auf den Mittelpunkt?

Die moderne Medizin zeigt eine rasante Entwicklung mit faszinierenden diagnostischen und therapeutischen Errungenschaften im Bereich der technischen und der Biomedizin. Halten Patientenorientierung, Beziehungsmedizin, Arzt-Patienten-Kommunikation und Sprechende Medizin mit dieser rasanten Entwicklung Schritt? Welches sind die gegenwärtigen Tendenzen?

Was technisch machbar ist, wird gemacht.

So kommt es in vielen technischen Bereichen zu einer hohen Überversorgung (Beispiele: Unnötige Herzkatheteruntersuchungen, unnötige Operationen wie Gebärmutterentfernungen und unnötige Totalendoprothesen an Knie und Hüfte). Viele dieser unangemessenen Eingriffe sind nicht nur überflüssig, sondern für die betroffenen Patienten auch potentiell mit körperlichen Folgeschäden verbunden.



Was Geld bringt, wird gemacht.

Das Gesundheitswesen ist mehr durch Marktorientierung als durch Patientenorientierung bestimmt. Wir haben eine Überversorgung bei gut bezahlten medizinisch-technischen Leistungen und eine Unterversorgung bei schlecht bezahlten und zeitaufwendigen Gesprächsleistungen.

Angebotsorientierung statt Bedarfs- und Patientenorientierung.

In unserem Gesundheitssystem bieten die sogenannten „Leistungsanbieter“ bevorzugt diejenigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen an, die sie in ihrem jeweiligen Angebot (Leistungsspektrum) vorrätig haben. Dies entspricht oft nicht dem, was Patientinnen und Patienten brauchen und was ihnen am meisten helfen könnte.

Überspezialisierung und Fragmentierung in der Medizin.

Wir bekommen immer mehr Fachspezialistinnen und Fachspezialisten, die nur noch ihr Spezialgebiet sehen und den Blick auf den ganzen Menschen verlieren.

Masse statt Klasse.

Mit den bestehenden Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Bereich werden Fehlanreize gesetzt. „Richtig Kranke“ werden oft als belastend empfunden, erwünscht sind möglichst viele „pflegeleichte Fälle“, die gut zu managen und leicht handelbar sind.

Falsche Heilsversprechen.

In der Öffentlichkeit wird von Politikern und Medien einseitig die „Hochleistungsmedizin“ gepriesen. Das Motto lautet: „Durch digitale und technische Aufrüstung der Krankheit den Kampf ansagen! Wenn wir die Gesundheitswirtschaft ankurbeln, dann hilft das den Kranken.“ So verspricht auch Jens Spahn voller Euphorie: „**Es gibt gute Chancen, dass wir in zehn bis 20 Jahren den Krebs besiegt haben**“.

Die Medizin läuft damit immer mehr aus dem Ruder. Es droht, wenn nicht schon vorhanden, eine beziehungslose Medizin in einer Maschinerie, in der die Patientinnen und Patienten sich als passive Objekte unterzuordnen haben. Dabei ist längstens bekannt: Die Stärkung der Patientensouveränität und Entscheidungen, die von Arzt und Patient partnerschaftlich getroffen werden, führen zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und zu besseren Behandlungsergebnissen.

Was stärkt die Arzt-Patienten-Beziehung?

Kommunikation, Wertschätzung, Partnerschaft und Transparenz!

Wir brauchen zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit einen Paradigmenwechsel.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts beschloss die Medizin, eine Naturwissenschaft zu werden. Sie entschied sich für ein **biomedizinisches Krankheitsmodell**. Der Mensch wurde „in Einzelteile zerlegt“, Krankheitssymptome wurden alleinig durch organische Defekte erklärt. Es entstand das Maschinen-Paradigma („der Mensch als komplexe Maschine“) als Erklärungsmodell für Lebensvorgänge. Dieses Krankheitsmodell ist heute immer noch in der Versorgungsrealität vorherrschend. So erklärt sich auch das Übergewicht von Technik und Apparatedizin.

Erst seit den 1920-iger Jahren wurde der kranke Mensch von Psychosomatikern und Psychotherapeuten als Subjekt und Handelnder entdeckt. Das war die Geburtsstunde des **bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells** („der Mensch als körperlich-seelisches Wesen in seinen öko-sozialen Lebenswelten“). Dieses bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit ist die





Grundlage für jede patientenorientierte Versorgung. Dies muss bedingungslos insbesondere in die Köpfe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und aller anderen im Gesundheitswesen Tätigen Einzug finden.

Wir brauchen **neue Umgangsformen in der medizinischen Versorgung** mit einem – sofern möglich – partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Behandelnden und ihren Patientinnen und Patienten. Hierzu zählen eine wertschätzende Beziehungsgestaltung, kommunikative Kompetenzen, aktives Zuhören und Empathie auf Seite der Behandelnden, eine – sofern möglich – partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) und das Einholen einer informierten Zustimmung (informed consent) der Betroffenen vor geplanten Eingriffen statt einer arztzentrierten Entscheidungsgestaltung. Das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung vor wichtigen Entscheidungen sollte uneingeschränkt gelten. Die gesundheitliche Versorgung muss sich an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten und hat deren Präferenzen zu berücksichtigen.

Wir brauchen **ein neues Selbstverständnis von** Ärztinnen und Ärzten. Autoritär und nach paternalistischen Prinzipien auftretende Ärztinnen und Ärzte sollten der Vergangenheit angehören. Eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung ist die beste Voraussetzung für gute Behandlungserfolge. Auf der anderen Seite ist eine bloße Dienstleistungsmedizin (Patient als „Kunde“) abzulehnen, da kranke Menschen meist keine souveränen Kunden sein können.

Wir brauchen **eine stärkere Befähigung (Empowerment) der Patientinnen und Patienten**. Eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung kann nur gelebt werden, wenn auch die Patientinnen und Patienten sich mehr **Gesundheitskompetenz (health literacy)** aneignen. Die Gesundheitskompetenz ist insbesondere bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem sozialem Status und z.T. bei Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern. Mehr Gesundheitskompetenz ist der Schlüssel zu mehr Patientensouveränität und mehr Patientenautonomie.

Wir brauchen **mehr qualitätsgeprüfte und einfach zugängliche Patientinformationen** in verständlicher Sprache, die frei von Interessen der Pharma- und Geräteindustrie sind.

Wir brauchen **mehr Zeit und mehr Ruhe bei der Behandlung kranker Menschen**. Ein Durchschleusen von Kranken durch unser Gesundheitssystem unter permanentem Zeitdruck mit Minutenmedizin und Drehtürmedizin führt zu Aktionismus, überflüssigen Arztbesuchen und Patientenkarrieren.

Voraussetzungen für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind eine umfassende Anamneseerhebung und eine gründliche körperliche Untersuchung. Beides wird in der modernen Medizin stark vernachlässigt zugunsten eines technischen Aktionismus. Dabei ist bekannt: Etwa 80 Prozent aller Diagnosen können bereits durch eine gute Anamnese und eine gute körperliche Untersuchung gestellt werden.

Wir brauchen **mehr Fürsorge für diejenigen, die darauf angewiesen sind**: Nicht alle Kranken können souverän, autonom, mündig und selbstbestimmt handeln. Viele pflegebedürftige Menschen leben zu Hause oder in Pflegeheimen unter menschenunwürdigen Verhältnissen, ihrer Krankheit ausgeliefert und nicht in der Lage, diese beeinflussen zu können.

Wir brauchen **eine hausarzt-zentrierte Versorgung** zur Orientierung und Steuerung im medizinischen Dschungel. Nur so können die vielen überflüssigen Untersuchungen und Doppeluntersuchungen eingeschränkt werden.

Wir brauchen **neue Schwerpunkte in Aus-, Weiter- und Fortbildung** für medizinische Berufe unter Einbezug praxisrelevanter psychosomatischer und sozialer Lebensbedingungen.

Wir brauchen **mehr interdisziplinäre und berufsgruppen-übergreifende Kooperation und Vernetzung** zum Nutzen der Kranken.

Das alles sind große Baustellen. Diese müssen aber angegangen werden, damit unser Gesundheitswesen nicht noch weiter aus dem Ruder läuft. Zuweilen sollte auch an die vielen kranken Menschen gedacht werden.





Patientenberatung und -information

Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr komplex. Studien zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass sich ein großer Teil der Bevölkerung nicht gut zurechtfindet. Davon betroffen sind besonders vulnerable Gruppen in der Bevölkerung, wie Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen, Menschen in prekären Situationen.

Es besteht ein großer Bedarf an verständlicher, unabhängiger und neutraler Information und Beratung zu verschiedensten Fragestellungen der gesundheitlichen Versorgung: z. B. Probleme mit der Krankenkasse, Behandlungsfehler, zahnärztliche Versorgung, IGeL, Privatrechnungen.

Die Problemlagen der Ratsuchenden in der Patientenberatung sind dabei oft sehr komplex, da gesundheitliche Schwierigkeiten häufig mit sozialen Problemen assoziiert sind.

Nach wie vor besteht ein großes Informations- und Machtgefälle zwischen Leistungserbringern / Kostenträgern und Patienten / Versicherten. Letztere fühlen sich hilflos und ohnmächtig.

Es existiert ein undurchsichtiges, nicht ausreichendes Angebot an Gesundheits- und Patientenberatung von verschiedenen Anbietern wie Zahn- bzw. Ärztekammern, Apotheken, Selbsthilfegruppen, Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen, Sanitätshäusern, Pharmaunternehmen und Unabhängige Patientenberatung Deutschland.

Allgemeine und nicht indikationsspezifische Patientenberatung mit unabhängiger Trägerstruktur gibt es lediglich im Gesundheitsladen München und ehrenamtlich in einigen weiteren PatientInnenstellen in Deutschland. Der Gesundheitsladen München bietet seit den 1980er Jahren eine unabhängige Patientenberatung und Information sowie Orientierung im Gesundheitswesen an. Das Angebot umfasst telefonische, schriftliche und persönliche Beratung vor Ort.

Unabhängige Patientenberatung leistet einen wesentlichen Beitrag, die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu stärken, Orientierung zu geben und bei Bewältigungsprozessen zu unterstützen.

Überforderte Patient*innen

Ratsuchende fühlen sich häufig überfordert mit gesundheitlichen Versorgungsentscheidungen: „Wie finde ich den richtigen Arzt“, „Wie hoch sind die Kosten meiner Zahnbehandlung“, „Was bedeutet das Schreiben meiner Kasse“, „Wann und mit welcher Frist, muss ich welchen Antrag bei welchem Kostenträger stellen“, „Wie geht es weiter bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit“, „Was kann ich tun, wenn ich einen Behandlungsfehler vermute“. Besonders hilf- und machtlos erleben sich dabei die o. g. vulnerablen Gruppen in der Bevölkerung.

Viele komplexe Anliegen der Ratsuchenden können nur in einem persönlichen Gespräch vor Ort, ggf. mit Einsicht in die Dokumente, sachgerecht und abschließend beraten werden.

Aufgrund der wenigen unabhängigen und neutralen Patientenberatungsstellen bleiben große Teile der Bevölkerung mit ihren Patientenanliegen „unversorgt“ und allein.

Die verfügbaren Gesundheitsinformationen sind für die Ratsuchenden oft schwer zu verstehen bzw. einzuschätzen hinsichtlich der Seriosität, Qualität, Evidenz usw. und besonders die zugrundeliegenden Interessenslagen. Gleiches gilt für die Kommunikation mit Kostenträgern und Leistungserbringern, da dabei Fachbegriffe und Behördensprache vorherrschen.

Unsere Forderungen:

- Damit die Patienten sich im Gesundheitssystem besser zurechtfinden können, ist es wichtig, die Komplexität zu reduzieren und die Strukturen zu vereinfachen. Dazu kann u. a. ein Abbau der Bürokratie, eine Vereinheitlichung des Krankenversicherungssystems oder eine Abschaffung der Sektoren/-trennung beitragen.
- Patient*innen sollen bei der Wahrnehmung und Durchsetzung Ihrer Rechte gestärkt und unterstützt werden. Daher fordern wir den flächendeckenden Ausbau der unabhängigen gut vernetzten Patientenberatung mit ganzheitlichem Empowermentansatz in regionalen, aufsuchbaren, niedrigschwellig erreichbaren Beratungsstellen in gemeinnütziger Trägerschaft.
- Die Finanzierung der Patientenberatung sollte aus Steuermitteln erfolgen und die Organisation über eine Patientenstiftung, die von den maßgeblichen Organisationen nach § 140 f SGB V getragen und bewirtschaftet wird. Dadurch wird die notwendige Unabhängigkeit ermöglicht und vor Fremdinteressen geschützt.



- Bei den rasanten Entwicklungen im Gesundheitssystem müssen die Betroffenen mitgenommen bzw. beteiligt werden – aktuelles Beispiel ist die „Digitalisierung“.
- Der Patient muss im Mittelpunkt allen Handelns stehen, seine Rolle als Seismograph für (Fehl-)Entwicklungen ernstgenommen und eine Position als aktiver Gestalter des Gesundheitssystems ermöglicht werden.
- In der Patientenberatung gilt es, vielfältige Zugänge anzubieten, um die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu fördern, bzw. sie zu befähigen, mit ihren Problemsituationen persönlich passend und zielführend umgehen zu können. Dazu gehören – neben der eigentlichen Beratung – aufsuchende Bildungsangebote, spezifische Angebote für vulnerable Gruppen, die Funktion des Beraters als Gesundheitslotse sowie weitere Orientierungshilfen.

Ökonomisierung – Profit- versus Patientenorientierung am Beispiel von „Individuellen Gesundheitsleistungen“ und „zahnärztlicher Versorgung“

PatientInnen stehen (angeblich) im Mittelpunkt unseres Gesundheitswesens. Sie haben einen Anspruch auf umfassende, verständliche Information und Beratung sowie auf eine fachgerechte, am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung durch Alle, die gesundheitliche Leistungen erbringen.

Die Patient*innen erleben aber oft etwas anderes. Häufig geht es nicht um ihre individuelle, medizinisch notwendige und sinnvolle Versorgung. Behandlungen werden aus Budgetgründen abgelehnt, privat zu zahlende Behandlungen massiv beworben und/oder zur Voraussetzung für eine Krankenkassenleistung gemacht. Wirtschaftlich geleitete Behandlungsempfehlungen und Behandlungen bestimmen das (Zahn)Arzt-Patient*in Verhältnis.



Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Der Nutzen von IGeL- Leistungen ist häufig nicht belegt. Ihr Angebot ist unübersichtlich und wächst stetig. Patient*innen finden sich nur schwer zurecht und können die Sinnhaftigkeit der angebotenen Leistungen nicht beurteilen oder prüfen. Oft wird Kassenpatient*innen schon bei der Anmeldung in der Praxis, und damit vor der ärztlichen Konsultation und Beratung, eine IGeL angeboten und werden dadurch mit einer privat zu zahlenden Leistung regelrecht „überraumpelt“.

Mit IGeL wurde ein künstlicher Bedarf geschaffen, der Ärzten eine zusätzliche Einnahmequelle eröffnet. Die Leistungen sind in den meisten Fällen weder medizinisch notwendig, noch „per se“ gut.

Dennoch werden sie von vielen (Fach-) Ärzten aggressiv angeboten und verkauft, ohne sachgemäße Information, Darstellung potentieller Risiken und Unzulänglichkeiten, häufig unter Druck und auf Kosten eines vertrauensvollen Arzt-Patient*innen-Verhältnis.



Zahnärztliche Versorgung

Viele Ratsuchende haben Fragen zur zahnärztlichen Versorgung (Zahnersatz, Kieferorthopädie, Wurzelbehandlungen...), den Versorgungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kosten. Sie sind mit den unverständlichen Kostenplänen und (Eigenanteils-) Rechnungen überfordert, verstehen diese nicht und können sie nicht prüfen. Sie beklagen mangelhafte Information und

Aufklärung, dass Zahnärzte viele Leistungen (ausschließlich) privat anbieten, die reine Kassenleistung entweder gar nicht erwähnen oder diese als minderwertig und völlig unzulänglich darstellen. Letzteres vermittelt den Eindruck, als GKV-Versicherter, Versicherter dritter Klasse zu sein.

Folgen sind ein von Misstrauen und von ökonomischen Interessen bestimmtes Arzt-Patient*in-Verhältnis, große Verunsicherung auf Seiten von Patient*innen, unversorgte Gebisse „Weil ich es mir nicht leisten kann“ oder eine (z.T. massive) Verschuldung, wenn Privatleistungen (mangels genannter Alternativen) in Anspruch genommen werden. Hiervon betroffen sind alle Bevölkerungsschichten, ganz besonders aber ältere Menschen, Personen mit Migrationshintergrund und Personen in einer prekären wirtschaftlichen Situation.



Der Gesundheitsladen fordert im Sinne von Patienten- statt Profitorientierung:

- Alles, was medizinisch notwendig ist, muss Kassenleistung sein. Dies gilt auch beim Zahnersatz. Daher ist das Festzuschussystem abzuschaffen und die Kosten für Zahnersatz komplett von den Krankenkassen zu übernehmen. Patient*innen müssen sicher gehen können, dass das medizinisch Notwendige als Kassenleistung – ohne zusätzliche, privat zu zahlende Leistungen – erbracht wird.
- IGeL- freie Praxen.
Als Übergangsregelung bis dahin soll die Information und Beratung über IGeL in Arztpraxen mit einem zeitlichen Abstand zur Leistungserbringung von mindestens einem Tag geschehen, damit die Entscheidung nicht unter Druck passiert und für die Patient*in ausreichend Bedenkzeit für oder gegen eine Privatleistung besteht.
- Eine bestmögliche, umfassende, objektive und verständliche Information und Aufklärung über Versorgungsmöglichkeiten, deren Vor- und Nachteile, die Kosten und die Kassenleistung in laienverständlicher Sprache. Erst dann haben Patient*innen die tatsächliche Wahl, sich für oder gegen eine Versorgung entscheiden zu können.
- Die Leistungsanbieter müssen in jedem Fall und immer sachlich und wertungsfrei über die Kassenleistungen informieren.
- Weniger ökonomischer Druck auf Ärzte.
- Schaffung von Anreizen, damit Ärzte und Patient*innen zu einer echten, vertrauenswürdigen Beziehung miteinander kommen, beispielsweise über: Mehr Zeit durch bessere Honorierung der sprechenden Medizin, weniger Dokumentation und Verwaltungszwänge.



- Ein unbedingtes Recht auf eine anonyme kostenfreie Zweitmeinung.
- Eine für die Patient*innen, kostenfreie Kontrolle von fragwürdigen (Privat-) Rechnungen durch die Kassen, weil diese im Gegensatz zu den derzeit zuständigen Kammern, kein Eigeninteresse bei der Prüfung von Privatrechnungen haben.
- Dem vor allem von Leistungs-Anbietern geschürten Denken: „Was nichts extra kostet, ist nichts wert!“ sollte aktiv entgegengewirkt werden. Wenn alles, was medizinisch notwendig und sinnvoll ist von den Kassen gezahlt wird, stellt die Kassenleistungen eine medizinisch gute Versorgung dar.
- Die Schaffung von niedrigschwelligem Zugang zu juristischer Beratung bei Problemen im Umgang mit Privatrechnungen und den Leistungsanbietern.
- Die Einführung einer Bürgerversicherung und damit mehr Solidarität im Gesundheitswesen.



Patientenrechte im Patientenrechtegesetz



Im Februar 2019 wurde das Patientenrechtegesetz sechs Jahre alt. Darin wurden im Wesentlichen vorhandene Regelungen, Gesetze und Rechtsprechungen zusammengefasst und in das Bürgerliche Gesetzbuch in die §§ 630a – 630h „gegossen“. Zusätzlich gab es auch patientenrechtlich relevante Änderungen im Sozialgesetzbuch (SGB) V. Bereits zur Erstellung des Patientenrechtegesetzes war klar, dass einige Regelungen noch immer zu kompliziert in der Anwendung/Umsetzung und nicht geeignet sind, um den Patienten die Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Interessen leicht zu ermöglichen.

- **Informationspflicht über Behandlung (§ 630c BGB):** Besonders wichtig für PatientInnen ist der Passus zur „wirtschaftlichen Aufklärung“. Zunehmend stellen wir fest, dass die ärztliche Informationspflicht nicht auf die Informationsbedürfnislage der Patienten abgestimmt ist. Der gedrängte Arbeitsmodus in ambulanten und stationären Settings lässt kaum Raum für die sprechende Medizin. Die empfohlene schriftliche Information über entstehende Behandlungskosten findet in der Praxis nicht regelhaft vor Inanspruchnahme der Leistung statt.
- **Einwilligung in die Behandlung (§ 630d BGB):** In der Aufklärung, den Informationen aber auch in der Einwilligung gibt es häufig Unterschiede zwischen dem gesprochenen und dem geschriebenen Wort. Patienten erinnern sich oft nicht daran, in was genau sie „eingewilligt“ haben. Dies trifft besonders oft auf vulnerable Patientengruppen zu. Die aktive Einwilligung des Patienten ist eine wichtige Regelung, die in der Praxis allerdings an die Patientenbedürfnisse und deren Kenntnisse angepasst werden müsste.
- **Aufklärung (§ 630e BGB):** Ohne Aufklärung gibt es keine gültige Einwilligung. Dennoch ist die Aufklärung oft „mangelhaft“ bzw. nicht patientenorientiert gestaltet. Auch Ärzte selbst beklagen den geringen zeitlichen Rahmen, der für die Aufklärung vorgesehen ist.
- **Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation (§ 630g BGB):** Obwohl das Patientenrecht der Einsicht in die Patientenakte schon seit vielen Jahren besteht, wird es den Patienten v. a. im ambulanten Setting häufig nicht gewährt. Ärztliche Begründungen lauten z.B. „es stört den Praxisablauf“, es sprechen „erhebliche therapeutische Gründe dagegen“ und noch fataler ist es

für die Patienten, wenn ein Vertrauensbruch unterstellt wird. Auch Hinterbliebene, die berechtigtes Interesse an den Dokumenten eines Angehörigen nachweisen können, haben es schwer, die Unterlagen zu erhalten, obwohl Vollmachten über den Tod hinaus vorliegen.

Das muss besser werden:

- Das Verfahren zur Erfüllung der Informationspflicht ist nicht auf Patientenbedürfnisse abgestimmt und kommt seiner Aufgabe nicht hinreichend nach. Daher fordern wir individualisierte Informationen, welche die Patientenbedürfnisse berücksichtigen und die Patienten in ihrer jeweiligen Gesundheitskompetenz wahrnehmen und sicherstellen, dass eine informierte Entscheidungsfindung das Ziel der Information ist und keine reine rechtliche Absicherung des Behandlers darstellt.
- Bei der Aufklärung vor planbaren medizinischen Maßnahmen ist sicherzustellen, dass das Zeitfenster bis zum Eingriff groß genug ist, um dem Patienten die Möglichkeit zur Reflexion zu geben, vor allem bei nicht zwingend medizinischen Angeboten wie den Selbstzahlerleistungen (IgeL). Für die Aufklärung braucht es Zeit, Raum und entsprechende angemessene Vergütung, damit ein Dialog zwischen Behandler und Patient realistisch wird. Sowohl die mündliche Aufklärung, als die schriftlichen Aufklärungsbögen müssen in patientenverständlicher Sprache gestaltet und durchgeführt werden – und dies nicht nur digital.
- Die Dokumentation der Behandlung muss für den Patienten transparent sein. Die Einsichtnahme wie Übergabe von Kopien (auch digital) muss Standard sein, zeitnah gewährt und organisatorisch vereinfacht werden bzw. in der Praxisroutine eingebunden werden.

Weitere Forderungen zu einer patientenorientierten Weiterentwicklung von Patientenrechten finden Sie in den Kapiteln „Behandlungsfehler“ und „Krankenkassen – Unterstützer der Patient*innen?“.



Behandlungsfehler



Der Spitzenverband der medizinischen Dienste und die Gutachter-/ Schlichtungsstellen der Landesärztekammern weisen jährlich zwischen 12.000 und 14.000 Verfahren zu einem Behandlungsfehlerverdacht aus. Dabei werden etwa $\frac{1}{4}$ der Verfahren positiv im Sinne eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers für die PatientInnen entschieden. Das bedeutet jedoch keineswegs, dass die geschädigten PatientInnen „automatisch“ eine Entschädigung bekommen.



Es wird davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer über Behandlungsfehler wesentlich höher liegt als die offiziellen Statistiken dies belegen. Man geht davon aus, dass sie im Bereich von 80.000 – 100.000 Fällen pro Jahr liegt. Viele geschädigte Patienten gehen ihrem Verdacht aus vielfältigen Gründen **nicht** nach, z. B.: sie haben vorrangig mit den gesundheitlichen / finanziellen Folgen zu kämpfen, sehen keine finanziellen Möglichkeiten, einen etwaigen Anspruch juristisch durchzusetzen, fühlen sich ohnmächtig gegenüber dem Ärztesystem, glauben nicht, dass sie fair beurteilt werden („eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“). Die besondere Schwierigkeit bei einem Behandlungsfehlerprozess liegt für den Patienten darin, dass er bei aufgetretenem Schaden, den Fehler und vor allem die 100%ige Kausalität zwischen Fehler und Schaden juristisch „wasserdicht“ nachweisen muss. Nur dann entsteht ein Anspruch auf Schmerzensgeld bzw. Schadensersatz. Diese Hürde ist oft zu hoch. Auch außergerichtliche Regulierungsversuche scheitern oft an den Haftpflichtversicherungen, die vorhandene Gutachten nicht anerkennen wollen. Daher gibt es sowohl wesentlich mehr Fehler in der Behandlung mit Schadensfolge, als in den offiziellen Statistiken auftauchen, sowie auch wesentlich mehr geschädigte Patienten, die nie einen zumindest finanziellen Ausgleich oder finanzielle Anerkennung des ihnen zugefügten Leides erfahren.

Was sollte sich ändern:



- Aus unserer Erfahrung ist die geltende regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren zur Klärung, ob ein schadensersatzpflichtiger Behandlungsfehler vorliegt, für viele Betroffene zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wiederherzustellen und sich finanziell abzusichern. Daher halten wir eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf 10 Jahre für angemessen.

- Wir fordern weitreichendere Beweiserleichterungen bzw. eine striktere Regelung der Beweislastumkehr für die PatientInnen bei einem vermuteten Behandlungsfehler.
- Wir fordern unabhängige und neutrale Gutachter- und Schlichtungsstellen bei Behandlungsfehlerverdacht mit einer Verfahrensordnung, in der neben ÄrztInnen und JuristInnen auch Krankenkassen- und Patientenvertreter paritätisch beteiligt sind. Bestandteil der Verfahren sollte eine mündliche Verhandlung sein, die PatientInnen eine faire Chance der Problemdarstellung bietet und die Pflicht zur Mitwirkung aller Beteiligten enthält.
- Bei einem durch unabhängige Begutachtung nachgewiesenen Behandlungsfehler sollte eine institutionelle Entschädigung für die Geschädigten geregelt werden, damit die Verfolgung von Schadensersatz und Schmerzensgeldforderungen nicht von den finanziellen Ressourcen der PatientInnen abhängig bleibt. Wir halten einen mischfinanzierten Härtefallfonds für eine Billigkeitslösung, um zeitnahe Entschädigungen für Medizingeschädigte zu erhalten ohne jahrelange Rechtsstreitigkeiten auszutragen, die für die Betroffenen oftmals unzumutbar sind.
- Ergänzend sollten Medizingeschädigte auch dann finanzielle Unterstützung durch den oben genannten Härtefallfonds erhalten, wenn der juristische Nachweis eines Behandlungsfehlers zwar nicht erbracht werden kann, definitiv aber eine schwere Schädigung durch die Behandlung entstanden ist.
- Wir fordern eine Verpflichtung für die Anwaltschaft, Beratung und Vertretung bei Verdacht auf Behandlungsfehler gegen Beratungsschein und Prozesskostenhilfe zu übernehmen.



Krankenkassen – Unterstützer der Patient*innen?



Seit einiger Zeit ist eine Umstrukturierung bei den Krankenkassen erkennbar. Nicht nur, dass die Anzahl geringer wird (Fusionen), sondern vor allem: sie zentralisieren, spezialisieren und anonymisieren sich. Der umfangreichen Beratungspflicht nach § 13-15 SGB I wird nur sehr rudimentär nachgekommen. Demgegenüber werden Versicherte in Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unnötigerweise mit jeder Menge schwer verständlicher Schreiben und Anrufen konfrontiert. Oftmals bestehen die Schreiben / Verwaltungsakte lediglich aus verschiedenen Textbausteinen in juristischem Verwaltungsdeutsch – teilweise ohne Rechtsgrundlage und ohne allgemeinverständliche Erläuterungen. Leistungsanträge werden – trotz § 13 Abs. 3a SGB V – verschleppt und nicht nachvollziehbar bearbeitet.

Häufig bekommen Versicherte Leistungsablehnungen nur telefonisch mitgeteilt – ohne Hinweis auf mögliche Rechtsmittel.

Was schief läuft



Die Versicherten haben keinen festen Ansprechpartner für all ihre Anliegen vor Ort. Sie müssen sich durch Hotlines „quälen“, für jeden Versicherungsbe- reich – Leistungsrecht, Versicherungsrecht, Beitragsrecht – gibt es eine andere Telefonnummer und Bearbeiter, wobei oftmals der eine Bereich nichts von der Bearbeitung des anderen weiß, sodass es kein koordiniertes Vorgehen gibt. Gerade im Beitragsrecht werden externe Dienstleister wie Inkassofirmen beauftragt, die ohne Bezug zum Versicherten Beitragsrückstände eintreiben. Des Weiteren sind die Schreiben der Krankenkasse oft anonymisiert und abstrakt: kein Bearbeiter, keine Durchwahlnummer, keine Unterschrift und außerdem für den Versicherten schwer/nicht verständlich – vor allem fehlen nachvollziehbare Erläuterungen. Im Ergebnis fühlen sich die Versicherten allein gelassen und gerade Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind von den Vorgängen heillos überfordert, sodass sie z. B. Aufforderungen nicht nachkommen oder Ablehnungen hinnehmen. Im Besonderen gilt das für Versicherte im Krankengeldbezug, die zusätzlich mit permanenten Anrufen und Auskunftsanforderungen schikaniert werden und damit mindestens genauso viel zu kämpfen haben wie mit ihrer Gesundheit. Außerdem fehlt hier besonders eine voll umfangliche Beratung seitens der Kassen über mögliche Maßnahmen und Existenzsicherung, die von der Situation und den Ressourcen der Versicherten denkt. Vielmehr ist diese interessensgeleitet im Sinne der Krankenkasse.

Obwohl Leistungsanträge der Fristenregelung nach § 13 Abs. 3a mit Genehmigungsfiktion bei verspäteter Bescheidung unterliegen, führt dies in der Praxis selten zu einem Vorteil für die Versicherten. Die Krankenkassen lehnen die Anträge prophylaktisch ab oder verschleppen die Bearbeitung, weil sie (angeblich) noch Informationen bräuchten. Mal davon abgesehen, dass die meisten Versicherten von der Regelung nichts wissen, scheuen sie die Selbstbeschaffung der Leistungen. Die Versicherten hätten dann das rechtliche und finanzielle Risiko, dass die Leistungen später von den Kassen übernommen werden. Meistens fehlt es schlichtweg an den finanziellen Ressourcen, da z. B. spezialisierte Hilfsmittel wie Rollstühle, Wohnraumanpassungen oder eine neurologische Rehabilitation sehr teuer sind.

Krankenkasse – Ihr Freund und Helfer

- Grundsätzlich: die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sollten ihre Werbeversprechen in den Selbstdarstellungen einlösen und den Versicherten als Ermöglicher von medizinischen Sach-/Geldleistungen mit einem gewissen Fürsorgeversprechen dienen.
- Es darf nicht sein, dass die Versicherten sich bei verschiedenen Anliegen durch mehrere Fachbereiche mit unterschiedlichen Bearbeitern „durchwühlen“ müssen. Es braucht eine koordinierende Stelle oder Person für jeden Versicherten.
- Die von außen nicht sichtbare Einschaltung von externen Dienstleistern halten wir datenschutzrechtlich für problematisch. Außerdem muss hier für Transparenz gesorgt werden.
- Informations- und Beratungsdefizite: Hier müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, passgenauer und patientenorientierter zu informieren und zu beraten. Mediale, telefonische und schriftliche Unterstützungsangebote reichen v. a. für vulnerable Bevölkerungsgruppen nicht aus.
- Alle Schreiben / Verwaltungsakte / Bescheide müssen in laienverständlicher Sprache verfasst sein und alle notwendigen Erläuterungen enthalten.
- Die Kassen sollten eine Aufklärungspflicht über Versicherungsleistungen / Versichertenstatus usw. haben analog zu § 630e BGB. Die Regelungen nach § 13-15 SGB I reichen in der Praxis nicht aus.
- Es braucht einen Schutz für die Versicherten vor telefonischen und schriftlichen Bedrängungen durch die Krankenkassen. Dies gilt insbesondere für Versicherte im Krankengeldbezug, aber auch für alle Versicher-





ten, wenn im Zuge anstehender gesetzlicher Änderungen den Versicherten verstärkt Zusatzangebote und Mehrwertdienste angetragen werden dürfen.

- Die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V sind wenig hilfreich für die Versicherten, weil das zu tragende finanzielle Risiko zu hoch ist, sodass es für die allermeisten nicht umsetzbar ist. Hier muss gesetzlich nachgebessert werden.

Rechtliche Vorsorge – Patientenorientierung am Lebensende

Sterben ist nicht leicht und eine „einmalige“ Angelegenheit. Der Beratungsbedarf zu rechtlich bindender Vorsorge ist enorm. Dazu gehört nicht nur die reine Sachinformation, sondern auch die Überwindung der mehr oder weniger starken Hemmnisse, sich mit der eigenen „Endlichkeit“ zu beschäftigen.

Das Patientenverfügungs-Gesetz regelt in § 1901a BGB das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende. Einem schriftlich verfassten oder ersatzweise als „mutmaßlich“ fest gestellten Willen ist Geltung zu verschaffen. Mit einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung kann jede Bürger*in vorsorgend Behandlungsentscheidungen für einen Zeitpunkt festlegen, zu dem eigene Willensäußerungen nicht mehr möglich sind. Diese sind für alle Beteiligten bindend.

Ohne medizinische Indikation KEIN ärztliches Handeln.

Ohne Zustimmung des Patienten KEIN ärztliches Handeln.

Medizin und Gesellschaft werden von dem Bestreben, das menschliche Leben möglichst lange zu erhalten und zu verlängern, beherrscht „... Ärztinnen, Ärzte und Pflegende erleben den Tod häufig als Niederlage oder gar schuldhaftes Versagen...“ – so nachzulesen in der Broschüre „Für ein würdevolles Leben bis zuletzt“.

Ein Leben wird häufig mit Maximalmedizin verlängert, auch wenn keine Chance auf Besserung besteht. Übertherapie am Lebensende ist keine Seltenheit: Operationen, Tests und Medikamente, die allenfalls den Todeszeitpunkt verzögern oder nur ein leidvolles Weiterleben in stark pflegebedürftigem Zustand ermöglichen. Das Fallpauschalen-System verleitet zu besonders erlösträchtigen Therapien und der Ausschöpfung aller Maßnahmen, wie Beatmung oder Dialyse. Die letzte Lebensphase ist ein bedeutender Kostenfaktor im Gesundheitssystem.

Maximalmedizin wird aber auch deswegen eingesetzt, weil Mediziner*innen befürchten, sich andernfalls schuldig zu machen und juristisch angreifbar zu werden. Tatsächlich sehen die Grundsätze der Bundesärztekammer aber schon seit 2011 vor, dass in der Sterbephase keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr ergriffen werden sollen.





Der Mensch im Mittelpunkt

Im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 07.12.2015 wurde mit dem neuen § 132g SGB V – leider nur für Heimbewohner*innen, ihren Angehörigen bzw. juristischen Stellvertretern (!) – eine kassenseitig finanzierbare Beratungsleistung zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ eingeführt. Das Konzept wäre auch in Arztpraxen, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten, Hospiz-Palliativdiensten oder Betreuungsver-einen anwendbar. Die Finanzierung für diese Settings ist bislang nicht geklärt. Diese Form der Vorausplanung beruht auf dem international etablierten Konzept des „Advance Care Planning (ACP)“. Wünsche an die zukünftige me-dizinische Behandlung werden von allen Beteiligten in einem kommunikativen Prozess entwickelt (Shared Decision Making). Sie werden anwendungstauglich dokumentiert und kontinuierlich aktualisiert. Der ebenfalls geschulte Hausarzt kann zur Klärung medizinischer Fragen und zur Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit hinzugezogen werden.

Die zweite Säule des Konzeptes, die regionale Implementierung, soll die Um-setzung der ermittelten Behandlungswünsche gewährleisten. Dazu werden alle geschult und einbezogen, die mit den relevanten Dokumenten in Kontakt kommen können: Rettungssanitäter, Notärzte, Bereitschaftsärzte, Hausärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger, Pflegeeinrichtungen, Heimaufsicht, Betreuungsgerichte, Krankenhäuser sowie die in der Palliativ- und Hospiz-versorgung Tätigen. Regionale Implementierung kann einen Kulturwandel befördern, der die Beachtung des valide vorausverfügten Willens ermög-licht. Nicht indizierte bzw. nicht gewollte Krankenhauseinweisungen können reduziert werden.

Forderungen



- Mehr Lebens-Qualität anstelle von mehr Lebens-Quantität
- Der Mensch im Mittelpunkt eines jeden ärztlichen und pflegerischen Handelns und nicht ökonomischer Druck
- Der Menschen im Mittelpunkt ärztlichen bzw. pflegerischen Handelns und nicht haftungsrechtliche Absicherung
- Steigerung unabhängiger, neutraler Informations- und Beratungsangebo-te – möglichst präventiv
- Erweiterung der Zugänge zu bestehenden und neuen Beratungsange-boten – möglichst im Setting-Ansatz

- Honorierung eines institutionalisierten Austausches und Diskussion komplexer Fälle mit schwierigen Therapieentscheidungen und Kommunikation zwischen allen Beteiligten
- Verbesserung und Sicherstellung der medizinischen Aufklärung für Betroffene, Angehörige und juristische Stellvertreter*innen
- Vereinheitlichung von Vorsorge-Dokumenten Formular-Sätzen
- Verbesserung der Dokumentation des validen Patientenwillens
- Durchgängige Anwendung einer verständlichen, einfachen Sprache
- Schaffung von Strukturen, stationär wie auch ambulant, die die Wahrung und Umsetzung des Patientenwillens unabhängig vom Fallpauschalen-System gewährleisten
- Entwicklung, Etablierung und Finanzierung geeigneter Schulungsmaßnahmen des Pflegepersonals
- Finanzierung von Beratungsleistungen nach § 132g SGB V HPG in weiteren geeigneten Settings
- Weiterer Ausbau der palliativ-Behandlung (stationär und ambulant)
- Entwicklung von Richtlinien für ein Notfallmanagement, insbesondere in stationären Einrichtungen
- Lösungsstrategien zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Einführung einer Arzthaftung für sinnlose Therapien am Lebensende
- Keine Kostenerstattung durch Krankenkassen für unbegründete Behandlungen
- Schaffung geeigneter „Um“-Sorgungs-Strukturen für allein lebende Menschen, die nicht im familiären Kontext sterben können

Die (Weiter-) Entwicklung und Umsetzung der o.g. Forderungen soll eine vorsorgende, selbstbestimmte Gestaltung des eigenen Schicksals ermöglichen, unterstützen und begleiten.

Eine sinnhafte Perspektive kann manchmal auch (nur) ein nächster schmerzfreier Atemzug sein.

Patientenorientierung in der stationären Versorgung



In den Kliniken gibt es viele Probleme. Die Notaufnahmen sind überfüllt. Die Qualität in den Kliniken ist nicht immer nachvollziehbar. PatientInnen warten lange. Kommunikation zwischen ihnen und dem Klinikpersonal wird als nicht zufriedenstellend dargestellt. ÄrztInnen sind überlastet. Insbesondere über die Pflege häufen sich negative Rückmeldungen. Der von allen problematisierte Pflegenotstand wird an allen Ecken und Enden auch von den PatientInnen so erlebt.

Riskante Pflege ist leider oft zum Standard geworden. Die Dienstpläne stellen insbesondere nachts eine extreme Belastung für die MitarbeiterInnen dar. Es gibt Kliniken, die sich mit den Fallpauschalen gut arrangieren können und davon profitieren. Das trifft insbesondere auf spezialisierte Kliniken zu. Andere mit einem weiten Angebot und der höchsten Versorgungsstufe tun sich schwer mit der Finanzierung für alle angebotenen Abteilungen. Darüber hinaus führt das pauschalisierende Vergütungssystem der DRGs zu einer Über-, Unter und Fehlversorgung, da es falsche Anreize setzt. Die Entscheidung über eine Behandlung und die Dauer dieser wird häufig nicht nach medizinischen Aspekten (Gesichtspunkten), sondern danach entschieden, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. In diesem Zusammenhang werden nachgewiesenermaßen medizinisch nicht notwendige Eingriffe durchgeführt, die PatientInnen gefährden und enorme Kosten verursachen. Nicht lukrative Versorgungsleistungen unterbleiben.

Probleme/Kritik



Die Politik hat einige (wenige?) Probleme erkannt. Sie versucht seit Jahren, eine Reduzierung der Krankenhäuser bzw. der Bettenzahlen zu erreichen und die stationäre Versorgung zu kommerzialisieren. Privatisierungen, die Einführung von Fallpauschalen, Mindestmengen, einer qualitätsorientierten Vergütung oder planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind nur einige Maßnahmen, mit der Veränderungen erreicht werden sollten. Diese Gesetzesänderungen haben aber einen ruinösen Wettbewerb um Erträge, z.T. um das „Überleben“ von Kliniken ausgelöst, an dem vor allem private Klinikkonzerne durch „Rosinenpickerei“, Mengenausweitung und Erwirtschaftung von Gewinnen für Aktionäre statt für Qualität auffallen.

Die von der Politik erhofften „heilsamen“ Kräfte des Marktes haben nicht nur

versagt, sie haben die Situation extrem verschlechtert.

Die Übergänge zwischen stationär und ambulant sind trotz aller Bemühungen nicht durchgängig gut organisiert.

Lösungsvorschläge

Am Patienten orientierte Vorschläge für bessere Patientenversorgung

- Der Entlassbrief sollte standardisiert, das Entlassmanagement verständlich und an den Bedürfnissen der PatientInnen organisiert werden
- In der Klinik sollte es einen festen Ansprechpartner für PatientInnen und Angehörige geben
- PatientInnen/Eltern/Angehörige sollten mehr einbezogen werden
- Digitalisierung sollte vereinheitlicht werden, um mehr Zeit für die PatientInnen zu haben. Systeme sind aber oft nicht kompatibel
- Denn: Zufriedene Patienten kommen wieder



Strukturelle Vorschläge für die Kliniken

- Ein kontinuierliches Feedbackmanagement (siehe Exkurs im Anschluss) löst das Beschwerdemanagement ab.
- In allen Krankenhäusern gibt es verpflichtend unabhängige Patientenfürsprache zur Beratung und Beschwerdebearbeitung
- Qualitative Patientenbefragungen nach dem Klinikaufenthalt
- Gute patientenorientierte Visiten (oft ohne Chefarzt) gibt es schon, müssen aber noch ausgebaut werden

Politische Vorschläge

- Die strikte Trennung zwischen stationär und ambulant muss aufgehoben werden v.a. bei Notaufnahmen. Eine enge Kooperation der zuständigen Ausschüsse muss erreicht werden. Eigentlich müsste es zu einer gemeinsamen Planung kommen. Hierzu ist zu prüfen, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhäuser-Gesellschaften dieser Anforderung gerecht werden können oder ob es zielführender wäre, Kompetenzen und entsprechende Mittel von dort abzuziehen zu einem neuen Ausschuss „Gesundheitliche Versorgung“. Die haus- und kinderarztzentrierte Versorgung muss auch in diesem Gremium gestärkt werden. Sie darf nicht zum Auslaufmodell werden.
- Die Krankenhausplanungsausschüsse müssen die stationäre Versorgung wirklich planen. Gemeinnützige Patienten- und Pflegeorganisationen müssen eingebunden werden.
- DRGs müssen abgeschafft werden. Der „marktgerechte Patient“ und



DRGs sind Hindernisse für mehr Patientenorientierung. Die Krankenhausversorgung ist eine Form der Daseinsvorsorge, Gewinnmaximierung darf nicht ihr Ziel sein.

- Qualität muss vor Quantität stehen. Mehr Geld schafft aber nicht automatisch mehr Qualität
- Es muss eine echte Balance geben zwischen qualitativen Anforderungen und Wohnortnähe.

Exkurs: Konzept eines agilen patienten- und ressourcen-orientierten „Feedback-Managements“ im Krankenhaus

Trotz Leitbildern, Zertifizierungen und teilweisen QM- Aktivitäten fehlt im Krankenhaus in der Regel eine rechenschaftspflichtige, kontinuierliche, lösungs-orientierte Kommunikation zwischen den PatientInnen und den beteiligten Akteuren:



An erster Stelle werden die Patienten wie auch die Ärzteschaft, das Pflegepersonal, sowie alle weiteren Beteiligten wie Sozialdienst, Verwaltung, Medizintechnik, Küchenmitarbeiter, Putzdienste, primär als Kostenfaktor und nicht als wertvolle Gesundheits- und Erfolgsressource für sich selbst und für das Krankenhaus und seine Instanzen angesehen. Damit werden entsprechende Gesundheitsförderungs-, und Kostenpotentiale bei und zwischen allen Betroffenen und Beteiligten nicht wahrgenommen und genutzt.

Derzeitige Praxis

Lediglich kurz vor der Krankenhausentlassung, also zu einem psychologisch und zeitlich heiklen Zeitpunkt, werden den PatientInnen üblicherweise in vielen Häusern wenig differenzierte Kurzfragebögen ausgeteilt, die Material für ein herkömmliches Beschwerdemanagement liefern sollen. Diese Vorgehensweise ist unpersönlich, defizit-orientiert, sachlich und psychologisch unprofessionell, den Patienteninteressen und Befindlichkeiten daher nicht angemessen und größtenteils ineffizient.



Lösungsvorschläge

Faktisch begründet das größtmögliche Wohl der PatientInnen den zentralen Auftrag für alle Instanzen des Krankenhauses. „Der Patient/die Patientin ist der eigentliche „Arbeitgeber“, die zentrale Ressource des Krankenhauses. Deshalb ist, ausgehend von dessen jeweiligen Bedürfnissen und Erfahrungen, eine



beteiligende und aktivierende Kommunikation zwischen allen Betroffenen und Beteiligten im Krankenhaus von fundamentaler Bedeutung für einen nachhaltigen Behandlungserfolg.

Wir schlagen deshalb die Einrichtung eines rechenschaftspflichtigen, transparenten, systembezogenen und ressourcen-orientiertem „**Feedback-Managements**“ als unverzichtbaren Bestandteil einer krankenhausesweiten Qualitätssicherung im Krankenhaus vor.

Dabei begreift sich die Klinik auf allen Ebenen als „Lernende Organisation“, in der eine positive, angst- und herrschaftsfreie Kommunikations- und Fehlerkultur verankert, gepflegt und belohnt wird.



Das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird integriert.

Die PatientInnen und ihre Angehörigen werden bereits am ersten Tag ihres Krankenhausaufenthalts darauf hingewiesen und ermutigt, ihre Veränderungs-/Verbesserungswünsche offen und angstfrei gegenüber allen MitarbeiterInnen zu äußern. In gleicher Weise werden sie gebeten, positive Erfahrungen an die Belegschaft zu kommunizieren.

- Die Gesprächsinhalte und -ergebnisse werden normaler, täglicher Bestandteil von Team-, Übergabe- und sonstigen Besprechungen.
- Verbesserungen werden so zeitnah wie nur irgendsmöglich umgesetzt und den PatientInnen „zurück“- kommuniziert, das Personal und die Verwaltung wird zusätzlich ggf. auch per wöchentlichem oder monatlichen Aushang über die Themen und die Verbesserungen informiert.
- Daraus resultierende Erfolge oder Misserfolge werden zusammen mit Fallbeispielen systematisch in Fort-, und Weiterbildung sowie in allen Ausbildungsebenen im Haus kommuniziert und reflektiert.
- Das aktive Sich-Einbringen und Berücksichtigen der Patientenerfahrungen und Gefühle verändert und korrigiert die bisher vorherrschende betriebswirtschaftliche „Erfolgsformel“ und Denkkonvention, an der Qualität zu sparen, um den Gewinn zu sichern.

Die Konzentration auf mehr Qualität auf allen Ebenen in der Krankenhausversorgung macht das Krankenhaus überhaupt erst attraktiv und bewirkt in aller Regel dadurch auch mehr und sichere Quantität, also Einnahmen.

Patientenbeteiligung als ein Weg zu mehr Patientenorientierung



Seit 2005 gibt es Patientenbeteiligung in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten. Besonders interessant erscheint die Beteiligung am Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA. In diesem Ausschuss werden für die wesentlichen Bundesgesetze Richtlinien erstellt und danach meist vom Bundesgesundheitsministerium so genehmigt.

Die Patientenbeteiligung wird von den sog. maßgeblichen Organisationen auf der Bundesebene organisiert. Diese Organisationen werden in der Patientenbeteiligungsverordnung festgelegt. Sie müssen unabhängig sein und dem Gemeinwohl dienen. Trotz vielerlei Begehrlichkeiten von anderen sind die Maßgeblichen von Anfang an die gleichen: Der Deutsche Behindertenrat DBR, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen BAGP, die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe DAGSHG und der Verbrauchszentralenbundesverband VZBV.

In den Bundesländern organisieren die Landesgliederungen der Maßgeblichen die Patientenbeteiligung.

Die Bundesebene ist relativ gut ausgestattet und es gibt beim G-BA eine Stabstelle Patientenbeteiligung, die sehr unterstützt.

Auf der Landesebene erhalten lediglich in drei Bundesländern (NRW, Bayern, Brandenburg) die Koordinierungsstellen seit kurzem einen kleinen Zuschuss über die Landesministerien. Die anderen müssen das auch heute noch allein ehrenamtlich organisieren.

Was läuft schief

Diese schwache Unterstützung muss sich dringend verbessern. Regelmäßig wird von der Bundesebene die Patientenbeteiligung erweitert. Mittlerweile sind PatientInnen auch in Gremien der Qualitätssicherung, im Landesausschuss, im erweiterten Landesausschuss, bei sektorenübergreifenden Themen, im Medizinischen Dienst der Krankenkassen u.v.a. beteiligt.



In Bayern allein brauchen wir dafür weit mehr als 100 Personen. Diese in ihr Amt einzuführen und zu begleiten ist eine wunderbare Aufgabe, ist aber ehrenamtlich nicht mehr zu leisten.

Forderungen

- Die Patientenorientierung in den genannten Gremien hat sich sicherlich verbessert, aber es gibt weiteren Handlungsbedarf.
- Nirgends haben die PatientenvertreterInnen Stimmrecht. Sie können allerdings über Anträge Einfluss nehmen. Wie in wo Stimmrecht nötig ist, muss dringend geklärt werden.
- Die Koordination muss schnell besser ausgestattet werden. Es darf nicht sein, dass es von den freiwilligen Leistungen der bisher nur drei Landesministerien abhängt, ob überhaupt sinnvoll gearbeitet werden kann.
- Die Patientenvertretung muss an einem Strang ziehen und Eigeninteressen zurückstellen.
- Die Patientenvertretung muss kontinuierlich Kontakt zur Basis halten. Regelmäßige Treffen von Aktiven mit der Patientenvertretung können Patientenorientierung stärken.
- Die Patientenvertretung wird in noch mehr einflussreichen Gremien aktiv werden. Sie wird einen wesentlichen Beitrag zu mehr Patientenorientierung leisten.
- Dringend nötig ist die Beteiligung in weiteren Gremien z.B. im Krankenhausplanungsausschuss.
- Die Ausstattung und Unterstützung muss sich angleichen an die Möglichkeiten, die Ärzte, Krankenhäuser und Kassen schon jetzt haben.





Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung dient auch der Entwicklung eines menschengerechten Gesundheitswesens

Die Entwicklungen und Interessenslagen der verschiedenen Akteure und Dienste im modernen (nicht nur) deutschen System der Gesundheitsversorgung haben zunehmend das originäre Interesse und damit das Wohl der Patienten in den Hintergrund gedrängt. So mehren sich in den letzten Jahren die Stimmen, die nach mehr und besserer „Patienten-Orientierung“ rufen.

In den modernen westlichen Gesundheitssystemen klafft oft eine beträchtliche Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit und zwischen Wissen und Tun. Diese Lücke kann gesundheitsgefährdende Ausmaße annehmen. Unser kollektiv verfügbares Gesundheitsförderungswissen umspannt einen Zeitraum von der Antike bis zur heutigen technik-basierten „Apparatemedizin“.

Bereits „im Mittelalter stand – jenseits aller Operationen und Institutionen – der kranke Mensch im Mittelpunkt.“ Und wollte man „lediglich eine Gesundheit, die arbeitsfähig macht und die die ganzheitliche Heilung des Menschen unberücksichtigt lässt, galt man als geistig beschränkt.“ (aus: H. Schipperges, „Die Kranken im Mittelalter“, München 1990, S. 15).

Diese und weitere anthropologischen Konstanten und Grundbedürfnisse ziehen sich durch die Jahrhunderte und durch alle Kulturen. Und so hat sich in Wissenschaft, Forschung und Lehre in den 1970er, 1980er und 1990er Jahren ein sog. Paradigmenwandel im Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung vollzogen, der auch „altes“ verlorengegangenes Gesundheitswissen wieder einbezieht.

Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) hat seit 1986 mit Verabschiedung der „Ottawa Charta der Gesundheitsförderung“ und weiteren Folge-Chartas, verschiedenen Aktionsprogrammen und Leitlinien bis heute diesen Paradigmenwandel, auch ganz praxisbezogen verdichtet:

Alle gesundheitsrelevanten Politikfelder und insbesondere die Gesundheits- und Sozialdienste nähern sich dem Menschen als Patient/In nicht länger von ‚oben‘ oder von ‚außen‘, sondern der involvierte Mensch wird als „Experte in eigener Sache“ vom „Betroffenen zum aktiv Beteiligten“ auf Augenhöhe gemacht. Seine konkrete Lebenswirklichkeit mit all seinen psycho-sozialen,

sozio-kulturellen, sozio-ökonomischen und klimatischen Determinanten wird für das angestrebte Heilungs- und Gesundheitsförderungs-Geschehen unbedingt mitberücksichtigt.

Es wurde immer wieder nachgewiesen, dass dieses Theorie- und Praxis-konzept für alle Beteiligten am Heilungs- und Gesundheitsförderungs-Prozess und für alle Ebenen des Versorgungssystems nachhaltig, gesundheitsförderlich, effizient und wirksam und damit auch am kostenrationalsten ist. (s. WHO-Dokument Gesundheit 2020, Kopenhagen, Regionalbüro für Europa; Nationale Gesunde Städte Netzwerke, Internationales Gesunde Städte Projekt; Integration des Konzept in die EU u.v.m.)

Die Ottawa Charta fokussiert Gesundheitsförderung also vor allem als Lebens-, Verhaltens-, und Einstellungsqualitäten: „füreinander Sorgen“, Ganzheitlichkeit und lernende Systeme und ökologisches Denken, für alle Lebenslagen und Lebensphasen, also dort, wo Menschen „spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Das schließt natürlich auch den Blick auf möglichst gute Bedingungen für unser Lebensende mit ein, denn wo großes Leid entsteht wird auch und viel Trost und Unterstützung aller Art gebraucht.

Die WHO-Konzepte : „Healthy Hospital“, „Healthy Prison“, „Healthy Ageing“, „Healthy City“ etc. konkretisieren diese Qualitätsstandards für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in lernenden, menschen-gerechten Systemen und Organisationen. Somit ist unseres Erachtens eine im o.g. Sinne gesundheitsförderliche Patientenorientierung ein folgerichtiger Ansatz.



Wie Alles anfang:

Workshops auf der Mitgliederversammlung
des Gesundheitsladens legen die Grundlagen für
diese Broschüre





Patientenrechte kommunizieren

**Patientenrechte -
Patientenorientierung?**

⇒ **Aufklärung**: Zu viel Zeit dafür
 ↓
 - Umfang zu groß
 - Verständlicher als vor einigen Jahren
 - Zeitpunkt der Aufklärung mit
 mit Vorlauf (2 Wochen vor OP)
 - ohne Gebühr (Unfallschrift nicht durch)
 (siehe Annex 50...)

⇒ **Informationsblätter**:
 - passgenauer und umfangreicher
 - objektiviert
 - Rechtswertig
 - Risiken
 - Neben
 - Nicht...

⇒ **Dokumentation**:
 - nicht nur digital (in Konferenz - verständ-
 - licher)
 - fälschungssichere Daten

⇒ **Einwilligungsrecht**:
 - Schriftlich
 - klar
 - verständlich
 - ohne Druck

„Gesundheit kompetent fördern

Es ist Aufgabe von Politik,
Menschen davon zu entlasten,
sich beständig gesundheitsoptimal
benehmen zu müssen.“

Prof. Dr. Bettina Schmidt, 04.09.2019

in:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gesund-und-kompetent