

gesundheitsziele.de

**Forum zur Entwicklung und Umsetzung von
Gesundheitszielen in Deutschland**

Bericht

Auszug der Ergebnisse von AG 8

**Gesundheitliche Kompetenz erhöhen,
Patientensouveränität stärken**

14. Februar 2003

Teil II

Die Gesundheitsziele

10. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

10.1	EINLEITUNG.....	168
10.1.1	RELEVANZ DES THEMAS	168
10.1.2	ZIELFORMULIERUNG.....	170
10.1.3	BEGRÜNDUNG DER ZIELAUSWAHL.....	170
10.1.3.1	TRANSPARENZ ERHÖHEN.....	170
10.1.3.2	KOMPETENZ ENTWICKELN.....	171
10.1.3.3	PATIENTENRECHTE STÄRKEN.....	172
10.1.3.4	BESCHWERDEMANAGEMENT VERBESSERN.....	173
10.2	ZIELE UND TEILZIELE	175
10.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	177
10.4	MAßNAHMENSKIZZEN.....	182
10.4.1	AUSWAHLPROZESS	182
10.4.2	KONKRETISIERUNG BESTIMMTER MAßNAHMEN	183
10.4.2.1	TRANSPARENZ ERHÖHEN.....	183
10.4.2.2	KOMPETENZ ENTWICKELN.....	186
10.4.2.3	PATIENTENRECHTE STÄRKEN.....	194
10.4.2.4	BESCHWERDEMANAGEMENT VERBESSERN.....	196
10.5	LITERATUR.....	203
10.6	MITGLIEDER DER AG	205

10.1 Einleitung

10.1.1 Relevanz des Themas

Die Rolle von Patientinnen und Patienten im Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens ist einem zunehmenden Wandel unterworfen. Patientinnen und Patienten werden mittlerweile als wichtige „Koproduzenten“ und als Experten für ihre eigene Gesundheit entdeckt. Als Ursachen für diese veränderte Rolle werden eine Reihe von Faktoren wie z.B. verändertes Gesundheitsbewusstsein, kritisches Verbraucherverhalten, Strukturreformen im Gesundheitswesen oder Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor angeführt [3].

gesundheitsziele.de bearbeitet das Zielthema „Patientenorientierung“ im Katalog nationaler Gesundheitsziele, weil die Bedeutung von Patientenorientierung und -beteiligung für die Verbesserung der Prävention von Erkrankungen, des Gesundheitszustands und der Lebensqualität in Wissenschaft und Praxis allgemein anerkannt ist. Des Weiteren erscheinen Beteiligung und Mitsprache zur bedarfsgerechten und effizienten Gestaltung des Gesundheitswesens geboten – besonders unter den Bedingungen des Kosten- und Rationalisierungsdrucks im Gesundheitssystem eines demokratisch legitimierten Rechtsstaats.

Im Zusammenhang mit dem Ziel „Steigerung der Gesundheitskompetenz“ sind eine Vielzahl von Ansatzpunkten denkbar. Themen wie „Patientenorientierung im Gesundheitswesen“, „neue Rolle“, Patienteninformation, Patientenberatung, Selbsthilfe, Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Patientenrechte sind eng miteinander und mit dem Thema „Kompetenz“ verflochten. Sie gewinnen auch in der deutschen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, zur Ergebnisorientierung sowie zur effektiveren und effizienteren Mittelverwendung an Bedeutung [2, 4–9, 13, 16, 17, 19].

Der Blick auf gesundheitliche Kompetenz kann ressourcenorientiert oder defizitorientiert erfolgen. Die ressourcenorientierte Sichtweise wertet Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen der Bürger(innen) und Patient(inn)en, die „... einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben.“ [18, S. 40]. Folgerichtig werden Patientinnen und Patienten zunehmend als Bündnispartner von Qualitätsexperten in die Verbesserung von Versorgungsstrukturen einbezogen [1]. Der zweite, so genannte „defizitäre“ Blickwinkel rückt Defizite bei den gesundheitlichen Kompetenzen der

Betroffenen in den Mittelpunkt, die vor dem Hintergrund unseres Demokratieverständnisses als nicht akzeptabel erscheinen.

Hier ist anzumerken, dass die Ziele, Teilziele und Maßnahmen nicht nur für aktive und selbstbestimmte Bürger(innen) und Patient(inn)en formuliert sind, sondern den Betroffenen auch nutzen sollen, wenn sie z.B. aus gesundheitlichen Gründen nicht ausreichend in der Lage sind, ihre Interessen und Bedürfnisse zu äußern.

Das Thema „Gesundheitskompetenz von Bürger(inne)n/Patient(inn)en“ ist nicht nur in AG 8, sondern auch in vielen anderen Arbeitsgruppen des Projektes *gesundheitsziele.de* angesprochen worden. Auch für die Prävention krankheitsrelevanten Verhaltens (AG 4 Diabetes; AG 6 Tabakkonsum; AG 7 Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen) und der qualitätsverbesserten Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen (AG 4 Diabetes; AG 5 Brustkrebs) ist eine gesteigerte Gesundheitskompetenz der Betroffenen von großer Bedeutung.

Ausgehend vom Begriff der „Kompetenz“, wurde das Zielthema folgendermaßen gegliedert:

- Transparenz erhöhen
- Kompetenz entwickeln
- Patientenrechte stärken
- Beschwerdemanagement verbessern

Der Gliederung liegt die Annahme zugrunde, dass für die vielschichtigen Prozesse der Einbindung und Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz folgende Aspekte eine besondere Rolle spielen: Erstens die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen. Zweitens die Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en durch individuelle und gruppenvermittelte Unterstützung sowie die Förderung einer patientenorientierten Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern. Drittens die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen. Hierzu sind Verbesserungen bei der Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig. Und viertens ein verbessertes System des Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt. Bei allen Zielen müssen Bürger(innen) und Patient(inn)en stets in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse miteinbezogen werden.

10.1.2 Zielformulierung

Die oben genannten vier Ziele wurden wie folgt ausformuliert:

- Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.
- Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar.
- Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut; die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt.
- Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Die Auswahl der Teilziele und Maßnahmen erfolgte konsensual nach Sammlung und Analyse von Praxisbeispielen und der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Letztlich können nur breit abgestimmte und von den Betroffenen getragene Gesundheitsziele eine ausreichende Legitimation und politische Unterstützung finden.

Eine völlig klare thematische Abgrenzung der Maßnahmen bei den Zielen und Teilzielen ist oft nicht zu erreichen und auch nicht unbedingt wünschenswert. So wird man z.B. Überschneidungen bei der Informationsgewinnung im Rahmen von Ziel 1 „Transparenz erhöhen“ zur Beteiligung oder Information von Bürger(inne)n und Patient(inn)en beim Ziel 3 „Patientenrechte stärken“ finden.

Nachfolgend werden die Inhalte der einzelnen Ziele und ihre Auswirkungen auf gesundheitliche Kompetenz skizziert. Es handelt sich dabei um generelle Ausführungen und knappe Schilderungen des Problemzusammenhangs.

10.1.3 Begründung der Zielauswahl

10.1.3.1 Transparenz erhöhen

Eine erhöhte Transparenz des Gesundheitswesens geht mit Verbesserungen bei der Informationsgewinnung, -darstellung und -verbreitung einher. Informationen sind Voraussetzung für eine intelligente, bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung des Gesundheitswesens [1] und auch für mehr gesundheitliche Kompetenz und Beteiligung im Gesundheitswesen.

Auf der einen Seite sehen Patient(inn)en sich einer wachsenden Informationsflut über Gesundheitsdienstleistungen und -produkten gegenüber, auf der anderen Seite wird von Patienteninformations- und -beratungsstellen ein Mangel an validen, aussagekräftigen und verständlichen Daten festgestellt. Zwischen den realen Informationsbedürfnissen der Patient(inn)en und den verfügbaren Informationen klafft häufig eine eklatante Lücke (vgl. z.B. die „Berliner Mängelliste zur gesundheitlichen Versorgung“) [11]. Das Einbeziehen von Patient(inn)en in die Gewinnung und Aufbereitung von Informationen erfolgt nur sporadisch auf Initiative einzelner Leistungsanbieter.

10.1.3.2 Kompetenz entwickeln

Die Vermittlung und aktive Aneignung gesundheitlicher Kompetenzen ist ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung [21]. Zwischen Ziel 2 „Kompetenz entwickeln“ und Ziel 1 „Transparenz erhöhen“ besteht ein enger Zusammenhang. Um die Patient(inn)en in die Lage zu versetzen, von der größeren Transparenz im Gesundheitswesen auch profitieren zu können, muss ihre Kompetenz gesteigert werden. Umgekehrt werden kompetente und informierte Patient(inn)en zur Transparenz im Gesundheitswesen beitragen, weil sie diese einfordern werden.

Ziel 2 „Kompetenz entwickeln“ steht darüber hinaus in engem Zusammenhang zu Ziel 3 „Patientenrechte stärken“, das sich mit der Frage der Patientenbeteiligung auseinandersetzt. Die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen ist zum einen Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen, zum anderen Voraussetzung für die Ausübung der Kompetenz.

Den erarbeiteten Maßnahmen liegt ein Kompetenzbegriff zugrunde, bei dem unter gesundheitlicher Kompetenz sowohl individuelle als auch soziale bzw. kommunikative gesundheitliche Kompetenzen verstanden werden. Individuelle gesundheitliche Kompetenzen beziehen sich z.B. auf Fachwissen über die eigene Erkrankung oder Wissen über bestimmte Anbieter. Bei sozialen und kommunikativen Kompetenzen kann es sich z.B. um Verhandlungs- und Kommunikationsgeschick im Kontakt mit Leistungsanbietern, Strategien der Hilfesuche und Fähigkeiten zur sozialen Bezugnahme in einer Selbsthilfegruppe oder -organisation handeln. Unter anderem geht es um die erlebte und erlittene Kompetenz der Betroffenen, wie sie in Selbsthilfegruppen und -organisationen gebündelt wird.

In engem Zusammenhang zur Kompetenz der Patient(inn)en steht die Patientenorientierung der Institutionen und Leistungsanbieter. Dazu gehört z.B. die Fähigkeit zu einer patientenorientierten

Gesprächsführung oder die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die patientenorientiertes Entscheiden und Handeln erlauben und dazu motivieren.

Den ausgewählten Maßnahmen liegen sowohl „passive“ Strategien der Vermittlung von Gesundheitswissen durch Experten als auch einbindende, aktivierende Strategien zugrunde, die gesundheitliches Selbstmanagement und „Empowerment“ fördern (z.B. Förderung der Selbsthilfe).

10.1.3.3 Patientenrechte stärken

Zugewinne von Kompetenz sind nicht nur auf der individuellen Ebene (vgl. Ziel 2: „Kompetenz gewinnen“), sondern auch auf der kollektiven Ebene erforderlich. Durch Mitwirkung verschiedener Gruppierungen auf den einzelnen politischen Ebenen und durch die Mitgestaltung von Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen können Kompetenzen auch auf der Systemebene gesteigert werden. Die Stärkung von Patienten- und Mitspracherechten kann so zu einer verbesserten Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en und dadurch zu Kompetenzgewinn beitragen.

Obwohl es in Deutschland im Gesundheits- und Medizinrecht erste Ansätze der Integration von Bürgerbeteiligung gibt, sind diese Gebiete (wie z.B. das Verbraucherrecht) insgesamt auf die Gewährleistung individueller Schutzrechte, d.h. nicht kollektiver Beteiligungsrechte, ausgerichtet [10]. Individuelle Rechtspositionen und Patientenrechte sind aufgrund allgemeiner gesetzlicher Regelungen hoch entwickelt [10], nach wie vor steht jedoch eine Zusammenfassung der Patientenrechte aus, die bislang nur in unterschiedlichen Gesetzestexten aufgeführt sind [18, S. 45]. Die hauptsächlich durch Urteile des Bundesgerichtshofs formulierten Patientenrechte sind für Patient(inn)en kaum zugänglich und schwer verständlich. Eine bessere Information über Patientenrechte und Patientenschutz sowie eine Unterstützung der Patient(inn)en bei ihrer Interessenwahrnehmung sind notwendig.

Gegenüber den individuellen Rechten fehlt es jedoch noch weit mehr an kollektiven Rechten und einer Beteiligung von Verbraucher(inne)n, Versicherten und Bürger(inne)n, die eine Mitwirkung an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen in verschiedenen Formen wie z.B. Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung ermöglichen [18, S. 43].

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, dem Bundesministerium der Justiz und den wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens herausgegebene Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ stellt den Status Quo der Patientenrechte zusammen. Darüber hinaus müssen die

individuellen und kollektiven Patientenrechte weiterentwickelt und in einer übersichtlichen, transparenten, leicht auffindbaren und rechtsverbindlichen Form gesichert und evaluiert werden.

10.1.3.4 Beschwerdemanagement verbessern

Medizinische Behandlungsfehler, Beschwerden und deren Behebung bzw. Management (Beschwerdemanagement) nehmen in der fachlichen und nichtfachlichen Öffentlichkeit zunehmenden Raum ein. Dem liegt einerseits eine steigende Zahl medizinischer Behandlungsfehler, aber auch eine gesteigerte Wahrnehmung zugrunde, die ihre Ursachen im erhöhten Kostendruck im Gesundheitswesen, in einer erhöhten Transparenz und in einer gestiegenen Anspruchshaltung der Patient(inn)en haben kann [15]. Von Patientenstellen und Selbsthilfekontaktstellen wird die Zunahme von Anfragen im Bereich Behandlungsfehler auch auf mangelhafte oder fehlende Kommunikationsprozesse im Arzt-Patienten-Verhältnis zurückgeführt [14].

Handlungswege zur Klärung medizinischer Behandlungsfehler und damit auch Ansatzpunkte für Verbesserungen sind neben den juristischen Wegen zu den Zivilgerichten und der Erstattung einer Anzeige bei Polizei oder Staatsanwaltschaft drei außergerichtliche Formen der Klärung. Dies sind erstens die Klärung über Gutachterkommissionen /Schlichtungsstellen der Ärztekammern, zweitens über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und drittens die direkte Verhandlung zwischen Patient(in) und Ärztin/Arzt oder zwischen Anwältin/Anwalt und Haftpflichtversicherung [15]. Unabhängige Patienten(beratungs)stellen, Abteilungen der Verbraucherverbände und verschiedene bundesweite Organisationen von Medizingeschädigten beraten und unterstützen Betroffene bei der Durchsetzung ihrer Interessen.

Die Effekte eines differenziert ausgebauten Systems der Beschwerdeführung sind vielfältig [20]. Daten aus Beschwerden liefern Informationen über Mängel und Defizite gesundheitlicher Versorgung, die in ein organisationsinternes Qualitätsmanagement einfließen können. Es ergeben sich Möglichkeiten zur externen Qualitätssicherung, zur Verhängung von Sanktionen gegenüber den Schädigern und zur Entschädigung der Patient(inn). In gut ausgebauten Systemen mit gesetzlicher Verankerung und finanzieller und fachlicher Unterstützung (wie z.B. den Niederlanden) werden Patient(inn)en stärker beteiligt. Indem Patient(inn)en so zur Wahrnehmung ihrer Interessen ermutigt und eingebunden werden, lassen sich Effekte der kollektiven und individuellen Kompetenzsteigerung ableiten. Es wird sogar vermutet, dass die Zufriedenheit mit der Bearbeitung einer Beschwerde den Heilungsprozess positiv beeinflussen kann.

Als problematisch werden vor allem die bei den Betroffenen liegende Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers sowie Zweifel an der Unabhängigkeit der Gutachter und die Dauer der Schadensregulierung angesehen. Als Lösungsansätze werden daher die Verbesserung der Position von Beschwerdeführer(inne)n, der Aufbau eines Beschwerde- und (Behandlungs-)fehlermanagements in möglichst vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Weiterentwicklung des medizinischen Gutachterwesens und der Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern vorgeschlagen.

10.2 Ziele und Teilziele

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (*Transparenz erhöhen*)

Teilziel 1.1: Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt

Teilziel 1.2: Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet

Teilziel 1.3: Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (*Kompetenz entwickeln*)

Teilziel 2.1: Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt

Teilziel 2.2: Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen

Teilziel 2.3: Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt

Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut; die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (*Patientenrechte stärken*)

Teilziel 3.1: Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert

Teilziel 3.2: Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert

Teilziel 3.3: Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (*Beschwerdemanagement verbessern*)

Teilziel 4.1: Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert

Teilziel 4.2: Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten

Teilziel 4.3: Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt

10.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppen-gerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (*Transparenz erhöhen*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>1.1 Informationen zu Gesundheitsprodukten und –dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt</p>	<p>1.1.1 Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit</p> <p>1.1.2 Bewertung und Zertifizierung elektronischer und nichtelektronischer Gesundheitsinformationssysteme hinsichtlich Transparenz, Qualität und Bürger(innen)-/Patient(inn)en-Beteiligung</p> <p>1.1.3 Regelmäßige Durchführung dieser Bewertungen und Zertifizierungen durch unabhängige Einrichtungen</p> <p>1.1.4 Vernetzung elektronischer Gesundheitsportale</p> <p>1.1.5 Einführung einer Berichtspflicht der Datenhalter</p> <p>1.1.6 Beteiligung von Patientenvertreter(inne)n und Selbsthilfevertreter(inne)n bei der Erstellung von Behandlungsstandards</p> <p>1.1.7 Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfevertreter(inne)n bei Entscheidungen zur Zusammenstellung von Daten zu Behandlungsrisiken und Behandlungserfolgen</p> <p>1.1.8 Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant(inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung</p>

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Teilziele		Maßnahmen	
1.2	Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet	1.2.1	Etablierung eines flächendeckenden Angebotes anbieterunabhängiger Patienteninformations- und Beratungseinrichtungen
		1.2.2	Förderung der Vernetzung dieser Einrichtungen
1.3	Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar	1.3	Entwicklung und Vorhaltung von spezifischen Informations- und Beratungsangeboten für ältere Menschen, Frauen und Männer, sozial benachteiligte und behinderte Menschen und Migrant(inn)en, um das Gesundheitssystem für diese verständlicher und zugänglicher zu machen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (*Kompetenz entwickeln*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>2.1 Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt</p>	<p>2.1.1 Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen und Betrieben, u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale unabhängige Transferstellen</p> <p>2.1.2 Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en</p>
<p>2.2 Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen</p>	<p>2.2.1 Öffentliche Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und –organisationen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Aufbau und Absicherung eines flächendeckenden Netzes örtlicher Selbsthilfekontaktstellen</p> <p>2.2.2 Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 SGB IX durch die Reha-Träger</p> <p>2.2.3 Verstärkung der Hinweise auf Selbsthilfemöglichkeiten durch Ärzte, Krankenkassen, Rehabilitationsträger, ÖGD, BZgA etc.</p>
<p>2.3 Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt</p>	<p>2.3.1 Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste und -einrichtungen), die es den Mitarbeiter(inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z.B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement)</p> <p>2.3.2 Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerbe, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten</p> <p>2.3.3 Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.</p>

Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (*Patientenrechte stärken*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>3.1 Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert</p>	<p>3.1.1 Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en an Entscheidungsverfahren und Beratungen im Gesundheitswesen</p> <p>3.1.2 Einführung von Modellprojekten zur Entwicklung der Beteiligungsmöglichkeiten bis hin zur Entscheidungsbeteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en im Gesundheitswesen</p> <p>3.1.3 Entwicklung und Gewährleistung einer qualifizierten, kompetenten und legitimierten Beteiligung der Bürger- und Patientenvertretungen und Ermöglichung ihrer Vernetzung. Bereitstellung ausreichender Ressourcen durch die öffentliche Hand und weitere Akteure im Gesundheitswesen</p>
<p>3.2 Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert</p>	<p>3.2.1 Weiterentwicklung der individuellen und kollektiven Patientenrechte in übersichtlicher, transparenter und rechtsverbindlicher Form unter aktiver Beteiligung der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen</p> <p>3.2.2 Einführung wirksamer Verfahrensänderungen zur Erleichterung der Anwendung der Patientenrechte und zur Förderung eines gerechten Interessenausgleichs</p>
<p>3.3 Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt; sie werden wirksam umgesetzt</p>	<p>3.3.1 Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens</p> <p>3.3.2 Erleichterung der Wahrnehmung und Umsetzung der Patientenrechte und Behebung von Vollzugsdefiziten durch die Anbieter und Kostenträger im Gesundheitswesen</p>

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (*Beschwerdemanagement verbessern*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>4.1 Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert</p>	<p>4.1.1 Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern</p> <p>4.1.2 Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher, Patientenombudspersonen</p> <p>4.1.3 Einführung einer Beweiserleichterung bzw. anderer Instrumente des Interessenausgleichs für geschädigte Patient(inn)en</p>
<p>4.2 Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-) Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten</p>	<p>4.2.1 Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen</p> <p>4.2.2 Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung</p> <p>4.2.3 Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen</p>
<p>4.3 Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt</p>	<p>4.3.1 Entwicklung verbindlicher Kriterien für den Einsatz von medizinischen Gutachter(inne)n, dabei Berücksichtigung folgender Punkte: a) Gutachter kommen nicht von der kritisierten/ beschuldigten Partei, b) die Unabhängigkeit der Gutachter wird offen gelegt, c) die/der Beschwerdeführer/in kann zwischen Gutachter(inne)n mit unterschiedlichem institutionellen Hintergrund wählen</p> <p>4.3.2 Neben den Gutachterstellen der Ärztekammer und des MDK werden unabhängige Begutachtungen für Patient(inn)en ermöglicht</p> <p>4.3.3 Nach Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen Einrichtung eines Entschädigungsfonds o.Ä. zur schnellen Schadensregulierung</p>

10.4 Maßnahmenskizzen

10.4.1 Auswahlprozess

Transparenz erhöhen, Kompetenz entwickeln, Patientenrechte stärken und Beschwerdemanagement verbessern sind komplexe und facettenreiche Zielthemen. Von diesen leiten sich eine Vielzahl von Teilzielen und möglichen Maßnahmen ab.

Die Maßnahmen bedürfen einer weiteren Konkretisierung. Gleichzeitig müssen bei der Umsetzung auch Prioritäten gesetzt werden, da nicht alle denkbaren Maßnahmen gleichzeitig angegangen werden können. Deshalb wurden exemplarisch zwei Maßnahmentypen ausgewählt:

- Maßnahmen, die kurzfristig umsetzbar sind
- Maßnahmen von besonderer Bedeutung, die eines aufwändigeren Vorlaufs bedürfen
- Die Teilziele und Maßnahmen sind nummeriert entsprechend der tabellarischen Übersicht.

10.4.2 Konkretisierung ausgewählter Maßnahmen

10.4.2.1 Transparenz erhöhen

Teilziel 1.1

Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.

Maßnahme 1.1.1

Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit.

Problembeschreibung

Im Gesundheitswesen fehlt die Transparenz der Leistungsqualität für Bürger(innen), Patient(inn)en und Versicherte – anders als in fast allen anderen Bereichen, in denen durch Testberichte unabhängiger Institute sowie Zeitschriften umfangreich über alle Aspekte der Qualität von Produkten und Dienstleistungen aufgeklärt wird. Patient(inn)en brauchen solche bewerteten Qualitätsinformationen, um als „mündige Patient(inn)en“ eine sinnvolle Auswahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern treffen zu können. Sie erhalten sie aber nirgends. Denn wer aussagefähige Daten über die Qualität von Leistungen und Leistungserbringern besitzt (z.B. öffentliche Körperschaften wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Behörden), darf sie in der Regel nicht für diesen Zweck verwenden. Und diejenigen, die sie verwenden dürften (z.B. freie Träger der Patientenunterstützung), besitzen sie nicht.

Maßnahmenskizze

- Alle bereits vorhandenen Daten und Informationen müssen nutzbar gemacht und für die Leistungsbewertung und Information der Bürger(innen) freigegeben werden. Dies erfordert neue gesetzliche Regelungen im SGB zum Umgang mit Daten der Leistungserbringer und Krankenkassen, eventuell auch Änderungen datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

- Für die Aufbereitung und Veröffentlichung der Daten und Informationen aus dem Leistungsgeschehen muss ein unabhängiges Institut geschaffen werden, das von einem paritätisch auch mit Versicherten- und Patientenvertretern besetzten Beirat kontrolliert wird.
- Zusätzlich zu den Daten und Informationen der Leistungserbringer und Kostenträger müssen die Erfahrungen der Patient(inn)en systematisch erfasst, ausgewertet und veröffentlicht werden. Dazu müssen objektive Patientenbefragungen verstärkt sowie Beschwerdewege geschaffen und deren Ergebnisse in den Informationspool eingespeist werden.
- Für die Information der Bürger(innen), Versicherten und Patient(inn)en über die Qualität der Leistungen und Leistungserbringer müssen die patientenunterstützenden Einrichtungen ausgestattet und ausgerüstet werden, z.B. durch Geräte zur Speicherung und Verarbeitung von Informationen, durch zusätzliche Personalkapazitäten oder durch Schulung.
- Bereits vorhandene, aber nicht umgesetzte gesetzliche Bestimmungen zur Transparenz des Gesundheitswesens müssen schnellstens auch in der Praxis realisiert werden, z.B. §305 Abs. 2 SGB V (quartalsweise Information der Patient(inn)en über die Abrechnungen der Leistungserbringer mit den Krankenkassen), § 137 Abs. 1 SGB V (Einholung von Zweitmeinungen vor medizinischen Eingriffen) oder § 10 Abs. 5 der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (Sicherung der ärztlichen Dokumentation vor nachträglichem Überschreiben).

Akteure

An der öffentlichen Qualitätsbewertung müssen alle Akteure im Gesundheitswesen mitwirken: Die Leistungserbringer müssen die Transparenz ihrer Arbeit akzeptieren und unterstützen. Die Kostenträger müssen hinnehmen, dass Qualitätstransparenz nicht nur ihren jeweiligen Mitgliedern zugute kommen kann. Die Politik muss durch gesetzliche Vorgaben Restriktionen beseitigen sowie Anreize setzen oder notfalls auch Zwang ausüben, Transparenz für die Nutzer des Gesundheitswesens herzustellen. Die Bürger(innen), Versicherten und Patient(inn)en schließlich sollen ihre Sicht und ihre Erfahrung in den Kanon der Informationen einbringen.

Maßnahme 1.1.8

Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant(inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung.

Problembeschreibung

Herzerkrankungen sind die Haupttodesursache bei Frauen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten werden in der Forschung, bei Diagnose, Therapie und Nachbehandlung z.B. beim Herzinfarkt nicht hinreichend berücksichtigt. Die Mehrzahl der Frauen weist zum Teil besondere

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Symptome wie Atemnot, Schmerzen in der Magengegend, Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche oder Schmerzausstrahlungen in den Rücken auf, die den Frauen und Ärzten nicht bekannt sind. Fakt ist: Frauen werden circa 1 Stunde später als Männer in eine Klinik eingewiesen. Frauen nehmen seltener und kürzer als Männer eine Anschlussheilbehandlung nach Herzinfarkt in Anspruch. Frauen erhalten generell bei Herzerkrankungen eher billigere und ältere Medikamente. Das bestätigen auch Kassendaten.

Migrant(inn)en haben oftmals ein starkes Kommunikationsproblem. Es gibt nur wenige muttersprachliche Informationen über das Gesundheitssystem, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und die staatliche Gesundheitsvorsorge. Es besteht ein großes Defizit im gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden und sich aufhaltenden Menschen. Hier sollte ähnlich wie in anderen europäischen Ländern eine ausreichende medizinische Versorgung unabhängig vom Aufenthaltsstatus gesichert werden.

Maßnahmenskizze

- Forschungsprojekt „Versorgungsforschung unter geschlechtsspezifischen- und altersspezifischen Aspekten, unter Einbeziehung sozial benachteiligter Gruppen beim Herzinfarkt“. Adressat: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Mittelfristig bis langfristig umsetzbar.
- Berücksichtigung geschlechts- und altersspezifischer Aspekte in der Arzneimittelforschung – langfristig umsetzbar. Zuständigkeit: BMGS, BfArM.
- Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Maßnahmen in Diagnose und Therapie, insbesondere beim Herzinfarkt. Beispiel: DMP – mittelfristig umsetzbar, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte. Zuständigkeit: Berufsverbände, Kammern, Krankenkassen, Medien.
- Maßnahmen zur stärkeren Berücksichtigung von Migrant(inn)en in der gesundheitlichen Forschung und Informationsgewinnung werden derzeit noch diskutiert.

10.4.2.2 Kompetenz entwickeln

Teilziel 2.1

Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert. Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.

Maßnahme 2.1.1

Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale Transferstellen.

Maßnahme 2.1.2

Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en.

Problembeschreibung

Menschen brauchen eine Fülle von Kompetenzen, wenn sie als Patient(inn)en das System der Gesundheitsversorgung nutzen, aber auch schon vorher, wenn es um die Wahrnehmung und intelligente Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention geht. Diese Kompetenzen müssen möglichst früh erworben werden; im Krankheitsfall ist es dafür meist zu spät.

Das heutige Erziehungs- und Bildungswesen bietet so gut wie keine wirksame Möglichkeit, sich derartige Kompetenzen anzueignen. Es blendet sogar Krankheit und Tod weitgehend aus und fördert damit eine fatale, weil illusionäre Orientierung der jungen Menschen an den Werten Jugendlichkeit, Fitness und Wohlbefinden. Daher ist die Vermittlung der genannten Kompetenzen sowohl im primären Erziehungswesen als auch in den Systemen der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern.

Maßnahmenskizze

Die notwendigen Kompetenzen können in vier große Bereiche gegliedert werden:

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- Umgang mit der eigenen Gesundheit, insbesondere mit Stress, gesund- und krankmachenden Einflüssen (z.B. Familie, Arbeitswelt, Umwelt), Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Extremsport) und Risikofaktoren
- Umgang mit Krankheit (ggf. inklusive medizinischer Fakten), Vorbereitung auf ihre Unvermeidlichkeit (einschließlich Sterben und Tod), individuelle Verarbeitung von Lebenskrisen
- Umgang mit dem Gesundheitswesen als Patient(in) – vom Funktionieren des Systems über die Transparenz der Leistungsqualität bis hin zu den individuellen Patientenrechten
- Mitwirkung im Gesundheitswesen, Kompetenzen zur Beteiligung an der Systemgestaltung – das sind vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen (z.B. Rhetorik, Selbstbehauptung, Verhandlungsführung, Gruppenleitung)

Für alle vier Felder sind differenzierte curriculare Elemente zu entwickeln und in den verschiedenen genannten Institutionen zu implementieren. Dabei kann sicher auf etliche bereits vorhandene Elemente zurückgegriffen werden, die allerdings an den unterschiedlichsten Orten entwickelt wurden (z.B. Volkshochschulen, psychologische und soziologische Institute und Fakultäten, Einrichtungen der Selbsthilfe).

Zeitperspektive

Mit der Sammlung curricularer Elemente kann sofort begonnen werden. Die Erprobung in größerem Maßstab sollte nach gründlicher Abstimmung der Elemente aufeinander erfolgen.

Umsetzende Akteure

Für die Primärbildung (Schule) ist eine Zusammenarbeit mit Institutionen erforderlich, die Curricula entwickeln und Lehrer fortbilden.

Bei der Umsetzung eines integrierten Gesamtkonzepts in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Erwachsene könnten die Volkshochschulen das Zentrum bilden, da sie bevölkerungsnah und einigermaßen flächendeckend verbreitet sind. Sie bedürfen allerdings der Ausfüllung des Konzepts durch diejenigen, die bereits Einzelelemente von Patientenschulungen entworfen und entwickelt haben (z.B. Krankenkassen, Kammern, Ärzteverbände, BZgA, Universitäten), sowie natürlich durch die Patient(inn)en selbst (z.B. durch ihr Schicksal als Betroffene kompetent gewordene Mitglieder von Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen).

Ressourcen

Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Patientenkompetenz wären zusätzliche Personalkapazitäten nötig, ferner Honorarmittel für die Zuarbeit seitens der Wissenschaft sowie der Patienten(vertreter) und schließlich für die Durchführung entsprechender Veranstaltungen. Institutionen wie BZgA, Krankenkassen und Ärzteverbände wären ebenfalls gefragt, einen Beitrag zu leisten.

Teilziel 2.2

Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitlicher Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.

Maßnahme 2.2.2

Vollständige Umsetzung des § 20, 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des §29 SGB IX durch die Reha-Träger.

Problembeschreibung

Mit dem so genannten „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ hat der Gesetzgeber im Dezember 1999 die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen im neuen **§20, 4 SGB V** erheblich präzisiert und qualifiziert. Unter anderem ist aus dem vorherigen fördern „können“ ein fördern „sollen“ geworden; eine Aufforderung mit juristisch stark verpflichtendem Charakter. Und – der Gesetzgeber hat erstmalig eine exakte Summe genannt: die Förderung soll für jeden Versicherten ab dem Jahr 2000 einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; damit sollte eine Gesamtsumme von jährlich circa 36 Millionen Euro zur Förderung der Selbsthilfe zur Verfügung stehen.

Auch knapp drei Jahre nach In-Kraft-Treten des § 20, 4 SGB V erweist sich dessen Umsetzung noch immer als nicht ausreichend. In den Jahren 2000 und 2001 sind von den Krankenkassen zusammen nur gut 25 Millionen Euro in die Selbsthilfeförderung geflossen. Eine seit Juli 2001 angestrebte Präzisierung der Förderempfehlungen zur Verbesserung der Förderpraxis konnte wegen unvereinbarer Positionen der Kassenseite und der Vertreter der Selbsthilfe bisher nicht realisiert werden.

Maßnahmenskizze

Zur Gewährleistung einer unbürokratischen, verlässlichen und einheitlichen Selbsthilfeförderung auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und für alle Bereiche der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen), bei der eine Ausschüttung von Fördermitteln in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang realisiert ist, sind seitens der Krankenkassen folgende Maßnahmen notwendig:

- Vereinfachung und Vereinheitlichung des Förderverfahrens (einheitliche Antragsformulare, Ein-Ansprechpartner-Modell) für alle Bereiche (Selbsthilfegruppen, -organisationen sowie -kontaktstellen) und Ebenen (Bund, Land, Region) der Selbsthilfe
- Entwicklung und Offenlegung verlässlicher Vergabekriterien
- Pauschale Sockelfinanzierung für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen
- Erarbeitung von Empfehlungen zur Vergabe der Fördermittel auf lokaler Ebene durch übergreifende Gremien/Beiräte unter Beteiligung von Selbsthilfevertretern
- Vorzug der pauschalen Förderung gegenüber der Projektförderung insbesondere für Selbsthilfekontaktstellen
- Gemeinsame, einheitliche und kassenartenübergreifende Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Förderpools bzw. -gemeinschaften (z.B. nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen)

Für die Umsetzung des **§ 29 SGB IX** ist eine baldige Formulierung von „Grundsätzen zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe“ (vgl. § 13) über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nötig, um die Selbsthilfeförderung nach § 29 SGB IX auch durch die Rehabilitationsträger zu präzisieren und ihre Umsetzung zu gewährleisten.

Letztlich soll und darf die durch die Neuformulierung des § 20 4 SGB V und des § 29 SGB IX vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Selbsthilfeförderung durch die Sozialversicherungsträger nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger führen. Vielmehr müssen alle an der psychosozialen Versorgung Beteiligten – also Bund, Länder und Gemeinden genauso wie Krankenkassen, Renten- und Rehabilitationsträger – die Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mittragen.

Teilziel 2.3

Patientenorientierte Arbeitsweise und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.

Problembeschreibung

In zunehmender Weise werden die Arbeitsbedingungen in Kliniken und niedergelassenen Praxen im Hinblick auf eine patientenorientierte Arbeitsweise kritisiert. So werden mangelnde Kooperation zwischen den Gesundheitssektoren, fehlende Transparenz und die Zunahme von Verwaltungsaufgaben für Ärzte und Pflegepersonal für eine schlechter werdende Gesundheitsversorgung verantwortlich gemacht. Neben diesen strukturellen Bedingungen wird auch die mangelnde Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen beklagt, die nicht zeitgemäßen Inhalte der Aus- und Weiterbildung und schließlich das Fehlen angemessener Gebührenordnungspositionen, die die „sprechende Medizin“, Beratungsschulungen und Selbsthilfeunterstützung abbilden. Um diesem Trend entgegenzuwirken, werden folgende Maßnahmen beschrieben:

Maßnahmen 2.3.1

Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser), die es den Mitarbeiter(inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z.B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement).

Maßnahmenskizze

Klinik

- Einschränkung der Verwaltungsaufgaben in Kliniken, z.B. durch Entlastung des Stationspersonals durch nichtärztliches bzw. nichtpflegerisches Personal, die diese Aufgaben übernehmen (vor allem im Hinblick auf die Einführung von DRG)
- Einhaltung von Arbeitszeiten; Anerkennung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit (siehe EuGh-Urteil vom 03. 10. 2000 zur Anerkennung der Bereitschaftsdienste), Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen für das Klinikpersonal und Einführung von ergänzenden Pflegemodellen
- Stärkere Differenzierung von ärztlichem und pflegerischem Personal bzw. Hilfskräften in Kliniken: Entlastung des examinierten Pflegepersonals von pflegefremden Aufgaben durch Einsetzung von Stationsassistent(inn)en oder andere geeignete Hilfskräfte und zentrale

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Dienste, so dass sich diese stärker auf pflegerische und ärztlich angeordnete Aufgaben konzentrieren können. Auszubildende in den Pflegeberufen und Studierende von Pflegestudiengängen, AiP und PJler werden nicht im Stellenplan der Station aufgenommen

- Mehr Transparenz der Struktur und Qualität in der stationären und ambulanten Versorgung, z.B. durch Veröffentlichung von Qualitätsberichten; Einrichtung von Patientenbeiräten etc.

Ambulante Praxis

- Einschränkung bzw. Optimierung der Verwaltungsaufgaben, z.B. durch Vereinfachung der Abrechnung durch Einsatz von EDV
- Ausreichende Vergütung der Anfragen durch die Krankenkassen; Schaffung von Gebührenordnungsmodellen, die der „sprechenden Medizin“ und der Beratung einen breiteren Raum lassen
- Unterstützung der Praxis durch Praxismanagementmodelle

Zeitperspektive

Die Umsetzung dieser Maßnahme könnte kurz- bis mittelfristig möglich sein, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen bzw. den Gesetzgeber handelt. Darüber hinaus sind z.B. Arbeitszeitmodelle von einzelnen Organisationen angedacht.

Akteure

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pflegeorganisationen, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften.

Maßnahme 2.3.2

Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerb, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Maßnahmenskizze

- Angemessene Bezahlung der pflegerischen und der Assistenzberufe wie Arzthelfer(in), Krankenschwester, Altenpfleger(in); Einführung von Gebührenordnungspositionen für niedergelassene Ärzte für die so genannte sprechende Medizin, Kontakte mit der Selbsthilfe sowie Beratungsleistungen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- Verbindliche Einführung von zertifizierten Weiter- und Fortbildungsangeboten für alle Gesundheitsberufe
- Kooperationsförderung zwischen den Gesundheitsbereichen durch bessere Verzahnung und Kooperationsmodelle sowie besseren Datenfluss
- Unterstützung von gemeinsamen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Diskussionsforen für Mitarbeiter(innen) aller Gesundheitsbereiche
- Regelmäßige Reflexion der Rückmeldungen aus dem Bereich der unabhängigen Patientenberatung

Zeitperspektive

Kurz- bis mittelfristig, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen handelt.

Akteure

Ärztetkammern, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Universitäten, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

Maßnahme 2.3.3

Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.

Maßnahmenskizze

- Aufnahme der Selbsthilfe in den Gegenstandskatalog des Medizinstudiums für die klinische Phase (die Selbsthilfe ist bereits Bestandteil im Fachgebiet Medizinische Soziologie und Psychologie in der Vorklinik), Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Gestaltung und Umsetzung
- Aufnahme von positiven Kooperationsmodellen in die Ausbildung, Beschreibung von Praxisbeispielen (z.B. Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Qualitätszirkel)
- Stärkung der Kooperationsforschung in allen medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Lehr- und Forschungseinrichtungen
- Obligatorische Teilnahme der Medizinstudenten an Gesprächsgruppen – eventuell analog den Balint-Gruppen; die so genannten Reformmodellstudiengänge an einzelnen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Universitäten (wie z.B. Berliner Charité) werden evaluiert: Übernahme von positiven und konstruktiven Elementen auf alle medizinischen Hochschulen

- Stärkere Betonung der kommunikativen Fähigkeiten in der pflegerischen Ausbildung, z.B. durch Teilnahme an Gesprächsgruppen und der Notwendigkeit der Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Disziplinen
- Aufnahme von Selbsthilfeaspekten in die Curricula der Ausbildungsgänge Pädagogik, der Psychologie und der Sozialarbeit; Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Ausgestaltung dieser Curricula

Zeitperspektive

Die neue ÄAppO vom 27. 06. 2002 hat einige Neuerungen, wie z.B. einen stärkeren Praxisbezug, auf den Weg gebracht, die eine Umsetzung dieser Maßnahmen eventuell beschleunigen dürften.

Akteure

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, Universitäten, Pflegeeinrichtungen, Altenheime, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

10.4.2.3 *Patientenrechte stärken*

Teilziel 3.1

Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(innen) in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.

Maßnahme 3.1.1

Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen.

Die Maßnahme muss als Lern-, Überzeugungs- und Erfahrungsprozess ausgestaltet werden. Dies setzt Beteiligungsinteresse und Beteiligungsfähigkeit bei allen Akteuren im Gesundheitswesen voraus. Grundlage hierfür ist Informations- und Kommunikationskompetenz. Bürger- und Patientenbeteiligung kann nicht angeordnet werden, sondern muss gemeinsam entwickelt werden. Rechtliche Maßnahmen können diesen Prozess jedoch entscheidend fördern. Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind die bereits existierenden Beteiligungen, die sukzessive ausgebaut bzw. auf entsprechende Aufgabenstellungen übertragen werden müssen. Die Förderung der Beteiligung ist in diesem Sinne als lernfähiges System zu begreifen.

Die jeweilige Form der Beteiligung ist entsprechend des Gegenstandsbereiches der Beteiligung zwischen den wesentlichen Akteuren auf der Bürger(innen)- und Patient(inn)enseite und den bisherigen Entscheidungsträgern auszuhandeln.

Die Intensivierung der Beteiligung muss in Stufen ausgebaut werden:

- von der fehlenden Beteiligung zur Verfahrensbeteiligung
- von der Verfahrensbeteiligung zur Beratungsbeteiligung und
- von der Beratungsbeteiligung zur Entscheidungsbeteiligung, wobei ein Überspringen einer oder mehrerer Stufen durchaus möglich, teilweise sogar dringend geboten ist

Übertragungsmöglichkeiten der Beteiligung bieten sich an

- wenn der Gegenstandsbereich des Entscheidungsverfahrens gleich ist
- wenn die Funktion der Entscheidung gleich ist (Demokratisierung der Entscheidung: Bürgerbeteiligung z.B. an Ethikkommissionen; Versorgungsoptimierung: Beteiligung der Selbsthilfe-

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

organisationen, z.B. bei Entwicklung von DMPs; Kosten-Nutzen-Abwägungen: Beteiligung der Versicherten, z.B. an der Selbstverwaltung)

Die Maßnahme 3.1.1 bezieht sich grundsätzlich auf alle Gegenstandsbereiche der Beteiligung im Gesundheitswesen. Zu unterscheiden ist insoweit die Beteiligung

- in Bund, Ländern und Gemeinden, beispielsweise Gremien des Arzneimittelzulassungsverfahrens und der Arzneimittelversorgung, Ethikkommissionen nach Bundesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Bundesministerien, gesetzlich vorgesehene Verfahren der Qualitätssicherung auf Bundesebene etc.; Gesundheitskonferenzen nach Landesrecht, Ethikkommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Landesministerien, Gremien der Krankenhausplanung etc.; kommunale Gesundheitskonferenzen, kommunale Krankenhäuser etc.
- in der beruflichen, sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung beispielsweise in Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, Kriterien für Krankenhausbehandlung [§137 Abs. 1 SGB V], Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss), ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, Landesärztekammern/Bundesärztekammern, soweit die Belange von Patient(inn)en betroffen sind
- im privaten Bereich, beispielsweise wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, private Krankenhäuser, Praxisnetze, Pflegeeinrichtungen

Die Förderung der Beteiligung beinhaltet neben dem Ausbau und der Übertragung bestehender Beteiligungsformen auch die Schaffung der gebotenen Rahmenbedingungen. Zu nennen sind hier insbesondere

- die Schaffung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen bei den Patientenorganisationen, um eine nachhaltige und kompetente Beteiligung zu ermöglichen. Eine bloße Pro-forma-Beteiligung schadet den Patienteninteressen.
- die Änderung rechtlicher Vorschriften, wo diese dem Ausbau bzw. der Übertragung der Beteiligung entgegenstehen.
- die Öffentlichkeitsarbeit, um die Akteure im Gesundheitswesen, aber auch die Bevölkerung insgesamt für die Notwendigkeit der Bürger- und Patientenbeteiligung zu sensibilisieren.

Letzteres bedeutet insbesondere, dass alle Entscheidungen und alle Gremien im Gesundheitswesen auf den Prüfstand kommen, um den Ausbau der Beteiligungsrechte der Bürger(innen) bzw. der Patient(inn)en zu ermöglichen.

Teilziel 3.3

Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt.

Maßnahme 3.3.1

Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Problembeschreibung

Eine aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über individuelle und kollektive Rechte soll künftig dazu beitragen, die Strukturen und auch die Leistungsangebote des Gesundheitswesens transparent zu machen. Hierdurch sollen Eigenkompetenz und Selbstbestimmung der Bürger(innen) und Patient(inn)en gesteigert werden. Nur wer seine individuellen Rechte im Arzt-Patienten-Verhältnis kennt, kann aus einer passiven Rolle heraustreten und selbstbewusst Entscheidungen zu seiner Gesundheit treffen. Die aktive Information über die kollektiven Rechte soll Bürger(innen) und Patient(inn)en ermöglichen, ihre Kompetenzen und Erfahrungen aktiv in die Gestaltung des Gesundheitswesens einzubringen. Informationen über Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten sollen Bürger(innen) und Patient(inn)en aktivieren, in den Gremien und Institutionen des Gesundheitswesens mitzuwirken. Dabei tragen diese Informationen nicht per se zur „Mündigkeit“ der Bürger(innen) und Patient(inn)en bei. Sie müssen verschiedenen Anforderungen genügen, um die gewünschten Zielgruppen tatsächlich zu erreichen und damit auch individuelles Verhalten sowie individuelle Einstellungen zu beeinflussen.

Maßnahmenskizze

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens

- informieren ihrem Auftrag und ihren Handlungsmöglichkeiten entsprechend über individuelle und kollektive Rechte
- stellen Informationen ziel- und nutzerorientiert zur Verfügung
- bereiten Informationen verständlich auf und gewährleisten durch die Verwendung unterschiedlicher Medien (Printmedien/elektronische Medien) und Zugangswege die Erreichbarkeit verschiedener Zielgruppen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- informieren schwer erreichbare bzw. besondere Zielgruppen (z.B. Migrant(inn)en, Schwangere) über besondere Zugangswege
- setzen unterschiedliche Kommunikationsstrategien ein, um aktiv über individuelle und kollektive Rechte zu informieren wie beispielsweise Informationskampagnen, Callcenter, regionale Veranstaltungen etc.
- vernetzen im Rahmen eines aktiven Informationsmanagements ihre Informationsangebote, indem sie auf die Angebote anderer Anbieter verweisen

Zeitperspektive

Die aktive Bereitstellung von Informationen über individuelle und kollektive Rechte erfolgt kurzfristig und wird sukzessive ausgebaut. Ein Schritt ist die Veröffentlichung der Schrift „Patientenrechte in Deutschland“.

Akteure

Die aktive Information von Bürger(inne)n und Patient(inn)en zu individuellen und kollektiven Patientenrechten erfolgt bereits heute in unterschiedlichem Umfang durch eine Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen. Diese pluralen Informationsstrukturen sollten künftig ausgebaut und miteinander vernetzt werden, um vielfältige Zugangswege für unterschiedliche Zielgruppen zu ermöglichen.

In der Verantwortung, über Patientenrechte zu informieren, stehen in erster Linie die Leistungserbringer selbst (wie Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Heilberufe) als auch die Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen (wie Krankenkassen, Landesärztekammern) sowie die Patientenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und Verbraucherzentralen.

Neben den eigentlichen Akteuren des Gesundheitswesens sind insbesondere die Medien mit ihrer Informationsfunktion unverzichtbar, damit individuelle und kollektive Rechte bekannt werden.

10.4.2.4 Beschwerdemanagement verbessern

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Teilziel 4.1

Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.

Maßnahmen 4.1.1

Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.

Maßnahmen 4.1.2

Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher oder Patientenombudspersonen.

Problembeschreibung

Neben einem oftmals geringen Kenntnisstand der Bürger(innen) über die Versorgungswege im Gesundheitswesen und die Erfolgsaussichten der verschiedenen Behandlungsweisen gibt es einen noch auffälligeren Kompetenzmangel in der Bewältigung von Situationen, die mit möglichen Fehlern und Schädigungen oder mit Konflikten im Umgang mit Behandlern oder Kostenträgern zu tun haben. Darunter leiden vor allem die Patient(inn)en, die nicht nur mit ihrer Erkrankung, sondern darüber hinaus mit zusätzlichen Kränkungen oder Schädigungen durch das Medizinsystem und/oder Leistungsverweigerungen seitens der Kostenträger zu kämpfen haben. Ihre geschwächte Position verhindert oft einen gerechten Interessenausgleich und die Mobilisierung aller notwendigen Ressourcen zur Genesung.

Eine angemessene, patientengerechte und flächendeckend regelmäßig erreichbare Unterstützung für diese Patient(inn)en kann für Betroffene eine wertvolle Hilfe und Orientierung bieten. Betroffene können sich über ihre Handlungsmöglichkeiten informieren und sich individuell über die Wege der Selbsthilfe und Expertenhilfe beraten lassen. Hier gibt es bereits

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Angebote durch Ärzte, Apotheken, Krankenkassen etc. Darüber hinaus sollte es aber auch Unterstützungsangebote geben, die unabhängig von Anbieter- und Kostenträgerinteressen sind, um die nötige Akzeptanz und Neutralität sicherzustellen und der entsprechenden Nachfrage der Patient(inn)en gerecht zu werden.

Maßnahmenskizze

Beschwerdemanagement gibt es innerhalb und außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Patient(inn)en suchen für ihren Informations-, Beratungs- und Beschwerdebedarf spezifische Anlaufstellen. Für die Weiterentwicklung des Bereiches der unabhängigen Patientenberatung ist durch die Gesundheitsreform 2000 eine Modellerprobungsphase im § 65 b SGB V eingeführt worden. Dieses Projekt umfasst bisher noch nicht das Beschwerdemanagement, aber eine Erweiterung um diesen Aspekt sollte diskutiert werden. Geeignete Projekte zur Unterstützung der Patient(inn)en sollten zum Regelangebot der Gesundheitsversorgung werden. Eine Rückkopplung der Beschwerden und Anregungen der Patient(inn)en in das Gesundheitssystem führt zu erheblichen Qualitätsgewinnen.

Zeitperspektive

Die Umsetzung der Maßnahmen kann unmittelbar beginnen. Ein flächendeckendes Angebot wird jedoch erst mittelfristig nach Entscheidungen über ihre Ausgestaltung und Finanzierung möglich sein.

Akteure

Akteure dieser Maßnahmen sind vor allem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Initiativen oder andere neutrale Träger. Gemeinsam ist diesen Akteuren, dass sie in der Regel keine oder nur geringe Eigenmittel haben und diese Aufgaben nicht aus eigenen finanziellen Ressourcen bewältigen können. Hier ist also eine Förderung aus öffentlichen Mitteln und Versicherungsbeiträgen sowie weiteren Quellen dringend erforderlich.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Teilziel 4.2.

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.

Maßnahme 4.2.1

Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Maßnahme 4.2.2

Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung.

Maßnahme 4.2.3

Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Problembeschreibung

In Deutschland werden jährlich 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe angemeldet, von denen etwa 12.000 nachgewiesen werden. Exakte Zahlen sind bislang jedoch nicht verfügbar, da Fehlermeldungen sowohl an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, die Zivilkammern der Landgerichte, an Patientenberatungsstellen oder auch direkt an die Haftpflichtversicherungen gehen. Solche Meldungen können auch medizinische Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte beinhalten.

Um das Gesundheitswesen als lernendes System zu stärken, ist eine Erfassung von Fehler-, Schadens- und Nebenwirkungsmeldungen sowie ihrer Begutachtungsergebnisse nötig, ferner eine wissenschaftliche Beforschung relevanter Fehlerbereiche und eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Verursacher. Durch den Aufbau entsprechender Feedbackschleifen können institutionelle Strukturen und Abläufe verbessert werden, entsprechende Themen Eingang in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung finden sowie in der Forschung berücksichtigt und finanzielle Ressourcen genauer alloziiert werden.

In einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens werden entsprechende Erfassungen und Auswertungen bereits vorgenommen oder befinden sich im Aufbau. Für die Landesärzte-

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

kammern wurde inzwischen ein einheitlicher elektronischer Erfassungsbogen entwickelt, der ab 2003 in fast allen Kammern zur Anwendung kommen soll. Die bisher erhobenen Ergebnisse finden bereits Eingang in Publikationen sowie in die ärztliche Fortbildung.

Eine systematische Erfassung und Auswertung erfolgt ebenfalls im Bereich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen. Daten seitens der Gerichte und der Haftpflichtversicherer liegen bislang nicht in systematischer Form vor.

Unerwünschte Nebenwirkungen und Schädigungen durch Arzneimittel und Medizinprodukte werden durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erhoben. Adressaten sind bislang vor allem Ärzte und pharmazeutische Unternehmen, nicht jedoch die betroffenen Patientinnen und Patienten selbst.

Bislang fehlt es sowohl an einer einrichtungsbezogenen wie auch einer institutionenübergreifenden Erfassung und wissenschaftlichen Aufbereitung von Behandlungsfehlerwürfen, Medizinschäden und unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen als Teil einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung. Hemmnisse liegen in den fragmentierten Quellen, den fehlenden Ressourcen für ihre Dokumentation und Auswertung, aber auch in der engen Koppelung von Schadensmeldungen an das Haftungsrecht.

Maßnahmenskizze

Aufbau einer systematischen, einheitlichen Erfassung und Auswertung von Behandlungsfehlerwürfen und Verfahrensergebnissen, unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die den Ärztekammern, den Krankenversicherungen, Zivilgerichten, Haftpflichtversicherungen sowie dem BfArM gemeldet werden. Die Möglichkeiten der AkdÄ sind zu nutzen wie auch die Beschwerden und Anregungen der unabhängigen Patientenberatungsstellen.

Ziel ist der Aufbau eines sachbezogenen Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen jenseits haftungsrechtlicher Fragestellungen. Dazu bedarf es auch der Erschließung neuer Kanäle für Fehlermeldungen unter aktiver Mitwirkung von Patient(inn)en sowie Selbsthilfegruppen. Um eine möglichst umfassende und valide Datenlage erstellen zu können, müssen Dokumentations- und Meldeverfahren jenseits rechtlicher Sanktionsandrohungen implementiert werden.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Dabei muss sichergestellt werden, dass erhobene Daten ausgewertet und ihre Ergebnisse als Input in das Gesundheitswesen zurückgespeist werden. Zur Umsetzung des Vorhabens bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur und finanzieller Ressourcen zur Datendokumentation und -auswertung sowie zur Stärkung und Verbreiterung prophylaktischer Maßnahmen.

Zeitperspektive

Innerhalb der nächsten zwei Jahre (2003/2004).

Akteure

Leistungserbringer des Gesundheitswesens, Ärztekammern, Krankenversicherungen, Zivilgerichte und Haftpflichtversicherungen, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Patientenberatungsstellen sowie das Robert-Koch-Institut als zuständige Stelle für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

10.5 Literatur

- 1 Badura B, Hungeling G (1999): Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Forum Public Health; 7. Jg. 2–3
- 2 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Bundesministerium der Justiz (BMJ): Patientenrechte in Deutschland, 2002
- 3 Bohle F-J (2001): Der informierte Patient. Die neue Rolle des Patienten im Kommunikations- und Informationszeitalter. gpk Gesellschaftspolitische Kommentare, 42. Jg .(Nr. 10 Oktober), 6.–11. 2001
- 4 BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen; Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Köln: BZgA
- 5 Dierks M-L, Bitzer E-M, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewietz A, Siebeneick S, Schwartz F-W (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195/August 2001
- 6 Dierks M-L, Schwartz F-W (2001): Rollenveränderung durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 44: S. 796–803
- 7 Francke R, Hart D (1999): Charta der Patientenrechte: Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte gemäß dem Beschluss der 70. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren am 20. und 21. November 1997 in Saarbrücken für die Länder Freie Hansestadt Bremen ..., Freie und Hansestadt Hamburg ..., Nordrhein-Westfalen ... Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 8 Francke R, Hart D (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 9 Gold C, Geene R, Stötzner K, (Hrsg.) (2000): Patienten – Versicherte – Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen. Berlin: b_books
- 10 Hart D (1999): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: Rechtliche Analyse und Perspektiven. Forum Public Health 7. Jg. (Nr. 26 – Oktober. Schwerpunktheft Patientenorientierung), 7.–9. 1999
- 11 Hey M, Stötzner K (2001): PatientInnenanliegen – PatientInneninformationen. impulse: Newsletter zur Gesundheitsförderung [Heft Nr. 33, 4. Quartal/Dezember. Schwerpunktheft Aktivierungsstrategien für PatientInnen und Bürger(innen)], 9–9. 2001
- 12 Kranich C, Böcken J, (Hrsg.) (1997): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 13 Matzat J (2002): Die Selbsthilfe als Korrektiv und „vierte Säule“ im Gesundheitswesen. NSB Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen Jg. 15 (Heft 3 Juli 2002), S. 89–97
- 14 Ramrath C (1999): Zur Arbeit der Patientenstellen. Forum Public Health 7. Jg. (Nr. 26 – Schwerpunktheft Patientenorientierung), 14–14

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- 15 Robert-Koch-Institut, StBA – Statistisches Bundesamt (2001): Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. GBE Heft 04/01. Berlin: Verlag Robert-Koch-Institut
- 16 Spitzenverbände der Krankenkassen (2000): Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000. www.vdak.de/sh_grundsaeetze.htm
- 17 Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung. Juli 2002. www.g-k-v.com/news.html
- 18 SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. 2001
- 19 SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 20 Verbraucherzentrale Hamburg e.V.: Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht. Unveröffentlichtes Manuskript
- 21 WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

10.6 Mitglieder der AG

Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen und -initiativen/Patientenstelle Bielefeld (Vorsitz)

Dr. Sibylle Angele, GVG

Cornelia Assion, Elke Vogel, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Prof. Dr. Bernhard Badura, Deutsche Gesellschaft für Public Health

Dr. Stefan Bales/Jana Holland, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gisela Bartz/Albert Karschti, Notgemeinschaft der Medizingeschädigten

Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Martin Danner/Dr. Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte

Erwin Dehlinger/Heike Wöllenstein, AOK-Bundesverband

Dr. Marie Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Gisela Fischer, Medizinische Hochschule Hannover

Frank Hackenberg, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Joachim Hagelskamp, Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.

Henriette Hentschel, MSD Sharp & Dohme GmbH

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen c/o NAKOS, Berlin

Christoph Kranich, Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V.

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

Eckard Laufer, PatientInnenstelle Göttingen

Adela Litschel, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Giessen

Dr. Friedrich Mehrhoff, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Irmgard Naß-Griegoleit, Women's Health Coalition e.V.

Cornelia Petzold, Stadt Bielefeld

Dr. Barbara Philippi, GVG

Silke Stroth, Senatsverwaltung für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen

Herbert Weisbrod-Frey, ver.di – Bundesverband

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

11. Abkürzungsverzeichnis

ÄappO	Ärztliche Approbationsordnung
AFGIS	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
AiP	Arzt im Praktikum
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (neuerdings BMGS)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUSOMA	European Society of Mastology
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Abkürzungsverzeichnis

GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HTA	Health Technology Assessment
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzerkrankung
KID	Krebsinformationsdienst
KiTa	Kindertagesstätte
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NGO	Non Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PJ	Praktisches Jahr
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VdR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
WHC	Woman's Health Coalition
WHO	Weltgesundheitsorganisation