



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2016, 16. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Sabine Kirchen-Peters*, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Saarbrücken 2

Drei Fragen an

Reiner Leidl, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen am Helmholtz Zentrum München..... 3

Buchtipps

von *Ann-Cathrin Hellwig*, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung in Bonn 4

WIDO

Fehlzeiten-Report 2016

Ein gutes Arbeitsklima verbessert die Gesundheit 5

Arzneiverordnungs-Report 2016

Patent-Präparate treiben Ausgaben in neue Höhen 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Verbraucherschutz im Gesundheitswesen

Patientenrechte – eine gesundheitspolitische Fehlsteuerung?

Friedhelm Hengsbach, Kathol. Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen ... 7

Dreieinhalb Jahre Patientenrechtegesetz – ein Zwischenfazit

Roland Uphoff und Joachim Hindemith,
Fachanwälte für Medizinrecht, Bonn..... 15

Unter-, Über- und Fehlinformation im Gesundheitswesen

Ingrid Mühlhauser, Fakultät für Mathematik, Informatik und
Naturwissenschaften der Universität Hamburg 23

STUDIE IM FOKUS

Hohe Rate intensivmedizinischer Behandlungen sorgt nicht für eine geringere Sterblichkeit 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Ihre Tante hat ein Recht auf Verwahrlosung.“ Bei Sätzen wie diesem muss ich immer noch schlucken. Da sitzt sie mir nun gegenüber, meine Tante, früher die gepflegteste Frau, die man sich vorstellen konnte, sozusagen die Doris Day ihres Heimatortes, jetzt aufgrund mehrerer psychischer Erkrankungen nicht mehr in der Lage, ihren Haushalt oder auch nur die eigene Körperpflege erfolgreich zu meistern. Daneben sitzt eine Fachkraft, die mir erläutert, nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung dem Willen der alten Dame entgegen handeln zu dürfen. Schon mein ganzes Leben lang kenne ich diesen Spagat zwischen Schutz und Bevormundung, mein Bruder ist nämlich behindert. Früh habe ich mir zu eigen gemacht: Was ein Mensch mit Handicap selbst machen kann, soll man ihn auch selbst machen lassen, sonst tastet man seine Würde an. Doch bei der Tante hilft das nichts. Sie könnte sich ja die Haare waschen, sie sieht nur keine Notwendigkeit und hat in zehn Minuten sowieso vergessen, worüber wir gesprochen haben.

Ganz so konkret geht es in der aktuellen GGW nicht zu. Das Thema ist aber genau dies: die richtige Balance zwischen Schutz und Bevormundung im Gesundheitswesen zu finden. Unter anderem mit den konzeptionellen Voraussetzungen dafür beschäftigt sich **Friedhelm Hengsbach** im einführenden Aufsatz. Eine seiner Thesen: Patienten und Ärzte begegnen sich nicht auf Augenhöhe, dafür ist das Informationsgefälle einfach zu groß. Einen Blick auf die deutsche Rechtsetzung und -sprechung werfen **Roland Uphoff** und **Joachim Hindemith**. Ihr Fazit: Das Patientenrechtegesetz war nahezu überflüssig und enthält an zentraler Stelle einen ungeklärten, vielleicht sogar unklärbaren Begriff, den des groben Behandlungsfehlers. Zuletzt analysiert **Ingrid Mühlhauser**, welche medizinischen Informationen und Hilfestellungen Patienten erhalten – und welche sie brauchen würden, um vernünftige Entscheidungen zu fällen.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Pflege
Dokumentationssystem auf dem Prüfstand

Am 1. Januar 2015 startete auf Initiative der Bundesregierung die flächendeckende Einführung eines neuen Dokumentationssystems zur Entbürokratisierung in der Pflege. Im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen untersucht nun das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen in Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und dem Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung die

Qualität und Effizienz des neuen Systems. Die Evaluation soll alle Pflegeeinrichtungen einbeziehen, die seit mindestens drei Monaten mit dem neuen System arbeiten. ■

Mehr Informationen:
www.idw-online.de/de/news659569

Forschung
Neues Zentrum für Kardiologie

Das Universitäts-Herzzentrum Freiburg/Bad Krozingen (UHZ) hat ein Institut für Experimentelle Kardiologische Medizin gegründet. Durch die Kombination von Daten aus biophysikalischen,

biochemischen und bildgebenden Verfahren soll ein virtuelles Herz entwickelt werden, um daran krankhafte Veränderungen zu simulieren und neue Behandlungswege im Computer zu testen. ■

Mehr Informationen:
www.herzzentrum.de > Kliniken & Fachbereiche > Institut für Experimentelle Kardiologische Medizin

IQWiG
Internetportal für Bürgerfragen

Mit einer neuen Webseite namens ThemenCheck Medizin bietet das Institut für Qualität und

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Pflegeberatung unterschiedlich umgesetzt

Ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung und ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten als wohnortnahe Beratungsstellen sollen verhindern, dass Pflegebedürftige und Angehörige notwendige Hilfen zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen. Eine bundesweite Evaluation von Pflegestützpunkten in Deutschland hat nun gezeigt, dass es bei der konkreten Ausgestaltung der Pflegestützpunkte höchst unterschiedliche Umsetzungen und eine große Vielfalt an Beratungsvarianten gibt. So kann nicht überall mit einer vergleichbaren Qualifikation der Pflegeberater und mit einem einheitlichen Beratungsprozess gerechnet werden. Die Autoren zeigen auf, wo präzisere Strukturvorgaben eine verbindliche Mindestqualität unabhängig vom Wohnort sicherstellen könnten. Sie empfehlen, die präventive Arbeit von Pflegestützpunkten zu stärken und die Pflegeberatung besser mit Arztpraxen und Krankenhäusern zu verzahnen. ■

NDV 2016;96(7):390-395

Interprofessionelles Lernen fördern

Zur Vorbereitung auf die Arbeit in multidisziplinären Teams gewinnt das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen zunehmend an Bedeutung. In einer Studie wurde untersucht, welche Faktoren den Erfolg solcher Lehrangebote beeinflussen. Demnach ist für die Entwicklung und Durchführung der Lerneinheiten ein partizipatives,

dialogorientiertes Kooperationsmodell besonders gut geeignet. Einflussfaktoren sind unter anderem die unterschiedlichen Lehr- und Lernkulturen der beteiligten Professionen und die Teilnahmevoraussetzungen. Um interprofessionelle Lerneinheiten dauerhaft in das Medizinstudium einzubetten, sind dem Autor zufolge größere personelle und zeitliche Kapazitäten, der Aufbau förderlicher Strukturen innerhalb der Ausbildungsinstitutionen sowie eine entsprechende berufs- und hochschulpolitische Rahmensetzung hilfreich. ■

GMS J Med Educ 2016;33(2):1-15

Prävention von Demenzerkrankungen

Das Auftreten einer Demenzerkrankung hängt offenbar nicht nur von den genetischen Anlagen, sondern auch von äußeren Faktoren ab. Demenzforscher am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig haben errechnet, dass rund 30 Prozent aller Alzheimer-Erkrankungen auf sieben Lebensstilfaktoren zurückzuführen sind. Dazu zählen insbesondere mangelnde körperliche Aktivität (22 Prozent) sowie das Rauchen (15 Prozent), außerdem Bluthochdruck und starkes Übergewicht im mittleren Lebensalter, Diabetes mellitus, Depressionen und geringe Bildung. Die Autoren plädieren dafür, zur Prävention von Alzheimer-Erkrankungen den Fokus auf diese bekannten Risikofaktoren zu legen. ■

Nervenarzt 2016;87(1):111-118



Von
Dr. Sabine Kirchen-Peters,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut
für Sozialforschung und
Sozialwirtschaft (iso)

Adresse:
Trillerweg 68
66117 Saarbrücken
Telefon: 0681 95424-0
Fax: 0681 95424-27
kirchen-peters@iso-institut.de
www.iso-institut.de

Studium I
Masterstudiengang
Public Health

Zum Wintersemester 2016/2017 bietet die Berlin School of Public Health erstmals den konsekutiven Studiengang „Master of Science in Public Health“ (MScPH) an. Die Regelstudienzeit für das Vollzeitstudium liegt bei vier Semestern. Zugangsvoraussetzung ist ein Bachelorabschluss, nicht aber vorhergehende Berufserfahrung. Anders als beim ebenfalls angebotenen weiterbildenden Masterstudiengang Public Health fallen keine Modulgebühren, sondern nur Semesterbeiträge an. ■

Mehr Informationen:
<https://bsph.charite.de> > Studium > Konsekutiver Masterstudiengang Public Health

Studium II
Medizinische
Ernährungswissenschaft

Ein neuer Bachelorstudiengang Medizinische Ernährungswissenschaft, der zum Wintersemester 2016/2017 in Lübeck gestartet ist, soll eine Schnittstelle zwischen Medizin und Biochemie bilden. Er ist am Institut für Ernährungsmedizin angesiedelt, das die Universität zu Lübeck und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum 1. August 2016 gemeinsam gegründet haben. Ein aufbauender Masterstudiengang ist für das Wintersemester 2019/2020 angekündigt. ■

Mehr Informationen:
www.uni-luebeck.de > Studium > Studiengänge z. d. N. > Medizinische Ernährungswissenschaft

Studium III
Weiterbildungsstudium
Präventionsberatung

Am 1. Januar 2017 beginnt an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg erstmals ein berufsbegleitendes, zehn Monate dauerndes Weiterbildungsstudium Präventionsberatung und betriebliche Beschäftigungssicherung. Es soll Fachleute für Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Personalverantwortliche qualifizieren, Konzepte für die Gestaltung sicherer, gesundheitsgerechter Arbeitsplätze zu entwickeln und umzusetzen. Die Bewerbungsfrist endet am 31. Oktober, die Kosten betragen 4.550 Euro. ■

Mehr Informationen:
www.h-brs.de > Studium > Sozialversicherung > Weiterbildende Studienangebote

BUCHTIPPS

Zum Thema Prävention im kulturellen Kontext



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Ann-Cathrin Hellwig MPH**, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit bei der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) e. V.

Heilsbachstraße 30
 53123 Bonn
 Telefon: 0228 98727-17
 Fax: 0228 64200-24
ah@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)</i> Vielfalt statt Abgrenzung Wohin steuert Deutschland in der Auseinandersetzung um Einwanderung und Flüchtlinge?</p>	<p>Im Jahr 2015 sind über eine Million Geflüchtete nach Deutschland gekommen. Was bedeutet das für den gesellschaftlichen Zusammenhalt? Dieser Frage gehen die Autoren dieses Buchs aus unterschiedlichen Perspektiven nach. Sie zeigen dabei auch das präventive Potenzial eines gemeinschaftlichen Zusammenlebens auf, dessen Qualität spürbare Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden hat. (Verlag Bertelsmann Stiftung 2016)</p>
<p><i>Elisabeth Mixa et al. (Hrsg.)</i> Un-Wohl-Gefühle Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten</p>	<p>Dass die westliche Kultur nicht nur Wohlgefühle beschert, sondern auch Ursprung psychischer Erkrankungen sein kann, thematisiert dieser Sammelband: Einem gesellschaftlichen Imperativ, sich wohlfühlen, stehe eine alarmierende Zunahme psychischer Leidenszustände gegenüber. Internationale Wissenschaftler analysieren gegenwärtige Befindlichkeiten im Spannungsfeld von Wellness-Diskursen, Selbstoptimierung und psychischen Diagnosen und liefern vielfältige Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. (transcript Verlag, 2016)</p>
<p><i>Dr. Rainer Wild-Stiftung (Hrsg.)</i> Mission Ernährung Wenn Gesundheit zum Diktat wird</p>	<p>„Gesundheit als Lebensziel“ – ist das rundum positiv oder doch eher fragwürdig? Fachleute sprechen vom „Megatrend Gesundheit“ – doch wie weit kann und darf diese Entwicklung gehen? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Veröffentlichung. Der Band spiegelt den Wandel im Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung wider und regt damit zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Thematik an. (Web-Site-Verlag 2015)</p>

Foto: privat

Fehlzeiten-Report 2016

Ein gutes Arbeitsklima verbessert die Gesundheit

Der Zusammenhang von Unternehmenskultur und Gesundheit steht im Fokus des diesjährigen Fehlzeiten-Report 2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO). Zugleich informiert er über den Krankenstand in der deutschen Wirtschaft und in einzelnen Branchen.

Unter den knapp zwölf Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern stieg der Krankenstand 2015 im Vergleich zum Vorjahr von 5,2 auf 5,3 Prozent. Für diesen Anstieg waren vor allem Atemwegserkrankungen verantwortlich, die im Vergleich zum Jahr 2014 um 20,2 Prozent zugenommen hatten. Ursache dafür war eine Erkältungswelle Anfang 2015.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) wurden von Muskel- und Skelett-Erkrankungen verursacht, die oft zu langen Ausfallzeiten führen. Allein 21,8 Prozent der AU-Tage ließen sich 2015 auf diese Krankheitsgruppe zurückführen, obwohl sie nur für 15,8 Prozent der AU-Fälle verantwortlich war. Die Fehltage wegen psychischer Erkrankungen haben wie in den letzten Jahren weiter zugenommen. Im Durchschnitt fehlte ein AOK-Mitglied deswegen 2,8 Tage im Betrieb – 0,1 Tag mehr als 2014.

Effektive Ansätze, um das Gesundheitsbefinden der Beschäftigten zu verbessern und Fehlzeiten zu senken, bietet ein Betriebliches Gesundheitsmanagement. Die Autoren des Fehlzeiten-Reports, den das WIdO zusammen mit der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin herausgibt, haben es sich zur Aufgabe gemacht, diese Ansätze zu identifizieren und wirksame Präventionsstrategien vorzustellen. In einer im aktuellen Report veröffentlichten Studie stellt das WIdO einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Unternehmenskultur durch die Beschäftigten, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit sowie den Fehlzeiten fest.

Basis hierfür ist eine repräsentative Befragung von 2.007 Beschäftigten im Alter von 16 bis 65 Jahren. Die Unternehmenskultur, ein Kanon von Werten, Normen und Grundhaltungen, wurde dabei anhand von acht Dimensionen umfassend erhoben. Die Analyse zeigt, dass 27,5 Prozent der Beschäftig-

ten, die ihre Unternehmenskultur negativ bewerten, ihre Gesundheit als „nicht gut“ einschätzen. Bei der Vergleichsgruppe mit einer positiv erlebten Unternehmenskultur sind es nur 8,9 Prozent (siehe Abbildung unten). Auch Fehlzeiten von mehr als 15 Tagen treten vor allem auf, wenn Beschäftigte die Unternehmenskultur negativ bewerten. Damit wird die Unternehmenskultur zu einem wichtigen Faktor der Gesundheitsförderung. Der Fehlzeiten-Report zeigt, wie Unternehmen diesen Faktor positiv beeinflussen können und welche Herausforderungen damit verbunden sind. ■



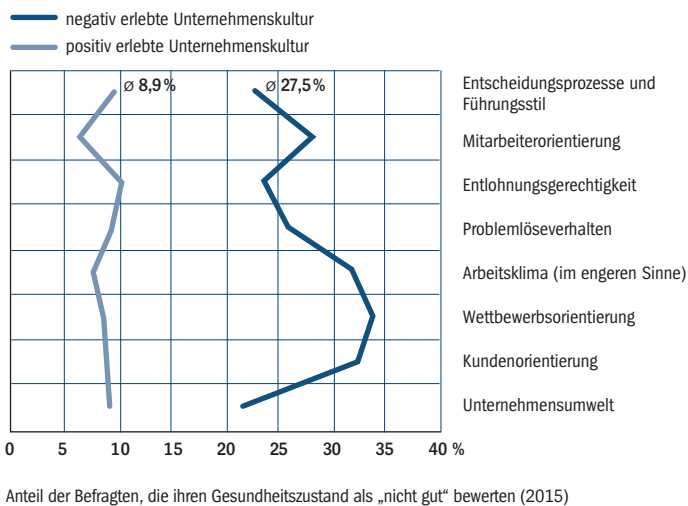
Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen.* Heidelberg/Berlin: Springer 2016; 512 Seiten, 54,99 Euro, ISBN 978-3-662-49412-7



Markus Meyer, wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports 2016

„Eine gesundheitsfördernde Unternehmenskultur entsteht vor allem dann, wenn Beschäftigte mit ihren Belangen ernst genommen, bei ihren Aufgaben unterstützt und für ihre Arbeit begeistert werden.“

Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und der erlebten Unternehmenskultur



Quelle: Fehlzeiten-Report 2016; Grafik: G+G Wissenschaft

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Medikationsplan

Mehr Sicherheit für ältere Patienten

Knapp 20 Millionen gesetzlich Krankenversicherte nehmen drei oder mehr verordnete Medikamente gleichzeitig ein. Seit dem 1. Oktober 2016 haben diese Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan.

Die Einführung eines Medikationsplans soll die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessern und in der Folge mögliche Krankenhausweisungen oder sogar Todesfälle verhindern. Ob dieses Ziel erreicht wird, ist ungewiss. Fest steht jedoch, dass die Zielgruppe der Versicherten, die mindestens drei Arzneimittel gleichzeitig anwenden, außeror-

dentlich groß ist: Etwa 30 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten haben einer konservativ gehaltenen Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zufolge Anspruch auf einen Medikationsplan.

Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arzneimittel (Polypharmazie oder Multimedikation genannt) betrifft insbesondere ältere Versicherte. Unter den über 75-Jährigen werden sogar mehr als drei Viertel Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Ob alle verordneten Medikamente wirklich notwendig sind, lässt sich im Rahmen von Pharmakotherapieberatungen bei Ärzten

klären. Hier kann der Medikationsplan für mehr Transparenz beim arztübergreifenden Medikationsmanagement sorgen.

Obwohl der Plan zunächst nur in Papierform vorliegen wird, was die Aktualität und den Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsberufen stark einschränkt, ist dies ein erster Schritt in die richtige Richtung. Ab 2018 soll es dann einen Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte geben. ■

Lesetipp: Schröder H, Schüssel K (2016): Arznei-Cocktail geht nur mit Plan. Gesundheit und Gesellschaft (G+G), Jg. 19, Heft 6, 14–15

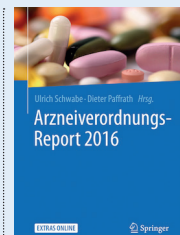
Arzneiverordnungs-Report 2016

Patent-Präparate treiben Ausgaben in neue Höhen

Ungewöhnlich stark sind die Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2015 gestiegen: im Vergleich zum Vorjahr um 5,5 Prozent auf 37 Milliarden Euro. Allein in den vergangenen zwei Jahren lag das Plus bei fünf Milliarden Euro.

Zugelegt haben vor allem die Preise für patentgeschützte Präparate, die fast die Hälfte des gesamten Arzneimittelumsatzes

der GKV ausmachen. Um fast 50 Prozent haben sich diese Neueinführungen in den letzten drei Jahren verteuert. Dabei zeigt ein systematischer Preisvergleich mit acht europäischen Ländern, dass sich hier über 1,4 Milliarden Euro einsparen ließen. Wie sich der Arzneimittelmarkt im Jahr 2015 aus pharmakologischer und ökonomischer Sicht entwickelt hat, beurteilen über 40 Autoren im Arzneiverordnungs-Report 2016. ■



Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2016. Heidelberg/Berlin: Springer 2016; 854 Seiten, 59,99 Euro, ISBN 978-3-662-50350-8

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Dr. Matthias Maneck: „Fallzahl und Outcome bei Schilddrüsen- und Prostataeingriffen“, 10. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin, 12/16 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Koordination und Kooperation – so wichtig, aber leider meist auch so schwierig“, Kongress „Reine Kopfsache“ des Bundesverbandes Kinderneurologie-Hilfe, Berlin, 11/16 +++ Dr. Matthias Maneck: „Using Routine Data for Quality Management“, Joint Meeting of the German Association of Endocrine Surgeons (CAEK) and the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons (BAETS), Berlin, 11/16 +++ Markus Meyer: „Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in Gesundheitsberufen“, ver.di-Krankenhaustagung „Mitbestimmung nutzen – Entlastung gewinnen“, Berlin, 11/2016 +++ Christian Günster: „Routinedaten zur Qualitätsmessung: Chancen und Grenzen“, 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 10/2016 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Innovationsfonds: Anstoß oder Dauerlösung?“ und „Regionale Versorgungsunterschiede“, 15. Europäischer Gesundheitskongress, München, 10/16 +++

Patientenrechte – eine gesundheitspolitische Fehlsteuerung?

von Friedhelm Hengsbach¹

ABSTRACT

Das Patientenrechtegesetz von 2013 folgt Theoriemustern der Marktsteuerung und individueller Verfügungsrechte. Auf einer rein intersubjektiven Ebene bleiben indes asymmetrische Rechtspositionen zwischen Patienten und behandelnden Ärzten bestehen. Gesundheit ist keine Ware, sondern ein persönliches Gut, mit dem allerdings irrational umgegangen wird. Angesichts gesellschaftlicher Risiken bleibt die solidarische, umlagefinanzierte Absicherung einer privaten, kapitalgedeckten Vorsorge überlegen. Folglich rivalisieren individuelle Schadensersatzklagen mit dem Grundsatz kollektiver Vorsorge. So können individuelle Rechtsbeziehungen grundsätzlich nur begrenzt auf komplexe und riskante medizinische Behandlungen in einem solidarischen Gesundheitssystem reagieren, das mehrere Ebenen umfasst und einem wachsenden kommerziellen Druck ausgesetzt ist.

Schlüsselwörter: Patientenrechte, (klinische) Behandlungsfehler, Arzthaftung, Schadensersatz

The Patients' Rights Law dating from 2013 is based on the logic of market control and individual rights of disposition. However, on a purely intersubjective level the legal status of the patients and the doctors who treat them remains asymmetrical. Health is not a product, it is a personal commodity – which does not prevent the owner from being irrational about it. With respect to social risks shared financing in solidarity is still to be preferred to private capital cover models. Therefore individual suits for damages clash with the principle of collective provision. Individual legal relations can only partially react to complex and risky medical treatments in a solidarity-based health care system, which acts on various levels and is exposed to a growing commercial pressure.

Keywords: patients' rights, mistake during (clinical) treatment, medical liability, compensation

1 Einleitung

Im Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Nach Aussagen der damaligen Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger hat die Bundesregierung damit deutlich erkennbare Signale gesetzt, die im Behandlungsalltag „die Rolle des mündigen Patienten stärken und ihn auf Augenhöhe mit dem Behandelnden bringen“ (*BMJ* 2013, 1). Dieser soll den Leistungserbringern, Ärzten, Kliniken und Krankenkassen nicht mehr als Bittsteller, sondern als gleichwertiger Partner begegnen.

Die öffentliche Resonanz auf das Gesetz war und ist weiterhin zwiespältig. Die einen begrüßen es, dass die Vielzahl

verstreuter Grundsätze, Bestimmungen und Urteile transparent zusammengestellt und gesetzlich verankert worden ist. Der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatte bereits 2012 den Gesetzentwurf gewürdigt und gesagt, dass darin das Prinzip von Risiko und Haftung voll zur Geltung komme: „Derjenige Arzt, derjenige Behandler, derjenige Leistungserbringer, der einen Fehler gemacht hat, muss dafür zur Verantwortung gezogen werden“ (*Bundesärztekammer* 2012, 44). Andere sind darüber enttäuscht, dass Ärzte nur bei groben Behandlungsfehlern (siehe dazu auch Seite 20) verpflichtet sind, sich zu rechtfertigen. Mehrere Patientengruppen, -verbände und -beauftragte sowie Initiativen des Verbraucherschutzes vermissen einen Härtefallfonds, unabhängige Gutachter, Schieds- und Schlichtungsstellen sowie die Betei-

¹ Prof. em. Dr. oec. Friedhelm Hengsbach · Frankenthaler Straße 229 · 67059 Ludwigshafen am Rhein · Telefon: 0621 5999-456
E-Mail: hengsbach@jesuiten.org

ligung von Vertretern der Patienten und Versicherten an der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung öffentlicher und staatlicher Gremien des Gesundheitswesens. Das Bemühen um Patientenrechte soll in diesem Beitrag nicht grundsätzlich infrage gestellt werden. Aber es sei an dessen konzeptionelle Voraussetzungen erinnert, auf die Nebenwirkungen aufmerksam gemacht und eine Bewertung vorgenommen.

2 Konzeptionelle Voraussetzungen

Zu Beginn der 1980er-Jahre konnte ein sozioökonomischer Zeiteinwechsel beobachtet werden, dessen prominente Wortführer die Ökonomen Friedrich August von Hayek und Milton Friedman waren. Drei markante Theoriemuster sind bestimmend. Das erste: In modernen Gesellschaften hat sich als Grundform menschlicher Beziehungen das evolutionäre System des Marktes (Abbildung 1) herausgebildet. Es durchdringt alle gesellschaftlichen Verhältnisse. Auf einem freien Markt begegnen sich individuelle Wirtschaftssubjekte, die Güter anbieten oder nachfragen. Als isolierte Individuen sind sie ausschließlich darauf bedacht, den eigenen Nutzen zu steigern und nur dann zu kooperieren, wenn dieser durch wirtschaftliche Tauschhandlungen erhöht wird. Der besondere Charme einer solchen Kooperation besteht darin, dass sie die Interessen beider Partner ausgleicht, für beide Partner vorteilhaft ist und die Ansprüche beider zufriedenstellt. Denn die Partner begegnen sich machtfrei auf gleicher Augenhöhe. Marktwirtschaftlicher Wettbewerb und private Eigentumsrechte führen zu einer freien Preisbildung, die authentische Signale über die vorhandene Nachfrage und das aktuelle Angebot der jeweiligen Güter aussendet. Die Preisbewegungen stimmen das Angebot und die Nachfrage aufeinander ab. Die Selbststeuerung des Marktes gewährleistet einen höheren gesellschaftlichen Wohlstand als öffentliche und staatliche Impulse, die aufgrund einer vermeintlichen Instabilität der Privatwirtschaft für notwendig erachtet werden.

Ein zweites Theorem hat die Gewichtung der Geld- und Gütermärkte seit den 1980er-Jahren weltweit verändert. Die dramatischen globalen Schocks nach der Aufkündigung des Währungssystems von Bretton Woods zu Beginn der 1970er-Jahre, nach der massiven Abwertung des US-Dollars und nach der zweifachen Anhebung des Rohölpreises haben gewaltige Finanzströme aus den Industrieländern in die Öl exportierenden Länder und wieder zurück gelenkt, eine weltweite Expansion der Finanzmärkte und Finanzinstitute ausgelöst sowie deren Dominanz gegenüber der Realwirtschaft verfestigt, indem sich deren Volumen und Geschwindigkeit von der Realwirtschaft abkoppelten.

Ein drittes Theorem richtete sich gegen die ausufernde Bereitstellung von Gütern, die als öffentliche Güter deklariert

werden, damit sie allen Mitgliedern demokratischer und sozialer Gesellschaften als Grundrechtsansprüche unabhängig von deren Kaufkraft zur Verfügung stehen, etwa ein soziokulturelles Existenzminimum sowie lokale Gesundheits-, Bildungs- und Verkehrsleistungen. Diese seien gegenüber privaten Angeboten, die dem Regime des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unterliegen, meist weniger effizient hergestellt, bürokratisch gelenkt und überteuert. Deshalb sollte die Regel gelten: Der Wettbewerb des freien Marktes und individuelle Verfügungsrechte genießen Vorrang vor öffentlicher Bewirtschaftung und Zuteilung.

Dieser tendenzielle Wechsel marktradikaler, kapitalorientierter und privater Deutungsmuster ist in den USA unter dem Präsidenten Ronald Reagan politisch umgesetzt worden. In der Folgezeit hat er das sozioökonomische Meinungsklima in Großbritannien und auf dem europäischen Kontinent erfasst. Er hat jene Architektur der solidarischen und umlagefinanzierten Sicherungssysteme erodieren lassen, die in der unmittelbaren Nachkriegszeit in Europa aufgebaut worden war.

3 Nebenwirkungen

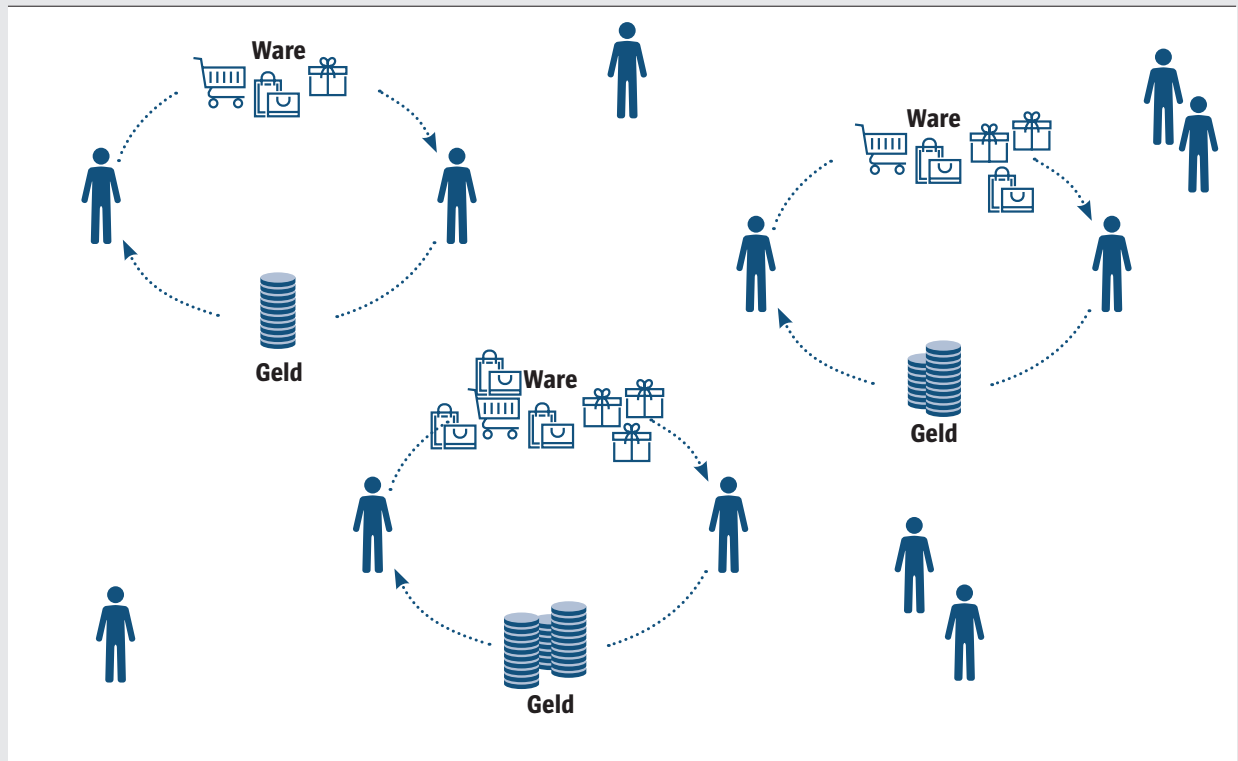
Welche Nebenwirkungen lassen sich beobachten und erwarten, wenn marktradikale und kapitalorientierte Theoriemuster auf ein solidarisches Gesundheitssystem einwirken?

3.1 Angebot und Nachfrage

Die Verfechter des Marktmodells unterstellen in der Regel zwei individuelle Partner, zum einen den Anbieter eines Gutes und zum anderen jenen, der ein Gut nachfragt. Sie tauschen auf gleicher Augenhöhe. Asymmetrische Machtverhältnisse sind ausgeschlossen. Es gibt keine Bittsteller, sondern nur gleichrangige Partner, wie diejenigen argumentieren, die für erweiterte Patientenrechte eintreten. Allerdings halten sie wie die Verfechter der Marktsteuerung eine idealtypische Situation für den Normalfall, obwohl ein Tausch der Partner auf gleicher Augenhöhe eher die Ausnahme ist. Die meisten Tauschbeziehungen sind asymmetrisch, je nachdem, welcher der beiden Tauschpartner über mehr Verhandlungsmacht verfügt. Wer über bessere Informationen oder mehr robuste Nerven, Geduld oder Zähigkeit verfügt, kann das Tauschergebnis zum eigenen Vorteil verschieben. Die Zustimmung beider zu einem Behandlungsvertrag sagt nichts aus über die unter Umständen ungleiche Verteilung des Vorteils. Patientenrechte zu stärken mag eine Übermacht des unmittelbar Behandelnden verringern; das Ungleichgewicht aufzuheben wird nicht gelingen.

ABBILDUNG 1

Das Modell des freien Marktes, das manche Akteure auf das Gesundheitswesen übertragen



Laut Marktmodell begegnen sich auf dem freien Markt individuelle Wirtschaftssubjekte auf Augenhöhe. Sie bieten Güter an oder fragen diese nach. Die Wirtschaftssubjekte kooperieren nur dann, wenn es ihnen nützt. Den Markt können sie beliebig oft und lange betreten und wieder verlassen.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

3.2 König Kunde und höriger Produzent

Die Wortbildungen Nachfrage und Angebot klingen neutral, unterstellen im Tausch Gleichrangigkeit und gleiche Augenhöhe. Aber inzwischen verbreitet sich auch in Kliniken, Heimen der Altenpflege, Einrichtungen der Caritas und der Diakonie die Werbeformel der Privatwirtschaft vom König Kunde. Doch der Glaube, es würden die privaten Haushalte souverän gemäß ihrem Nutzenkalkül und ihren individuellen Präferenzen sowie ihrem verfügbaren Einkommen einkaufen, verschleiert, dass im Kapitalismus der Schlüssel wirtschaftlicher Dynamik nicht bei den privaten Verbrauchern, sondern in der unbegrenzten Macht des Bankensystems liegt, Geld und Kredite zu schöpfen, um sie den Unternehmen zur Verfügung zu stellen, damit sie Arbeitskräfte einstellen, Produktionsprozesse in Gang setzen und diese werbewirksam vermarkten. Nicht König Kunde ist der treibende Motor wirtschaftlichen Wohlstands, sondern der

produzierende Unternehmer oder investierende Kapitaleigner. Die unmittelbar behandelnden Ärzte und vermutlich auch die Klinik werden zwar als unmittelbare Partner des Patienten empfunden, sind aber zugleich Agenten und Bestandteile eines komplexen Systems. Patientenrechte zu stärken mindert dessen Übermacht, durchbricht sie jedoch nicht.

3.3 Kühlschrank und Gesundheit

Gesundheit ist keine Ware wie ein Kühlschrank oder Gebrauchtwagen, sondern „ein persönliches Gut. Es kann von der Person, die gesund oder krank ist, nicht abgelöst oder getrennt werden“ (Hengsbach 2015, 8; Tabelle 1). In der alltäglichen Routine eines Krankenhauses mögen Ärzte sowie Pflegekräfte professionell vom Magen auf Zimmer 7 oder vom Knie auf Station 3a sprechen. Aber spätestens im persönlichen Gespräch mit den Patienten werden sie daran

TABELLE 1

Was die Gesundheit kategorial von einem Kühlschrank unterscheidet

Kühlschrank	Gesundheit
materieller Gegenstand	Zustand; Eigenschaft
vom Hersteller abtrennbar	untrennbarer Teil der Person
beliebig austauschbar, verfügbar	erblich, psychosomatisch, individuell bedingt
identisch reproduzierbar	einzig und unteilbar
Qualität: einfach funktionieren	Qualität: komplexe Befindlichkeit

Wer die Gesundheit wie eine Ware behandelt, übersieht oder ignoriert eine Reihe von wesentlichen Merkmalen, die sie ganz grundsätzlich beispielsweise von einem Kühlschrank oder einem Gebrauchtwagen unterscheiden.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

erinnert, dass sie es mit leidenden Menschen zu tun haben, deren Würde nicht teilbar und in Körperquanten zerlegbar ist.

Der angeblich medizinisch mündige Patient mag zwar durch das Regime der Fallpauschalen angezeigt sein, ist aber nicht der Normalfall. Die meisten Menschen gehen mit ihrer Gesundheit sehr irrational um. Sie unterschätzen ihren Wert, solange sie gesund sind, und überschätzen ihn, sobald sie das kleinste Wehwehchen verspüren. Daniel Bahr vergleicht die Gesundheit mit der Freiheit: „Solange man sie hat, nimmt man sie wie selbstverständlich wahr. Erst wenn sie einem fehlt, weiß man, was man an ihr hat“ (*Bundesärztekammer, 30*). Auch das Krankheitsrisiko wird irrational eingeschätzt. Dies illustriert eine Anekdote aus der Antike, die unter Ärzten überliefert wird. Nachdem ein wohlhabender Patient von einem lebensbedrohenden Insekt gestochen geheilt worden ist, fragt er den behandelnden Arzt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: „Ich bin zufrieden mit zehn Prozent des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie noch in Lebensgefahr schwebten.“

Das Gut Gesundheit ist den Vertrauensgütern zuzuordnen. Zwischen den privaten oder öffentlichen Akteuren, die Gesundheitsleistungen anbieten, und denen, die sie nachfragen, existiert weithin ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Da Patienten die Qualität der sich anschließenden Therapie, die sich häufig über einen längeren Zeitraum hinzieht, nicht im Detail durchschauen, sind sie darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Die Vertrauensgrundlage, die zwischen einem Patienten und den Ärzten oder den Physio-

und Ergotherapeuten besteht, unterscheidet sich erheblich von der zwischen einem Gebrauchtwagenhändler und dem Käufer des Autos. Deshalb sollte vermieden werden, dass Patientenrechte das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt antasten. Frank Ulrich Montgomery hält indessen eine solche Sorge für grundlos: „Dieses Gesetz wird das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt nicht grundlegend verändern, es wird nicht zu einer Belastung der Patient-Arzt-Beziehung kommen“ (*Bundesärztekammer, 48*). Dennoch gibt es gute Gründe dafür, die Bereitstellung von Gesundheitsgütern nicht auf die Beziehung zwischen dem Patienten und demjenigen, der ihn unmittelbar behandelt, zu verengen.

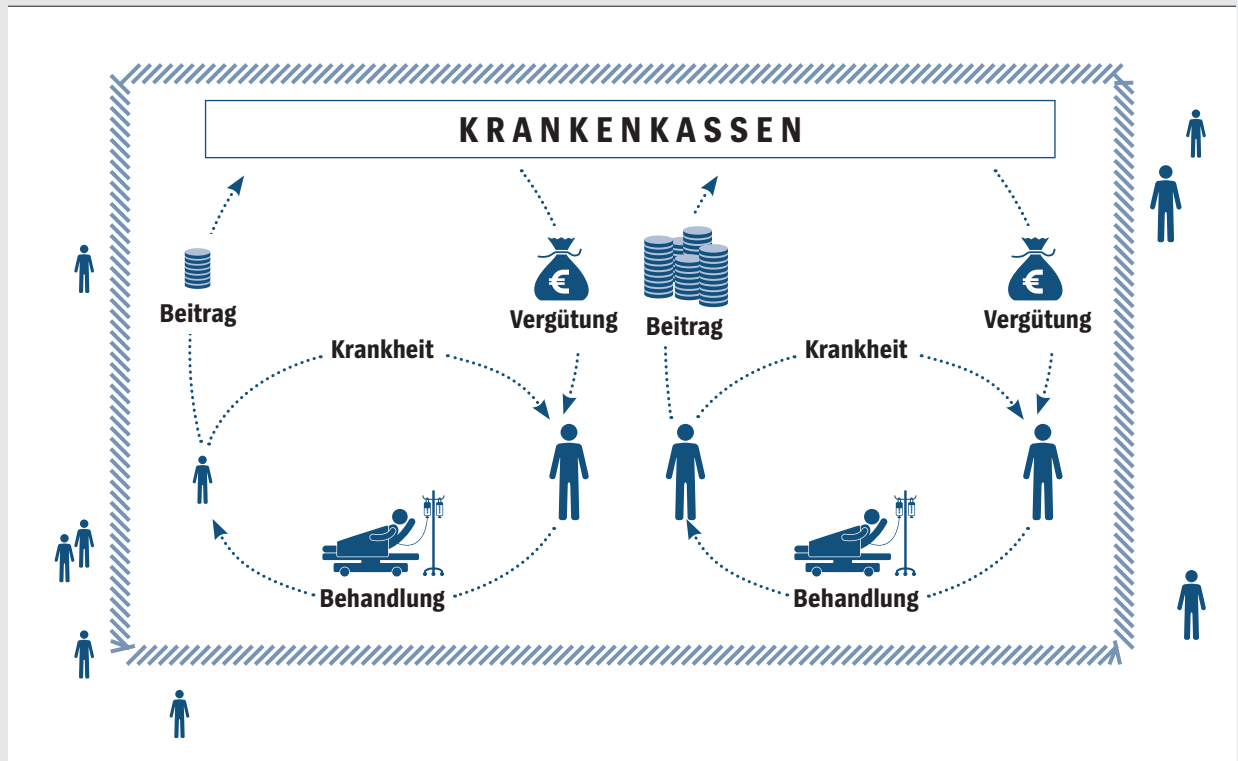
In sozialstaatlichen Gesellschaften ist eine angemessene Bereitstellung jener Gesundheitsgüter, die eine soziokulturelle Beteiligung aller Bürger am gesellschaftlichen Leben garantieren, als subjektives Grundrecht anerkannt, das nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungsvermögen gebunden ist. Zugleich sind Gesundheitsgüter quasi-öffentliche Güter. Sie können gemeinsam genutzt werden, weil sie durch öffentliche Entscheidungen für alle zugänglich sind. Zudem werden ihnen äußere Wirkungen zugesprochen. Gesunde Menschen strahlen positiv auf andere aus. Krankheit und Sich-krank-Empfinden wirken ansteckend. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind weithin gesellschaftliche Risiken, die sich nicht ausschließlich den Individuen zurechnen lassen. Patientenrechte zu stärken unterstellt ein erhebliches Maß an Rationalität der Patienten im Umgang mit ihrer Gesundheit. Zudem eine heikle Balance zwischen einem gesunden Rechtsbewusstsein, das nicht überdehnt werden darf, und dem Vertrauen des Patienten in die Professionalität sowie den Informations- und Kompetenzvorsprung der Behandelnden.

3.4 Markt und Solidarität

Die besonderen Merkmale des Gutes Gesundheit bilden die Grundlage dafür, dass die Gesundheitsversorgung in den europäischen Ländern der Marktsteuerung weithin entzogen und solidarisch gesichert wurde. Der Grundsatz der Solidarität meint nicht die persönliche Tugend des Mitleids oder der Barmherzigkeit, sondern eine gesellschaftliche Steuerung, die vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, der Zahlungsfähigkeit in der Wirtschaft oder der Macht in der Politik das Handeln Einzelner wechselseitig aufeinander abstimmt und zwischen ihnen einen verbindlichen Ausgleich ungleicher gesellschaftlicher Risiken herstellt. Die charakteristischen Merkmale der Solidarität sind erstens eine gemeinsame Grundlage, für die es zwar objektive Anhaltspunkte gibt, die aber in erster Linie gefühlt wird und zugleich beabsichtigt ist. Zudem sind zweitens die großen Lebensrisiken etwa der Altersarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit extrem ungleich verteilt. Drittens werden gegenseitige Rechte und Pflichten für den Risikoausgleich (rechts)verbindlich festgelegt. Und viertens

ABBILDUNG 2

Die solidarische Krankenversicherung in Deutschland



Die solidarische Krankenversicherung unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht vom freien Markt (vergleiche Abbildung 1). Die Machtverhältnisse sind asymmetrisch. Beitragsentrichtung und Hilfsansprüche folgen unterschiedlichen Logiken. Das System lässt sich nicht beliebig betreten und verlassen.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

folgt aus der gemeinsamen Grundlage und den abweichenden Lebensrisiken eine asymmetrische Gegenseitigkeit: Beiträge werden gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet, Hilfsansprüche gemäß dem akuten Bedarf gewährt (Abbildung 2).

Das Profil der Solidarität als Steuerungsform lässt sich im Vergleich mit der Marktsteuerung anschaulich herausarbeiten. Der Markt ist eine entgrenzte, anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht strenge Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung – und zwar sofort oder zumindest in einer berechenbaren Periode. Die Solidarität dagegen regelt den Interessenausgleich innerhalb einer abgegrenzten Gruppe. Sie ist exklusiv; profiliert sich oft im Widerstand gegen einen Gegner. Das Verhältnis von Beitrag und Hilfsanspruch ist durch einen Erwartungswert verknüpft, der weit in die Zukunft hineinreicht. Zum andern unterliegt die Einschätzung dieses „Schattens der Zukunft“ einem stark subjektiven Urteil über das gesellschaftliche Risiko, von dem der Einzelne betroffen ist. Das Geheimnis der Solidarität be-

steht also darin, dass die weniger Schwachen für die Schwächeren und die seltener Kranken für die häufiger Kranken eintreten. Eine solche asymmetrische Gegenseitigkeit kennt der Markt nicht, der eine strenge Äquivalenz der getauschten Gegenstände gemäß den Signalen der individuellen Kaufkraft und des Leistungsvermögens herstellt. Die Solidarität erzeugt zwar wie der Markt eine wechselseitige Beziehung. Aber sie ist im Unterschied zu der des Marktes asymmetrisch, weil die gesellschaftlichen Risiken ungleich verteilt sind. Patientenrechte zu stärken verlagert den gesundheitspolitischen Schwerpunkt auf die persönliche, individuelle Dimension. Ob diese Akzentuierung die systemische Dimension der Solidarität hinreichend berücksichtigt, bleibt zweifelhaft.

3.5 Kapitaldeckung und Umlage

Seit der öffentlichen Werbung für die Marktsteuerung und seit den politischen Appellen, zusätzlich zur solidarischen Absicherung individuell für gesundheitliche Risiken vorzu-

sorgen, haben zahlreiche Finanzinstitute spezifische Formen einer privaten kapitalgedeckten Risikovorsorge einschließlich der Schadensregulierung bei medizinischer Fehlbehandlung angeboten. Wie Ärzte eine Haftpflichtversicherung abschließen, so wird argumentiert, sei es auch für Patienten ratsam, sich mit dem privaten, kapitalgedeckten Zweig einer Absicherung gesundheitlicher Risiken vertraut zu machen, zumal diese als rentabler, sicherer und billiger gilt. Der besondere Charme der Kapitaldeckung liege darin, dass die Phasen des Aufbaus monetärer Forderungen und Verbindlichkeiten sowie zusätzlichen Sparens und zusätzlicher Produktion von Investitionsgütern einerseits und die Phasen des Abbaus monetärer Positionen, zusätzlichen Konsums und zusätzlicher Konsumgüterproduktion andererseits einander entsprechen. Gesunde Menschen bauen in der Gegenwart einen Kapitalstock auf, den sie, sobald ein gesundheitlicher Risikofall eintritt, wieder auflösen. Die in der Gegenwart vermehrte Spartätigkeit der privat Versicherten lasse ein steigendes Investitionsvolumen erwarten, dem ein Produktionspotenzial folgt, das den Finanzierungsspielraum auch für Gesundheitsleistungen erweitert.

Die Phase extrem niedriger Zinsen lässt indessen erkennen, dass die private kapitalgedeckte Gesundheitsvorsorge bei Schwankungen in der realen oder monetären Sphäre der Wirtschaft nicht weniger anfällig ist als das solidarische Umlageverfahren. Unabhängig vom zusätzlichen Konsumverzicht einzelner Beitragszahlender in der Gegenwart, womit sie in der monetären Sphäre eine Gläubigerposition aufbauen, und unabhängig vom zeitlich versetzten Abbau dieser monetären Forderung, sobald sie Ansprüche an das private oder öffentliche Gesundheitssystem anmelden, muss in jeder Periode unabhängig von der Finanzierungsrechnung eine reale wirtschaftliche Leistung bereitgestellt werden, die ausreicht, um solche Ansprüche zu erfüllen. „Volkswirtschaftlich gibt es immer nur ein Umlageverfahren“ (Mackenroth 1952; Schmähl 1981). Patientenrechte zu stärken ist ein berechtigtes Anliegen. Aber ohne dass einzelne Patienten mit privaten oder öffentlichen Finanzmitteln, etwa durch einen öffentlich bereitgestellten Härtefallfonds unterstützt werden, fehlen ihnen die materiellen Ressourcen, Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Die Parole „Wer Fehler verursacht, haftet dafür“ ist keine vertretbare Alternative.

3.6 Vorsorge und Nachsorge

Die Verhandlungen der Europäischen Union (EU) und der Vereinigten Staaten über ein Freihandels- und Investitionsabkommen haben die grundsätzliche Differenz zwischen einer solidarischen Steuerung und einer vorrangigen Marktsteuerung erkennen lassen. Ihre abweichenden Folgen für die Produkthaftung sollen gemäß dem Grundsatz der Äquivalenz möglichst harmonisiert und als gleichwertig aner-

kannt werden. Bei technischen Normen ist dies nicht problematisch, wohl aber bei gesellschaftlichen Standards. In der EU gilt nämlich der Grundsatz der Vorsorge und Vorsicht: Ein Unternehmen, das ein medizinisches Gut in den Verkehr bringt, muss dessen Unschädlichkeit nachgewiesen haben. Das Gut unterliegt der Registrierungspflicht. Der Grundsatz der Vorsorge beruht auf der Erfahrung, dass die schädliche Wirkung eines Gutes oft erst lange Zeit nach dessen erstem Einsatz festgestellt wird. In den USA gilt dagegen meist der Grundsatz der Nachsorge: Die Umweltbehörde muss beim Verbot eines Produkts zweifelsfrei nachweisen, dass eine Substanz ein untragbares Risiko darstellt und dass die Vorteile des Verbots größer sind als die Kosten, die der Industrie durch das Verbot entstehen. Dieser Grundsatz wird allerdings, falls der Risikofall eintritt, vom Anspruch auf Schadensersatz flankiert. Eine stärkere Gewichtung der Patientenrechte gegenüber den Ärzten kann ein Indikator dafür sein, wie sehr US-amerikanische, vorwiegend an der Marktsteuerung und an individuellen Freiheitsrechten orientierte Denkmuster auf das in Europa öffentlich-solidarische System einwirken.

4 Bewertung

Die kurzen Andeutungen, die den Nebenwirkungen galten, sollen abschließend durch grundsätzliche Bewertungen vervollständigt werden.

4.1 Individualisierung

Das Bemühen, die Patientenrechte zu stärken, akzentuiert brennpunktartig die intersubjektive Dimension der Beziehung zwischen dem Patienten, der regelmäßig als aufgeklärt, mündig, dialog- und kooperationsfähig dargestellt wird, und dem behandelnden Gegenüber. Gleiche Augenhöhe und gleichrangige Partnerschaft in dieser Beziehung zu unterstellen, grenzt für den Regelfall an Blindheit oder Zynismus, zumal Pflegepersonen, etwa Krankenschwestern, Pfleger und Physiotherapeuten, die im direkten Kontakt zu den Patienten stehen, faktisch nur indirekt erwähnt werden. Zumindest verrät diese ausschließlich personenbezogene Vorgehensweise einen extrem verengten Blick im Kontext der in Deutschland immer noch weithin solidarisch angelegten Gesundheitsversorgung. Immerhin ist der Patient auch ein – wenngleich an den Rand gedrängtes und relativ ohnmächtiges – Mitglied einer gesetzlichen Versicherung. Und der Arzt, die Pflegekräfte und die Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe sowie die Klinik stehen nicht bloß im Schatten eines behandelnden Agenten des auf mehreren Ebenen angesiedelten Gesundheitssystems. Dem stark intersubjektiven Ansatz fehlt eine gleichgewichtige systematische Verankerung.

4.2 Komplexität

Dem Wortlaut des Gesetzes gemäß soll der „Behandelnde“ den Patienten vorab über die medizinische (evidenzbasierte) Diagnose, die richtige Therapie, die Risiken und Chancen von Behandlungsalternativen und die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung persönlich aufklären und den tatsächlichen Behandlungsverlauf nachprüfbar dokumentieren. Die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Leistungserbringer, die vom gegenseitigen Vertrauen geprägt ist, in das Schema eines formellen oder informellen Behandlungsvertrags zu pressen, ist nicht problematisch, wenn das Leiden des Patienten einer diagnosebezogenen Fallgruppe eindeutig zuzuordnen ist und wenn die Therapie zielführend und in der Mittelauswahl überzeugend die Umkehr einer medizinisch unterstellten Ursache-Wirkungs-Kette abbildet. Wenn jedoch die vorgesehene Behandlung (und zwar nicht nur bei altersbedingter Multimorbidität) einen Komplexitätsgrad erreicht, der hinsichtlich der Behandlungsschritte und des einbezogenen Personenkreises den Charakter ungeschriebener Verträge annimmt, werden die Rechtspositionen des Patienten, seiner Angehörigen und der Behandelnden nicht leicht definierbar.

4.3 Mehrere Ebenen

Die solidarische Gesundheitsversorgung in Deutschland umfasst drei strukturierte Ebenen – die bereits genannten intersubjektiven Beziehungen, die korporative Selbstverwaltung und die staatliche Gewährleistung beziehungsweise Intervention. Quer dazu agieren privatwirtschaftliche Unternehmen der medizinisch-technischen und pharmazeutischen Industrie sowie des Apothekengewerbes. Auf jeweils gleicher Ebene und zwischen ihnen sind Schnittstellen erkennbar, an denen kollektive Rechtsansprüche aufeinandertreffen. Eine erste Schnittstelle verläuft zwischen der korporativen Selbstverwaltung und den Pharmakonzernen, die auf einem globalen, weithin „vermachteten“ Markt agieren. Sie rechtfertigen ihre Preisbildung und Preisentwicklung, welche die Vertreter der korporativen Selbstverwaltung häufig für überhöht und unfair halten, mit dem Aufwand für Forschung und Entwicklung sowie damit, dass sie ihre Gewinne für innovative Investitionen verwenden. Eine zweite Schnittstelle bildet sich zwischen der korporativen Selbstverwaltung und dem Staat. Dieser sucht seit Jahrzehnten eine angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen auszubremsen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung willkürlich an einer imaginären Stabilität von Beitragssätzen auszurichten. Die Interessenvielfalt innerhalb der korporativen Selbstverwaltung ist dadurch verursacht, dass die Parole „Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem“ eine solidarische Gesundheitsversorgung kontaminiert, aber gleichzeitig von einem Risikostrukturausgleich der Kassen abgefedert wird. Den Gemeinsamen Bundesausschuss, das oberste Beschluss-

gremium der korporativen Selbstverwaltung, welcher der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht, durchziehen Schnittstellen zwischen den Vertretern der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Individuelle Patientenrechte in ein derart hypertrophes System einzufügen ähnelt einem gesundheitspolitischen Abenteuer.

4.4 Systemfehler

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind zu oft gesellschaftliche Risiken, als dass sie sich zuerst auf der intersubjektiven Ebene des Patienten und des Behandelnden bewältigen lassen. Zum einen streuen bestimmte Krankheiten schichten-spezifisch. Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung, in brüchigen Partnerschaften und in Haushalten mit mehreren Kindern zu leben bergen ein überdurchschnittliches Morbiditätsrisiko. Spezifische Krankheitsformen treten regional und national ebenso abweichend auf wie die Formen der Behandlung. Ein kollektiv bestimmter Konsumstil oder ein spezifisches Arbeits- und Freizeitverhalten verursachen unterschiedliche Krankheitsbilder. Zum andern haben die Autoren des Patientenrechtegesetzes die alltägliche Behandlungspraxis und die wuchernde Kommerzialisierung der Kliniken übersehen, denen das gesamte Klinikpersonal ausgeliefert ist: Umsatzsteigerung, Kostendruck, Tariffucht, Personalabbau, Arbeitsverdichtung, unbezahlte Mehrarbeit, atypische Arbeitsverhältnisse und ausgelagerte Abteilungen. Um in diesem Kontext eines politisch krank gemachten Systems individuelle Patientenrechte als politisch bedeutendes Reformprojekt hervorzuheben, bedarf es einer außerordentlichen Rechtfertigung.

Literatur

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016): Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte. Berlin

Bundesärztekammer (2012): 115. Deutscher Ärztetag. Stenografischer Wortbericht;

www.bundesaerztekammer.de/arzt2012/media/Wortbericht.pdf

Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2013): Infoblatt: Patientenrechte im Klartext. Ausgabe 1/13, 1–2;

www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Patientenrechtgesetz/Infoblatt_Patientenrechte.pdf

Büttner J (2015): Das Patientenrechtgesetz – Stärkung und Fortschritt der Patientenrechte? Eine Analyse aus Sicht von PatientInnen und Ärzten. München: GRIN

Deutscher Bundestag (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Vom 20. Februar 2013. In: Bundesgesetzblatt, Jg. 2013, Teil I Nr. 9. Bonn, 277–282

Friedman M (1969): The Optimum Quantity of Money and Other Essays. Chicago: Aldine Pub. Co.

Geiger D (2006): Die rechtliche Organisation kollektiver Patienteninteressen. Berlin, Heidelberg & New York: Springer

Hayek FA (1998): Law, Legislation and Liberty – a New Statement of the Liberal Principles of Justice and Political Economy. London: Routledge & Kegan Paul

Hengsbach F (2005): Der Umgang mit dem Gesundheitsrisiko – eine gesellschaftsethische Reflexion. Die Krankenversicherung (Hg. IKK-Bundesverband), Jg. 57, Heft 4, 106–108

Hengsbach F (2015): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit? In: Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Heft 12, 6–17

Kletečka-Pulker M, Leitner K, Bachinger G (2015): Patientenrecht. Wien: MANZ

Mackenroth G (1952): Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. In: Die Berliner Wirtschaft zwischen Ost und West. Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan: Verhandlungen auf der Sondertagung des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Berlin 1952. Berlin: Duncker & Humblot, 39–76

Oehler T (2013): Rechtslage und Fallstricke bei psychischen Erkrankungen. Burnout, Depressionen, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen. Stuttgart, New York: Thieme

Putz W, Steldinger B (2016): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben. München: Beck

Schmähl W (1981): Über den Satz: „Aller Sozialaufwand muß immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden“. In: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 26. Jg., 147–171

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (2013): Das neue Patientenrechtgesetz. Die wichtigsten Fragen und Antworten. Berlin, Februar 2013

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. September 2016)

DER AUTOR



Prof. em. Dr. oec. Friedhelm Hengsbach,

Jahrgang 1937, Mitglied des Jesuitenordens, studierte Philosophie, Theologie und Ökonomie in München, Frankfurt und Bochum. Bis 2005/06 war er Professor für Christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main und Leiter des Oswald von Nell-Breuning-Instituts für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Hengsbach lebt und arbeitet inzwischen im Heinrich-Pesch-Haus – Katholische Akademie Rhein-Neckar in Ludwigshafen (Rhein). Er ist Träger diverser Preise. Dazu zählen der Gustav-Heinemann-Bürgerpreis sowie der Regine-Hildebrandt-Preis. Hengsbach ist Autor zahlreicher Bücher, darunter „Die Zeit gehört uns. Widerstand gegen das Regime der Beschleunigung“ und „Teilen, nicht töten“.

Dreieinhalb Jahre Patientenrechtegesetz – ein Zwischenfazit

von Roland Uphoff¹ und Joachim Hindemith²

ABSTRACT

Das in das Bürgerliche Gesetzbuch eingegliederte Patientenrechtegesetz – es handelt sich um Paragraph 630 a–h des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) – enthält eine Kodifikation, das heißt eine sehr knappe Zusammenfassung des vom Bundesgerichtshof im Wege richterlicher Rechtsfortbildung entwickelten Arzthaftungsrechts. Das Gesetz ist kein Reformgesetz im echten Sinne. Die in ihm enthaltenen Verbesserungen des Patientenschutzes sind im Vergleich zum bisherigen Rechtszustand nur von marginaler Bedeutung. An dem strukturellen Ungleichgewicht des Arzthaftungsprozesses hat das Patientenrechtegesetz nichts geändert. Der vom Bundesgerichtshof entwickelte zentrale Begriff des Arzthaftungsrechts, der Begriff des groben Behandlungsfehlers, ist (ohne Definition) vom Gesetzgeber in das Patientenrechtegesetz übernommen worden. Dieser Begriff entbehrt der aus Gründen der Rechtssicherheit notwendigen hinreichenden Bestimmtheit.

Schlüsselwörter: Arzthaftungsrecht, Kausalitätsbeweis, grober Behandlungsfehler

The Patients' Rights Law is a new part of the German Civil Code (BGB) and is to be found in paragraph 630 a–h. It contains a codification, that is a very concise summary of the ideas of the Federal Supreme Court on medical liability based on actual jurisdiction. It is not a reform in the true sense of the word. The improvement it contains are only marginal. The structural imbalances of medical liability suits have not been rectified. The central term of medical liability developed by the Federal Supreme Court, namely the gross medical error, has been incorporated into the law without being defined in any way. The law therefore lacks the clarity which is necessary to settle cases.

Keywords: medical liability law, causal proof, gross treatment error

1 Einleitung

Bis zum Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes existierte keine spezielle gesetzliche Regelung, die die Rechte und Pflichten der Parteien eines medizinischen Behandlungsvertrages betraf. Das Arzthaftungsrecht war vielmehr ein Produkt richterlicher Rechtsfortbildung; es war vom Bundesgerichtshof aus allgemeinen Normen des bürgerlichen Rechts Schritt für Schritt entwickelt worden. Rechtsquellen waren daher – ähnlich wie in den Staaten des angelsächsischen Rechtskreises – de facto eine große Zahl höchstrichterlicher Entscheidungen, die zwar – anders als in den Ländern des angelsächsischen Rechtskreises

– keine absolute Verbindlichkeit beanspruchen konnten, dennoch aber in der Praxis durchweg Beachtung fanden. Angesichts dieses Umstandes war das Arzthaftungsrecht, wie es sich in concreto darstellte, im Wesentlichen nur Fachleuten zugänglich, auch wenn es selbstverständlich immer übersichtliche, sich allerdings vor allem an Fachleute wendende Darstellungen gab. Dem Laien war jedenfalls der Zugang zu den Quellen erheblich erschwert.

Es kann nicht verwundern, dass dieser Rechtszustand als unbefriedigend empfunden wurde. Schon im Jahr 1981 haben daher Erwin Deutsch und Michael Geiger in einem für das Bundesjustizministerium erstatteten Gutachten

¹ Dr. jur. Roland Uphoff M. mel., Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung · Heinrich-von-Kleist-Straße 4 · 53113 Bonn · Telefon: 0228 5389488
E-Mail: mail@uphoff.de

² Joachim Hindemith, Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung · Heinrich-von-Kleist-Straße 4 · 53113 Bonn · Telefon: 0228 5389488
E-Mail: mail@uphoff.de

eine Kodifikation des Behandlungsvertrages im BGB gefordert (*Deutsch und Geiger 1981*). Dieses Anliegen hat der Gesetzgeber aufgenommen. Nach jahrelangen Vorarbeiten konnte ein vom Bundesjustizministerium erarbeiteter Gesetzentwurf den Bundestag im Wesentlichen unverändert passieren. Das Patientenrechtegesetz wurde am 20. Februar 2013 verkündet und ist am 26. Februar 2013 in Kraft getreten. Es betrifft lediglich Behandlungsfälle, die sich nach diesem Zeitpunkt ereignet haben, hat also keine Rückwirkung.

2 Reform oder Kodifikation?

Viele hatten die Absicht des Gesetzgebers, ein Patientenrechtegesetz zu schaffen, mit der Hoffnung verbunden, dass sich der Gesetzgeber nicht darauf beschränken werde, das im Wege richterlicher Rechtsfortbildung entstandene Medizinschadenrecht in Gesetzesform zu bringen, sondern dieses Recht auch in wesentlichen Punkten zu reformieren, und zwar im Sinne einer Stärkung der Patientenrechte. Nach Aussage des früheren Gesundheitsministers Daniel Bahr war gerade dies auch beabsichtigt gewesen; denn das vom Bundesgerichtshof im Wege richterlicher Rechtsfortbildung entwickelte Arzthaftungsrecht wies nach weit verbreiteter Auffassung erhebliche Schwächen auf. Diese ergaben sich vor allem aus der fehlenden Präzision der vom Bundesgerichtshof entwickelten Begriffe und Tatbestandsmerkmale, die es auch für Spezialisten und Sachkenner so gut wie unmöglich machten, die Aussichten eines Rechtsstreits wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers realistisch einzuschätzen. Nach weit verbreiteter Auffassung sollte das Patientenrechtegesetz also auch dazu dienen, den an den jeweiligen Konflikten beteiligten Parteien, das heißt einerseits dem Patienten, andererseits dem Arzt, einen höheren Grad an Rechtssicherheit zu verschaffen. Dazu hätte nach fast allgemeiner Auffassung vor allem eine Präzisierung eines zentralen Begriffs des vom Bundesgerichtshof entwickelten Arzthaftungsrechts gehört, das heißt eine erheblich klarere und schärfere Fassung des Begriffs des „groben Behandlungsfehlers“.

Dieser Aufgabe hat sich der Gesetzgeber entzogen. Er hat sich, wenn man von ganz geringfügigen Ausnahmen absieht, lediglich darum bemüht, das im Wege richterlicher Rechtsfortbildung entstandene Rechtsgebiet des Arzthaftungsrechts ohne irgendwelche Neuerungen übersichtlich zu ordnen. Nach allgemeiner Auffassung werden sich daher in der praktischen Rechtsanwendung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand keine ins Gewicht fallenden Änderungen ergeben.

Zu Recht ist daher vor allem von Praktikern des Arzthaftungsrechts die Frage aufgeworfen worden, ob angesichts des Fehlens jedweder fundamentalen Weiterentwicklung des Arzthaftungsrechts die Schaffung eines besonderen Patientenrechtegesetzes überhaupt der Mühe wert war. Der Vorsitzende Richter eines Arzthaftungssenats hat die Formulierung geprägt, das Gesetz verändere nichts, nehme nichts zurück, füge so gut wie nichts hinzu, stärke die Rechte der Patienten nicht, helfe weder der Rechtsprechung noch den mit Arzthaftungsfällen befassten Rechtsanwälten und habe die Chance verschenkt, etwas zu bewegen; es schade nichts, es helfe aber auch nicht und sei daher nichts anderes als ein Placebo (*Jaeger 2013, 1*).

3 Welche materiellen Neuerungen hat das Patientenrechtegesetz gebracht?

Die ins Gewicht fallenden Änderungen des bisherigen Rechtszustandes sind marginal und lassen sich an den Fingern einer Hand aufzählen.

3.1 § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB

Terbille und Schmitz-Herscheidt (*2000, 1749*) hatten die Forderung aufgestellt, dass ein Arzt ebenso wie ein Anwalt oder ein Steuerberater verpflichtet sein müsse, seinem Vertragspartner ihm unterlaufene Fehler zu offenbaren. Was Anwalt und Steuerberater anlangt, hatte diese Offenbarungspflicht verjährungsrechtliche Bedeutung. Nach dem Rechtszustand vor der Novellierung des Verjährungsrechts stellte das Verschweigen eines schadenursächlichen Fehlers einen neuen haftungsbegründenden Fehler dar, der demgemäß konsequenterweise auch zum erneuten Anlaufen einer Verjährungsfrist (sogenannte Sekundärverjährung) führte. Heute spielt dies nach der Reform des Verjährungsrechts keine Rolle mehr, da der Beginn der Verjährung stets erst mit der Kenntnis vom Vorliegen des Haftungsfalles einsetzt.

Schon vor Schaffung des Patientenrechtegesetzes wurde darauf hingewiesen, dass die Belastung des Arztes mit einer derartigen Offenbarungspflicht weitgehend leerlaufen werde, und zwar vor allem deswegen, weil an eine Verletzung dieser Offenbarungspflicht keinerlei Sanktion anknüpft. Dennoch hat sich der Gesetzgeber nicht davon abhalten lassen, im Gesetz zu verankern, dass der Arzt für den Fall, dass für ihn Umstände erkennbar seien, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründeten, den Patienten hierüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren informieren müsse (§ 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB). Solche Informationen waren bislang in der ärztlichen Praxis gänzlich unüblich. Daran wird sich auch in Zukunft voraussichtlich

ABBILDUNG 1

Das Patientenrechtegesetz im Wortlaut (Auszüge)

Das Patientenrechtegesetz ist Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches und findet sich dort in Paragraf 630 a bis h. Die im Zusammenhang mit diesem Beitrag besonders relevanten Passagen sind im Folgenden zusammengestellt.

§ 630 c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

...

- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.
- (3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

...

§ 630 e Aufklärungspflichten

...

- (2) Die Aufklärung muss
1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
 2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
 3. für den Patienten verständlich sein.
- Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

...

§ 630 f Dokumentation der Behandlung

...

- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

...

§ 630 h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

...

- (2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630 d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630 e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630 e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.
- (3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630 f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630 f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.
- (4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.
- (5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

nichts ändern, da die Verletzung dieser Verpflichtung für den Arzt mit keinerlei Nachteilen verbunden ist. Überdies kann sich der Arzt stets darauf berufen, er habe selbst sein Verhalten nicht als behandlungsfehlerhaft angesehen und daher keine Notwendigkeit erkannt, den Patienten über einen aus seiner Sicht gar nicht unterlaufenen Behandlungsfehler zu unterrichten. Dass ein Arzt einen Patienten, der einen Behandlungsfehler nicht einmal vermutet, über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers aufklärt, wird also stets eine sehr seltene Ausnahme bleiben. Jedenfalls im Normalfall ist der Patient, wenn er vor einem möglichen Rechtsstreit die Frage klären will, ob er Opfer eines Behandlungsfehlers geworden ist, auf andere Informationsquellen angewiesen. Er kann sich bemühen, ein Privatgutachten zu beschaffen, er kann über eine gesetzliche Krankenkasse ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beschaffen, er kann schließlich auch eine von den Ärztekammern eingerichtete Gutachterkommission anrufen. Dass die für den Patienten bestehenden Schwierigkeiten, Kenntnis vom Vorliegen eines Behandlungsfehlers zu erlangen, wesentlich verringert werden, indem man dem Arzt selbst die Verpflichtung auferlegt, den Patienten über Behandlungsfehler zu unterrichten, wird man schwerlich annehmen können. Die Norm wird also aller Voraussicht nach niemals irgendwelche Bedeutung erlangen.

3.2 § 630 c Abs. 3 BGB

Bereits in der bisherigen Rechtsprechung war anerkannt, dass der Arzt dem Patienten auch eine wirtschaftliche Aufklärung schuldet, insbesondere darüber, dass er die Kosten einer von dem Arzt vorgeschlagenen beziehungsweise beabsichtigten Behandlung selbst tragen müsse, weil für die betreffende ärztliche Leistung kein Krankenversicherungsschutz bestehe. Das Gesetz schreibt nunmehr vor, dass der Arzt den Patienten vor Beginn der Behandlung über deren voraussichtliche Kosten in Textform zu informieren hat. Hierin liegt beim Streit über die Frage, ob eine solche Aufklärung erfolgt ist, eine gewisse Verbesserung der Rechtsposition des Patienten. Obwohl das Gesetz dies nicht ausdrücklich ausspricht, wird man die gesetzliche Regelung dahin verstehen müssen, dass bei Fehlen einer schriftlichen Aufklärung zugunsten des Patienten die Vermutung eingreift, dass eine entsprechende Aufklärung überhaupt nicht erfolgt ist.

3.3 § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB

Nach altem wie nach neuem Recht ist die Aufklärung über Behandlungsrisiken und Behandlungsalternativen mündlich vorzunehmen. In der Praxis finden jedoch in aller Regel formularmäßige Aufklärungsbögen Verwendung, die zusätzliche handschriftliche Eintragungen des Arztes ermöglichen. Solche auf den konkreten Fall bezogenen

Eintragungen sind allgemein üblich. Die Aufklärungsbögen können, soweit sie handschriftliche Eintragungen enthalten, wesentliche Indizien für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs liefern.

Im Rechtsstreit ergab sich nicht selten das Problem, dass der Patient den Verdacht hatte, ein Aufklärungsbogen sei nachträglich handschriftlich ergänzt worden, und zwar durch zusätzliche Anführung von Risiken, die sich dann später verwirklicht hatten. Derartige nachträgliche Abänderungen eines Aufklärungsbogens waren niemals beweisbar. Die Beweislast für eine nachträgliche Abänderung eines Aufklärungsbogens liegt gemäß § 440 Abs. 2 der Zivilprozessordnung (ZPO) beim Patienten, wenn er diesen unterzeichnet hat. Nachträgliche Ergänzungen des Inhalts des Aufklärungsbogens, die selbstverständlich unzulässig und strafbar waren, waren also mehr oder weniger risikolos möglich. Dem will der Gesetzgeber einen Riegel vorschieben, indem er nunmehr vorschreibt, dass dem Patienten eine Abschrift des Aufklärungsbogens zu übergeben ist.

3.4 § 630 f Abs. 2 BGB

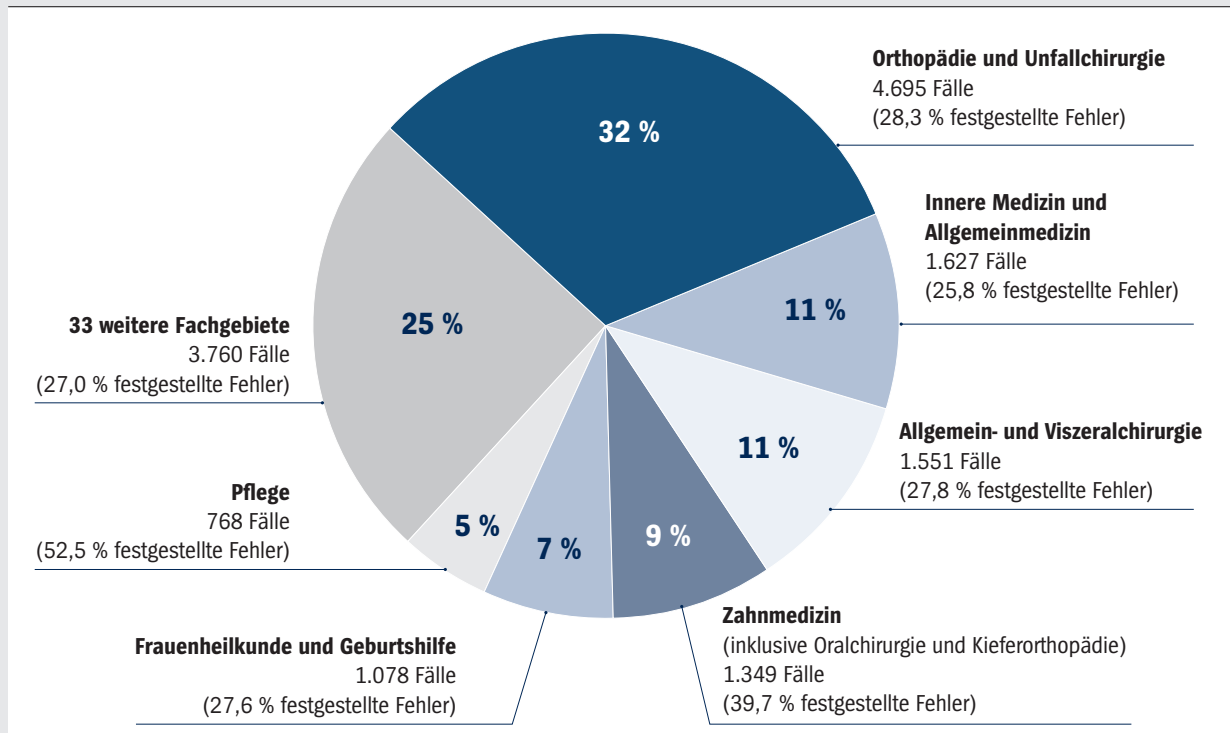
Nach altem wie nach neuem Recht hat in jedem Rechtsstreit die ärztliche Dokumentation eine wesentliche Bedeutung. Häufig ist nur aus ihr ein Behandlungsfehler abzuleiten. Die Bedeutung der Dokumentation wurde jedoch dadurch geschwächt, dass sehr häufig unklar war, welche Umstände dokumentationsbedürftig waren. Der Bundesgerichtshof hatte in einer Serie von Entscheidungen die Auffassung vertreten, die Dokumentation zielt nicht auf Beweissicherung für den Haftungsprozess des Patienten, deshalb sei eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich sei, auch nicht aus Rechtsgründen geboten. Waren also in der Dokumentation Lücken vorhanden, die dazu führten, dass unklar blieb, welche Befunde erhoben worden waren und wie der Arzt im Einzelnen vorgegangen war, so kam es regelmäßig zu einem Streit darüber, ob entsprechende Aufzeichnungen überhaupt medizinisch erforderlich gewesen seien, was im Allgemeinen davon abhängig gemacht wurde, ob derartige Aufzeichnungen für die Weiterbehandlung des Patienten benötigt wurden. In diesem Punkt schafft das Patientenrechtegesetz größere Klarheit. In § 630 f Abs. 2 BGB werden die in jedem Fall dokumentationsbedürftigen Befunde und Maßnahmen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) aufgezählt, was den Nachweis eines Dokumentations- und/oder Behandlungsfehlers erheblich erleichtert.

3.5 § 630 h Abs. 4 BGB

Das Charakteristikum des Arzthaftungsrechts besteht darin, dass nach den von der Rechtsprechung entwickelten Methoden der Kausalitätsprüfung der vom Patienten zu führende

ABBILDUNG 2

MDK-gutachterlich untersuchte Behandlungsfehlervorwürfe und ihre Verteilung auf Fachgebiete



Zu 14.828 möglichen Behandlungsfehlern wurden 2015 MDK-gutachterliche Ergebnisse vorgelegt. In 27,3 Prozent der Fälle war es laut Gutachten zu Behandlungsfehlern gekommen. Die meisten Vorwürfe betrafen orthopädische oder unfallchirurgische Eingriffe. Von 2012 auf 2013 war die Zahl der Begutachtungen um 17 Prozent gestiegen. Danach wuchs sie nur noch leicht (von 2013 auf 2014: 0,5 Prozent; von 2014 auf 2015: 1,1 Prozent).

Quelle: MDS/MDK 2015; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Beweis eines Ursachenzusammenhanges zwischen einem Behandlungsfehler und einem hierauf beruhenden Schaden in der großen Mehrzahl der Fälle nicht zu erbringen ist.

Der Bundesgerichtshof hatte im Wege richterlicher Rechtsfortbildung eine Reihe von Ausnahmetatbeständen entwickelt, in denen den Patienten dieser Beweis abgenommen wird. Diese Ausnahmetatbestände, in denen zugunsten des Patienten eine Beweislastumkehr eintritt, hat der Gesetzgeber nunmehr in § 630h BGB zusammengefasst, und zwar – mit einer Ausnahme – unter Übernahme der vom Bundesgerichtshof im Wege richterlicher Rechtsbildung entwickelten Fälle der Beweislastumkehr.

Eine Neuerung enthält indes § 630h Abs. 4 BGB. Der Bundesgerichtshof hatte dem Patienten für den Fall einer Anfängerbehandlung eine Beweislastumkehr zugebilligt; eine Anfängerbehandlung lag vor, wenn ein noch in Ausbildung befindlicher Arzt beziehungsweise Berufsanfänger ohne ent-

sprechende Beaufsichtigung selbstständig einen Eingriff vornahm. Den Fall der Anfängerbehandlung hat der Gesetzgeber nunmehr dahin verallgemeinert, dass die Beweislastumkehr dann eintritt, wenn ein Behandler für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt ist. Diese Verallgemeinerung führt zu einer deutlichen Erweiterung des Anwendungsbereichs dieser Beweislastumkehr.

4 Fortbestehende Schwächen des neuen Arzthaftungsrechts

Der Bundesgerichtshof bedient sich in ständiger Rechtsprechung zur Feststellung eines Kausalzusammenhanges (im Arzthaftungsrecht also durchweg eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem Behandlungsfehler und einem Gesundheitsschaden des Patienten) einer archaischen, durch

naturwissenschaftliche Erkenntnisse überholten Theorie, nach welcher als Ursachen nur solche Ereignisse aufgefasst werden können, die nicht hinweggedacht werden können, ohne dass der Erfolg entfiel (sogenannte *Conditio-sine-quanon-Formel*). Es wird also, wenn ein Behandlungsfehler und ein Schaden vorliegen, die Frage gestellt, ob der Behandlungsfehler hinweggedacht werden könne, ohne dass der Erfolg entfiel. Ist es auch nur denkbar, dass es zu dem Schadenseintritt ohne den Behandlungsfehler gleichfalls gekommen wäre, so wird hieraus die Schlussfolgerung gezogen, dass ein Kausalzusammenhang nicht feststehe, also unbewiesen sei. Da dies regelmäßig der Fall ist, hängt der Prozesserverfolg eines Patienten nach altem wie nach neuem Arzthaftungsrecht so gut wie immer vom Eingreifen einer der Beweiserleichterungen ab, die jetzt in § 630h BGB zusammengefasst sind.

Diese Beweiserleichterungen haben eine unterschiedliche praktische Relevanz. Weit im Vordergrund steht die Beweislastumkehr in den Fällen eines groben Behandlungsfehlers. Diesen vom Bundesgerichtshof ausgeformten Begriff hat der Gesetzgeber nunmehr in § 630h Abs. 5 BGB übernommen, jedoch nicht definiert, welches im Ergebnis bedeutet, dass er die Definition dieses Begriffes der Rechtsprechung überlassen will.

Der Bundesgerichtshof (BGH) verwendet in ständiger Rechtsprechung die Formel, dass ein grober Behandlungsfehler dann vorliege, wenn ein medizinisches Fehlverhalten gegeben sei, das aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissenstandes nicht mehr verständlich und verantwortlich erscheine, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfe (zum Beispiel *BGH 2012, 227*).

Gegen diese Formel, die die gerichtliche Praxis beherrscht, ist von zahlreichen Autoren eingewandt worden, dass sie konturlos sei und rechtsstaatlichen Anforderungen nicht genüge. Sie mache es unmöglich, die Ergebnisse gerichtlicher Entscheidungen auch nur mit geringer Sicherheit vorherzusehen.

Zum anderen schreibt die vom Gesetzgeber offensichtlich gebilligte bisherige Praxis des BGH den Gerichten vor, die Frage, ob ein Behandlungsfehler als grob zu beurteilen sei, von einem medizinischen Sachverständigen beantworten zu lassen. Die medizinische Wissenschaft unterscheidet aber nicht zwischen einfachen und groben Behandlungsfehlern. Für eine solche Unterscheidung gibt es keinerlei naturwissenschaftliches oder überhaupt rationales Kriterium. Der medizinische Sachverständige, dem die Frage gestellt wird, ob er einen bestimmten von ihm festgestellten Behandlungsfehler als grob oder noch nicht als grob ansehe, muss eine Frage beantworten, die sich anhand der Erkennt-

nisse und Maßstäbe der Wissenschaft, die er vertritt, nicht beantworten lässt. Er muss also bei der Beantwortung dieser Frage ohne jede wissenschaftliche Basis aus der Tiefe seines Gemüts schöpfen. Die meisten Sachverständigen sehen das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers als Ausnahmefall an, dessen Vorliegen in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle verneint wird. Die Bedeutung der kollegialen Verbundenheit des Sachverständigen mit dem auf Schadenersatz in Anspruch genommenen Arzt ist dabei jedem Praktiker bekannt.

Drastisch gesagt, stellt also ein Arzthaftungsprozess selbst in dem Fall, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler festgestellt ist und der Patient einen unter Umständen schweren Schaden erlitten hat, ein Glücksspiel dar, dessen Ausgang von irrationalen Kriterien abhängt. Solange an diesem Rechtszustand nichts geändert wird, bleibt das Arzthaftungsrecht reformbedürftig.

5 Ausblick

In der nunmehr geltenden Fassung regelt das Patientenrechtegesetz die Rechte und Pflichten der Parteien aus dem Behandlungsvertrag, ohne auf die Folgen von Pflichtverletzungen einzugehen. Die Normen, die an die Verletzung einer Vertragspflicht die Rechtsfolge der Verpflichtung zum Schadenersatz anknüpfen, gehören in den Allgemeinen Teil des Schuldrechts des BGB und sind daher anscheinend aus rechtssystematischen Gründen in die Gesetzesnovelle nicht aufgenommen worden. Rechtssystematisch überraschend enthält § 630h BGB jedoch Beweislastnormen, das heißt Regelungen, die eine Beweislastumkehr begründen, ohne dass irgendwo im Gesetz verankert wäre, welche Anforderungen ohne eine solche Beweislastumkehr an den vom Patienten zu erbringenden Beweis zu stellen sind. Das hat seinen Grund anscheinend darin, dass es insoweit keine expliziten Normen gibt. Insbesondere stellen die Anforderungen an den vom Patienten im Regelfall zu erbringenden Kausalitätsbeweis reines Richterrecht dar. Anders ausgedrückt: Das Gesetz normiert Ausnahmetatbestände, das heißt Fälle der Beweislastumkehr, ohne den Grundtatbestand zu regeln, also die Anforderungen zu normieren, die im Normalfall an den Kausalitätsbeweis zu stellen sind.

Auf benachbarten Rechtsgebieten, nämlich insbesondere im Bereich des Verkehrsunfallrechts und des Rechts der Verkehrssicherungspflicht, ist es insoweit – ebenfalls richterrechtlich – zu Entwicklungen gekommen, die allgemein als gerechter Interessenausgleich empfunden werden. Dies gilt insbesondere für den in diesen Rechtsgebieten eine überragende Rolle spielenden Anscheinsbeweis, der im Arzthaftungsrecht bisher ohne jede Bedeutung ist. Das

Arzthaftungsrecht hat richterrechtlich im Vergleich zu der Entwicklung anderer Rechtsgebiete einen Sonderweg beschritten, der letztlich darauf hinausläuft, dass – anders als in allen anderen Rechtsgebieten – die Haftung faktisch auf grobe Fehler beschränkt wird. Ein Ansatz für eine künftige, bisher ausstehende Reform könnte darauf abzielen, das Arzthaftungsrecht auch hinsichtlich der Anforderungen an den Kausalitätsbeweis wieder in das sonstige Haftungsrecht einzugliedern, das heißt, seine rechtssystematische Sonderstellung zu beseitigen.

Ein anderer Reformansatz könnte darin bestehen, nach dem Vorbild des französischen Rechts den Patienten, der Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers geworden ist, auch schon für den Verlust einer Heilungschance zu entschädigen, das heißt, die sogenannte Proportionalhaftung einzuführen. Die Ablehnung der Proportionalhaftung beruht letztlich auf einer in ganz anderem Zusammenhang ergangenen Entscheidung des BGH, in der er die Auffassung vertreten hat, dass wirtschaftliche oder sonstige Chancen (zum Beispiel die Heilungschance, die Chance auf beruflichen Aufstieg oder geschäftlichen Gewinn) ohne feststellbaren Wert seien, weil sich nicht klären lasse, ob eine solche Chance sich im Normalfall verwirklicht hätte. Daher wird auch dem auf einem Behandlungsfehler beruhenden Verlust

einer Heilungschance jeder Wert abgesprochen. Der Ansatz des französischen Rechts ist insoweit viel überzeugender.

Zu diskutieren ist überdies die Einrichtung von öffentlich-rechtlichen Entschädigungsfonds (nach dem Vorbild verschiedener Staaten) für Opfer von Behandlungsfehlern, wenn diese einen Kausalzusammenhang zwischen einem festgestellten ärztlichen Behandlungsfehler und einem ebenfalls feststehenden Schaden nicht mit letzter Sicherheit beweisen können, wie dies zum Beispiel für die große Masse der Krankenhausinfektionen gilt. Es ist kaum zu rechtfertigen, diese Patienten völlig entschädigungslos zu lassen.

Wenn man an dem bisherigen System der Arzthaftung jedoch nichts ändern will oder (gegen den Widerstand der Institutionen der Ärzteschaft und der hinter ihr stehenden Versicherungswirtschaft) weitere Änderungen nicht für durchsetzbar hält, so bedarf jedenfalls der Begriff des groben Behandlungsfehlers einer klareren und schärferen Definition. Unter einem groben Behandlungsfehler könnte zum Beispiel ein Behandlungsfehler verstanden werden, der auf einem eindeutigen Verstoß gegen eine etablierte Regel der ärztlichen Kunst beruht, sofern dieser Behandlungsfehler für den Patienten ein spezifisches Risiko mit sich bringt und sich genau dieses Risiko im konkreten Fall verwirklicht hat.

Literatur

Bundesgerichtshof (BGH) (2012): VI ZR 139/10: Bewertung eines Behandlungsfehlers als „grob“. Neue Juristische Wochenschrift. Jg. 65, Heft 4, 227–228

Deutsch E, Geiger M (1981): Medizinischer Behandlungsvertrag. In: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Gutachten und Vorschläge zur Überarbeitung des Schuldrechts, Bd. 2. Köln: Bundesanzeiger, 1049–1113

Hart D (2007): Patientensicherheit, Risikomanagement, Arzneimittelbehandlung und Arzthaftungsrecht – zugleich ein Beitrag zur Krankenhausorganisationshaftung. Medizinrecht, Jg. 25, Heft 25, 383–393

Hart D (2012): Patientensicherheit, Fehlermanagement, Arzthaftungsrecht – zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Bedeutung von Empfehlungen. Medizinrecht, Jg. 30, Heft 1, 1–15

Jaeger L (2013): Patientenrechtegesetz. Kommentar zu §§ 630 a bis 630 h BGB. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft

Kubella K (2011): Patientenrechtegesetz. Berlin Heidelberg: Springer

Terbille M, Schmidt-Herscheidt S (2000): Zur Offenbarungspflicht bei ärztlichen Behandlungsfehlern. Neue Juristische Wochenschrift, Jg. 53, Heft 24, 1749 ff.

Tolmein O (2012): Wenig Verbesserung durch das neue Patientenrechtegesetz. Neue Juristische Wochenschrift-aktuell, Jg. 65, Heft 7, 14–15

DIE AUTOREN



Dr. jur. Roland Uphoff M. mel.,

Jahrgang 1964, ist seit 1991 Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht und seit 2007 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin. 2010 schloss er den Masterstudiengang „Medizin, Ethik, Recht“ an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ab. Uphoff unterrichtet als Lehrbeauftragter des Instituts für Medizin- und Gesundheitsrecht an der Universität Bremen. Er schreibt Artikel in medizinischen und medizinrechtlichen Fachzeitschriften und Büchern. Außerdem ist er Referent für Weiterbildungsveranstaltungen des Kreißaal-ABC.



Joachim Hindemith,

Jahrgang 1934, studierte Rechtswissenschaften in Köln, Berlin und Münster. Danach war er zunächst als Journalist tätig. Seit 1969 ist er Rechtsanwalt, seit 1975 Rechtsanwalt beim Oberlandesgericht Köln (Berufungsinstanz), und zwar spezialisiert auf Arzthaftungsverfahren, insbesondere Berufungsverfahren. Hindemith hat eine Reihe von Aufsätzen für Zeitungen und Bücher verfasst. Er war Mitglied des Justizprüfungsamts beim Oberlandesgericht Köln und ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht.

Unter-, Über- und Fehlinformation im Gesundheitswesen

von Ingrid Mühlhauser¹

ABSTRACT

Evidenzbasierte Patienteninformationen sind die Grundlage für informierte Entscheidungen. Trotz des massiven Angebots von Informationen zu Gesundheitsthemen im Internet fehlen evidenzbasierte Informationen für spezifische medizinische Entscheidungen. Informationen, die sich an Patienten richten, sind oft überredend, unvollständig und irreführend. Patienten haben den Wunsch und nach dem Patientenrechtegesetz den Anspruch auf informierte Entscheidungen. Dazu braucht es bei medizinischen Entscheidungen unter anderem Informationen zu allen Behandlungsoptionen mit Wahrscheinlichkeitsangaben zu möglichem Nutzen und Schaden beziehungsweise zu den Risiken der einzelnen Optionen, einschließlich der Option der Nicht-Intervention beziehungsweise des Abwartens. Die Gute Praxis Gesundheitsinformation (GPGI), ein Projekt des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), gibt eine Anleitung zur Erstellung von qualitativ hochwertigen Patienteninformationen. Leitlinien für Ärzte und Patienten müssen weiterentwickelt werden, um die Erstellung von Entscheidungshilfen zu erleichtern. Komplexe Informationsprozesse können durch *decision coaches*, wie weitergebildete *breast care* oder onkologische *nurses*, Multiple-Sklerose- oder Diabetes-Berater unterstützt werden.

Schlüsselwörter: Patienteninformation, evidenzbasierte Medizin, informierte Entscheidung, Gesundheitsinformation, partizipative Entscheidungsfindung

Evidence-based patient information is the basis for informed decision making. There is a plethora of information on health issues on the internet. Nevertheless, evidence-based information material for shared decision making is lacking for most medical decisions. Patient information is often persuasive, incomplete, and misleading. Patients want to participate in medical decision making and according to German law they have the right to be informed about all options including the option not to treat and including information on benefits and risks in an understandable way. In a project of the German Network for Evidence-based Medicine the "Good Practice Guidelines for Health Information" (Gute Praxis Gesundheitsinformation, GPGI) was developed with the aim of providing support for authors and publishers of evidence-based health information. Also, medical and patient guidelines must be refined in order to facilitate the development of decision aids for informed shared decision making. Decision coaches such as breast care or oncology nurses, diabetes educators or multiple sclerosis nurses, can help patients to make informed decisions.

Keywords: Patient information, evidence-based medicine, information services/standards, health information, decision aids

1 Einleitung

Das Informationsbedürfnis der Bürger bei Gesundheitsthemen betrifft einerseits medizinische Fragen, aber auch rechtliche Aspekte, Kostenerstattung und Pflegebedarf. Der vorliegende Artikel beschränkt sich auf Informationen zu medizinischen

Fragen. Das Internet hat den Menschen den Zugriff auf ein Übermaß an Informationen ermöglicht. Das Problem ist heute nicht ein Mangel an Information, sondern das Fehlen beziehungsweise Identifizieren der richtigen Informationen. Die Frage ist: Bekomme ich die Information, die ich brauche, und verstehe ich auch, diese zu nutzen, um gute Entscheidungen für meine Gesundheit zu treffen?

¹ Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, Fakultät für Mathematik, Informatik und Naturwissenschaften · Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg · Telefon: 040 42838-3988 · E-Mail: ingrid_muehlhauser@uni-hamburg.de

2 Welche Informationen bekommen Menschen schon im Gesundheitswesen?

Es gibt eine Vielzahl von Institutionen in Deutschland, die Informationen oder Beratungen zu Gesundheitsfragen anbieten (Albrecht et al. 2016). Zu den vergleichsweise unabhängigen Anbietern zählen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; www.gesundheitsinformation.de) und der Krebsinformationsdienst (www.krebsinformationsdienst.de). Über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gibt es Zugriff auf Patientenleitlinien (www.patienten-information.de). Diese sollen die wesentlichen Inhalte der medizinischen Leitlinien für Patienten verständlich zusammenfassen. Über den IGeL-Monitor gibt es wissenschaftsbasierte Informationen zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL; www.igel-monitor.de).

Viele andere Anbieter von Informationen erfüllen nicht regelhaft die Kriterien für wissenschaftsbasierte Patienteninformationen, was Auswahl und Präsentation der Inhalte betrifft. Dazu zählen die Angebote der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, der medizinischen Fachgesellschaften, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Patientenselbsthilfegruppen, der Patientenberatungsstellen oder der Krankenkassen. Auch wenn es einzelne hochwertige Angebote wie Entscheidungshilfen von diesen Anbietern gibt oder auf solche über Verlinkung zugegriffen werden kann, sind die Informationsangebote hier oft traditionell, eher im Sinne von Ratgebern oder auch überredend mit dem Ziel, Gesundheitsverhalten zu ändern oder bestimmte medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ein Projekt der Gesundheitswissenschaftlerin Sylvia Säger gibt eine Zusammenstellung aktueller Gesundheitsinformationsanbieter (www.sylvia-saenger.de).

3 Vor welchen Informationen sollte man die Menschen bewahren oder warnen?

Informationen, die mit der Zielsetzung erstellt werden, Menschen zu überreden, etwas zu tun, bedienen sich üblicherweise einseitiger Darstellungen von Sachverhalten. Die psychologischen Tricks der Werbebranche kommen hier zum Einsatz.

Typisches Beispiel sind Kampagnen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, wie die Kampagne der Felix-Burda-Stiftung zum Darmkrebscreening (www.felix-burda-stiftung.de), oder die Kampagnen zum Mammografie-Screening (www.mammo-programm.de) oder dem Hautkrebscreening der deutschen Krebshilfe (www.hautkrebs-screening.de).

Solche Informationen arbeiten vorrangig mit emotionalen Botschaften, präsentiert durch Bilder oder Videoclips. Dazu finden sich appellierende Sprüche, die einerseits Angst schüren, gleichzeitig jedoch eine Art Erlösung von dieser Angst durch Teilnahme am Screening versprechen. Vor Geschmacklosigkeit – wie dem aus meiner Sicht missbräuchlichen Einsatz von Kindern für das Werben für Darmkrebscreening im Videoclip „Der Kinderchor“ (Felix Burda Stiftung 2016) – wird nicht zurückgeschreckt. Sofern bei solcher Propaganda auf wissenschaftliche Daten überhaupt verwiesen wird, werden diese üblicherweise einseitig und verzerrt genutzt. Der mögliche Nutzen wird dann als Reduzierung der Sterblichkeit um 20 bis 30 Prozent angegeben, Schaden wird nicht erwähnt oder verharmlosend dargestellt. Die Bedeutung für den einzelnen Menschen lässt sich mit solchen Botschaften gar nicht beurteilen.

Auch Kampagnen, die das Ziel haben, vermeintlich unterversorgte Bürger aufzuspüren, sind durchaus kritisch zu sehen. Ein Beispiel ist das Hamburger Projekt Psychenet (www.psychenet.de). Über Monate liefen in den Hamburger Kinos vor den Hauptfilmen Werbeclips mit dem Appell zu prüfen, ob man selbst oder Bekannte oder Anverwandte eine nicht diagnostizierte psychische Störung hätten. Wie zwiespältig solche Informationen an die Bevölkerung sein können, zeigt die Schlagzeile, unter der das Projekt in der Universitätszeitung vorgestellt wurde: „Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Viele Betroffene wissen allerdings nichts von ihrem Leiden“ (UKE news 2013, 10).

Ähnliche Methoden nutzt auch die Pharmaindustrie. Direkte Patientenwerbung für Medikamente durch die Pharmaindustrie ist in Deutschland weiterhin untersagt. Jedoch finden die Hersteller andere Wege, um auf ihre Erzeugnisse aufmerksam zu machen, auch wenn der Produktname gar nicht genannt wird. Ein Beispiel ist das Lancieren einer bisher nicht bekannten Krankheit über die Medien, wie die Menopause der Männer, um zeitgleich über die Ärzte eine Behandlung mit Testosteron zu forcieren. Ein anderes Beispiel aus dem Jahr 2014 sind Straßenplakate, die in Berlin zu sehen waren, mit dem Aufruf zu prüfen, ob man nicht an Kopfschmerzen leide, und der Botschaft, dass Migräne behandelt werden kann. Über den angegebenen Link wurde man auf eine Internetseite geführt, die für eine Behandlung mit Botox wirbt (Baars et al. 2014). Die Website gibt es weiterhin (www.chronischemigraene.de).

Aus meiner Sicht ziemlich perfide sind die Informationen der Pharmafirmen, die beispielsweise durch Verpackungen vermittelt werden. Dazu gehören rosarote Antibabypillen mit Kosmetiktäschchen, eventuell mit Spiegel und Schminkzeug und der versteckten Nachricht, dass durch diese speziellen Pillenpräparate Haut und Haare verschönert werden könnten. Dass die Informationen einer wissenschaftlich

ABBILDUNG 1

Verständliche Darstellung der missverständlichen Aussage „Jede Zehnte trifft es“

Aktuelles Alter	Risiko für Brustkrebs bis zum 80. Lebensjahr
20 Jahre	10 von 100
30 Jahre	10 von 100
40 Jahre	10 von 100
50 Jahre	8 von 100
60 Jahre	6 von 100
70 Jahre	3 von 100

Dargestellt ist das Risiko, über die Lebenszeit an Brustkrebs zu erkranken. Zugrunde liegt die Annahme, dass es keine anderen Todesursachen gibt. Das Risiko für Brustkrebs nimmt hier mit zunehmendem Alter ab und nicht zu.

Quelle: Robert-Koch-Institut (Datenbasis: 2004); Grafik: G+G Wissenschaft 2016

ten einseitig die erhofften Ergebnisse und unterschlagen, bewusst oder unbewusst, negative Ergebnisse. Dem folgt nicht selten eine Pressemeldung über die Universität, in der die Forschungsdaten nochmals weiter medienwirksam verschönert werden. Die Pressemeldungen wiederum werden von den Journalisten viel zu häufig ungeprüft und unhinterfragt aufgegriffen. Bis die Meldung letztlich in den Medien erscheint, kann sie ziemlich verfälscht sein (Woloshin et al. 2009; Schwartz et al. 2012).

Dazu gesellt sich ein weiteres Problem: das der fehlenden Kompetenz vieler Redakteure, wissenschaftliche Studien zu verstehen. Ein nicht auszurottendes Übel in diesem Zusammenhang ist die kausale Interpretation von Assoziationsanalysen. So kommt es zu Meldungen wie „Schokolade kann schlank machen“ oder „Kaffee schützt vor Demenz“ und tausendfach ähnlich unzulässigen Behauptungen. Selbst im Deutschen Ärzteblatt findet man derartig missverständliche Meldungen, wie im Bericht zu einer Beobachtungsstudie „Frisches Obst schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tod“ (*aerzteblatt.de* 2016). Die Bürger schließen aus solchen Meldungen, dass sie tatsächlich Schokolade essen können, um ihr Gewicht zu halten, oder dass Kaffee vor Demenz bewahrt und Obst vor dem Tod.

Auch die Krankenkassen führen die Bürger mit unvollständigen oder nicht wissenschaftlich gesicherten Informationen in die Irre. Der Wettbewerb unter den Kassen scheint die Propagierung von nicht evidenzbasierten Gesundheitsangeboten zu verstärken. Bonusprogramme werben mit medizinischen und anderen präventiven Angeboten, deren Wirksamkeit durch wissenschaftlich aussagekräftige Studien nicht abgesichert ist. Zudem kommen die Kassen nicht ihrer Pflicht nach, ausgewogen über den Nutzen und Schaden der Angebote zu informieren. Beispielsweise wird von mehreren Kassen Hautkrebscreening propagiert, ohne die für informierte Entscheidungen unverzichtbaren Hinweise zu Überdiagnosen und Übertherapien oder zum Fehlen eines Nachweises einer Reduktion der Sterblichkeit zu geben. Oder es werden in Bonusprogrammen zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen angeboten, die aus gutem Grund, nämlich wegen fehlender Wirksamkeit oder sogar nachweislichem Überwiegen von Schaden, aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

Da Informationen für medizinische Entscheidungen weiterhin nicht ausreichend zur Verfügung stehen, können auch Patientenberatungsstellen nur mit Schwierigkeiten ausgewogen informieren. In einer eigenen Untersuchung mit verdeckten Klienten haben wir die Qualität von Beratungen von öffentlichen kostenfreien Anbietern nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin untersucht. Dabei hat sich gezeigt, dass selbst für Entscheidungen, zu denen gut

stichhaltigen Grundlage entbehren, können Jugendliche, denen jegliches Verständnis für Risikoinformationen fehlt, nicht erkennen. Und auch dass diese Pillen der dritten und vierten Generation das Risiko für Thrombosen im Vergleich zu den Präparaten der zweiten Pillengeneration erhöhen, wird nicht deutlich gemacht. Durch die Kampagnen der Industrie – und unterstützt durch die Berufsverbände der Frauenärzte – hat es die Pille vom Verhütungsmittel zur Lifestyle-Droge geschafft (*arznei-telegramm* 2015).

Andererseits sind es nicht allein die Pharmafirmen und ihre ärztlichen Werbeträger, die für irreführende Informationen zu Medikamenten verantwortlich sind. Wie inzwischen mehrere Untersuchungen gezeigt haben, werden die Beipackzettel nicht ausreichend verstanden. Selbst Ärzte und Apotheker interpretieren die Häufigkeitsangaben von Nebenwirkungen fehl (*Mühlbauer und Mühlhauser* 2015). Die gelisteten Häufigkeiten werden ursächlich der Medikamenteneinnahme zugeschrieben, selbst wenn es sich um Symptome handelt, die auch unter Placebo gleichermaßen häufig auftreten. Es gibt bisher keinerlei Bemühungen, die Häufigkeitsangaben von Nebenwirkungen in den Beipackzetteln so zu kommunizieren, dass sie von den Nutzern richtig eingeordnet werden können.

Fehlinformationen über Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien kommen jedoch auch durch die Universitäten selbst zustande. Einerseits neigen die Wissenschaftler dazu, ihre eigenen Studienergebnisse zu überschätzen. Sie berich-

aufbereitete evidenzbasierte Informationen vorliegen, die Beratungen überwiegend mangelhaft sind. Es fehlt bisher an der nötigen Kultur, Informationen so zu präsentieren, dass sie für informierte Entscheidungen genutzt werden können (Albrecht et al. 2016).

Beratungen durch die Ärzte im persönlichen Gespräch erfolgen ebenfalls nicht nach Kriterien für evidenzbasierte Information. Das haben mehrfach systematische Untersuchungen gezeigt, unter anderem auch von der Arbeitsgruppe um Gerd Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin (siehe unter Albrecht et al. 2016).

Ärzte werden in Deutschland weiterhin nicht ausreichend in den Grundlagen der evidenzbasierten Medizin ausgebildet (siehe unter Mühlhauser und Meyer 2016). Viele Studierende kennen die Cochrane-Datenbank nicht. Sie sind unfähig, wissenschaftliche Studien kritisch zu lesen und die Daten entsprechend zu nutzen (Mühlbauer und Mühlhauser 2015; Mühlhauser und Meyer 2016). Letztlich sind es auch die wissenschaftlichen Arbeiten selbst, die immer noch nicht ausreichend hohen Standards der wissenschaftlichen Kommunikation entsprechen. Leitlinienersteller liefern nicht die nötigen Informationen für informierte Patientenentscheidungen. Auch in den Patientenleitlinien finden sich nicht die notwendigen Angaben, die Ärzte und Patienten in spezifischen Entscheidungssituationen brauchen, um informiert zu entscheiden.

4 Welche Fakten brauchen Patienten für informierte Entscheidungen?

Es gibt inzwischen eine umfangreiche Literatur zur Frage, wie gute Informationen aussehen sollen. In einem Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und der Universität Hamburg haben wir unter Leitung von Anke Steckelberg eine Leitlinie zur evidenzbasierten Erstellung von Gesundheitsinformationen entwickelt (Lühnen et al. 2015). Das Projekt ist in der letzten Abstimmungsphase. Teile der Leitlinie sind bereits online abrufbar (www.leitlinie-gesundheitsinformation.de). Parallel zu dieser Leitlinie hat sich unter Leitung von Klaus Koch vom IQWiG eine Arbeitsgruppe des DNEbM mit der Aktualisierung der GPGI beschäftigt. Die neue Version ist über die Website des DNEbM abrufbar und in deutscher sowie englischer Sprache in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ (ZEFQ) publiziert (Arbeitsgruppe GPGI 2016).

Die GPGI beschreibt Anforderungen an die Qualität von Gesundheitsinformationen und unterstützt Verfasser

und Herausgeber bei der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen. In einer Pressemitteilung des DNEbM vom 16. November 2015 (DNEbM 2015) heißt es dazu: „Ziel der Guten Praxis Gesundheitsinformation (GPGI) ist die Verbesserung von Gesundheitsinformationen. Gesundheitsinformationen, die den Anforderungen der GPGI entsprechen, sollen die Kompetenzen von Bürgern beziehungsweise Patienten berücksichtigen und erhöhen, die Kommunikation mit den Professionellen im Gesundheitswesen fördern und die Voraussetzung für informierte Entscheidungen verbessern. ... Die Gute Praxis 2 ist von einer Gruppe von mehr als 25 Informationserstellern, Wissenschaftlern, Klinikern, Patientenvertretern und Journalisten weiterentwickelt worden. ... Die zweite Fassung beschreibt jetzt Aspekte, die Ersteller bei der Recherche und Schreiben einer Information beachten sollen. Sie fordert insbesondere, dass Ersteller transparent darstellen, wie ihre Informationen entstehen. Wie recherchieren sie den aktuellen Stand des Wissens? Was tun sie, damit die Informationen verständlich bleiben? ... Damit die Gute Praxis 2 tatsächlich zu spürbaren Qualitätsverbesserungen führt, sind weitere Schritte nötig. Der erste ist die Umsetzung der Anforderungen in der eigenen Arbeit. ... Das DNEbM wirbt jetzt dafür, dass eine möglichst breite Gruppe von Erstellern von Gesundheitsinformationen sich durch Unterzeichnung der GPGI selbst verpflichtet, die Anforderungen umzusetzen. ... Ein weiterer Schritt sieht vor, ein Netzwerk aus Erstellern zu gründen, die die Anforderungen der Guten Praxis 2 umsetzen. Dieses Netzwerk soll das Fundament für eine übergreifende deutschsprachige Plattform ‚guter‘ Gesundheitsinformationen werden.“

ABBILDUNG 2

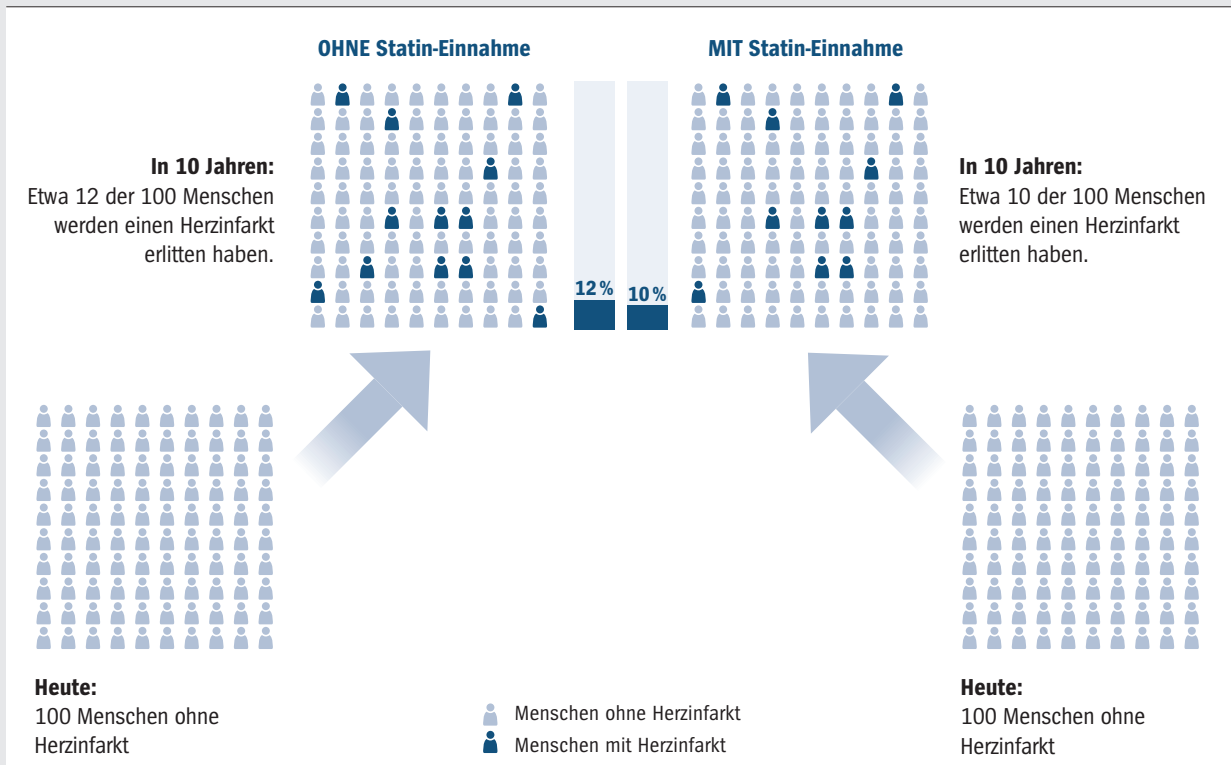
Risiko für Tod an Brustkrebs im Vergleich zu anderen Todesursachen je nach selbst beurteiltem Gesundheitszustand für Frauen vom 70. bis zum 79. Lebensjahr

	Gesundheitszustand		
	sehr gut	mäßig	schlecht
Frauen, die versterben	120	220	410
Versterben an Brustkrebs	7	7	6

Um die Bedeutung einzelner Erkrankungen beurteilen zu können, braucht es einen Vergleich mit anderen Erkrankungen.

ABBILDUNG 3

Nutzen einer Behandlung mit Statinen zur Vorbeugung von Herzinfarkten



Eine rund 20-prozentige Risikoreduktion durch vorbeugende Statineinnahme klingt imposant. Ungesagt oder unverstanden bleibt oft, dass es bei derartigen Angaben gewöhnlich um eine relative Risikoreduktion geht. Eine solche wirkt verständlich aufbereitet erheblich weniger beeindruckend.

Quelle: nach Buhse et al. 2015; www.diabetes-und-herzinfarkt.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

5 Sind Patienten mit dem Anspruch an informierte Entscheidungen überfordert?

Mehr Information ist nicht unbedingt von Vorteil. Oft werden Patienten mit Informationen gleichsam zugemüllt. Gut gemeint ist nicht gut gemacht. Vor allem, wenn die Behandlung bereits abgeschlossen ist, nützen Informationen, die man eigentlich für die Behandlungsentscheidung gebraucht hätte, nicht. Es müssen die richtigen Informationen sein. Richtig bedeutet hier, was für die anstehende Entscheidung benötigt wird. Außerdem sollten die Informationen möglichst zur individuellen Entscheidungssituation passen.

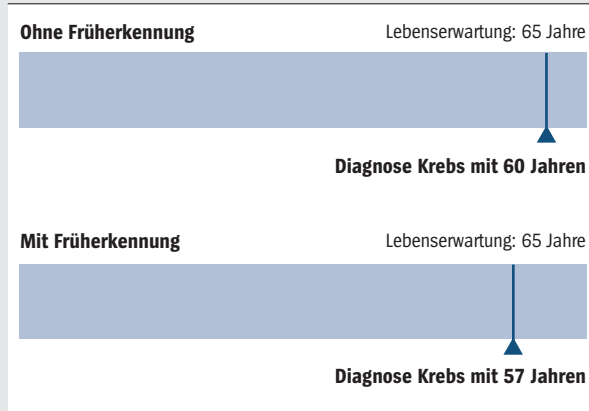
Natürlich kann sich auch dann ein Patient überfordert fühlen, sei es, weil die emotionale Belastung einer Diagnose zu schwer wiegt oder weil die Informationen tatsächlich zu kom-

plex sind. Dann braucht er zweifelsohne Hilfe, sei es durch Angehörige oder Freunde oder durch eine Pflegekraft, die den Patienten begleitet. Einen *patient advocate* sollte es geben. Dies ist nicht zwangsläufig der behandelnde Arzt.

Modelle zur Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung gibt es bereits. So können bei Krebsbehandlungen onkologische oder *breast care nurses* den Entscheidungsprozess begleiten (Berger-Höger et al. 2015). Bei Entscheidungen zur Behandlung von Multipler Sklerose können weitergebildete *MS nurses* (Rahn et al. 2015) und bei Diabetes Diabetesberater oder medizinische Fachangestellte in den Hausarztpraxen den Informationsprozess unterstützen (Buhse et al. 2015). Gerade im Bereich Diabetes hat sich gezeigt, wie wertvoll die Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in die Schulung von Patienten zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung ist. Für die neuen Aufgaben der Beteiligung am *informed shared*

ABBILDUNG 4

Frühere Diagnose: gleiche Lebenserwartung bei längerer Krankheitsphase



Eine frühere Diagnose führt nicht automatisch zu einer längeren Lebensdauer. Im konkreten Fall wurde in der Modellrechnung der Diagnosezeitpunkt vorverlegt und dadurch die Krankheitsphase (also die Zeit des Wissens um die Erkrankung) um drei Jahre verlängert. In beiden Fällen stirbt die Frau mit 65 Jahren.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Die Frage, ob es zu viel an Informationen geben kann, ist vor allem im Kontext der Aufklärungsgespräche vor medizinischen Eingriffen von Relevanz. Die Patienten müssen unterschreiben, dass sie umfänglich und verständlich informiert wurden. Die „informierte Patientenentscheidung“ ist kürzlich sogar als patientenrelevanter Endpunkt gefordert worden (Rummer und Scheibler 2016).

Es gibt inzwischen eine umfangreiche Literatur zur Verständlichkeit von Aufklärungsbögen, wie sie vor Operationen oder diagnostischen Eingriffen zur Unterschrift vorgelegt werden. Das weitgehend übereinstimmende Urteil der Studienautoren ist, dass die Bögen das Verständnis nicht fördern. Sowohl die Fachterminologie als auch die Komplexität der Informationen stehen einer informierten Patientenentscheidung entgegen. Hinzu kommt, dass wichtige Informationen, die für eine informierte Entscheidung unabdingbar sind, in den üblichen Aufklärungsbögen nicht enthalten sind. Trotzdem unterschreiben die Patienten diese Aufklärungsbögen (Lühnen et al. 2016).

Es ist von Interesse, dass die Rechtsprechung die Patienten stützt, die im Falle eines Schadens durch den medizinischen Eingriff glaubhaft machen können, dass sie sich gegen den medizinischen Eingriff entschieden hätten, sofern sie die Informationen im Aufklärungsgespräch verstanden hätten.

Um dem Patientenrechtegesetz zu entsprechen und den Wünschen der Patienten nach Partizipation an medizinischen Entscheidungen gerecht zu werden, müssten die sogenannten Aufklärungsgespräche völlig neu strukturiert werden, sowohl inhaltlich als auch was den Aufklärungsprozess betrifft (Spatz

decision making müssen jedoch nicht nur die Ärzte zumindest Grundkenntnisse in evidenzbasierter Medizin und Risikokommunikation haben, sondern auch die Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe. Entsprechende Module sollten unbedingt in die Aus- und Weiterbildungscurricula eingebaut werden (Hecht et al. 2016; Mühlhauser und Meyer 2013).

ABBILDUNG 5

Die Suche nach dem schwarzen Hautkrebs (Melanom): Wie treffsicher ist die Ganzkörperuntersuchung durch den Arzt?

In diesem Gedankenexperiment werden drei Annahmen gemacht: 1) 50 von 100.000 untersuchten Erwachsenen haben ein Melanom; 2) bei der Untersuchung werden 40 der 50 Melanome gefunden, 10 jedoch nicht; 3) von den 99.950 Personen, die kein Melanom haben, erhalten 4.998 einen falschen Verdachtsbefund.

	Melanom	Kein Melanom	Gesamt
Test positiv	40	4.998	5.038
Test negativ	10	94.952	94.962
Gesamt	50	99.950	100.000

Von 100.000 untersuchten Personen erhalten 5.038 (etwa 5 Prozent) einen Verdachtsbefund, das Testergebnis ist positiv. Die verdächtige Hautveränderung wird durch Operation entfernt. Von diesen 5.038 Personen liegt in Wirklichkeit aber nur bei 40 ein Melanom vor (das sind rund 0,8 Prozent der Menschen mit Verdachtsbefund). Die Sicherheit, dass kein Melanom vorliegt, kann durch die Ganzkörperuntersuchung kaum verbessert werden. Schließlich liegt die Wahrscheinlichkeit, kein Melanom zu haben, vor der Untersuchung bereits bei 99,95 Prozent.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

et al. 2016). In jedem Fall müsste den Patienten ermöglicht werden, zu verstehen, um welche Entscheidung es sich handelt, was das persönliche Risiko ist, welche Optionen es gibt (einschließlich der Option der Nicht-Intervention beziehungsweise des Abwartens) und wie die Wahrscheinlichkeiten für den Erfolg beziehungsweise fehlenden Erfolg oder unerwünschte Effekte sind. Dazu müssten die Informationen ausreichend lange vor dem Eingriff präsentiert werden und es müsste geprüft werden, ob der Patient die Informationen verstanden hat.

Schon vor vielen Jahren war es in der für *shared decision making* renommierten Klinik an der amerikanischen Dartmouth University verpflichtend, zu dokumentieren, dass vor der Brustkrebsoperation die Frau verstanden hatte, für welche Option sie sich nach entsprechender Information entschieden hatte (*Schwartz et al. 1995*). Ein solches Vorgehen setzt voraus, dass alle Patienten dokumentiert verstanden haben müssen, um welche Eingriffe mit welchen Konsequenzen es sich handelt. Bildungsstand, intellektuelle Fähigkeiten können dabei kein Kriterium sein.

6 Fazit

Die Schlussfolgerung ist: Es gibt ein Zuviel an schlechten Informationen und gleichzeitig einen absoluten Mangel an evidenzbasierten Informationen für spezifische medizinische Entscheidungen. Der ethisch und rechtlich legitimierte Anspruch der Patienten auf informierte Entscheidungen kann daher nicht umgesetzt werden.

Literatur

- aerzteblatt.de (2016):** Frisches Obst schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tod; www.aerzteblatt.de/nachrichten/66248
- Albrecht M et al. (2016):** Evidenzbasiertheit von Telefonberatungen zu medizinischen und zahnmedizinischen Themen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 22–23, 389–395
- Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg I (2014):** Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. In: Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber, 142–158
- Arbeitsgruppe GPGI Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2016):** Gute Praxis Gesundheitsinformation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 110–111, 85–92
- arznei-telegramm (2015):** Thromboembolie: Kontrazeptiva der 3. und 4. Generation seltener verordnet ... in Frankreich, leider nicht in Deutschland. Jg. 46, Heft 5, 41–42
- Baars C, Berndt C, Gürtler L, Kooroshy K (2014):** Umstrittene Werbung eines Pharmakonzerns: Botox gegen Migräne; www.sueddeutsche.de/gesundheit/umstrittene-werbeplakate-pharmakonzern-wirbt-mit-botox-gegen-migraene-1.2195537
- Berger-Höger B et al. (2015):** Informed Shared Decision-Making Supported by Decision Coaches for Women with Ductal Carcinoma in Situ: Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *Trials* 16:452. doi: 10.1186/s13063-015-0991-8
- Buhse S et al. (2015):** Informed Shared Decision-Making Programme on the Prevention of Myocardial Infarction in Type 2 Diabetes: a Randomised Controlled Trial. *BMJ Open* 5:e009116
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) (2015):** Neue Fassung der Guten Praxis Gesundheitsinformation veröffentlicht; www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-gpgi-151116.pdf
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) (2016):** Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi.pdf
- Felix Burda Stiftung (2016):** Der Kinderchor. Ein TV-Spot der Felix Burda Stiftung; www.youtube.com/watch?v=AFNSCc45gDA
- Hecht L, Buhse L, Meyer G (2016):** Effectiveness of Training in Evidence-Based Medicine Skills for Healthcare Professionals: a Systematic Review. *BMC Medical Education*, Vol. 16, No. 1, 103
- Hibbeler B (2016):** Packungsbeilagen: Auch für Ärzte unverständlich. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 3, A72–A73
- Lenz M et al. (2012):** Decision Aids for Patients. *Deutsches Ärzteblatt International*, Jg. 109, Heft 22–23, 401–408
- Lühnen J et al. (2015):** Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 109, Heft 2, 159–165
- Lühnen J, Mühlhauser I, Steckelberg A (2016):** Aufklärungsbögen heute. Studienprotokoll; www.gesundheit.uni-hamburg.de/upload/20160215_Studienprotokoll_Aufklaerungsboegen_heute_final.pdf

Mühlhauser I, Albrecht M, Steckelberg A (2014): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Jg. 64, Heft 5, 334–337

Mühlhauser I, Meyer G (2013): Evidence Base in Guideline Generation in Diabetes. Diabetologia, Vol. 56, No. 6; 1201–1209

Mühlhauser I, Meyer G (2016): Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 11, 486–488

Mühlbauer V, Mühlhauser I (2015): Understanding Adverse Drug Reactions in Package Leaflets – an Exploratory Survey Among Health Care Professionals. BMC Health Services Research 15, 505

Rahn AC et al. (2015): Evaluator-Blinded Trial Evaluating Nurse-Led Immunotherapy DEcision Coaching In Persons With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis (DECIMS) and Accompanying Process Evaluation: Study Protocol for a Cluster Randomised Controlled Trial. Trials 16:106. doi: 10.1186/s13063-015-0611-7

Rummer A, Scheibler F (2016): Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 8, A322–A324

Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG (1999): Risk Communication in Clinical Practice: Putting Cancer in Context, J Nati Cancer Inst; 25; 124–133

Schwartz LM, Woloshin S, Andrews A, Stukel TA (2012): Influence of Medical Journal Press Releases on the Quality of Associated

Newspaper Coverage: Retrospective Cohort Study. BMJ 2012; 344: d8164 doi: 10.1136/bmj.d8164

Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW (2016): The New Era of Informed Consent: Getting to a Reasonable-Patient Standard Through Shared Decision Making. JAMA, Vol. 315, No. 19, 2063–2064

Steckelberg A, Strametz R (2013): Evidenzbasierung in Aus-, Fort- und Weiterbildung – Sachstand, Barrieren, Lösungsansätze. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 107, No. 1, 3–4

Steckelberg A, Albrecht M (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber, 159–169

Steckelberg A, Albrecht M, Mühlhauser I (2015): Evidence-Based Health Information and Risk Competence. GMS German Medical Science, Vol. 13, Doc11

UKE news. Informationen aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2013): UKE-Projekt psychenet informiert über psychische Erkrankungen: Es kann jeden treffen. August/September 2013; www.uke.de/allgemein/mediathek/uke-news/index.html

Woloshin A et al. (2009): Press Releases by Academic Medical Centers: Not So Academic? Annals of Internal Medicine, Vol. 150, No. 9, 613–618

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. September 2016)

DIE AUTORIN



Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser,

Jahrgang 1953, ist seit 1996 Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg. Die Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie habilitierte sich 1994 an der Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung der Universität Düsseldorf. Mühlhauser war von 2005 bis 2013 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Sie ist die Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

Foto: privat

Hohe Rate intensivmedizinischer Behandlungen sorgt nicht für eine geringere Sterblichkeit

von Christiane Roick*

Die Zahl der Betten auf Intensivstationen hat in den letzten Jahrzehnten in den USA, aber auch in Deutschland stark zugenommen. Bei einigen Erkrankungen, die oft intensivtherapeutisch versorgt werden, ist die Notwendigkeit dieser Behandlung jedoch umstritten. Eine Studie zeigt nun, dass die Sterblichkeit in Kliniken, die Patienten mit umstrittener Indikation häufig auf Intensivstationen behandeln, nicht geringer ist als in Häusern, die diese Patienten eher auf anderen Stationen versorgen.

1 Was ist das Problem?

Wenn Patienten, die ohne Intensivtherapie angemessen versorgt werden können, auf Intensivtherapiestationen (ITS) behandelt werden, kann das einen vermehrten Einsatz invasiver Maßnahmen bedingen und die Verfügbarkeit von ITS-Betten für wirklich darauf angewiesene Patienten einschränken. Bei Notfällen, wie einem septischen Schock, ist die Notwendigkeit einer ITS-Behandlung unumstritten. Bei anderen Erkrankungen, wie diabetischer Ketoazidose (DKA), Lungenembolie (LE), Blutungen im oberen Magen-Darm-Trakt (OMDB) oder kongestiver Herzinsuffizienz (HI) ist der Nutzen einer solchen Versorgung jedoch unklar. Für diese Erkrankungen wurde untersucht, welcher Zusammenhang zwischen der ITS-Behandlungsrate, der Häufigkeit invasiver Eingriffe sowie der Krankenhaussterblichkeit besteht.

2 Wie wurde untersucht?

Analysiert wurden die Daten von 156.842 Patienten, die zwischen 2010 und 2012 im Staat Washington und in Maryland in 94 Krankenhäusern wegen DKA, LE, OMDB oder HI stationär aufgenommen wurden. Nicht einbezogen wurden Patienten unter 18 Jahren und Aufnahmen in Häuser ohne

ITS-Betten. Die Häuser wurden in Gruppen mit hoher (auf oder über der 50. Perzentile) oder niedriger ITS-Nutzung (unterhalb dieses Werts) eingeteilt. Zur Risikoadjustierung wurden Patienten- und Krankenhausmerkmale berücksichtigt.

3 Was ist rausgekommen?

Die ITS-Aufnahmeraten differierten stark (DKA: 16,3 bis 81,2; LE: 5,0 bis 44,2; OMDB: 11,5 bis 51,2 und HI 3,9 bis 48,8 Prozent). Bei allen Erkrankungen bestand kein Zusammenhang zwischen der ITS-Nutzungsrate und der Krankenhaussterblichkeit. Die risikoadjustierte Sterblichkeit in Häusern mit niedriger/höher ITS-Nutzung betrug 0,30/0,26 (DKA), 2,85/2,98 (LE), 2,08/2,03 (OMDB) sowie 2,99/3,02 Prozent (HI). Eine hohe ITS-Nutzung ging mit einem häufigeren Einsatz zentraler Venenkatheter und anderer invasiver Maßnahmen sowie mit höheren stationären Kosten einher.

4 Wie gut ist die Studie?

Bei Erkrankungen, bei denen die Notwendigkeit einer ITS-Behandlung umstritten ist, geht eine starke ITS-Nutzung mit mehr invasiven Eingriffen und höheren Behandlungskosten, aber nicht mit einer geringeren

Krankenhaussterblichkeit einher. Die hohen ITS-Nutzungsraten sind nicht auf die Betreuung kränklicher Patienten zurückzuführen, denn die ITS-Patienten in Häusern mit hoher ITS-Nutzung waren weniger durch Begleiterkrankungen und Organversagen beeinträchtigt als in Häusern mit geringer ITS-Nutzung. Da die Kliniken bei allen Erkrankungen ähnliche Muster der ITS-Nutzung zeigten, scheinen institutionelle Faktoren die Entscheidung zur ITS-Nutzung systematisch beeinflusst zu haben. Häuser mit hoher ITS-Behandlungsrate sollten daher für Patienten, die nicht unbedingt auf ITS versorgt werden müssen, verstärkt Therapiealternativen nutzen. Dabei spielt auch die Verfügbarkeit alternativer Möglichkeiten zur Herzkreislauf-Überwachung eine Rolle, die eine schnelle Reaktion des Personals auf Warnsignale der Geräte erlauben. Normalstationen verfügen bislang oft nicht über solche alternativen Überwachungsmöglichkeiten.

Quelle: Chang DW, Shapiro MF: Association Between Intensive Care Unit Utilization During Hospitalization and Costs, Use of Invasive Procedures, and Mortality. *JAMA* 2016, doi: 10.1001/jamainternmed.2016.4298

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Die Entscheidung zur Aufnahme auf eine Intensivstation (ITS) wird oft aus nicht medizinischen Gründen getroffen, ohne dass der Patient einen Überlebensvorteil hätte. Das verursacht hohe Kosten und ist ethisch bedenklich. Übertherapie führt zur Überlastung von Ärzten und Pflegekräften; sie belastet Angehörige, die schwere Entscheidungen treffen und langfristig die Pflege von Überlebenden mit ITS-Folgeschäden sicherstellen müssen. Die Entscheidung für eine ITS-Aufnahme sollte stets auf einer medizinischen Indikation und einem realistischen Therapieziel basieren und im Einklang mit dem Patientenwillen sein. Voraussetzungen dafür sind eine gute Arbeitsumgebung, genügend Zeit für Kommunikation und ausreichendes, qualifiziertes Personal.

PD Dr. med. Christiane Hartog,

Fachärztin an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums Jena



KÖPFE

Prof. Dr. med. Jan Schildmann hat die Professur für Medizinethik an der Wilhelm-Löhe-Hochschule in Fürth übernommen. Er studierte Medizin in Berlin, Madrid, London und New York und absolvierte dann ein Postgraduiertenstudium in Medical Law & Ethics am King's College, London. Nach Stationen in Erlangen, Berlin und Bochum forschte und lehrte er zuletzt am Institut für Bio- und Medizinethik der Universität Basel.

Prof. Dr. med. Christoph Heintze ist zum Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Berliner Charité ernannt worden und hat zugleich eine neu geschaffene Professur auf Lebenszeit angetreten. Heintze, der in Heidelberg, Ecuador und Chile Medizin studierte, war bis 1999 Arzt in Weiterbildung für Chirurgie in Augsburg. 2001 wechselte er an die Charité. Dort arbeitete er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und übernahm 2012 dessen kommissarische Leitung.

Prof. Dr. med. Michael Baumann ist zum Wissenschaftlichen Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums gewählt worden. Nach dem Medizinstudium in Hamburg ging er zunächst an die Harvard Medical School in Boston, schloss eine Ausbildung zum Facharzt für Strahlentherapie ab und habilitierte 1994 in Hamburg. 1995 wechselte Baumann nach Dresden, wo er zuletzt Professor für Radioonkologie an der TU Dresden und Klinikdirektor der Strahlentherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus war und außerdem das Institut für Radioonkologie des Helmholtz-Zentrums Dresden-Rossendorf sowie das Nationale Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie leitete.

Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar ist neuer Professor für Versorgungsforschung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und Stellvertretender Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der dortigen Uniklinik. Nach dem

Medizinstudium in Düsseldorf und der Facharzt-ausbildung in Allgemeinmedizin habilitierte er an der Universität Witten/Herdecke. Vollmar wirkte am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung sowie am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen und war zuletzt am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf tätig.

Prof. Dr. med. Max Geraedts hat die Leitung des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität Marburg übernommen. Geraedts schloss das Medizinstudium in Marburg mit der Promotion ab und studierte anschließend Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin in Düsseldorf. Nach Stationen in Tübingen und San Francisco war er von 2000 bis 2008 Professor für Public Health in Düsseldorf. Seit 2009 leitete Geraedts das Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
32. Jahrestagung der Deutschen Adipositasgesellschaft	Folgeerkrankungen und Sekundärkomplikationen bei Adipositas, operative Eingriffe	17.–19.11.2016 Frankfurt am Main	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V./Geschäftsstelle Fraunhoferstraße 5 82152 Martinsried	www.dag-kongress.de > Teilnehmer > Registrierung E-Mail: cstrietz@eventlab.org Telefon: 0341 240596-90
2. IAG Wissensbörse Prävention: „Zwischen Paragrafendschungel, Präventionskultur und Vision Zero“	Gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung, Beschäftigungsfähigkeit Älterer erhalten	21.–22.11.2016 Dresden	Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden	www.dguv.de/iag/veranstaltungen E-Mail: wissensboerse.iag@dguv.de Telefon: 0351 457-1551
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Psychiatrische Erkrankungen in der Hausarztpraxis, psychiatrische Pflege	23.–26.11.2016 Berlin	DGPPN e. V./Geschäftsstelle Reinhardtstr. 27 B 10117 Berlin	www.dgppnkongress.de E-Mail: dgppn16@cpo-hanser.de Telefon: 030 300-6690
11. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG)	Zukunft der Wirbelsäulenchirurgie, Bildgebung, Robotik, Alterschirurgie, Adipositas	1.–3.12.2016 Hannover	DWG e. V./Geschäftsstelle c/o Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik, Helmholtzstraße 14, 89081 Ulm	www.dwg-kongress.de > Registrierung E-Mail: dwg@conventus.de Telefon: 03641 3116-311
24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlaf-forschung und Schlafmedizin (DGSM)	Medizintechnische Verfahren, Chronobiologie, Schlaf und Reisen, Grundlagenforschung	1.–3.12.2016 Dresden	DGSM e. V./Geschäftsstelle c/o Hephata-Klinik Schimmelpfengstraße 6 34613 Schwalmstadt-Treysa	www.dgsm-kongress.de > Registrierung & Abstracts > Anmeldung E-Mail: info@dgsm-kongress.de Telefon: 03641 3116-360
40. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruckliga: „Hypertonie in Bewegung“	Bewegung und Lebensstil, Hypertonie bei Kindern, Jugendlichen und im Alter, Telemedizin	1.–3.12.2016 Berlin	Deutsche Hochdruckliga e. V. Geschäftsstelle Berliner Straße 46 69120 Heidelberg	www.hypertonie-kongress.de > Registrierung & Abstracts > Anmeldung E-Mail: registrierung@conventus.de Telefon: 03641 3116-160

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:
Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; **Grafik:** Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de