



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PATIENTENRECHTEGESETZ

Eine Mogelpackung?

+++ Positionen, Chancen, Hintergründe

SPEZIAL

STARTSCHUSS

Gut ist erst mal gut genug

von Wolfgang Zöller 3

ÜBERBLICK

Mehr Schein als Sein

von Monika Schneider 4

WISSEN VERBREITEN

»Ärzte sind nicht auf dem neuesten Stand«

Interview mit Gerd Antes 7

BEHANDLUNGSFEHLER

Fehler mit Folgen

von Otmar Müller 8

FEHLERKULTUR

Aus Fehlern lernen

von Thomas Ebel 10

PRIVATLEISTUNGEN

Mehr Bedenkzeit für Patienten

von Bernhard Egger 11

AOK-NAVIGATOREN

Durchblick im Dschungel

von Claus Fahlenbrach 12

ENTSCHEIDUNGSHILFEN

Gut informiert, sicher entscheiden

von Eike Eymers 14

PATIENTENRECHTEGESETZ

Chancen verpasst

von Anja Mertens 15

STATEMENTS

Wie beurteilen Sie das Patientenrechtegesetz? 16

Literatur

- Imogen Evans, Hazel Thornton et al.

Wo ist der Beweis?

Huber, Bern 2013

- Klaus Zok

Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage

WIdO-monitor, 2/2010

- AOK-Bundesverband

Mehr Sicherheit für Patienten

G+G-Spezial, 11/2012

- AOK-Bundesverband

Geburt ohne Blutverlust

G+G 12/2012

Internet

- www.aok-bv.de

Website des AOK-Bundesverbandes.

Unter → Politik → Gesetze finden Sie Informationen zu laufenden und abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahren im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik.

- www.aok-gesundheitsnavi.de

Der AOK-Gesundheitsnavigator ist die Plattform für den Arzt-, Pflege- und Krankenhausnavigator.

- www.aok.de

Website der AOK-Gemeinschaft. Unter → Gesundheit → Gesundheitsinfos finden Sie die medizinischen Entscheidungshilfen der AOK

- www.igel-monitor.de

Website des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) mit wissenschaftlich fundierten Ergebnissen zu den gängigsten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

- www.simparteam.de

Website zum Projekt Simparteam des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. mit Informationen zum Geburtshilfe-Notfalltraining

- www.patientenbeauftragter.de

Website des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller

- www.eprd.de

Website des vom AOK-Bundesverband mit initiierten Endoprothesenregisters Deutschland für mehr Patientensicherheit

- www.cochrane.de

Website des deutschen Ablegers der Cochrane Collaboration, eines internationalen Netzwerks von Wissenschaftlern und Ärzten, das sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert.

- www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Website des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS). Ziel dieses Netzwerks ist eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland.

- www.choosingwisely.org

Website der amerikanischen Initiative „choosing wisely“. Ein Ziel der Initiative ist es, für die verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen jeweils eine Liste mit fünf verzichtbaren Diagnose- beziehungsweise Behandlungsmethoden aufzustellen.

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

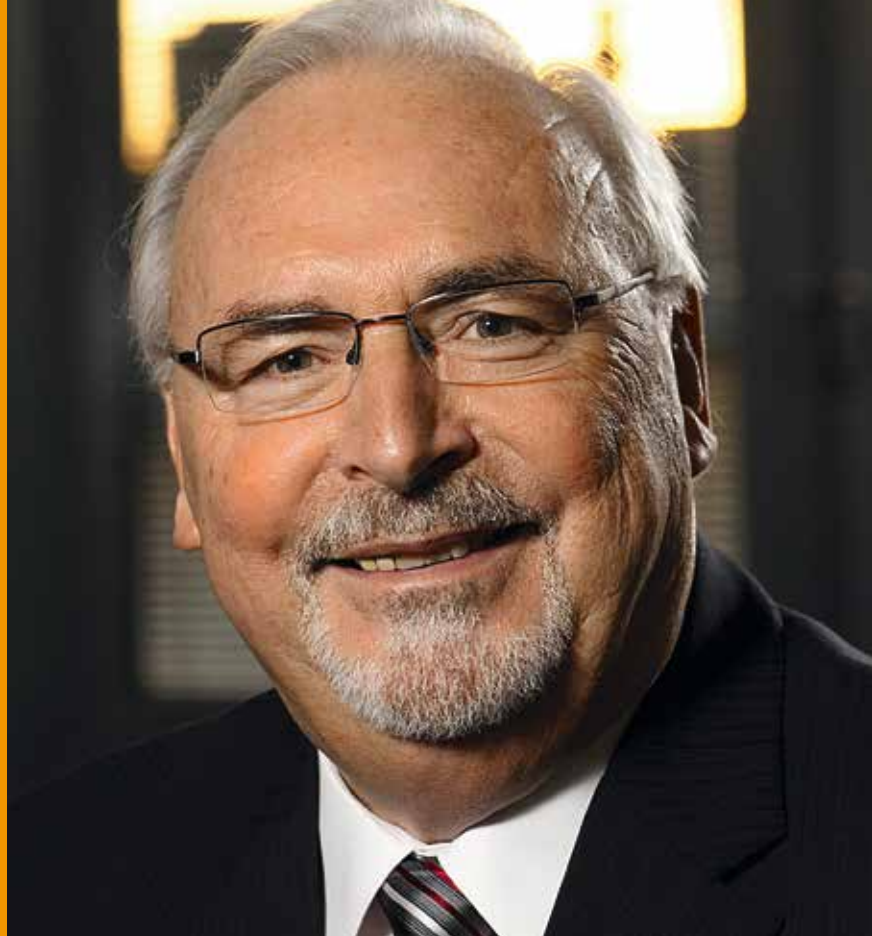
Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Otmar Müller, Bettina Nellen (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes | Stand: Januar 2013

Gut ist erst mal gut genug

Mehr Transparenz und Sicherheit im Gesundheitswesen – das ist das Ziel des neuen Patientenrechtegesetzes. Der Patientenbeauftragte **Wolfgang Zöller** findet, dass das Gesetz die Rechte der Patienten zwar schon entscheidend stärkt, aber er hätte sich noch mehr gewünscht.



Das Patientenrechtegesetz ist das moderne Fundament für ein immer komplizierteres Gesundheitswesen. Es stellt endlich benötigte Transparenz über die Rechte und Pflichten aller Beteiligten her. Auf dieser Informationsgrundlage werden die Patienten zu gleichwertigen Partnern und ein vertrauensvolles Miteinander wird zur Regel. Darüber hinaus werden die Rechte der Patienten an entscheidenden Stellen weiterentwickelt:

Mit den Regelungen zum Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch können sie endlich an einer Stelle nachlesen, welche Rechte sie gegenüber dem Behandler, also dem Arzt oder dem Zahnarzt, aber auch gegenüber dem Physiotherapeuten, der Hebamme oder dem Heilpraktiker haben.

Dabei kommt dem Recht auf Aufklärung und Information große Bedeutung zu: Wir schreiben fest, dass Patienten über Nutzen und Risiken einer Maßnahme sowie über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden müssen. Außerdem verpflichten wir Ärzte, ihre Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung schriftlich zu informieren, wenn die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt. Bestandteil des Gesetzes ist auch eine ausdrückliche Informationspflicht hinsichtlich eigener und fremder Behandlungsfehler. Darüber hinaus wird unter anderem festgeschrieben, in welchen Fällen bei einem Behandlungsfehler der Arzt die Beweislast trägt.

Das Patientenrechtegesetz enthält weiterhin Regelungen zu Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Krankenkassen werden zur schnellen Entscheidung über Anträge auf Leistungen verpflichtet. Zudem wird die verbesserte Unterstützung bei Behandlungsfehlern durch die Krankenkassen Patienten die Durchsetzung von Ansprüchen auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld erleichtern. Und nicht zuletzt werden die Beteiligungsrechte der Patienten gestärkt.

Natürlich hätte ich mir als Patientenbeauftragter auch an einigen Stellen weitergehende Regelungen gewünscht, etwa einen Härtefallfonds für die Opfer von Behandlungsfehlern. Hier konnten jedoch viele Fragen – wer bekommt Zahlungen und wer zahlt ein – nicht geklärt werden. Dass nur die Versicherten einzahlen, ist für mich keine Lösung. Deshalb prüfen wir neben dem Gesetzgebungsverfahren praktikable Lösungen.

Insgesamt aber werden Patienten und Versicherte besser über ihre Rechte informiert, was ein wesentlicher Beitrag zu mehr Therapiequalität und Transparenz ist.

Wolfgang Zöller, MdB

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Mehr Schein als Sein

Das Patientenrechtegesetz sieht nur auf den ersten Blick vielversprechend aus – wirkliche Neuerungen für die Patienten bringt es kaum. Der Politik fehlte der Mut, lang überfällige Verbesserungen zum Schutz der Patienten endlich umzusetzen. Von **Monika Schneider**

Seit mehr als 20 Jahren wird in Deutschland über die Verbesserung der Patientenrechte debattiert. Dabei ist häufig weder den behandelnden Ärzten und Therapeuten noch den Patienten klar, welche Rechte und Pflichten für beide Seiten im Behandlungsprozess eigentlich gelten. Diese Unwissenheit erschwert das Vertrauensverhältnis zwischen Behandelnden und Patienten und erzeugt unnötigen Ärger und Aufwand im Praxisalltag. Wird das Patientenrechtegesetz einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientenrechte leisten?

Kaum Neuerungen. Das Gesetz liefert erstmalig eine Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung und ist damit die Basis dafür, dass Rechte und Pflichten nun transparent für den Behandlungsalltag einsehbar sind. Wirkliche Neuerungen zur

Stärkung der Patientenrechte beinhaltet das Gesetz nicht. Leider hatte der Gesetzgeber nicht den Mut, längst überfällige Verbesserungen der Patientenrechte anzugehen. Die AOK fordert beispielsweise seit langem, die Beweislast bei Behandlungsfehlervorwürfen ausgewogener zu verteilen. Bisher trägt der Patient die gesamte Beweislast. Er muss den Fehler, den Schaden und den Ursachenzusammenhang belegen. Für eine prozessuale Chancengleichheit sollte künftig der Behandelnde zumindest beweisen müssen, dass der Behandlungsfehler nicht für den erlittenen Schaden verantwortlich war.

Die AOK bietet ihren Versicherten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler seit mehr als zwölf Jahren Beratung und Unterstützung an (siehe auch den Beitrag „Fehler mit Folgen“ auf Seite 8). Dass mit dem Patientenrechtegesetz nun alle Kranken-



Jürgen Graalmann
ist Geschäftsführender
Vorstand des AOK-
Bundesverbandes.

»Die Politik hat nicht alle Möglichkeiten genutzt«

bracht, die den Patienten vor unnötigen Behandlungen schützen. Vor allem hätten wir uns gewünscht, dass bei einem Behandlungsfehlerverdacht die Beweislast zugunsten der Patienten verbessert wird.

Was können Kassen tun, um Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen?

Die AOK tut hier schon seit Jahren viel. Wir informieren im Internet und in unseren Geschäftsstellen, welche Rechte Patienten im Behandlungsprozess haben, geben Hilfestellungen und unterstützen seit mehr als zehn Jahren, wenn Patienten einen Behandlungsfehler vermuten. Mit unseren Gesundheitsnavigatoren machen wir die Qualität von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen transparent. Patienten können ihre Ärzte bewerten.

Wir bieten Hilfen zur Entscheidung bei schwierigen Behandlungen und klären über unnütze Leistungen auf. Doch es muss mehr getan werden, damit Patientenrechte im Versorgungsalltag gelebt werden.

Was muss noch passieren?

Patientenrechte müssen Teil der Qualitätssicherung werden. Patienten sollten dort behandelt werden, wo die Qualität am höchsten ist. Hier wollen wir künftig mehr Steuerungsmöglichkeiten erhalten. Das setzt voraus, dass wir auch für niedergelassene Ärzte messbare Qualitätsdaten haben. Ziel muss sein, dass die Beitragszahler nicht mehr jede Leistung finanzieren müssen und ein Wettbewerb für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung organisiert wird. ■

Wie beurteilt die AOK das neue Patientenrechtegesetz?

Das Gesetz ist ein Schritt in die richtige Richtung und sorgt für ein Mindestmaß an Transparenz über die Rechte und Pflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis. Von einer echten Stärkung der Patientenrechte kann aber keine Rede sein. Die Politik hat mit dem Gesetz beispielsweise keinerlei Neuerungen auf den Weg ge-

kassen diesen Service anbieten sollen, eröffnet den Versicherten ein entsprechendes Angebot. Allerdings hätte der Gesetzgeber die Art der Unterstützung klarer definieren und neben den Behandlungsfehlern auch fehlerhafte Medizinprodukte oder Arzneimittel einschließen sollen.

Verpasste Chance. Eine weitere verpasste Chance des Gesetzes ist der verbesserte Schutz der Patienten vor medizinisch nicht notwendigen und unnützen Behandlungen. So nimmt die Zahl der in den Arztpraxen angebotenen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die der Patient aus eigener Tasche zu bezahlen hat, seit Jahren kontinuierlich zu. Einige dieser Wunschleistungen sind umstritten, andere sind nicht für jeden Patienten sinnvoll (siehe auch den Beitrag „Mehr Bedenkzeit für Patienten“ auf Seite 11). Hier hätte nach Forderung der Gesundheitskasse die gesetzliche Regelung nicht nur eine schriftliche Information über die Kosten, sondern auch eine umfassende Aufklärung über den Nutzen der Leistung vorsehen müssen. Doch nicht nur umstrittene IGeL-Leistungen haben zugenommen, auch die Zahl von Operationen steigt, deren Mengenentwicklung medizinisch und demografisch nicht eindeutig zu erklären ist. Besonders deutlich wird das seit einigen Jahren bei Eingriffen an der Wirbelsäule. Es ist nicht hinnehmbar, dass wirtschaftliche Interessen der Kliniken hier über das Wohl der Patienten gestellt werden.

Ausreichende Qualität? Der Patient hat ein Recht auf eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Krankenkassen sollten daher auch das Recht erhalten, Patienten über die Qualität der Einrichtung zu informieren und etwa bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses zu unterstützen. Die AOK kann beispielsweise – als bislang einzige deutsche Krankenkasse – anhand von Routinedaten aus den Kliniken feststellen, welche wie oft einen bestimmten Eingriff vornimmt und wo Komplikationen über- oder unterdurchschnittlich sind. Mit dem Projekt „Qualitätssicherung durch Routinedaten“ (QSR) hat die AOK aus Millionen Datensätzen der Krankenhäuser fundierte Ergebnisse abgeleitet, die Versicherten Auskunft darüber geben, ob ein Krankenhaus für eine bestimmte Indikation gute Qualität bietet. Der Krankenhausnavigator der AOK liefert den Versicherten über das Internet einen leicht verständlichen Zugang zu wichtigen Parametern wie Qualität, Häufigkeit der Behandlung oder Anzahl der Ärzte und Pfleger pro Patient sowie eine Bewertung durch ehemalige Patienten (siehe auch den Beitrag „Durchblick im Dschungel“ auf Seite 12). Mit der zielgerichteten Auswahl des Kranken-



Sieht vielversprechend aus – ist aber außer Zucker und Farbe nicht viel drin.

hauses erhöht sich für die Patienten die Wahrscheinlichkeit auf eine bessere medizinische Behandlung. Damit die beste Qualität in den Mittelpunkt der Versorgung kommt, muss die Politik hier mehr Gestaltungsfreiräume, beispielsweise direkte Verträge zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen, zulassen, damit das Geld künftig in die beste Qualität fließt.

Eine gute Qualität der Versorgung schließt Patientensicherheit ein. Aus Behandlungsfehlern zu lernen, ist dabei eine Form der Qualitätssicherung. Immerhin: Das Patientenrechtegesetz gibt erste Impulse, krankenhausinterne und einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme einzurichten. Zu kritisieren ist hier jedoch die Einschränkung auf den stationären Bereich. Außerdem sind aus Sicht der AOK Fehlermeldesysteme Bestandteil der Qualitätssicherung und daher auch von den Krankenhäusern selber zu finanzieren.

Zusätzliche Bürokratie. Neu im Gesetz ist die Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber den Krankenkassen. Diese sollen innerhalb von drei Wochen oder bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) innerhalb von fünf Wochen über Leistungsanträge ihrer Versicherten entscheiden. Die Versicherten wiederum sollen künftig ihre Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen, wie Hausarztzentrierte Versorgung oder Integrierte Versorgung, innerhalb von 14 Tagen widerrufen können. Bei der AOK gibt es allerdings in vielen Leistungsbereichen bereits kürzere Entscheidungsfristen. Zudem konnten Versicherte bisher sehr flexibel aus einem Versorgungsvertrag ausscheiden, wenn sie mit der Versorgung unzufrieden waren. Durch die nun gesetzlich festgelegten starren Fristen gewinnen die Patienten also nichts, während für die AOK durch die Überprüfung und Dokumentation der Fristenwahrung vor allem zusätzliche Bürokratie entsteht.



Auch wenn das Patientenrechtegesetz die Erwartungen nicht erfüllt hat, lässt sich dennoch feststellen: Das vorliegende Gesetz ist ein erster wichtiger Schritt dahin, dass Ärzte und Patienten mehr Transparenz über die bestehende Rechtslage erhalten. Für die AOK reicht es jedoch nicht aus, Versicherte und Ärzte in „verständlicher Sprache“ und „geeigneter Form“ über die Rechte zu informieren. Die eigentliche Herausforderung besteht künftig darin, dass Ärzte und Therapeuten die Patientenrechte als Bestandteil der Qualitätssicherung auch in die Praxis umsetzen.

Mehr Transparenz. Wo zunehmender Wettbewerb unter den Leistungserbringern und eine immer größer werdende Angebotspalette an medizinischen Dienstleistungen für die Patienten mehr Entscheidungsfreiheit bedeuten, wird auf der anderen Seite der Informationsbedarf für die Orientierung im Gesundheitswesen größer. Damit Patienten auf Augenhöhe mit den Behandelnden entscheiden können, müssen Information und Aufklärung im Sinne des Gesetzes verbessert und Transparenz über die Qualität der Leistungen geschaffen werden. Verschiedene Studien belegen, dass der gut informierte Patient, der mit dem Behandelnden gemeinsam über die Therapie entscheidet, großen Einfluss auf den Therapieerfolg nimmt.

Endoprothesenregister

Im Dezember 2012 ist das Endoprothesenregister (EPRD) nach einer längeren Testphase an den Start gegangen. Ziel des vom AOK-Bundesverband und anderen Partnern initiierten Registers ist es, Probleme bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken (Endoprothesen) künftig leichter zu identifizieren und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Hintergrund: Jedes Jahr erhalten in Deutschland knapp 400.000 Patienten ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk. Bei rund 37.000 dieser Patienten muss die Endoprothese wegen Problemen ausgetauscht werden. Der Datenpool des EPRD soll es künftig möglich machen, die Ursachen für einen eventuellen Misserfolg bei einem Endoprothesen-Eingriff leichter aufzuschlüsseln. Es ist dann einfacher zu erkennen, welche Gründe es für die erneute Operation gibt: beispielsweise die Qualität der verwendeten Implantate, das operative Vorgehen oder weil der Patient das verwendete Material nicht gut verträgt. Mithilfe des Registers können Patienten bei Bedarf rasch und gezielt über fehlerhafte Implantate informiert werden. Damit dient es auch als Frühwarnsystem für alle Beteiligten und erhöht so die Patientensicherheit. Zu Beginn des Probetriebs nehmen 30 Kliniken teil, 200 Krankenhäuser haben ihr Interesse an einer Teilnahme bereits angekündigt.

Die AOK hält deshalb bereits seit Jahren ein auf die verschiedenen Patientenbedürfnisse ausgerichtetes Informationsangebot bereit. Im Internet gibt es Informationen über Krankheiten und deren Behandlung und interaktive Entscheidungshilfen zu verschiedenen Therapien (siehe auch den Beitrag „Gut informiert, sicher entscheiden“ auf Seite 14). Darüber hinaus unterstützt die AOK Patienten bei der Krankheitsbewältigung. So können sich Patienten zum Beispiel bei der Telefonhotline Clarimedis Rat holen oder sich an anerkannte Spezialisten wenden, um bei bestimmten Diagnosen wie etwa Krebs eine zweite medizinische Meinung einzuholen.

Die am häufigsten gestellte Frage der Patienten betrifft allerdings die Qualität der Gesundheitsversorgung. Wo finde ich den besten Arzt – das beste Krankenhaus? Neben dem Krankenhausnavigator für die Unterstützung bei der Suche nach der richtigen Klinik hat die AOK auch ein Bewertungstool für die Arztsuche entwickelt. Mit dem Arztnavigator, in dem Patienten Ärzte bewerten, hat die AOK gemeinsam mit Partnern wie der Weissen Liste eine Plattform geschaffen, die den Versicherten eine gute erste Orientierung anbietet. Weitere Navigatoren, wie etwa der Pflegenavigator, unterstützen die Versicherten bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst oder Pflegeheim.

Patientenquittung. Doch auch, wenn es um die Kosten für Gesundheit geht, kann die AOK für mehr Transparenz sorgen. So können sich AOK-Versicherte künftig per Internet detailliert über die Kosten ihrer Gesundheitsversorgung informieren. Für medizinische Laien verständlich aufbereitet, schlüsselt die Patientenquittung auf, welche Behandlung der Arzt beziehungsweise Zahnarzt durchgeführt hat und zu welchem Preis diese abgerechnet wurde. Versicherte erfahren auch, was ein Krankenhausaufenthalt gekostet hat oder wie teuer verschriebene Medikamente oder Heil- und Hilfsmittel (wie Massagen oder Krankengymnastik) waren. Die AOK-Patientenquittung zeigt, dass auch mit dem Sachleistungsprinzip ein Überblick über die Kosten möglich ist.

Ob allgemeine Gesundheitsinformationen im Internet oder AOK-Gesundheitsexperten am Telefon, ob es um Entscheidungshilfen zu Therapieangeboten geht oder darum, über die Qualität von Leistungen mit den Gesundheitsnavigatoren zu informieren: Die AOK setzt hier Zeichen für die Stärkung der Informationsrechte der Patienten und sorgt für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Die Angebote werden von den Versicherten nachgefragt und als wertvolle Unterstützung angenommen. Sie können damit souveräne Entscheidungen treffen. Auch wenn das vorliegende Patientenrechtegesetz nur wenige Verbesserungen für die Patienten bereithält, kann es einen wichtigen Beitrag leisten, das Verhältnis zwischen Behandelnden und Patienten zu stärken. Bedingung dafür ist, dass das Recht nun auch umfassend in den Versorgungsalltag überführt wird. ■

Monika Schneider ist Referentin in der Geschäftsführungseinheit „Politik/Unternehmensentwicklung“ beim AOK-Bundesverband.



»Ärzte sind nicht auf dem neuesten Stand«

Die Ergebnisse aktueller medizinischer Studien kommen entweder gar nicht oder erst sehr spät bei den Ärzten an. **Gerd Antes** fordert deshalb, allen Medizinern im deutschen Sprachraum Übersetzungen der neuesten Studienergebnisse zur Verfügung zu stellen.

Das medizinische Wissen entwickelt sich ständig weiter. Kommen die neuen Erkenntnisse auch beim Patienten an?

Leider nicht. Studien zeigen, dass sich das Wissen in der Medizin in wenigen Jahren verdoppelt. Dabei entsteht nicht nur permanent neues Wissen, es wird auch ständig altes Wissen relativiert, etwa, wenn sich eine bisherige Behandlungsmethode als minderwertig erwiesen hat. Ein großer Teil dieses neuen Wissens kommt gar nicht oder erst sehr spät bei den Ärzten an. Es dauert bis zu fünfzehn Jahre, bis neues medizinisches Wissen als Leitlinie vorliegt oder Eingang in die Lehrbücher findet. Und dann ist es ja noch lange nicht bei allen Ärzten bekannt.

Welche Gründe gibt es dafür?

Alle wichtigen neuen Studienergebnisse werden heute auf Englisch publiziert, in der Regel in den großen internationalen Medizinzeitschriften. Die Wissenschaftssprache Englisch ist für viele Ärzte aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse eine ernsthafte Barriere. Ein großer Teil der Ärzteschaft hat also schlicht keinen Zugang zum aktuellsten Wissen. Die ärztliche Fortbildungspflicht hilft auch nicht weiter. Die Fortbildungen dienen zu oft nicht nur der Vermittlung von Wissen, sondern sind überlagert von kommerziellen Interessen. Es fehlen die Strukturen, das international publizierte Wissen dem deutschen Arzt in nutzerfreundlicher Form bereitzustellen.

Was sind die Konsequenzen für Patienten?

Falsches oder fehlendes Wissen birgt die Gefahr, dass Patienten nicht optimal diagnostiziert oder behandelt werden. Das

kann zu vermeidbaren Krankheiten oder im schlimmsten Fall zu Todesfällen führen. Ein dramatisches Beispiel: In den 70er- und 80er-Jahren erhielten amerikanische Patienten nach einem akuten Herzinfarkt ein bestimmtes Medikament, das als Mittel gegen Herzrhythmusstörungen entwickelt und zugelassen war. Eine kleine Studie

» Die Hälfte aller wissenschaftlichen Studien wird nicht veröffentlicht. «

deutete Anfang der 80er-Jahre darauf hin, dass durch den Einsatz des Medikamentes mehr statt weniger Patienten starben, wurde jedoch nicht veröffentlicht. Es dauerte noch etliche Jahre mit sehr vielen vermeidbaren Todesfällen, bis die Schäden durch dieses Medikament eindeutig belegt waren. Erst danach wurde der frühe Hinweis durch die Studie veröffentlicht.

Welche Gründe gibt es, wissenschaftliche Studien nicht zu veröffentlichen?

Studien haben grundsätzlich bessere Chancen, veröffentlicht zu werden, wenn sie markante Ergebnisse zeigen. Das geschieht dann auch noch deutlich schneller als bei Studien mit weniger „sexy“ Ergebnissen. An diesem schädlichen Mechanismus sind Wissenschaftler, Zeitschriften, Geldgeber und politische Instanzen gleichermaßen beteiligt. Auf diese Weise sehen rund die Hälfte aller klinischen Studien nie das Licht der Öffentlichkeit. Ein ungeheurer Schatz an medizinischem Wissen geht verloren. Was wir brauchen,

ist eine zwingende Anmeldepflicht von Studien in einem für Ärzte und Patienten frei zugänglichen Register, wie es in anderen Ländern längst Gesetz ist. Das wäre quasi die Mindestanforderung, um das Verschwinden von Studienergebnissen zu verhindern. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass die Studienergebnisse auch tatsächlich veröffentlicht werden, wie es etwa in den USA bereits gesetzlich geregelt ist. Damit Ärzte in Deutschland Zugang zu dem neuesten Wissen aus allen Studien bekommen – egal ob national oder international –, müssen die Studienergebnisse für Ärzte und Patienten zugänglich gemacht werden – und zwar übersetzt in die deutsche Sprache. Dies könnte, ähnlich wie es in anderen Ländern geschieht, eine Art Wissensinstitut der Medizin übernehmen. Denn die schnelle und für Arzneimittel und nicht medikamentöse Verfahren einheitliche Verfügbarkeit allen relevanten Wissens ist ein Eckpfeiler der modernen Medizin und unverzichtbar.

Was können Patienten tun, um eine Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bekommen?

Die Patienten müssen die Verantwortung für ihre Gesundheit ein Stück weit auch selbst übernehmen. Dazu gehört, sich mit dem Nutzen sowie den leider unvermeidlichen Risiken jeder Behandlung auseinanderzusetzen und ein wissender Gesprächspartner für den Arzt zu sein. Der informierte Patient sollte nicht nur eine politische Forderung sein, sondern zunehmend mehr gelebte Praxis, weil darin vermutlich mit das größte Potenzial für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung liegt. ■

Fehler mit Folgen

Wenn Patienten den Verdacht haben, dass beim Arzt etwas schiefgelaufen ist, hilft das AOK-Serviceteam „Ärztliche Behandlungsfehler“. Michael Schmitz wäre wegen eines Behandlungsfehlers fast gestorben. Die AOK half ihm, zu seinem Recht zu kommen. Von **Otmar Müller**

Den 27. Oktober 2006 wird Sabrina Schmitz so schnell nicht vergessen. Ihr Mann, Michael Schmitz, muss an diesem Tag im Mönchengladbacher Bethesda-Krankenhaus notoperiert werden. Es geht um Leben und Tod. Die Operation verläuft zunächst erfolgreich, doch der behandelnde Arzt erklärt ihr, dass sich erst in den nächsten acht Tagen entscheide, ob ihr Mann den schweren Eingriff überleben werde. Michael Schmitz verliert zwischenzeitlich das Bewusstsein, kann nicht mehr selbstständig atmen und muss in ein künstliches Koma gelegt werden.

Wie war es dazu gekommen? Wenige Tage zuvor hatten die Ärzte in einem anderen, nahe gelegenen Krankenhaus den Patienten zunächst stationär aufgenommen, doch dann trotz massiver Bauchschmerzen und mit stark erhöhten Entzündungswerten im Blut nach Hause entlassen. Diagnose: Magen-Darm-Grippe. Therapie: Kamillentee und Zwieback. Ein schwerer Behandlungsfehler, denn Michael Schmitz hatte keine Magen-Darm-Grippe, sondern eine Divertikulitis. Bei dieser häufig auftretenden Erkrankung bilden sich schmerzhafte Entzündungen im Darm. Eine Divertikulitis ist eigentlich sehr leicht zu diagnostizieren. Früh genug behandelt, verläuft diese „Volkskrankheit“ in der Regel harmlos und heilt komplikationslos ab. Unbehandelt

allerdings kann sie in manchen Fällen zu einer gefährlichen Darmperforation führen. So wie bei Michael Schmitz.

Nicht ernst genommen. Sechs Tage vor der Notoperation: Schmitz sucht mit schweren Magen-Darm-Beschwerden am Samstagmorgen die Notaufnahme des ersten Krankenhauses auf. „Der Notarzt hat mir Blut abgenommen, einige Untersuchungen gemacht und mir gesagt, er würde mich sicherheitshalber stationär aufnehmen“, erzählt Michael Schmitz. „Auf Station wurde ich dann überhaupt nicht mehr untersucht. Die haben sich einfach drauf verlassen, dass das wohl eine Magen-Darm-Grippe ist.“ Bereits am nächsten Morgen wird er wieder entlassen. Die Schmerzen lassen jedoch nicht nach, sondern werden immer schlimmer. Auch dem Hausarzt fällt nichts besseres als Schmerzmittel und Schonkost ein. So sucht Schmitz mit seiner Frau nach einigen Tagen die ärztliche Notfallpraxis auf. Diese befindet sich auf dem Gelände desselben Krankenhauses, das ihn erst kurz zuvor entlassen hatte. Hier untersucht ihn der diensthabende Arzt Dr. Peter Hermann* und weiß schon nach wenigen Minuten, wie ernst es um den Patienten steht. Er schaut sich die Blutwerte an, die beim ersten Krankenhausaufenthalt gemessen wurden und kann nicht glauben, dass man den Pati-



Carin Schmidbauer gehört zum AOK-Serviceteam „Ärztliche Behandlungsfehler“ der AOK Rheinland/Hamburg.



Das Prozedere zum Nachweis eines Behandlungsfehlers kann langwierig sein und verlangt ein hohes Maß an Sachkenntnis.



Bei Michael Schmitz und seiner Frau Sabrina hat sich bis heute keiner der beteiligten Ärzte entschuldigt.



Heute geht es Michael Schmitz wieder gut. Das sah vor sechs Jahren noch ganz anders aus. Nach einem Behandlungsfehler musste er notoperiert werden und lag tagelang im Koma.

enten mit solchen Werten überhaupt entlassen hatte. „Der Arzt sagte uns ganz offen, dass man meinen Mann im Krankenhaus offensichtlich nicht ernst genommen hätte. Wir müssten damit rechnen, dass noch am selben Abend operiert werden müsse. Er riet uns allerdings davon ab, ins Krankenhaus direkt nebenan zu gehen“, erklärt Sabrina Schmitz. Der Arzt empfiehlt dem Paar stattdessen, in das Bethesda-Krankenhaus zu fahren. Dort wird dann nach einer gründlichen Untersuchung sofort die Notoperation eingeleitet. „Es war höchste Zeit: 24 Stunden später, so haben es mir die Ärzte nach der Operation gesagt, wäre es wohl zu spät gewesen“, sagt Michael Schmitz. Sein Darm war gerissen, der Inhalt hatte sich in die Bauchhöhle entleert. Die dadurch entstandene Bauchfellentzündung war lebensgefährlich.

Kontakt zur AOK. Aufgrund der offenen Worte des Notfallarztes war Sabrina Schmitz sofort klar, dass im ersten Krankenhaus etwas furchtbar schiefgelaufen sein musste. Und auch wenn ihr Mann einfach nur froh war, überlebt zu haben, und mit der ganzen Sache nichts mehr zu tun haben wollte, stand für seine Frau fest, dass man das so nicht stehen lassen konnte. „Ich bin dann zur AOK gegangen und hab mich informiert. Dort nannte man mir eine Ansprechpartnerin im Behandlungsfehler-Team. Die Dame dort war super nett und erklärte mir ganz genau, wie es jetzt weitergehen würde“, erzählt Sabrina Schmitz.

Für das AOK-Serviceteam „Ärztliche Behandlungsfehler“ der AOK Rheinland/Hamburg ist der Fall von Michael Schmitz kein Einzelfall. Seit seiner Gründung vor 15 Jahren hat das Team rund 11.000 Verdachtsfälle bearbeitet. „Für die Versicherten gestaltet es sich meist schwierig, die medizinischen Fragen klären zu lassen, die mit einem Verdacht auf Behandlungsfehler verbunden sind. Das Prozedere verlangt Sachkenntnis und zieht sich oft sehr lange hin“, erklärt Carin Schmidbauer, eine von neun Mitarbeitern im Behandlungsfehler-Team. Das Serviceteam unterstützt die Versicherten deshalb während des gesamten Ablaufs. In der Regel haben die Versicherten die Wahl zwischen einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder der Gutachterkommission der Ärztekammer. „Da zu diesem Zeitpunkt kein geeigneter MDK-Gutachter zur Verfügung stand, haben wir der Familie Schmitz angeboten, ein Gutachten von der Gutachterkommission anzufordern. Für uns ist solch ein Fall Routine und wir konnten unserem Versicherten dabei helfen, die nötigen Krankenakten von der Klinik zu beschaffen und alle weiteren Unterlagen für das Gutachten vorzubereiten“, erklärt Schmidbauer.

Anwaltliche Hilfe. Das erste Gutachten der Kommission ist bereits eindeutig. Dennoch erhebt das Krankenhaus Einspruch. Ein zweites Gutachten bestätigt allerdings den Behandlungsfehler. Und dieses Gutachten wird dann von der Klinik nicht mehr angefochten. „Die Dame von der AOK sagte mir, dass es jetzt an

der Zeit wäre, einen Anwalt zu engagieren, der dann mit der Versicherung außergerichtlich ein Schmerzensgeld aushandeln werde“, erklärt Michael Schmitz. Schon wenige Wochen später zahlt die Versicherung eine Entschädigung von 22.000 Euro.

Heute geht es Michael Schmitz wieder gut. Von außen sieht man nur noch die lange Operationsnarbe am Bauch. Doch das Vertrauen in die Ärzteschaft hat gelitten – bis heute. Denn der gesundheitliche Schaden war beträchtlich: Acht Tage Lebensgefahr, mehrere Tage im Koma sowie insgesamt drei Operationen, bei denen Teile des Darms entfernt werden mussten. Am schlimmsten aber wog der künstliche Darmausgang, der erst nach einem halben Jahr wieder entfernt werden konnte. Michael Schmitz war in dieser Zeit arbeitsunfähig und auch sein soziales Leben war schwer belastet. „Ich habe mich total zurückgezogen, wollte niemanden mehr sehen, bin kaum noch aus dem Haus gegangen“, erklärt Schmitz.

Keine Entschuldigung. Dem Ehepaar ging es in der Auseinandersetzung nach dem Behandlungsfehler nicht darum, eine möglichst hohe Entschädigung zu bekommen, es ging vielmehr um Gerechtigkeit. „Wir wollten einfach nicht, dass das Krankenhaus einfach so davonkommt“, betont Michael Schmitz. Nur eines kann er bis heute nicht begreifen: „Auch Ärzte machen Fehler, wie jeder andere Mensch auch. Aber danach sollte man wenigstens zu seiner Verantwortung stehen, das ist doch das Mindeste.“ Dass sich von den beteiligten Ärzten keiner jemals bei ihm entschuldigt hat, das will ihm einfach nicht in den Kopf. ■

** Name von der Redaktion geändert*

Otmar Müller ist freier gesundheitspolitischer Fachjournalist aus Köln und schreibt regelmäßig für G+G.

Aus Fehlern lernen

Die freiwillige Einführung des AOK-Behandlungsfehlermanagements vor zwölf Jahren war ein Meilenstein für die Rechte von Patienten. Nun geht die AOK den nächsten Schritt: Mit dem Aufbau einer Datenbank soll aus Behandlungsfehlern gelernt werden. Von **Thomas Ebel**

Bereits seit 2001 prüfen Expertenteams aller AOKs bei Verdacht auf einen ärztlichen Fehler die von den Versicherten eingereichten Fälle aus medizinischer und rechtlicher Sicht (siehe auch den Beitrag „Fehler mit Folgen“ auf Seite 8). Fast 100.000 Versicherte haben das Angebot ihrer AOK bereits in Anspruch genommen. Mit dem jüngst beschlossenen Patientenrechtegesetz verpflichtet der Gesetzgeber nun auch alle anderen gesetzlichen Krankenkassen, ein solches Behandlungsfehlermanagement einzuführen.

Fehlerprävention. Doch die AOK ist bereits einen Schritt weiter. Denn die Gesundheitskasse will erreichen, dass die Ursachen von Fehlern angegangen werden. Nur wer sich mit den Fehlern der Vergangenheit auseinandersetzt, kann aus ihnen auch für die Zukunft lernen. Ziel muss es also sein, durch eine eingehende Fehleranalyse künftige Behandlungsfehler zu vermeiden. Für ihren Einsatz für eine bessere Fehlerkultur hat sich die AOK starke Partner gesucht. Sie engagiert sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und hat gemeinsam mit diesem beispielsweise die Broschüre „Aus Fehlern lernen“ herausgegeben. Darin schildern Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, in welchen Situationen ihnen Fehler unterlaufen sind und welche Schlüsse sie daraus gezogen haben. Eine bundesweit beispiellose Aktion.

Datenbank zur Fehleranalyse. Doch die Gesundheitskasse will noch mehr. Der AOK-Bundesverband hat deshalb eine bundesweite Datenbank aufgebaut. Hier können die Expertenteams aller elf AOKs sämtliche Basisdaten bei vermuteten Behandlungsfehlern dokumentieren. Erste Auswertungen haben gezeigt, in welchen Medizinbereichen sich Fehler häufen. So sind beispielsweise die operativen Disziplinen wie Chirurgie (31 Prozent) oder Orthopädie (15 Prozent) die Fachgebiete mit den häufigsten vermuteten Behandlungsfehlern. Zwei Drittel aller Gutachten beschäftigen sich mit stationären Fällen, weitere acht Prozent

betreffen die ambulante Versorgung in Krankenhäusern. Lediglich knapp ein Viertel der vermuteten Behandlungsfehler ist dem ambulanten Sektor zuzuordnen. Ziel der statistischen Erhebung und Auswertung ist es unter anderem, Risiko- und Fehlerschwerpunkte in der Patientenversorgung zu erkennen, um entsprechende Gegenmaßnahmen entwickeln zu können.

Softwaregestützte Auswertung. Mit dem Aufbau der Datenbank will die AOK aber vor allem jene Behandlungsfehler identifizieren, denen ein lösbares systematisches Problem zugrunde liegt. Es lassen sich damit Fehler nicht nur nach Sektoren und Fachgebieten differenzieren, sondern auch nach den zu-



grundlegenden Diagnosen. So hat sich nach Auswertung der Daten etwa gezeigt, dass neben Zahnoperationen künstliche Hüftgelenke und Bandscheibenoperationen besonders häufig zu Behandlungsfehlern führen. In knapp 40 Prozent der Verdachtsfälle wird hier ein ärztlicher Behandlungsfehler von den Gutachtern bestätigt. In der Geburtshilfe sind Fehler zwar seltener, dafür sind hierdurch entstehende Schäden für die Kinder und Familien besonders

schlimm, was sich auch in immensen Kosten widerspiegelt. Bei Auswertung von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe zeigte sich, dass Fehler häufig dann geschehen, wenn bei gefährlichen Komplikationen das Team nicht gut zusammenarbeitet.

Ein breites Bündnis aus der AOK, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und weiteren Partnern hat daher das Projekt „simparteam“ ins Leben gerufen. Im Rahmen des Projektes soll ein Trainingsprogramm dazu beitragen, dass die Geburtshilfe-Teams auch für Notfälle optimal vorbereitet sind. Mit diesem bundesweit einmaligen Projekt wurde nun der Bogen geschlagen von der Unterstützung bei Behandlungsfehlern über deren Auswertung bis hin zu gezielten Maßnahmen zu deren Vermeidung. ■

Dr. Thomas Ebel ist Arzt – Gesundheitsmanagement – im Stab Medizin beim AOK-Bundesverband.

Mehr Bedenkzeit für Patienten

Neueste Zahlen zeigen, dass immer mehr gesetzlich Versicherte von ihren Ärzten eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten bekommen. Über Vor- und Nachteile der umstrittenen Angebote wissen die Patienten oft zu wenig. Von **Bernhard Egger**

Rund 1,5 Milliarden Euro Umsatz generieren die Ärzte jährlich mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Inzwischen wird laut Wissenschaftlichem Institut der AOK (WiDo) mehr als jedem vierten Versicherten (28,3 Prozent) beim Arztbesuch eine medizinische Leistung angeboten, die er selbst bezahlen soll. Die Information über Nutzen und Schaden der Angebote ist dabei häufig unzureichend. Die zwingend vorgeschriebene schriftliche Vereinbarung über Privatleistungen gibt es nur in der Hälfte der Fälle. Und bei jeder siebten Leistung gibt es überhaupt keine Rechnung. Obwohl Bundesärztekammer und Kassenzentrale Bundesvereinigung immer wieder auf die Pflichten der Ärzte hinweisen, hat sich an der Realität in den Arztpraxen bislang wenig geändert.

Zeit zum Überdenken. Deshalb hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) kürzlich eine gesetzliche Regelung vorgeschlagen: Bietet der Arzt eine private Zusatzleistung an, soll sie erst nach einer Einwilligungssperrfrist von 24 Stunden erbracht werden dürfen. Patienten sollen dadurch genügend Bedenkzeit für eine Entscheidung bekommen, ob sie die angebotene IGeL-Leistung wirklich wollen. Obwohl von den Ärztekammern immer wieder betont wird, der Patient dürfe mit dem Angebot von Wunschleistungen keinesfalls unter Druck gesetzt werden, erleben viele die Angebote als ziemlich drängend. Vor allem, wenn Patienten mit einem schwerwiegenden oder angstbesetzten Gesundheitsproblem in eine Praxis kommen, sollten sie

in dieser besonders verletzlichen Situation sich nicht auch noch – ohne dies selbst zu wollen – mit einem privaten Leistungsangebot auseinandersetzen müssen. Nur die klare zeitliche Trennung zwischen Aufklärung und Durchführung der Leistung würde den nötigen Freiraum schaffen, sich über die angebotene Leistung zu informieren und das Für und Wider abzuwägen. Leider wurde der Vorschlag vom Gesetzgeber im geplanten Patientenrechtegesetz nicht aufgenommen.

Informationen im IGeL-Monitor. Damit sich Versicherte über die wichtigsten IGeL möglichst neutral informieren können, hat der Medizinische Dienst des GKV-SV das Internetportal „IGeL-Monitor“ ins Leben gerufen. Hier werden die wichtigsten Wunschleistungen nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin auf ihren Nutzen und Schaden untersucht. Die wissenschaftlich fundierten Ergebnisse werden in allgemein verständlicher Form für jeden leicht zugänglich im Internet zur Verfügung gestellt. 28 Einzelleistungen sind bereits bewertet, weitere werden folgen. Bleibt zu hoffen, dass es allen Versicherten gelingt, sich die notwendige Bedenkzeit in der Arztpraxis auch wirklich zu verschaffen. Wenn die Ärzteschaft nicht selbst für die Einhaltung der hierzu erforderlichen Rahmenbedingungen Sorge trägt, könnte das Thema sonst bald wieder auf der Agenda des Gesetzgebers stehen. ■

Dr. med. Bernhard Egger ist Leiter der Abteilung Medizin beim GKV-Spitzenverband.

»Oft entscheidet der Glaube«



Professor Dr. med. Jürgen Windeler leitet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Immer wieder erhalten Patienten umstrittene Behandlungen. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Umstritten sind Verfahren dann, wenn es keine eindeutigen Belege für ihren Nutzen gibt. Das macht es Patienten wie Ärzten schwer, mit Bedacht abzuwägen – so entscheidet leider oft der Glaube. In der Folge sind Patienten Maßnahmen ausgesetzt, die keinen Nutzen bringen, im schlimmsten Fall sogar Schaden verursachen.

Was müsste sich ändern?

Zum einen muss der Nutzen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf der Basis evidenzbasierter Medizin systematisch geprüft werden. Zum anderen müssen Ärzte und Patienten offen über die Vor- und Nachteile einer Methode sprechen können – darüber, was man weiß, und auch darüber, was man bisher noch nicht weiß.

Könnte die amerikanische Initiative „choosing wisely“ Vorbild sein?

Ja. Dort nennen medizinische Fachgesellschaften Diagnose- und Behandlungsmethoden, die sie als Routine nicht für notwendig halten. Das Hinterfragen von Methoden, die routinemäßig bei Patienten angewendet werden, wäre auch in Deutschland ein wichtiger Schritt vorwärts.

Durchblick im Dschungel

Eine geplante Operation steht bevor. Doch welche Klinik ist dafür jetzt die beste? Mit dem AOK-Krankenhausnavigator unterstützt die Gesundheitskasse ihre Versicherten bei der Suche nach dem richtigen Krankenhaus. Von **Claus Fahlenbrach**

Steht eine Krankenhausbehandlung bevor, sind viele Patienten verunsichert und stellen sich Fragen wie: Welche Klinik kann meine Erkrankung am besten behandeln? Können meine Angehörigen mich gut erreichen? Wie ist die medizinische und pflegerische Betreuung?

Der AOK-Krankenhausnavigator unterstützt Patienten und ihre behandelnden Ärzte dabei, das für den Einzelfall und für die individuellen Bedürfnisse passende Krankenhaus zu finden. In die Krankenhaussuche der AOK fließen verschiedene Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern ein und mit nur wenigen Klicks kommt der Nutzer zu einem ersten Ergebnis. Gesucht wird über die Eingabe der Krankheit oder der Behandlung beziehungsweise Untersuchung, die durchgeführt werden soll. Dafür muss der Patient keine Fachbegriffe kennen. Denn der eingebaute Diagnose-Dolmetscher übersetzt zum Beispiel die Eingabe von „Zucker“ in „Diabetes“. Wenn dann noch die Postleitzahl des Suchortes eingegeben wird, lässt sich die Suche weiter sinnvoll eingrenzen. Sollte der Patient seine Krankheit oder den Behandlungsanlass nicht genau kennen, kann er über ein Körperschema die Suche schrittweise verfeinern.

Neutral und werbefrei. Nach der Eingabe erscheint sofort die erste Übersicht der infrage kommenden Krankenhäuser im ausgewählten Umkreis mit verschiedenen Qualitätsinformationen. Es wird bewusst auf Werbung oder ein Ranking der Kliniken verzichtet.

Neben der Entfernung zum Wohnort und der Anzahl der behandelten Fälle werden seit Dezember 2012 auch die Ergebnisse der bisher größten Patientenbefragung in Deutschland abgebildet. Die AOK und Barmer GEK haben bereits mehr als 450.000 Versicherte schriftlich zu ihrem stationären Aufenthalt befragt – so haben sie schon zuverlässige Aussagen zu 70 Prozent der insgesamt rund 1.900 Kliniken gesammelt. Der zugrunde liegende Fragebogen wurde von der Bertelsmann-Stiftung und dem Schweizer Verein „Outcome“ entwickelt. Er umfasst 15 Fragen, wobei auf Freitextfelder als Antwortmöglichkeit verzichtet wird. Die Befragung wird künftig kontinuierlich weitergeführt und die Daten werden im Portal regelmäßig aktualisiert.

Qualität ist messbar und nicht jede Klinik ist gleich gut.

Versicherte werden zwei bis acht Wochen nach ihrem stationären Aufenthalt dazu befragt, wie zufrieden sie mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung, dem Informationsverhalten, der Organisation und dem Service waren. Vielleicht die wichtigste Frage ist, ob die Patienten ihrem besten Freund oder ihrer besten Freundin dieses Krankenhaus weiterempfehlen würden. Auch wenn für jeden Patienten ein Krankenhausaufenthalt eine ganz persönliche Erfahrung ist, kann durch die hohe Anzahl der Rückmeldungen ein aus Patientensicht objektives Gesamtbild der Zufriedenheit mit einem Krankenhaus dargestellt werden.

Routinedaten nutzen. Neben den Angaben aus der Patientenbefragung bietet der Krankenhausnavigator noch weitere Informationen, damit sich die Patienten ein möglichst umfassendes Bild von der Qualität einer Klinik machen können. So finden sich im Navigator beispielsweise Angaben dazu, wie häufig ein bestimmter Eingriff pro Jahr in einem Krankenhaus durchgeführt wird. Auch Durchschnittsangaben darüber, wie viel Pflegepersonal oder Ärzte es pro einhundert Patienten gibt, lassen einen Rückschluss auf die Versorgungslage im Krankenhaus zu.

Darüber hinaus können die Nutzer bei bestimmten Operationen auch die Ergebnisqualität von verschiedenen Kliniken miteinander vergleichen. Die Erfassung der medizinischen Qualität gelingt der AOK mit dem sogenannten QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten). Dabei nutzt die Gesundheitskasse die Abrechnungsdaten der Kliniken, in denen routinemäßig nicht nur Angaben zur Operation selbst zu finden sind, sondern beispielsweise auch zu Wundinfektionen oder später auftauchenden Komplikationen, die möglicherweise eine erneute Operation nötig machen. Die AOK führt die anonymisierten Daten aus allen Kliniken zusammen und wertet sie statistisch aus. So lassen sich bei geringem Aufwand sehr zuverlässige Aussagen zu der medizinischen Qualität machen. Zurzeit bietet der Navigator die QSR-Informationen für Gallenblasenentfernungen sowie den Einsatz von Kniegelenks- und Hüftendoprothesen an. Im Laufe dieses Jahres sollen die Ergebnisse von Herzkatheteruntersuchungen hinzukommen. Alle Qualitäts-



Orientierung im Gesundheitssystem

ergebnisse sind im Krankenhausnavigator laienverständlich aufbereitet, damit für jeden Patienten auf den ersten Blick erkennbar wird, ob es sich um ein Krankenhaus mit überdurchschnittlicher, durchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Qualität handelt.

Vorbereitung für das Arztgespräch. Sicherlich möchte nicht jeder Patient seine Entscheidung am Computer treffen, sondern die Ergebnisse der Krankenhaussuche mit seinem Arzt oder einem Angehörigen besprechen. Hier bietet der AOK-Krankenhausnavigator die Möglichkeit, die Ergebnisse einer Klinikrecherche jederzeit als PDF-Datei abzuspeichern und auszudrucken. Das Portal ermöglicht es auch, die Ergebnisse von zwei oder mehr Krankenhäusern direkt miteinander zu vergleichen. Dies ist für die Nutzer insbesondere dann interessant, wenn einige Kliniken mit ähnlich guten Ergebnissen in der engeren Wahl sind. Selbstverständlich können auch Krankenhäuser, wie alle anderen Nutzer, die Ergebnisse abrufen und sich mit anderen Kliniken vergleichen.

Ist die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus gefallen, beginnt die Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt. Unter dem Link „Ihr Krankenhausaufenthalt“ gibt es eine Checkliste zum Ausdrucken, die Patienten für die Vorbereitung nutzen können. Welche Unterlagen notwendig sind, welche Fragen vor der Operation geklärt sein sollten und weitere wichtige Anhaltspunkte für einen möglichst reibungslosen Krankenhausaufenthalt werden für die Zeit vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt abgefragt.

Qualität ist messbar. Was zeigen uns die Ergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator? Qualität ist messbar und nicht jede Klinik ist gleich gut. In der Krankenhaussuche kann jeder seinen Bedürfnissen und seiner Erkrankung entsprechend persönliche Schwerpunkte setzen. Der AOK-Krankenhausnavigator ist eine gute Hilfestellung bei der Beratung mit dem einweisenden Arzt oder mit Angehörigen und eine wichtige Grundlage für die richtige Entscheidung bei der Krankenauswahl. ■

Claus Fahlenbrach ist Referatsleiter „Versorgungsqualität“ in der Abteilung „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“ beim AOK-Bundesverband.

Der AOK-Gesundheitsnavigator (www.aok-gesundheitsnavi.de) bietet Versicherten wichtige Informationen zum Thema Gesundheit. Mit verschiedenen Navigatoren hilft die Gesundheitskasse ihren Versicherten zum Beispiel bei der Suche nach einem passenden Arzt, einer qualifizierten Pflegeeinrichtung oder dem geeigneten Medikament.

Beispiel Pflege: Ob ambulanter Pflegedienst oder Pflegeheim – die entsprechende Recherche ist im Pflegenavigator sowohl gezielt wohnortnah als auch bundesweit möglich. Bei der Suche nach dem richtigen Pflegeheim kann der Nutzer zudem anhand verschiedener Qualitätskriterien die Suchergebnisse eingrenzen. So kann er beispielsweise auswählen, ob er mehr Wert auf eine besonders gute Dekubitusvorsorge oder auf eine gesunde Ernährung im Pflegeheim legt.

Beispiel Arztsuche: Beim AOK-Arztnavigator bewerten die Patienten ihre Ärzte und geben so anderen Patienten eine wichtige Orientierung über die Qualität von Ärzten und Zahnärzten. Die Versicherten können in der Befragung etwa angeben, ob der Arzt sie in seine Entscheidungen einbezieht, ob ihre Intimsphäre gewahrt wird oder ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden. In der wissenschaftlich entwickelten Online-Arztsuche werden die Ergebnisse zusammengeführt und zu jedem einzelnen niedergelassenen Arzt dargestellt. Die Besonderheit dieser Arztsuche ist es, dass jeder Nutzer auf der Grundlage von Kriterien suchen kann, die ihm persönlich besonders wichtig sind.

Beispiel Medikamente: Beim Arzneimittelnavigator kooperiert die AOK mit der unabhängigen Stiftung Warentest. Die Online-Suchmaschine bietet Informationen zu über 9.000 Medikamenten für 185 Anwendungsgebiete. Ob rezeptfreie oder vom Arzt verordnete Medikamente – der Arzneimittelnavigator verrät beispielsweise, welche Anbieter es für einen Wirkstoff gibt und wie hoch jeweils der Medikamentenpreis ist. AOK-Versicherte erhalten außerdem kostenfrei interaktive Tabellen mit den Arzneimittelbewertungen der Stiftung Warentest.



Gut informiert, sicher entscheiden

Wenn es um die Gesundheit geht, brauchen Patienten zuverlässige Informationen, welche Behandlung für sie die Richtige ist. Doch wie solide sind die Auskünfte im Netz? Mit ihren medizinischen Entscheidungshilfen bietet die AOK unabhängige und wissenschaftlich fundierte Fakten. Von **Eike Eymers**

Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert. Immer seltener bestimmen die Ärzte im Alleingang, wie sie ihre Patienten behandeln. Stattdessen binden sie sie aktiv in diese Entscheidung ein und wägen gemeinsam die Vor- und Nachteile einer Therapie ab. Das erhöht die Therapietreue und steigert die Chancen auf einen Behandlungserfolg, ist aber für die Menschen eine große Herausforderung. Denn nur ein informierter Patient hat die Kompetenz, Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen und sich auf dieser Grundlage fundiert zu entscheiden.

Ausgewogene Informationen. Für diese Patienten gibt es im Zeitalter des Internets zahlreiche Informationsquellen. Leider stehen qualitativ gute Patienteninformationen – also neutral, ausgewogen und unabhängig – kaum zur Verfügung. Häufig sind sie stattdessen interessengesteuert und haben irreführende oder einseitig dargestellte Inhalte. Eine wirklich gute Entscheidungshilfe sollte hingegen eine evidenzbasierte – also wissen-

schaftlich abgesicherte – und vor allem verständliche Information sein und dabei unabhängig von jeglichen Interessenkonflikten bleiben. Alle Aspekte der möglichen Behandlungsverfahren müssen genauso berücksichtigt werden wie Bereiche von wissenschaftlichen Unsicherheiten. Die möglichen Konsequenzen einer Behandlung oder auch ihr Unterlassen sind verständlich aufzuzeigen und Alternativverfahren zu benennen. Nur so ist eine Nutzen-Schaden-Abwägung für den Patienten möglich und eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) mit dem behandelnden Arzt umsetzbar.

Die Entscheidungshilfen der Gesundheitskasse sollen dabei helfen, Unsicherheiten und Ängste vor einer anstehenden medizinischen Entscheidung abzubauen. Mal als reines Online-Produkt, mal als Printversion. Was alle auszeichnet ist, dass sie von Wissenschaftlern für Laien erstellt wurden – neutral und unabhängig.

Laienverständlich aufbereitet. Ab diesem Jahr hat der Gesetzgeber alle Menschen über 16 Jahre aufgefordert, sich für oder gegen eine Organspende zu entscheiden. Die Entscheidungshilfe Organspende gibt den Versicherten eine Grundlage für ihre Entscheidung und stellt die verschiedenen Standpunkte des Themas Organspende ausgewogen und verständlich dar. Die Informationen sind in einer laienverständlichen Sprache aufbereitet und führen den Leser abschließend zu einer Auflistung. Dieses sogenannte Balance Sheet stellt alle positiven wie negativen Aspekte gegenüber und erleichtert die persönliche Entscheidung.

Aber auch andere Entscheidungshilfen der AOK bieten den Patienten gesicherte Informationen für eine persönliche Entscheidung. Beispielsweise die Entscheidungshilfen für den PSA-Test (Test auf prostataspezifisches Antigen) oder die MMR-Impfung (Masern, Mumps, Röteln). Der PSA-Test wird von den meisten Urologen angeboten. Für die Früherkennung von Prostatakrebs hat er nur eine begrenzte Aussagekraft, aber zu bedenkende Folgen. Ähnlich ist es mit der MMR-Impfung. Eine Impfpflicht gibt es in Deutschland nicht, aber es gibt Risiken bei nicht durchgeführter Impfung. Diese gilt es abzuwägen, damit gemeinsam mit dem Arzt die beste Entscheidung gefunden werden kann. ■

Alle Entscheidungshilfen der AOK			
	Broschüre	PDF als Download	Online
PSA-Test Test auf prostataspezifisches Antigen			●
Organspende			●
Operation bei einem kleinen Tumor in der Brust	●	●	
Vorgehen nach einer Brustentfernung	●	●	
HPV-Impfung Impfung gegen humane Papilloma-Viren			●
Impfen gegen Masern, Mumps und Röteln		●	●
Künstliche Ernährung im Alter?	●	●	

Alle Entscheidungshilfen unter www.aok.de/entscheidungshilfen

Eike Eymers ist Ärztin im Stab Medizin beim AOK-Bundesverband.

Chancen verpasst

Welche konkreten Verbesserungen bringt das geplante Patientenrechtegesetz für Patienten und Ärzte wirklich? **Anja Mertens** hat das Gesetz aus juristischer Sicht unter die Lupe genommen. Ihr Fazit: Viele Chancen, für mehr Gerechtigkeit und Sicherheit zu sorgen, wurden nicht genutzt.

Patientenrechtegesetz – die Bezeichnung suggeriert etwas, das es eigentlich gar nicht gibt. Es handelt sich gerade nicht um ein eigenständiges neues Gesetz zur umfassenden Gewährleistung der Patientenrechte, sondern lediglich um einige Neuregelungen im Sozialgesetzbuch (SGB V) und die Verankerung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Die Rechtsvorschriften im BGB beschränken sich im Wesentlichen nur auf die Abbildung der bisherigen gefestigten Rechtsprechung. Rechtsfortbildungen werden damit bewusst weiterhin den Gerichten überantwortet.

Patientensicherheit. Das Gesetz hat die bereits jahrzehntelang gültige Rechtsprechung an deutschen Gerichten aufgenommen, dass medizinische Behandlungen nach dem zum Behandlungszeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard zu erbringen sind (BGB, § 630 a, Absatz 2). Die ebenfalls seit langem geltende Rechtsprechung des Anspruchs von Patienten auf gute und sichere Organisation der Behandlung hat der Gesetzgeber hingegen nicht mit in den Gesetzestext aufgenommen, was aufgrund des Stellenwertes der Patientensicherheit unverständlich ist.

Unter Informationspflichten (§ 630 c) ist nun explizit geregelt, dass Behandelnde bei erkennbaren Anhaltspunkten für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers ihrem Patienten darüber Auskunft erteilen müssen, wenn dieser konkret nachfragt. Ist es aber zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren nötig, muss dem Patienten diese Auskunft, wie schon bis-



her, auch ohne Nachfrage gegeben werden. Auch über die Kosten der Behandlung muss der Behandelnde seinen Patienten aufklären, wenn Zweifel bestehen, ob die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Die wünschenswerte Pflicht des Behandelnden, über die Evidenz und den individuellen medizinischen Nutzen bei Selbstzahlerleistungen (zum Beispiel individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL) zu informieren, wurde hingegen nicht mit ins Gesetz aufgenommen.

Streitpunkte. Zur Stärkung der Patientenautonomie legt das Gesetz – der bisherigen Rechtsprechung folgend – nun fest, dass Patienten vor einem Eingriff eine Einwilligung (§ 630 d) abgeben müssen. Zuvor muss der Patient über sämtliche Risiken und Behandlungsalternativen eines solchen Eingriffs (§ 630 e) aufgeklärt worden sein. Zudem hat er Anspruch auf Kopien sämtlicher Unterlagen, die er im Rahmen der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Praxisrelevante

Streitpunkte wie etwa die Frage, wer konkret die Aufklärung des Patienten vornehmen darf, wurden im Gesetz hingegen nicht deutlich genug definiert.

Zur Dokumentation der Behandlung folgt das Gesetz ebenfalls der Rechtsprechung – mit dem Zusatz, dass Änderungen und deren Zeitpunkt erkennbar bleiben müssen (§ 630 f). Auch haben Patienten das Recht auf Einsicht in die vollständigen Patientenakte und nicht, wie oft behauptet, lediglich einen Anspruch auf Kopien und deren Übersendung (§ 630 g).

Behandlungsfehler. Besonders enttäuschend ist die Beweislastverteilung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern (§ 630 h). Geschädigte haben danach weiterhin die volle Beweislast zu tragen. Nur die ohnehin in Gerichtssälen anerkannten Beweislasterleichterungen, etwa beim groben Behandlungsfehler oder bei Aufklärungs- oder Dokumentationsmängeln, wurden gesetzlich normiert. Infolge der gesetzlichen Regelung besteht nun sogar die Gefahr, dass Gerichte sich gehindert sehen könnten, in künftigen Fällen die Chancengleichheit für Patienten zu verbessern.

Abschließend ist festzustellen, dass das neue Gesetz zwar zu mehr Transparenz, und Rechtssicherheit führen wird, es jedoch juristisch gesehen im Prinzip nichts Neues bringt. Der mangelnde Gestaltungswille des Gesetzgebers ist angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten der Patienten zur Gegenwehr bei Behandlungsfehlern sowie Arzneimittel- und Medizinprodukteschäden nicht nachvollziehbar. ■

Anja Mertens ist Rechtsanwältin beim AOK-Bundesverband.

Wie beurteilen Sie das Patientenrechtegesetz?

Keine neue Sicherheitskultur



Jedes Jahr sterben in Deutschland 17.500 Menschen im Krankenhaus an vermeidbaren Fehlern. Nur wenige dieser Fehler werden als grobe Behandlungsfehler anerkannt. Da nur wenige Betroffene ihre Ansprüche durchsetzen können, klagen viele Geschädigte nicht. Die Verfahren dauern lang und bergen erhebliche Risiken, zu unterliegen. Das neue Patientenrechtegesetz normiert bestehende Rechte, die in vielen Jahrzehnten von der Rechtsprechung entwickelt worden sind. Für eine faire Verteilung der Beweislast hat der politische Mut aber nicht gereicht. Es ist gut, dass es endlich mehr Rechtssicherheit bei den Patientenrechten gibt, aber die nächste Bundesregierung muss sich der Angelegenheit erneut stellen. Eine Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern wird es bei den herrschenden ökonomischen Fehlanreizen sicherlich nicht geben, wenn Ärzte so gefahrlos Fehler machen können wie gegenwärtig. ■

Susanne Mauersberg ist Referentin für Gesundheitspolitik beim Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

David gegen Goliath



Das Beste, was man über das Patientenrechtegesetz sagen kann, ist, dass es den durch die Rechtsprechung weiterentwickelten Rechtsstand zum Thema in einem Gesetz zusammengefasst hat. Von einer Stärkung der Opfer von Behandlungsfehlern im Konflikt mit Ärzten und den Rechtsabteilungen ihrer Versicherungen kann keine Rede sein. Wer Patienten in diesem David-gegen-Goliath-Kampf ernsthaft stärken will, muss die Beweislast umkehren. Der Arzt müsste künftig belegen, dass er keinen Fehler begangen hat beziehungsweise sein Fehler nicht für den Gesundheitsschaden verantwortlich ist. Das sieht das Gesetz jedoch nur für „schwere Fälle“ vor. Ein Entschädigungsfonds, so sehr er aus humanitärer Sicht geboten scheint, würde diesen Mangel nicht heilen. Er wäre – so lange der Patient auf der Beweislast hocken bleibt – nur eine zusätzliche Einladung an Versicherungen, sich um ihre Leistungspflicht zu drücken. ■

Peter Thelen ist Parlamentskorrespondent des Handelsblattes in Berlin.

Zusätzliche Bürokratie



Insgesamt halten wir das Patientenrechtegesetz in seiner verabschiedeten Fassung für vertretbar. Doch nicht alle Regelungen werden von uns begrüßt. Kritisch sehen wir, dass es durch das Gesetz zu weiteren Dokumentationen und somit bürokratischem Aufwand in der Arztpraxis kommen wird. Um es deutlich zu sagen: Jede Minute, die für Verwaltungsaufgaben genutzt werden muss, fehlt für die Betreuung der Patienten. Der Ärztemonitor, eine Befragung von rund 11.000 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, hat ergeben, dass Belastungen durch Bürokratie als sehr störend empfunden werden. Die Regelung zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist sinnvoll, da sie den Patienten stärkt und für Transparenz sorgt. Zudem wird die Arzt-Patient-Beziehung nicht durch falsches Misstrauen überlagert. Die Patienten vertrauen ihren Ärzten und schon allein deshalb wird in der Regel vernünftig mit IGeL umgegangen. ■

Dr. Andreas Köhler ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Patientenrechte weiterentwickeln



Wir begrüßen, dass mit dem Patientenrechtegesetz eine Regelung der Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) erfolgt ist. Allerdings bedeutet das Gesetz in wichtigen Bereichen keine Verbesserungen für die Patienten. Nach wie vor besteht Weiterentwicklungsbedarf, etwa im Hinblick auf die Patientenrechte nach einem Behandlungsfehler. Das betrifft etwa die Umkehr der Beweislast, sodass nicht der Patient nachweisen muss, dass der Fehler des Arztes den damit verbundenen Schaden herbeigeführt hat. Sehr viel gerechter wäre es, wenn der Arzt beweisen müsste, dass sein Fehler folgenlos geblieben ist. Auch hinsichtlich der kollektiven Patientenrechte bedarf es einer Weiterentwicklung: Die maßgeblichen Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss müssen endlich ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten. ■

Dr. Martin Danner ist Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAGS).