

Johanne Pundt (Hrsg.)

# Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

**Johanne Pundt (Hrsg.)**

Patientenorientierung:  
**Wunsch oder Wirklichkeit?**



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 4. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Patientenorientierung oder Patientenignorierung? – Positionen, Potenziale, Perspektiven“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2014

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Dr. Petra Becker, Bremen

Lektorat: Michael Loot, Oldenburg

Korrekturat: Astrid Labbert, Bremen

Umschlaggestaltung, Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Coverfotos: Fotolia © Daniel Coulmann

Druck und Bindung: Books on Demand, Norderstedt

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-10-5

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

**Johanne Pundt (Hrsg.)**

Patientenorientierung:  
**Wunsch oder Wirklichkeit?**



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

# Inhalt

Vorwort	9
---------	---

## Einleitung

<b>Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?</b> (Johanne Pundt)	11
-------------------------------------------------------------------------	----

## I Politische Rahmenbedingungen für Patientenorientierung

<b>1 Patientenrechte als Mogelpackung. Die mündige Patientin und das Patientenrechtgesetz</b> (Christoph Kranich)	21
1.1 Was ist das für eine Denkfigur, die „mündige Patientin“?	22
1.2 Neue Wege	25
1.3 Was hat das alles mit dem neuen Patientenrechtgesetz zu tun?	27
<b>2 Kunden- und Patientenorientierung im GKV-Wettbewerb</b> (Herbert Rebscher)	31
2.1 Über „wen“ reden wir, wenn wir von Kunden-, Versicherten- und Patientenorientierung reden?	31
2.2 Bedarfsorientierte Patientenkontakte	33
2.3 Beurteilungsperspektiven	38
2.4 Integrierende Kontaktebenen	39
<b>3 Patientenorientierung bei Leistungskatalogentscheidungen in der gesetzlichen Krankenversicherung</b> (Jeanine Staber)	43
3.1 Einführung	43
3.2 Struktureller Hintergrund für Nutzerbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Das Prinzip der Selbstverwaltung	44
3.3 Patienten und Versicherte als Nutzer der gesetzlichen Krankenversicherung	45
3.4 Definition des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung	46
3.5 Beteiligung des Nutzers an der Definition des Leistungskatalogs	48

3.6	Welcher Nutzer soll über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden?	53
3.7	Leistungskatalogdefinition durch die Versicherten – eine Skizze	54
3.8	Zusammenfassung und Ausblick	55
<b>4</b>	<b>Welchen Stellenwert haben Patienten und ihre Vertretung bei der gesetzlichen Qualitätssicherung?</b> (Ilona Köster-Steinebach)	<b>59</b>
4.1	Wo sollte Patientenorientierung in der Qualitätssicherung greifen?	59
4.2	Patientenbedürfnisse – verwirklicht oder vergessen in der Qualitätssicherung?	60
4.3	Patientenverständliche Berichterstattung: Risiko oder Chance?	68
4.4	Patientenbeteiligung bei der Festlegung der Qualitätssicherung: Status quo und Verbesserungspotenzial	74

## II Instrumente und Wege für Patientenorientierung

<b>5</b>	<b>Selbsthilfe als Wegbereiterin für mehr Patientenorientierung</b> (Ursula Helms)	<b>83</b>
5.1	Selbsthilfe in Deutschland	83
5.2	Ziele und Wirkungen der Selbsthilfe	87
5.3	Rahmenbedingungen für chronisch kranke und behinderte Menschen	88
5.4	Selbsthilfe und Patientenorientierung	91
5.5	Schlussbetrachtung	93
<b>6</b>	<b>Ehrenamtliche Patientenförsprecher an Krankenhäusern – ein wirksames Instrument der Patientenorientierung?</b> (Sonja Schenk)	<b>97</b>
6.1	Einleitung	97
6.2	Ehrenamtliche Patientenförsprecher	99
6.3	Patientenförsprecher aus drei Perspektiven	100
6.4	Die Patientenfreundlichkeit des Amtes	104
6.5	Patientenförsprecher in Bremen	106
6.6	Stimmungsbild der Bremer Patientenförsprecher	107
6.7	Fazit	111

<b>7</b>	<b>Der mündige Patient zwischen E-Health und Cybermedizin: Hilfreiche oder unheilvolle Informationen aus dem Internet?</b> (Dietmar Löffner)	117
7.1	Das Internet als neue Informationsquelle	118
7.2	Die Qualität von Patienteninformationen im Internet und deren Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation	120
7.3	Schlussbetrachtung	130
<b>8</b>	<b>Patientensicherheit und Patientenbeteiligung: Wie Patienten zu sicheren Versorgungsprozessen beitragen können</b> (Constanze Lessing, Günther Jonitz)	135
8.1	Die vielen Rollen des Patienten	137
8.2	Was wünschen sich Patienten und was motiviert sie?	140
8.3	Beispiele aus dem Aktionsbündnis Patientensicherheit	142
8.4	Patientenbeteiligung und Patientensicherheit aus Sicht der Wissenschaft	147
<b>III Durchsetzung und Perspektiven von Patientenorientierung</b>		
<b>9</b>	<b>Gesundheitskompetenz fördern – Souveränität der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen stärken</b> (Marie-Luise Dierks, Gabriele Seidel)	153
9.1	Gesundheitskompetenz gleich Health Literacy?	153
9.2	Gesundheitskompetenz der deutschen Bürger und Patienten – ein Blitzlicht	158
9.3	Gesundheitskompetenz stärken	161
9.4	Fazit	168
<b>10</b>	<b>Patientenpartizipation: Entscheidungsteilhabe für mehr Gesundheit</b> (Susanne Hartung)	173
10.1	Gesundheitsförderung: Stärkung von Gesundheitsressourcen	174
10.2	Erklärungsansätze für die gesundheitliche Relevanz von Partizipation	182
10.3	Individuelle und soziale Hindernisse für Partizipation	186
10.4	Fazit	188

<b>11 Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung <i>Gesundes Kinzigtal</i> (Achim Siegel, Ulrich Stöbel)</b>	<b>195</b>
11.1 Merkmale und Ziele der Integrierten Versorgung <i>Gesundes Kinzigtal</i> (IVGK)	196
11.2 Drei Dimensionen patientenorientierter Maßnahmen in der IVGK	198
11.3 Partizipative Entscheidungsfindung in der IVGK aus Sicht der Patienten – Resultate einer kontrollierten Kohortenstudie	204
11.4 Patientenzufriedenheit mit den „Ärzten des Vertrauens“ und der integrierten Versorgung im <i>Kinzigtal</i> – erste Ergebnisse einer Trendstudie	211
11.5 Resümee	222
<b>12 Patientensicherheit als Qualitätsmerkmal – Qualifizierung als Merkmal von Patientenorientierung (Michael Rosentreter, Johanne Pundt)</b>	<b>231</b>
12.1 Einleitung: Hintergrund und Ziel	231
12.2 Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung	233
12.3 Kernaspekt: Sicherheit erfordert Kommunikation	237
12.4 Vom Problembewusstsein zum Handeln	239
12.5 Rahmenbedingungen für Qualifizierungsmaßnahmen zur Patientensicherheit	243
12.6 Fazit	252
<b>Anhang</b>	<b>259</b>
Autoren	259
Abbildungsverzeichnis	263
Tabellenverzeichnis	265
Sachwortverzeichnis	267



# 1

## Patientenrechte als Mogelpackung. Die mündige Patientin und das Patientenrechtegesetz

CHRISTOPH KRANICH

Gibt es die mündige Patientin (und den immer mitgemeinten Patienten) wirklich? Alle reden von ihr, oft in den höchsten Tönen. Ein Beispiel:

*„Der mündige Patient ist längst zum politischen Programm geworden. Dahinter steht ein so tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel, vergleichbar mit der Emanzipation der Frauen oder dem Weg zu einem vereinten Europa.“ (Schäffler, 2012, S. 22)*

Das sind große Worte, da traut man sich gar nicht mehr zu zweifeln. Trotzdem möchte ich sie infrage stellen – um dasselbe dann dennoch zu fordern.

Vor gut 20 Jahren, 1992, veranstaltete der Bremer Gesundheitsladen eine Tagung mit dem Titel „*Der mündige Patient – eine Illusion?*“ (vgl. Kranich; Müller, 1993). Die Thesen, Themen und Forderungen von damals sind heute noch gültig, teils sogar verschärft. Sie müssen so lange immer wieder von neuem vorgetragen und angemahnt werden, bis sich einmal wirklich etwas bewegt. – Ein Beispiel:

*„Der Patient sucht die Heilung – sucht dies auch der Arzt? Oder gibt es zumindest daneben andere Interessen wirtschaftlicher oder wissenschaftlicher Natur? Das ist eine Situation, die es ganz sicherlich erforderlich macht, die Position des Patienten zu stärken.“*

Das betonte 1992 die Bremer Gesundheitssenatorin Irmgard Gaertner in ihrem einleitenden Grußwort zur Tagung (vgl. Kranich; Müller, 1993, S. 8). Heute könnte das eine Ministerin noch viel pointierter sagen. Denn die Durchdringung des Gesundheitssystems mit Fremdinteressen, die nicht die der Patientin und des Patienten sind, hat in den letzten 20 Jahren eher zu- als abgenommen.

Im selben Jahr 1992 hat übrigens auch der Sachverständigenrat – damals hieß er noch „... für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (folgend: Sachverständigenrat) – ein wegweisendes Kapitel über Patientenrechte in sein Jahresgutachten geschrieben. Daraus soll der folgende Satz zitiert werden:

*„Eine spezielle Definition von Patientenrechten im Rahmen der allgemein anerkannten Menschenrechte ist erforderlich, da der Patient, der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht, sich durch sein Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit befindet und daher eines besonderen Schutzes bedarf.“ (SVR, 1992, RNr. 352, S. 105)*

Das ist die Forderung nach einer Kodifizierung der Patientenrechte – und damit die Überleitung zum aktuellen Patientenrechtegesetz. Es ist allerdings keineswegs so neu und revolutionär, wie uns allenthalben glauben gemacht werden soll. Auch hierfür ein Zitat: *„Insgesamt sind die Eckpunkte des Gesetzes für Ärzte nicht schädlich“* (Montgomery F.-U., zit. n. Gieseke, 2012) sagte am 6. Januar 2012 Deutschlands Ärztepräsident, Montgomery, gegenüber der Ärzte-Zeitung. (Damals lagen für das Gesetz nur erste Eckpunkte vor.) Nun ist nicht nur das für Patienten gut, was für Ärzte schädlich ist; aber wenn man Patientenrechte kodifiziert, dann geht es in erster Linie darum, ihre Rechte gegenüber den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu definieren und damit auch deren Rechte etwas in die Schranken zu weisen. Das betrifft naturgemäß vor allem Ärzte, denn sie sind und bleiben nun einmal die „Leitprofession“ im Gesundheitssystem. Am Ende des Beitrags wird noch einmal darauf eingegangen.

## **1.1 Was ist das für eine Denkfigur, die „mündige Patientin“?**

Das Wort „Mündigkeit“ hat mehrere Schattierungen. Juristisch bezeichnet es den Übergang von der Verantwortung der Eltern für ihre Kinder in die Selbständigkeit und Eigenverantwortung des jungen Erwachsenen. Der ist bei uns seit einigen Jahrzehnten auf das Alter von 18 Jahren festgelegt – egal, ob der junge Mensch dieser Aufgabe schon vollkommen gewachsen ist oder nicht. Philosophisch und pädagogisch dagegen meint Mündigkeit mehr eine Haltung oder Einstellung zum Leben, eine selbständige Durchdringung und Verarbeitung des Erlebten, sie hat viel mit Autonomie, Emanzipation und Kritikfähigkeit zu tun. Es geht bei der Vorstellung von der „mündigen Patientin“ also um Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und kritische Reflexion. Patienten sollen sich emanzipieren von ihren Ärzten und von der verordneten Versorgung durch ein „entmündigendes“ Medizinsystem.

Aber: Es wäre zu fragen, ob die frühere, eher unmündige Patientin nicht viel glücklicher war. Ihre Hausärztin (beziehungsweise in diesem Fall doch eher der männliche Hausarzt) war Tag und Nacht für sie da, kannte ihre ganze Familie, wusste immer, was das Beste für sie ist. Da fühlte sich die Patientin doch sehr viel aufgehobener, umsorgter und wohler als heute. Jetzt soll sie partout mündig und selbstbestimmt ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gegenüber treten – sie wird sogar noch aufgefordert, ihren Willen in eine Patientenverfügung zu schreiben, weil sie vielleicht eines Tages gar nicht mehr fähig ist, ihn selbst zu artikulieren. Kann und will die Patientin wirklich mündig werden? Wenn jemand krank ist, Schmerzen und Fieber hat, der Kopf sich von innen leer anfühlt – kann man dann mündig, kritikfähig, autonom sein und mit Überblick und Augenmaß Entscheidungen treffen?

Ist nicht die „mündige Patientin“ das Phantasieprodukt einer neuen Welt, die durchdrungen ist von zwei Paradigmen: auf der einen Seite dem wichtigsten Leitsatz der Naturwissenschaft, Darwins Vorstellung vom „Kampf ums Dasein“ – der mich immer an die verzweifelte Einsamkeit und Ausgeliefertheit von Hermann Hesses Steppenwolf erinnert; und auf der anderen Seite dem Grundprinzip der modernen Ökonomie, dem Wettbewerb, der eigentlich auch nichts anderes darstellt, als der Darwin'sche Kampf ums Dasein, angereichert durch die beruhigende Vorstellung: wenn jede möglichst gut für sich selbst Sorge, gehe es auch allen anderen gut.

Die heutige Patientin ist nicht mehr aufgehoben in der bürgerlichen oder dörflichen Geborgenheit, zu der der frühere Hausarzt gehörte. Sie ist stattdessen einer gnadenlosen Marktwirtschaft ausgeliefert, deren Akteure vor allem ihr eigenes Gewinninteresse im Auge haben. Diesem System gegenüber muss sie heute möglichst mündig und selbstbestimmt agieren lernen.

Genauso geht es uns auch in anderen Rollen. Wie sieht es mit dem Leitbild der „mündigen Bürgerin“ aus? Ihre Mündigkeit beschränkt sich auch heute noch darauf, alle vier Jahre zu einer Wahl gehen zu dürfen – wenn sie will. Doch sie will das immer seltener: Die Wahlbeteiligung bei Bundestagswahlen ist in den letzten knapp 40 Jahren um 20 % gesunken, von 91 % 1972 auf 71 % 2009 (Bundeswahlleiter). Ist das die einzige Form, Mündigkeit auszudrücken: nicht mehr zur Wahl zu gehen?

Oder nehmen wir die „mündige Kundin“. Früher war der Kunde König. Die Kundin ließ sich vom Händler oder Dienstleister ihres Vertrauens beraten, bestellte ein Produkt oder eine Leistung, die sie brauchte, und konnte sie bezahlen. Diese Souveränität geht

heute aber immer mehr verloren, denn die Vielfalt der Produkte und Leistungen ist nicht mehr zu überschauen. Immer mehr Menschen kaufen, auch wenn sie kein Geld besitzen, und verschulden sich. Die wichtigen Produkte des Lebens werden immer komplexer, schwieriger zu handhaben und gehen schneller kaputt. Die Kundin wird zur Verbraucherin. – Der Unterschied ist, dass die Kundin von ihrem Gegenüber, dem Händler oder Dienstleister, sehr individuell behandelt und betreut wird, hier spricht man auch von der „Stammkundin“. Die Verbraucherin dagegen steht einem anonymen System, einer großen Firma oder einem ganzen Konsortium gegenüber mit einer Vielzahl unübersichtlicher Funktionen und Ansprechpartner.

Gibt es die „mündige Verbraucherin“? Die Anbieter von Produkten und Dienstleistungen sind immer um ein Vielfaches stärker. Sie haben die größeren Werbeetats, die besseren Rechtsanwälte, kurz: fast alle Macht auf ihrer Seite. Diejenigen, die die Verbraucherinteressen vertreten, können nur als die „Kläffer am Bein der Mächtigen“ bezeichnet werden. Ein großes Versicherungsunternehmen gibt nur für eine einzige Werbekampagne mehr Geld aus, als allen Versicherungsabteilungen von deutschen Verbraucherzentralen in 50 Jahren für Verbraucherberatung und Verbraucherschutz zur Verfügung steht. Die Verbraucherin ist auf ganzer Linie im Nachteil: Sie wird nicht objektiv beraten; sie kann ohne Brille das Kleingedruckte nicht lesen; und selbst wenn sie es lesen kann, versteht sie die komplizierte juristische Sprache nicht; meist findet sie auch niemanden, der ihr bei alledem hilft.

Da ist die „mündige Patientin“ doch in guter Gesellschaft. Auch sie fühlt sich einem undurchsichtigen Medizinsystem ausgeliefert. Bei ihrer Hausärztin kann sie sich vielleicht noch wie eine Kundin vorkommen, aber im Krankenhaus ist ihre Lage oft noch brisanter als im Supermarkt: Wer ist hier zuständig? Wer lindert ihr Leid, wer nimmt ihr die Schmerzen, wer hilft ihr, damit sie wieder klar denken kann? Noch schlimmer: Wer schützt sie vor Operationen, die nur durchgeführt werden, weil sie mit den lukrativeren Fallpauschalen vergütet werden? Ist es nicht erstaunlich, dass 85 % der Versicherten der Techniker Krankenkasse, denen eine Wirbelsäulenoperation empfohlen wurde, nach einer systematisch geförderten Zweitmeinung gar nicht operiert werden müssen, sondern genauso gut schonend-konservativ behandelt werden könnten (TK, 2012)?

Ist die „mündige Patientin“ ein Produkt des Kapitalismus? Noch ein Zitat aus der Zeitschrift Healthcare Marketing:

„Wenn immer mehr Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, scheint es sinnvoll, die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem zu reformieren und sie zu ›selbstbewussten Beitragszahlern‹ zu erziehen.“ (Schäffler, 2012, S. 22)

Die Patientin soll zur Mündigkeit erzogen werden – ist das nicht ein Widerspruch? Da wird die Mündigkeit nur gefördert, wenn und weil es ums Bezahlen geht. Nicht weil der Mensch ein zur Mündigkeit begabtes oder veranlagtes Wesen ist oder etwa aus demokratietheoretischen Überlegungen. Nein: *Wer zahlt, schafft an*, ist die Devise. Solange eine Leistung von der Krankenkasse bezahlt wird, brauchen wir keine Mündigkeit; erst wenn die Patientin selbst zur Kasse gebeten wird. Was ist das für eine Denkfigur?

## 1.2 Neue Wege

Es führt wohl kein Weg mehr zurück zum alten Vertrauen. Die moderne Medizin ist im marktwirtschaftlichen Kapitalismus eine große Maschine geworden, bei der die Patientin der Kundin und Verbraucherin immer ähnlicher wird: „mündig“ und frei, aber auch verunsichert und ausgeliefert. Denn die Freiheit kann sie gar nicht nutzen, weil sie durch Schmerz, Leid, Krankheit, körperliche und seelische Einschränkungen noch viel weniger souverän ist als die Kundin oder Verbraucherin; und weil sie das persönliche Vertrauensverhältnis zum therapeutischen Team noch viel dringender braucht als die Kundin beim Friseur oder die Verbraucherin im Supermarkt.

Früher war das Vertrauen der Patientin zu ihrer Ärztin quasi naturgegeben. Beide spürten, dass sie füreinander da waren, und verhielten sich dementsprechend verantwortlich. Das machte es unnötig, über „Mündigkeit“ zu reden. Der Sachverständigenrat nannte dieses alte Arzt-Patient-Verhältnis „benevolenten Paternalismus“ (SVR, 1992, RNr. 363, S. 107).

Ein Zerrbild dieses positiven, vielleicht etwas verklärten Bilds ist die Bevormundung der Patientin aus sachfremden Gründen, sozusagen der „malevolente Paternalismus“. Dieser ist überall dort anzutreffen, wo die Patientin noch vertrauen will, aber nicht mehr weiß, wem sie vertrauen kann. Niemand will ihre Wünsche und Bedürfnisse hören, alle handeln nach ihrer eigenen Rationalität: Die Ärzte verordnen, was ihnen am meisten Geld bringt; die Krankenkassen bezahlen nur, was am billigsten ist, und werben nur um Junge und Gesunde.

Das Leitbild von der „mündigen Patientin“ wird zum zynischen Zerrbild, wenn es in einer freien Marktwirtschaft verortet wird, wo „Jeder seines Glückes Schmied“ ist. Die Patientin kann nicht so mündig sein wie die Kundin – und selbst die ist der Brutalität der Marktgesetze häufig nicht gewachsen, fühlt sich ausgeliefert und „über den Tisch gezogen“. Für die Patientin gilt das doppelt und dreifach.

Ein positives Bild von der mündigen Patientin – dieses Mal ohne Anführungszeichen – kann man sich nur in einer ähnlich aufgehobenen Situation vorstellen wie in der romantischen Darstellung vom alten Hausarzt, nun aber auf der moderneren Grundlage größtmöglicher Autonomie und Selbstbestimmung. Da wird die Ärztin zum Dienstleister, zum Berater für die Patientin. Aber diese Vorstellung funktioniert nicht in einer Gesundheitswirtschaft, die die Gewinnmaximierung zum obersten Ziel erhebt, sondern nur in einem System, das sich an den Bedürfnissen der Patienten ausrichtet. Auch das hat der Sachverständigenrat schon passend formuliert:

*„An die Stelle des ›benevolenten Paternalismus‹ muß als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein ›Partnerschaftsmodell‹ treten. Darin gibt der Arzt vermöge seines medizinischen Wissens den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient mit Hilfe des Arztes seine Entscheidungen trifft.“ (SVR, 1992, RNr. 363, S. 107)*

Hiermit fühlt sich die Patientin aufgehoben innerhalb des Rahmens, den die Ärztin vorgibt. Und wenn ihr der Rahmen nicht der richtige zu sein scheint, sucht sie eine andere Ärztin, die einen anderen Rahmen vorgeben kann. Diese zeitgemäße Arzt-Patient-Beziehung heißt neudeutsch „Shared Decision Making“, partnerschaftliche oder Partizipative Entscheidungsfindung. Ärztin und Patientin (oder, weiter gefasst, das therapeutische Team und die Patientin mit ihrem System von Familie, Freunden usw.) teilen sich die Verantwortung. Sie treten sich nicht als Gleiche gegenüber, das sind sie nie, aber als Gleichwertige: Die Ärztin versteht etwas von der Krankheit, die Patientin von sich als krankem Menschen. Beide sind Experten auf unterschiedlichen Gebieten und können sich deshalb ergänzen. Juristisch ist die Patientin längst in dieser Position: Ohne ihre Einwilligung darf die Ärztin sie gar nicht behandeln, das wäre strafbare Körperverletzung. Genau diese Komponente zwingt eigentlich zu einem partnerschaftlichen Verhalten.

Ein ähnlicher neuer Weg sollte auch im kollektiven Verhältnis zwischen Patienten und den Akteuren im Gesundheitssystem gesucht werden, vor allem den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung, den Leistungserbringern (Ärzten und Krankenhäu-

sern) auf der einen, den Kostenträgern (Krankenkassen und Krankenversicherungen) auf der anderen Seite, und dem Staat, bzw. der Politik, die dafür die Rahmenbedingungen aufstellen.

Zu diesen drei großen Akteuren ist nun seit 2004 ein vierter, ganz kleiner getreten, allerdings noch nicht als Akteur, sondern eher als „Passeur“: die Patientenorganisationen. Vier von ihnen – die bedeutendsten bzw. unabhängigsten – sind an Entscheidungen zu „Fragen, die die Versorgung betreffen“, zu beteiligen, so steht es in § 140 f des fünften Sozialgesetzbuches. Diese Patientenbeteiligung an der Gesundheitspolitik ist der Beginn, mündige Patienten auch auf der gesellschaftlichen Ebene zu respektieren. Genau wie auf der individuellen Ebene, sollen Patienten nicht mehr nur Leistungsempfänger sein, sondern langsam und schrittweise zu Mitgestaltern werden (vgl. Kranich, 2013). Das betrifft noch nicht die gewichtigen Entscheidungen der großen Politik, sondern zunächst nur die „kleinen“ im Gemeinsamen Bundesausschuss und einigen Gremien auf Landesebene. Die Patienten haben dort allerdings noch kein Stimmrecht, sie sind nur beratend beteiligt. Doch eines Tages werden sie volles Stimmrecht haben müssen. Alles andere wäre nur politische Beschäftigungstherapie. Komplettes Stimmrecht würde allerdings voraussetzen, dass die Patientenvertreter alles, was in diesen Gremien zu entscheiden ist, sehr genau durchschauen (vgl. Kranich, 2013). Selbst hauptamtliche Patientenunterstützer sind oft froh, dass sie nur beratende Stimme haben und nicht mitentscheiden müssen. Menschen aus Selbsthilfegruppen, ohne diesen fachlichen Hintergrund, haben es da meist noch um ein Vielfaches schwerer.

### 1.3 Was hat das alles mit dem neuen Patientenrechtegesetz zu tun?

Nichts, oder besser fast nichts hat diese Diskussion mit dem Patientenrechtegesetz zu tun, das seit 26.02.2013 in Kraft ist. Das neue Gesetz fasst nur zusammen, was auch vorher schon galt. Allerdings waren die Patientenrechte bis dahin zu 90 % Richterrecht, und jetzt sind sie im BGB und Sozialgesetz festgeschrieben, die man im Buchhandel erwerben kann. Diese Tatsache allein ist schon ein Fortschritt. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob dadurch die Gerichte zukünftig weniger Prozesse führen müssen, denn die dürren Worte des Gesetzes bedürfen wahrscheinlich auch weiterhin der Auslegung und Anwendung auf den konkreten Einzelfall.

Vielleicht werden es Patienten jetzt etwas leichter haben, Einsicht in ihre Krankenunterlagen zu erhalten, denn das Recht auf vollständige Einsicht in ihre Akten ist dort festgeschrieben. Das ist zwar auch schon seit 30 Jahren ein unumstößliches Patientenrecht, trotzdem beschwerten sich immer noch viel zu häufig Patienten darüber, dass ihnen diese Einsicht nicht gewährt wird. Es kann aber auch umgekehrt kommen, dass genau an diesem Punkt das neue Gesetz einen Rückschritt mit sich bringt: Denn bisher konnte dieses Recht nur vorenthalten werden, wenn der behandelnde Arzt im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung begründen konnte, dass die Einsicht dem Patienten schaden würde. Diese Einschränkung findet sich auch im Gesetz – aber ohne den Zusatz, dass sie nur bei psychiatrischen Behandlungen gilt. Künftig könnte also auch der Chirurg behaupten, dass die Einsicht in die Krankenakte dem Patienten schaden könnte. Ob er allerdings damit vor Gericht Recht bekäme, bleibt fraglich. Denn das Patientenrechtegesetz sollte ja ausdrücklich die bisherige Rechtslage in Gesetzesform gießen.

Viele hatten sich von dem neuen, angeblich so wegweisenden Gesetz mehr Stärkung für die Betroffenen erhofft. So ist auch die Umkehr der Beweislast bei groben Behandlungsfehlern, die im Gesetz zu finden ist, nicht neu. Bei einfachen Behandlungsfehlern bleibt es dabei, dass der Patient dem Arzt einen Behandlungsfehler nachweisen muss. Seit 20 Jahren wird nicht nur über die Kodifizierung, sondern auch über die Weiterentwicklung der Patientenrechte diskutiert und im Grunde hat das Gesetz für den Patienten keine Neuerungen gebracht, das kritisieren zahlreiche Patientenvertreter und -berater. Bereits 1996 begann die Gesundheitsministerkonferenz (GMK), sich ausführlich mit den Patientenrechten zu beschäftigen – doch leider „gebar der Berg nur eine Maus“, nämlich eine kleine, weithin unbekannt gebliebene Broschüre, in der die existierenden Patientenrechte zusammengefasst wurden. Eine Weiterentwicklung wurde sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Richtern und Rechtsanwälten für unnötig befunden.

Wie groß die Macht der Player im System ist, wenn es darum geht, ihre Vorherrschaft und Meinungsführerschaft zu verteidigen, zeigen aktuell die Worte des Präsidenten der Bundesärztekammer, Montgomery, von denen bereits ein Satz zitiert wurde. Er führte vor einem Jahr (vgl. Montgomery, zitiert nach Gieseke, 2012) aus, es zeichne sich bei der Entwicklung des Patientenrechtegesetzes „eine vernünftige Regelung ab, die auch Ergebnis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten ist.“ Wer



aber diese „Beteiligten“ waren, die „vertrauensvoll“ zusammengearbeitet haben, wird nicht verschwiegen:

*„Der Gesetzentwurf entspricht im Wesentlichen dem, was wir mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung abgesprochen haben, und ist eine Kodifizierung des bisherigen Rechtes. Wir sehen in dem gegenwärtigen Gesetzentwurf auf den ersten Blick eine Einlösung des Versprechens, das nicht gegen die Ärzte zu formulieren.“* (Bundesärztekammer, 2012)

Man stelle sich das vor: Der Bundesärztekammerpräsident behauptet, die Ärzte haben mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung den Gesetzentwurf für ein Patientenrechtgesetz abgesprochen. Und der habe zugesagt, das Gesetz nicht gegen die Ärzte zu formulieren! Wenn man sich diese Aussage auf der Zunge zergehen lässt, kommen einem sehr ernsthafte Zweifel an der Möglichkeit, dass sowohl die individuelle Patientin, als auch die Patienten als gesellschaftliche Gruppe jemals wirklich mündig werden können. Was wir benötigen, sind partnerschaftliche, kooperationsbereite, eben menschliche Ärzte und keine Funktionäre, die ihre Macht schamlos demonstrieren.

Dennoch bleibt die „mündige Patientin“ ein wichtiges Ziel – ein fernes Ziel vielleicht, aber alle müssen sich an ihm orientieren, auch wenn es immer nur teilweise zu erreichen ist. Dem ersten Schritt einer Kodifizierung der Patientenrechte im BGB und SGB muss in den nächsten Legislaturperioden eine echte Weiterentwicklung im Sinne der Betroffenen folgen. Und auch die kollektiven Rechte der Patienten im Gesundheitssystem müssen unbedingt weiter ausgebaut werden – bis dahin (und das sollte keine Vision sein), dass sich das ganze System eines Tages, ohne Beeinflussung durch Fremdinteressen, nur noch nach ihren Bedarfen und Bedürfnissen richtet.

## Literatur

- Bundesärztekammer (2012).** *Montgomery zu Patientenrechtegesetz. Presseerklärung vom 17.2.2012.* <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3-71.9972.9973.10004> (08.10.2013).
- Bundeswahlleiter (2013).** <http://www.bundeswahlleiter.de/de/bundestagswahlen/> (08.10.2013).
- Gieseke, S.; Dielmann-von Berg, J. (2012).** *Mehr Patientenrechte – nicht gegen die Ärzte.* [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gp\\_specials/patientenrechtegesetz/article/683993/patientenrechte-nicht-aerzte.html?sh=12&h=1529428522](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/patientenrechtegesetz/article/683993/patientenrechte-nicht-aerzte.html?sh=12&h=1529428522) (08.10.2013).
- Kranich, C.; Müller, C.; Bremer Gesundheitsladen e.V. (1993).** *Der mündige Patient, eine Illusion? Orientierung und Unterstützung im Gesundheitswesen. Patientenstellen, Qualitätsorientierung und -bewertung, selbstorganisierte Patienteninitiativen, Patientenfürsprecher im Krankenhaus, Wege und Verfahren zum Patientenrecht.* Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Kranich, C. (2013).** *Stimmrecht für Patienten?* Dr. med. Mabuse Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 203 (Mai/Juni), Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag, S. 51–53.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1992).** *Jahresgutachten 1992, Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa.* Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- TK – Techniker Krankenkasse (2012).** *Zahl der Rückenoperationen steigt, aber 85 Prozent der Eingriffe sind unnötig. Pressemitteilung der Techniker-Krankenkasse vom 23.05.2012.* <http://www.tk.de/tk/hessen/pressemitteilungen-2013/pressemitteilungen-2012/493684> (08.10.2013).
- Schäffler, B. (2012).** *Mehr Pflicht als Recht.* Healthcare Marketing, (8), S. 22.