

Peter Gausmann, Michael Henninger, Joachim Koppenberg (Hrsg.)

PATIENTENSICHERHEITSMANAGEMENT



Patienten im stationären und ambulanten Gesundheitswesen erwarten eine interprofessionell organisierte Versorgung in Diagnostik, Therapie und Pflege, die sich am aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung orientiert. Diese Versorgung muss frei von vermeidbaren Risiken und Gefahren erfolgen.

Das Buch gibt einen umfassenden Überblick über Möglichkeiten, Forschungsergebnisse und anwendbare Präventionsmaßnahmen für Klinik und Praxis aus interprofessionell klinischer, psychologischer, betriebswirtschaftlicher, technischer sowie juristischer Perspektive. Es orientiert sich dabei am Curriculum der WHO und empfiehlt sich damit als Lehrbuch zum Thema Patientensicherheitsmanagement. Der Leser erhält anhand von interdisziplinären Theorie- und Denkansätzen, Anwendungsbeispielen, Checklisten und anderen Instrumenten Hilfestellung bei der Implementierung von Patientensicherheitsstrategien in den Versorgungsalltag. Ein Autorenteam von über 60 ausgewiesenen Experten hat an diesem Buch mitgewirkt.

- am Patient Safety Curriculum Guide der WHO orientiert
- umfassender Überblick über Möglichkeiten, Forschungsergebnisse und anwendbare Präventionsmaßnahmen für Klinik und Praxis
- für Ärzte, Pflegende, paramedizinische Berufsgruppen, Geschäftsführer und Vorstände, Qualitäts- und Risikomanager in Gesundheitseinrichtungen sowie Haftpflichtversicherer

Dr. phil. Peter Gausmann

Ehrenprofessor der Donauuniversität Krems, Österreich.
Geschäftsführer der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH in Detmold.

Prof. Dr. rer. soc. Dr. phil. habil. Michael Henninger

Professor für Mediendidaktik, Medien- und Bildungsmanagement,
Pädagogische Hochschule Weingarten. Studiengangleiter
Medien- und Bildungsmanagement BA/MA.

Dr. med. Joachim Koppenberg

Spitaldirektor und Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie,
Schmerztherapie und Rettungsmedizin am OSPIDAL –
Gesundheitszentrum Unterengadin in Scuol/Schweiz.

XXII, 590 Seiten, 56 Abb., 29 Tab.

Gebunden:

Ladenpreis € [D] 99,95 / Unverb.
Ladenpreis für USA, Kanada, Mexiko
US\$ 140,00 / Unverb. Ladenpreis für
United Kingdom GBP 74,99
ISBN 978-3-11-033705-1

eBook:

Ladenpreis € [D] 99,95 / Unverb.
Ladenpreis für USA, Kanada, Mexiko
US\$ 140,00 / Unverb. Ladenpreis für
United Kingdom GBP 74,99
PDF ISBN 978-3-11-034033-4
EPUB ISBN 978-3-11-038246-4

Print/eBook:

Ladenpreis € [D] 149,95 / Unverb.
Ladenpreis für USA, Kanada, Mexiko
US\$ 210,00 / Unverb. Ladenpreis für
United Kingdom GBP 112,99
ISBN 978-3-11-034034-1

Erscheinungsdatum: Oktober 2015

Sprache der Publikation: Deutsch

Fachgebiete:

Medizin ▸ Klinische Medizin, andere

Zielgruppe: Ärzte, Pflegende,
Qualitäts- und Risikomanager
in Gesundheitseinrichtungen,
Haftpflichtversicherer

Christoph Kranich

9.3 Die Rolle von Patienten und Patientengruppen

Sollen Patienten jetzt schon selber dafür sorgen, dass ihnen beim Arzt oder im Krankenhaus nichts passiert? Hat das Gesundheitssystem kapituliert? Vielleicht weil es gemerkt hat, dass es von Fremdinteressen dominiert ist: von Gewinnerwartungen der Ärzte, Apotheker, Pharma- und Versicherungsfirmer und deren Aktionäre? Und von dem Dominanzstreben der großen Akteure, allen voran der Ärzteschaft, aber auch der Krankenhausträger und der Krankenkassen, die ihre Macht- und Einflussphären im größten Wirtschaftszweig Deutschlands mit Zähnen und Klauen verteidigen, häufig auf Kosten ihrer Mitglieder oder Patienten?

Für diese Selbsterkenntnis gäbe es Anhaltspunkte. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen meint:

Zusammenfassend kann für den Krankenhausbereich eine Größenordnung von 5–10 % unerwünschter Ereignisse, 2–4 % Schäden, 1 % Behandlungsfehler und 0,1 % Todesfälle, die auf Fehler zurückgehen, angenommen werden. (Deutscher Bundestag 2007)

Das hieße 850.000 bis 1.700.000 unerwünschte Ereignisse, 340.000 bis 680.000 Schäden, 170.000 vermeidbare Schäden, also Behandlungsfehler, und 17.000 fehlerbedingte Todesfälle pro Jahr – allein im Krankenhaus. Die 5.000 Verkehrstoten des Jahres 2006, von denen mit Sicherheit ebenfalls ein großer Teil vermeidbar gewesen wäre, nehmen sich daneben bescheiden aus (Statista 2014, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/185/umfrage/todesfaelle-im-strassenverkehr/>).

Auch für die Medizin bei niedergelassenen Ärzten gibt es Anhaltspunkte, allerdings noch nicht für eine entsprechende Selbsterkenntnis. Das Thema ist längst noch nicht so weit in die Mitte des Gesundheitssystems – also in den Bereich der ambulanten Versorgung – vorgedrungen, wie es im Bereich der stationären Versorgung der Fall ist. Die Verbraucherzentrale Hamburg hat seit 2011 sechs Arztgruppen mit echten Patienten systematisch getestet – Schönheitschirurgen, Zahnärzte, Orthopäden, Augenärzte, Allgemeinmediziner und Kieferorthopäden (www.vzhh.de). es handelt sich zwar nur um die erste Phase bis zur eigentlichen Behandlung – Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Aufklärung und Beratung zum möglichen weiteren Vorgehen –, aber wenn schon der Anfang nicht stimmt, wie soll es dann gut weitergehen? In jeder Arztgruppe besuchten Patienten 20 bis 30 Ärzte und werteten die Besuche systematisch aus. 30 bis über 40 Prozent der Ärzte schafften nicht die Hälfte dessen, was sie nach der zugrunde gelegten Checkliste hätten schaffen müssen, und waren damit durchgefallen (Schulnote 5). Die Durchschnittsnote aller Ärzte lag regelmäßig zwischen 3,5 und schlechter als 4. Die Checklisten für diese Untersuchungen waren zusammen mit erfahrenen Gutachter-Ärzten unter Berücksichtigung von Rechtsprechung, Leitlinien und Lehrbüchern entwickelt worden.

Sollen also Patienten nun dafür sorgen, dass die Qualität der Ärzte, Krankenhäuser und aller anderen Medizin-Institutionen besser wird? Das wäre eine Aufwertung der Patientenrolle durch die Hintertür. Denn eigentlich müssten die Patienten mit ihren Wünschen und Bedürfnissen von Anfang an ernst genommen werden und im Mittelpunkt stehen.

9.3.1 Die Patienten im Mittelpunkt

Patienten sind zwar per definitionem der passive Teil des Behandlungsgeschehens – das Wort Patient kommt schließlich vom selben Wortstamm wie *passiv* und *Pathos*, das Leiden. Aber immerhin sind sie die Hauptpersonen, um die sich alles dreht, ohne die es das ganze Gesundheitswesen nicht geben müsste. Diese Grundwahrheit

hat schon 1992 der damalige Sachverständigenrat in den denkwürdig-bedeutsamen Nebensatz gekleidet: „... *der Patient, der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn geschaffenen Gesundheitswesens steht...*“ (SVR 1992). – Warum „idealtypisch“? Weil es so sein *sollte*, aber eben nicht so ist. Die Akteure, Leistungserbringer wie Kostenträger sind viel zu häufig mehr an ihrem eigenen Vorteil, Image und Gewinn orientiert als an dem ihrer Patienten. Das ist der Preis der politisch gewollten wettbewerblichen und marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Gesundheitssektors, der sich immer mehr als Gesundheitswirtschaft begreift und immer weniger als System im Dienst seiner Nutzer.

In einem wettbewerblich-marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem hat es der Patient nicht leicht, seinen Beitrag zur eigenen Sicherheit zu leisten. Denn er wird vor allem als Kunde angesprochen und mit wohlklingenden Angeboten umworben. Ob dann immer drin ist, was drauf steht, merkt er häufig erst hinterher. Dann ist es oft für die Sicherheit zu spät.

9.3.2 Erste Konsequenz: Patient ist nicht Kunde

Patienten sollten im Gesundheitssystem nicht als Kunden angesprochen und umworben werden, die erst im Nachhinein feststellen können, ob eine versprochene Leistung auch in der erwarteten Qualität erbracht wurde. Sie müssen vielmehr eine neue Rolle als „Koproduzenten“ erhalten. Denn sie sind an der Produktion ihrer Gesundheit ganz wesentlich beteiligt – vielleicht sogar mehr als Ärzte, Krankenpflegepersonen und andere Gesundheitsarbeiter. Ohne die patienteneigenen Selbstheilungskräfte wären diese Helfer völlig machtlos. Die Patienten sind damit sogar die eigentlichen Produzenten ihrer Heilung und Gesundheit – und die Gesundheitsarbeiter nur Helfer und Berater, also Koproduzenten.

Juristisch ist diese Denkfigur längst Wirklichkeit: Jeder Eingriff, jede Behandlung und Therapie ist eine Körperverletzung und nur zulässig durch die Einwilligung der Patienten. Und diese ist überhaupt nur möglich nach einer ausführlichen, verständlichen Aufklärung. Dadurch hat – theoretisch – der Patient letztlich das Sagen. Ohne seine Zustimmung ist das Gesundheitssystem machtlos. Allerdings ist das Bewusstsein für diesen Tatbestand nicht so selbstverständlich und verbreitet, wie es sein sollte. Es bekannter und selbstverständlicher zu machen, wäre ein erster Schritt hin zu einer aktiveren Rolle der Patienten bei der Wahrung und Mehrung ihrer Sicherheit.

Allerdings hat der Patient alleine gegenüber einem so großen System einen schlechten Stand. Die Gesundheitswirtschaft ist in Deutschland einer der größten Teilbereiche der Volkswirtschaft – größer als die Automobilwirtschaft. Und Patienten sind im Kerngeschäft des Gesundheitswesens keine Kunden (und erst recht keine mündigen), sondern kranke, leidende, schmerzgeplagte Individuen, die Hilfe erwarten. Was schon dem normalen Verbraucher kaum gelingt – unübersichtliche Märkte, ihre Angebotsstrukturen und die Qualität ihrer Leistungen zu durchschauen, zu bewerten und

sich ihnen gegenüber souverän zu verhalten –, ist für Patienten erst recht schwer, in den meisten Fällen völlig unmöglich.

9.3.3 Zweite Konsequenz: Patienten brauchen Unterstützung

Deshalb brauchen Patienten Unterstützung – mehr noch als gewöhnliche Verbraucher. Die können oft durch ein wenig Hilfe in die Lage versetzt werden, sich selbst zu orientieren und zu helfen; bei Patienten geht das umso weniger, als sie gerade Patienten sind, also leiden, Schmerzen haben und mit sich selbst beschäftigt sind.

Unterstützung heißt mehrerlei: erstens Beratung, die zur eigenen Problemlösung verhilft; zweitens individuelle Vertretung, wenn die eigenen Kräfte und Kompetenzen so schnell nicht (wieder)herzustellen sind; und drittens kollektive Interessenvertretung. Diesen letzten Aspekt hat die Gesundheitsministerkonferenz des Europarates 1996 wegweisend formuliert: Sie forderte *einen* „trilateralen Sozialpakt zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern“, in dem alle drei Gruppen „die gleichen Möglichkeiten zur Mobilisierung der öffentlichen Meinung“ erhalten (Europarat 1996). Patienten sollen als Gruppe ebenso stark werden, ihre Meinung ebenso sichtbar in die Öffentlichkeit tragen können wie etwa Ärztekammern, Krankenhaus- und Krankenkassenverbände.

9.3.4 Dritte Konsequenz: Patienten brauchen eine Stimme

Dahin ist es gewiss noch ein weiter Weg. Doch er wird nur kürzer, wenn wir die ersten Schritte gehen. Damit hat die Bundesregierung (Deutschland) vor zwölf Jahren begonnen. Sie hat in den Paragraphen 140 f und g des fünften Sozialgesetzbuches die Beteiligung von Patientenorganisationen an wichtigen Gremien der Gesundheitsversorgung geregelt (Kranich 2015). Nachdem sie vier Jahre vorher die individuelle Beteiligung der Patienten am Behandlungsgeschehen – shared decision making, das partnerschaftliche Entscheiden – zu fördern begonnen hatte (www.patient-als-partner.de), ist dies der zweite Schritt zum Ernstnehmen der Patienten als aktive Partner, nun auch auf der gesellschaftlichen Ebene.

Damit ist allerdings ein Dilemma entstanden. Wenn Patienten und ihre Organisationen dauerhaft „Laien“ bleiben, also ohne Schulung, ohne Bezahlung und ohne Unterstützung ihrer Zusammenschlüsse auskommen müssen, sind sie überfordert. Sie erhalten für ihre meist primäre Aufgabe, die gegenseitige Hilfe in der Krankheitsbewältigung, wenig oder keine Unterstützung und arbeiten häufig am Rande ihrer ohnehin schwachen Kräfte. Die zusätzliche Rolle als Mitgestalter der Versorgungsstrukturen ist nicht ohne zusätzliche Hilfe möglich.

Patientenorganisationen brauchen Unterstützung, sollen sie ihre seit zwölf Jahren gesetzlich verankerte Rolle in gesundheitspolitischen Gremien dauerhaft sinnvoll

ausfüllen. Dazu gehören vor allem Schulung und Fortbildung (Grenz-Farenholtz et al. 2014), aber auch Hilfe beim eigenverantwortlichen Management der Gruppen- und Dachverband-Funktionen.

9.3.5 Sollen Patienten nun zu ihrer Sicherheit selbst beitragen oder nicht?

Ja, sie sollen! Aber dafür brauchen sie ein Gesundheitssystem, das sich an ihren Bedürfnissen – gesund zu werden – ausrichtet und nicht an ihren Geldbeuteln. Ein Gesundheitswesen, das Patienten sowohl in die individuelle Behandlung als auch in die Systemgestaltung einbindet, macht deren Wünsche und Bedürfnisse zur Richtschnur des therapeutischen und politischen Handelns. Dann kommen sie auch sicherer durch dieses System hindurch. Doch das braucht einen großen Wurf und nicht nur ein bisschen Selbstbeteiligung bei der Patientensicherheit.

Selbst wer eine Marktwirtschaft mit Konkurrenz und Wettbewerb für die richtige Wirtschaftsform hält, sollte sich überlegen, ob diese Prinzipien auch für das Gesundheitswesen gelten dürfen. Denn dort sind die Kompetenzen zum Umgang damit am geringsten ausgeprägt und die Menschen brauchen am meisten Schutz vor ihren Risiken und Nebenwirkungen. Dort muss das, was das konstituierende Prinzip unseres Sozialversicherungssystems ist – die Solidarität, die häufig auch mit den Worten Brüderlichkeit oder Nächstenliebe verknüpft wird –, am ausgeprägtesten sein (Kranich 2015b). Allerdings ist damit nicht der Rest der Welt zu retten – das Gesundheitssystem eignet sich nicht als Reparaturwerkstatt für die Nebenwirkungen des Kapitalismus.

Noch etwas: Wenn Menschen einmal krank sind, ist es häufig viel schwerer, selbstbewusstes Auftreten und Mitgestaltung zu lernen. Das sollte schon weit vorher geschehen, sozusagen als demokratische Bürger- bzw. Patientenpflicht – am besten sogar, solange sie noch keine Patienten sind. Warum lernen wir in den Schulen alles über die großen Kriege und über Hannibal oder Alexander den Großen, aber kaum etwas über unsere heutigen Gesundheits- und Sozialsysteme, in denen sich die jungen Menschen nach ihrer Schulzeit als Versicherte und Patienten selbstständig, mündig und selbstbewusst zurechtfinden müssen? Warum wird man auf das Patient-Sein ebenso wenig vorbereitet wie beispielsweise auf das Eltern-Sein oder auf das Sterben?

9.3.6 Literatur

Deutscher Bundestag (2007). 16. Wahlperiode, Drucksache 16/6339.

Europarat (1996). Fünfte Konferenz der europäischen Minister für Gesundheit: Soziale Herausforderungen an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte im Kontext von Gesundheitsreformen. Warschau 7.–8. November 1996. In Kranich C, Böcken J. Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden (Nomos) 1997, 197–207.

- Grenz-Farenholtz B, Langner D, Hohmann E, Kranich C, Verheyen F (2014). Patientenvertretung auf der Ebene der Bundesländer – Ergebnisse einer quantitativen Befragung zu den Bildungsbedürfnissen von Patientenvertretern und Patientenvertreterinnen. In *Das Gesundheitswesen* (DOI 10.1055/s-0034-1366985 *Gesundheitswesen*).
- Kranich C (2015a). Patientenorganisationen – Geschichte, Systematik, Perspektiven. In Thielscher C (Hrsg.). *Medizinökonomie, Band 1: Das System der medizinischen Versorgung*. Wiesbaden (Springer-Gabler) 406–429.
- Kranich C (2015b). Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens. In Thielscher C (Hrsg.): *Medizinökonomie, Band 1: Das System der medizinischen Versorgung*. Wiesbaden (Springer-Gabler) 707–717.
- SVR (1992). Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden (Nomos) 105, Nr. 352.
- Statista (2014)
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/185/umfrage/todesfaelle-im-strassenverkehr>
(Abruf 14.12.2014).