

01 / 2017

MEHR MITSPRACHE UND ORIENTIERUNG

Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Projektgruppe im Rahmen des FES-Projektes „Handlungsvorschläge für ein nutzerfreundliches, patientenorientiertes Gesundheitssystem“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Projektgruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Näheres zu den Autor_innen auf Seite 19.

Für diese Publikation sind in der FES verantwortlich

Dr. Robert Philipps ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für den Gesprächskreis Verbraucherpolitik.

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

MEHR MITSPRACHE UND ORIENTIERUNG

Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem

Marlies Volkmer, Robert Philipps, Severin Schmidt (Redaktion)

2	VORWORT
3	1 EINLEITUNG UND ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN
5	2 PATIENTENMITBESTIMMUNG, PATIENTENSOUVERÄNITÄT, TEILHABE
5	2.1 Die individuelle Ebene
5	2.1.1 Situation und Herausforderungen
7	2.2 Die kollektive Ebene
7	2.2.1 Situation und Herausforderungen
7	2.3 Handlungsoptionen
11	3 VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS
11	3.1 Situation und Herausforderungen
11	3.2 Handlungsoptionen
12	4 SICHERHEIT VON ARZNEIMITTELTHERAPIE UND MEDIZINPRODUKTEN
12	4.1 Situation und Herausforderungen
12	4.2 Handlungsoptionen
14	5 HILFSMITTELVERSORGUNG
14	5.1 Situation und Herausforderungen
14	5.2 Handlungsoptionen
15	6 PATIENTENRECHTE UND RECHTSDURCHSETZUNG
15	6.1 Situation und Herausforderungen
15	6.2 Handlungsoptionen
17	Abkürzungsverzeichnis
18	Literaturverzeichnis
19	Teilnehmende der Projektgruppe

VORWORT

Versicherte und Patient_innen müssen viele Entscheidungen treffen: Welche Ärzt_innen sind kompetent, welches Krankenhaus leistet qualitativ gute oder schlechte Arbeit, welches Medikament ist wirkungsvoll? Diese und andere Fragen haben Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen und auf das System insgesamt. Doch auf welcher Grundlage werden diese Entscheidungen getroffen, und wie könnten Einzelne bei ihrer Entscheidung unterstützt werden? Auf welche Weise können Patient_innen und Versicherte Einfluss auf die Gestaltung eines nutzer- und patientenorientierten Gesundheitssystems nehmen? Diesen Fragen widmete sich eine Projektgruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung. Zu berücksichtigen war dabei, dass in Deutschland ein duales Krankenversicherungssystem besteht, das die Gesundheitsversorgung in starkem Maß beeinflusst. Während rund 85 Prozent der Bevölkerung gesetzlich pflichtversichert sind, kann sich aufgrund von Einkommen oder Status eine kleine Bevölkerungsgruppe auch privat versichern. Letztere unterliegen nicht den Regelungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und schließen mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen private Behandlungsverträge ab. Soweit nicht ausdrücklich erwähnt, beziehen sich die nachstehenden Ausführungen auf gesetzlich Krankenversicherte.

Die Projektgruppe hat in den vergangenen zwölf Monaten vier Workshops und Expertengespräche durchgeführt und legt mit diesem Text konkret umsetzbare politische Handlungsempfehlungen vor. Sie sollen die Einzelnen in einem komplexen System stärken und das Gesundheitssystem insgesamt mehr als bisher am tatsächlichen Bedarf der Patient_innen ausrichten. Die Projektgruppe bestand aus Wissenschaftler_innen, Gewerkschafter_innen, politisch Verantwortlichen, Mitarbeiter_innen von Verbänden (inkl. Patientenorganisationsvertreter_innen und Selbsthilfefrevertreter_innen) und Ministerien sowie Praktiker_innen. Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat diesen Prozess initiiert und die Plattform für die Arbeit gestellt. Leitbild der Arbeit der Projektgruppe war ein nutzerorientiertes und solidarisches Gesundheitssystem.

DR. ROBERT PHILIPPS

Leiter des Gesprächskreises Verbraucherpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

1

EINLEITUNG UND ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Es hat ein Ausgabenvolumen von 300 Milliarden Euro, und rund 5,4 Millionen Menschen sind in diesem Sektor beschäftigt. Eigenwirtschaftliche Interessen und uneigennütige Solidarität sind bei den Akteuren des Gesundheitswesens oftmals schwer zu trennen, auch weil Organisations- und Interessenverflechtungen schwer zu durchschauen sind. In diesem täglichen Aushandlungskampf gerät das eigentliche Ziel des Systems oftmals aus dem Blick,¹ nämlich „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 des Sozialgesetzbuches V). Die Interessen und Bedürfnisse der Nutzer_innen werden regelmäßig nicht genügend berücksichtigt. Andere Akteure, z. B. Leistungserbringer und Kostenträger, sind besser, ggf. auch finanzstärker, organisiert und können im Konfliktfall ihre Interessen wirksamer durchsetzen. Und das hat Auswirkungen: Der medical outcome in Deutschland – d. h. beispielsweise die Lebenserwartung oder das Vorkommen bestimmter Krankheiten – liegt unter dem Durchschnitt der OECD-Länder, trotz einer hochwertigen Infrastruktur und eines guten Zugangs (OECD 2016: 39ff.). Die Orientierung der gesundheitlichen Versorgung an den Interessen und Bedürfnissen der Nutzer_innen muss daher immer wieder angemahnt und mit durchsetzungsfähigen Rechtsansprüchen versehen werden.

Doch was heißt das konkret? Zentral damit verbunden ist die Vorstellung, durch verbesserte Unterstützungsstrukturen, mehr Transparenz und Information sowie durch eine verbesserte institutionelle Integration der Nutzer_innen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren, die gesundheitliche Versorgung stärker an den Ursachen für fehlende Gesundheit und damit an den Bedürfnissen der Nutzer_innen auszurichten und verstärkt Präferenzen und Qualitätsanforderungen der Nutzerseite zu berücksichtigen.

Zu beachten ist allerdings, dass es *die eine* Nutzerin/den *einen* Nutzer im Gesundheitswesen (Ewert 2012) gar nicht gibt. Nutzer_innen können in verschiedenen Rollen auftreten, die aber in der Regel nicht scharf voneinander abgrenzbar sind. Sie sind einerseits Versicherte und im Krankheitsfall zusätzlich Patient_innen. Als gesunde *Versicherte* haben Nutzer_innen vorrangig ein Interesse daran, dass ihre Beiträge effizient eingesetzt werden, aber auch daran, dass ihnen für Vorsorge und evtl. Krankheit ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Dazu gehört auch Mitsprache bei der Wahl der Therapie und die Möglichkeit, als Verbraucher_innen informierte Entscheidungen treffen zu können.² *Patient_innen* geht es daneben vor allem anderen um eine gute, qualitativ hochwertige Versorgung in der aktuellen Bedarfssituation.

Die Arbeitsgruppe hat die Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten unseres Gesundheitssystems aus Sicht der Nutzer_innen, besonders der Patient_innen, in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Dabei wird nicht nur die Sichtweise der Einzelnen eingenommen. Auch der Frage, wie Patientengruppen und Patientenvertreter_innen Einfluss auf die Gestaltung unseres Gesundheitssystems nehmen, wird nachgegangen. In dem Positionspapier kann aus naheliegenden Gründen nicht auf alle Defizite und Handlungsoptionen eingegangen werden.

Folgende zentrale Herausforderungen werden diskutiert:

(1) Den Patient_innen stehen Hindernisse entgegen, um informiert und selbstbestimmt an einer partizipativen Entscheidungsfindung, die eigene Gesundheit betreffend, mitzuwirken. Es fehlt gegenwärtig an patientenrelevanten, verständlichen und qualitätsgesicherten Informationen von einer von den Interessen der Kosten- und Leistungsträger sowie Industrie

¹ Somit entfallen für sie auch die Schutzrechte, die durch die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgestaltet werden.

² Dass die Mitsprache für Versicherte eine große Rolle spielt, zeigen auch die zunehmenden Patientenverfügungen.

unabhängigen Stelle. Patient_innen können deswegen ihr Recht, selbstbestimmt mitzuentcheiden, nur eingeschränkt wahrnehmen. Das betrifft z. B. die Wahl eines für sie besonders gut geeigneten Krankenhauses oder einer Fachärztin/eines Facharztes und die Möglichkeit, die Qualität der Leistungserbringung zu vergleichen. Sie können meistens auch nicht die Notwendigkeit einer vorgeschlagenen medizinischen Leistung beurteilen. Deswegen besteht z. B. die Gefahr, Opfer von Über- oder Fehlversorgung zu werden. Das Papier konzentriert sich auf Patient_innen in Versorgungssituationen, in denen sie eine informierte Entscheidung treffen wollen und können. Natürlich ist dies in akuten Notfällen oder bei eingeschränkter Entscheidungskompetenz nicht möglich. Es besteht auch weiterhin das Recht der Patient_innen, nicht entscheiden zu wollen. All diese müssen selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt und in jeder Region in Deutschland eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

(2) Den Patient_innen stehen in der Realität jedoch Hindernisse entgegen, eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte Versorgung tatsächlich zu erhalten. Die Struktur des deutschen Gesundheitswesens mit der unzureichenden Zusammenarbeit des stationären und ambulanten Sektors, von Hausärzt_innen und Fachärzt_innen sowie zwischen Ärzt_innen und anderen Gesundheitsberufen, aber auch zwischen Akut- und Reha-Medizin sowie der Pflege und sozialen Daseinsvorsorge, erschwert den Patient_innen eine ganzheitliche Versorgung.

(3) Bei der Qualität der Versorgung von Patient_innen haben die Arzneimitteltherapie und die Sicherheit von Medizinprodukten eine große Bedeutung. Ein häufig unterschätztes Risiko für Patient_innen, einen vermeidbaren Schaden zu erleiden, ist die Arzneimitteltherapie. Verschiedene Bestrebungen seitens des Gesetzgebers und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie zu verbessern, stecken noch in den „Kinderschuhen“. Die aktuell vom Gesetzgeber auf den Weg gebrachte Verbesserung der Therapiesicherheit durch Medikationspläne ist ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn die konkrete Umsetzung sicher noch viele Probleme bereiten wird. Auch die Sicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten höherer Risikoklassen kann verbessert werden. Bisher gibt es z. B. in Deutschland nur Implantatregister auf freiwilliger Basis.

(4) Patient_innen und ihre Angehörigen müssen für ihre bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln häufig Zu- und Aufzahlungen leisten, die sie nicht selten finanziell überfordern. Zudem werden grundlegende Prinzipien des Verbraucherschutzes verletzt, da es an Transparenz über Qualität und Preise für Hilfsmittel fehlt oder diese Informationen nicht wahrgenommen oder verwendet werden können. Patient_innen sind an bestimmte Leistungserbringer gebunden, obwohl diese unter Umständen nicht die gewünschte Qualität erbringen.

(5) In den letzten 15 Jahren sind im Sozialgesetzbuch V rechtliche Rahmenbedingungen für Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Lenkungs- und Entscheidungsprozessen getroffen worden. In der Praxis sind die Steuerungsmöglich-

keiten jedoch sehr beschränkt. Um tatsächlich als gleichberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in den Gremien der gesundheitlichen Leistungserbringer und Kostenträger sowie in den Gremien auf Länder- und Kommunalebene aufzutreten, fehlt es den Patientenorganisationsvertretern³ an verlässlicher und ausreichender Ko-Finanzierung, fachlicher Zuarbeit sowie der notwendigen Fortbildung. Auch fehlt es an zeitlichen Ressourcen für die ehren-, neben- und hauptamtlichen Patientenorganisationsvertreter_innen und deren immer umfangreichere Arbeit im G-BA.

(6) Das Patientenrechtegesetz, das seit drei Jahren in Kraft ist, kodifiziert das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Das ist aber angesichts der Komplexität des Themas nicht ausreichend. So haben die Patient_innen nach dem Behandlungsvertrag das Recht auf eine sichere Behandlung. Es fehlen aber ergänzende gesetzliche Regelungen, z. B. für eine sichere Therapie mit Medizinprodukten. Auch die schnell wachsenden Anforderungen an die Regelungen eines zweiten Gesundheitsmarktes⁴ sind nur unzureichend beachtet. Patient_innen, die Opfer eines Behandlungsfehlers geworden sind, befinden sich zudem nach wie vor in einer äußerst schwierigen Position. Die Beweislast liegt nach wie vor bei den Patient_innen. Die Beweismittel finden sich bei den Ärzt_innen. Nach wie vor gibt es keinen Härtefallfonds für die Opfer von Behandlungsfehlern in besonders schwierigen Situationen.

(7) Die Ausgrenzung von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog, die ständige Erhöhung von Zuzahlungen und Selbstbehalten, in erster Linie aber die kassenindividuellen Zusatzbeiträge erhöhen den Kosten- und Wettbewerbsdruck der Krankenkassen und verstärken damit einen Interessenkonflikt zwischen Patient_innen und (beitragsensiblen) Versicherten. Eine kollektive Versichertenvertretung wird dadurch erschwert. Zudem ist die „Parität“ nur noch in den Organen der Selbstverwaltung festgeschrieben, nicht mehr jedoch in der Finanzierung des Gesundheitswesens. „Ausgegrenzte Leistungen“ verschwinden aus dem Blickfeld der Selbstverwaltung, insbesondere der Arbeitgeber_innen.

(8) Auch die Patientenvertretungsorganisationen und die organisierte Patientenselbsthilfe bedürfen einer kritischen Betrachtung. Während die großen Sozialverbände, beispielsweise der VdK oder der Sozialverband Deutschland (SoVD) sich ausschließlich aus ihren Mitgliedsbeiträgen finanzieren und deshalb auch nur ihre Mitgliederinteressen vertreten müssen, versuchen Pharma- und Medizinprodukteunternehmen Einfluss auf die organisierte Patientenselbsthilfe zu bekommen.

³ Zu den Patientenvertreterorganisationen im G-BA zählen u. a. der Deutsche Behindertenrat (DBR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

⁴ Damit ist der Markt für alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit gemeint, wie beispielsweise die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

2

PATIENTENMITBESTIMMUNG, PATIENTEN-SOUVERÄNITÄT, TEILHABE

Die souveräne Patientenmitbestimmung und Teilhabe rückt seit Anfang der 1990er Jahre nicht nur national, sondern auch international immer stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Patient_innen werden nicht mehr nur als passiv Leidende angesehen, die die Fürsorge und Hilfe der ärztlichen und pflegerischen Professionen ohne zu hinterfragen in Anspruch nehmen. Sie werden zunehmend zu Partner_innen auf Augenhöhe, in manchen Fällen sogar zu Kund_innen, die Leistungen des Gesundheitsmarktes konsumieren.

Spätestens seit bekannt ist, dass sich partizipative Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, etwa bei der Wahl der Therapie, günstig auf den Behandlungserfolg auswirken kann (Scheibler et al. 2005), hat sich ihre Beziehung positiv verändert. Auch aus ökonomischen Erwägungen für das Gesamtsystem heraus, rücken die Bedürfnisse von Patient_innen und die Patientenzufriedenheit inzwischen stärker in den Fokus.

Zudem gibt es in der Gesellschaft die Hoffnung, durch mehr Partizipation, Information und Einbeziehung der Betroffenen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren und die gesundheitliche Versorgung am tatsächlichen Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Das kommt auch denjenigen Patient_innen zugute, die über ihre Behandlung nicht selbst entscheiden können oder wollen.

Zur Betrachtung der Mitbestimmung und Teilhabe von Patient_innen sind die individuelle und die kollektive Ebene zu beleuchten.

2.1 DIE INDIVIDUELLE EBENE

2.1.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Wie kann die/der Einzelne am System der gesundheitlichen Versorgung teilhaben, ihre/seine Souveränität auch im Krankheitsgeschehen behalten und bei der Behandlung mitentscheiden?

Notwendig sind Rahmenbedingungen, welche die Einzelnen befähigen, als souveräne Patient_innen oder Verbraucher_innen aufzutreten. Dem Idealtyp der/des „informierten Patient_in“ oder „informierten Verbraucher_in“ stehen aber verschiedene Hindernisse im Weg.

Erstens ist die Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen, von der sozialen Lage und Einkommen, Bildung, Alter und Gesundheitszustand abhängig. Patient_innen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage oder nicht bereit sind, selbst Entscheidungen zu treffen, müssen eine gute und sichere Versorgung erhalten. Ihr mutmaßlicher Wille ist in jedem Fall zu beachten. Entsprechende Regelungen finden sich im Betreuungsrecht und in den Berufsordnungen der Ärztekammern, die jedoch teilweise nicht verwirklicht werden. Diese Patient_innen profitieren grundsätzlich von jeder Verbesserung, die von den unterschiedlichen Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung und beim Patientenschutz erreicht werden.

Zweitens steht dem beschriebenen Idealbild im Weg, dass Patient_innen des Gesundheitssystems faktisch oft keine Wahl zwischen verschiedenen Leistungen haben, weil die gegebene Versorgungsstruktur einschränkend wirkt, z. B. durch die Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor oder die mangelnde Verfügbarkeit von Leistungserbringern im ländlichen Raum (RKI 2015: 303ff.).

Drittens ist die Gesundheitskompetenz überwiegend mangelhaft. 54 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben Probleme damit, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu verstehen, zu beurteilen und zu verwenden. Damit liegt Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt (Quenzel/Schaeffer: 2016). Die Wissens- und Informationsasymmetrien zwischen Patient_innen und Ärzt_innen führen regelmäßig dazu, dass medizinisch nutzlose Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) verkauft werden, die für Ärzt_innen eine zusätzliche Einnahme bedeuten und von den Patient_innen privat zu finanzieren sind.

Viertens sind verständliche, patientenrelevante, qualitätsgesicherte Informationen und Entscheidungshilfen bislang nur ansatzweise zugänglich. Sie sind aber erforderlich, um als Einzelne oder Einzelner tatsächlich mündig und selbstbewusst mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem zu agieren. Um die Patient_innen bei der Mitentscheidung über ihre Behandlung und bei der Wahl des Anbieters der Leistung zu unterstützen, ist also Qualitäts- und Markttransparenz über medizinische Leistungen herzustellen. Das betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens. Solche Informationen stehen bislang nur in Ansätzen zur Verfügung.

Bisherige Ansätze zur Herstellung von Qualitätstransparenz:

- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereitet für ausgewählte medizinische Bereiche über die Internetseite „gesundheitsinformation.de“ die verfügbare Evidenz in den jeweiligen Krankheitsbildern allgemeinverständlich auf und aktualisiert diese Informationen regelmäßig. Dieses Angebot sollte ausgebaut und in der Öffentlichkeit stärker bekannt gemacht werden. Bei Screening-Angeboten, die die Früherkennung von Krankheiten zum Ziel haben und sich an Menschen richten, die noch keine Krankheitssymptome aufweisen, sind besonders hohe Anforderungen an die Qualität und deren Transparenz zu richten. Hier fehlt es noch an entsprechenden verlässlichen Aussagen.
- Zur Anbieterwahl gibt es die meisten Angebote im Internet. Vorreiter ist bisher die „Weiße Liste“⁵ der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände einiger großen Patienten- und Verbraucherorganisationen, die zentral die Qualitätsberichte der Krankenhäuser patientenverständlich aufbereitet und über Patientenerfahrungen mit Ärzt_innen und die Qualität von Pflegeanbietern informiert. Diese vorhandenen Qualitätsinformationen reichen jedoch gegenwärtig nicht aus, um alle patientenrelevanten Aspekte abzubilden – das gilt für alle Sektoren, aber vor allem für die ambulant-ärztliche Versorgung.
- Die sektorübergreifende Qualitätssicherung steht seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und der Gründung des „Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG)⁶ stärker im Fokus der Gesundheitspolitik. Das IQTIG erhält seine Aufträge zur Entwicklung und Durchführung der (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung vom G-BA. Es ist zweifellos ein Schritt in die richtige Richtung. Da das Institut erst im Januar 2015 seine Arbeit aufgenommen hat, ist es jedoch offen, wie eine umfassende Qualitätstransparenz im Sinne der Patient_innen hergestellt wird. Es ist zudem fraglich, ob das Institut wegen seiner engen Verbindung zur gemeinsamen Selbstverwaltung (und ihrer Eigeninteressen) dazu in der Lage ist. Zudem liegt auf der Hand, dass sektorübergreifende Qualitätssicherung und -transparenz große Aufgaben sind, die nur schrittweise für einzelne Indikationen und Bereiche bewältigt werden können. Hinzu kommt, dass die Versorgungssektoren „Medizinische Rehabilitation und Pflege“ gesetzlich der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nicht zugeordnet sind.
- Am 1. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft getreten. Es enthält die Vorschrift, dass zukünftig das Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht in einem speziellen Berichtsteil die besonders patientenrelevanten Informationen in allgemeinverständlicher Sprache zusammenfasst und auf seiner Internetseite veröffentlicht. Zu diesen Informationen zählen nach § 136b SGB V Abs. 6 insbesondere solche zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen. Inwieweit das IQTIG durch die Veröffentlichung von Maßnahmen und Maßzahlen der einzelnen Krankenhäuser und im Krankenhausvergleich tatsächlich Qualitätstransparenz für die Patient_innen herstellen kann, ist bislang noch offen.
- Das Leistungsangebot der Kassen wird aufgrund von Selektivverträgen, Zusatzleistungen und Bonusprogrammen zunehmend unübersichtlich. In Zeitungen und im Internet kursieren Listen der „Besten Krankenkassen“. Diese bestehen jedoch im Wesentlichen aus Finanzdaten (Höhe der Zusatzbeiträge), Servicedaten, Wellnessangeboten oder wissenschaftlich umstrittenen Behandlungsmethoden wie der Homöopathie. Im Krankheitsfall interessieren die Leistungen der Krankenkasse. Hierzu gibt es keine vergleichenden Statistiken. Leicht zugängliche, unabhängige und qualitativ hochwertige Vergleichsportale bei der Kassenwahl gibt es bislang nicht.
- Die vom Gesetzgeber geschaffene „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) soll Verbraucher_innen und Patient_innen umfassend und qualitätsgesichert in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen informieren und beraten. Kritiker_innen befürchten, dass die UPD durch die Vergabeentscheidung an einen privaten Anbieter, der auch für Krankenkassen und Unternehmen der pharmazeutischen Industrie tätig ist, zukünftig nicht mehr unabhängig sein könnte. Da die meisten Beratungen der UPD bisher bei Konflikten zwischen Patient_innen und Krankenkassen erfolgten, könne eine neutrale Beratung nicht mehr gewährleistet werden. Ob dies tatsächlich so ist, wird die Zukunft zeigen. Grundsätzlich wird bemängelt, dass die Finanzierung und Vergabeentscheidung für die Beratungsstelle durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfolgt.
- Gesetzlich vorgegeben ist eine „Einwilligung nach erfolgter Aufklärung“ (informed consent) der Patient_innen in medizinische Behandlungen. Diese wird aber nur bedingt realisiert. Kommunikationsbarrieren, Zeitdruck, falsche Vergütungsanreize und interessengeleitete Beratung verhindern oft eine angemessene Aufklärung.

⁵ Die „Weiße Liste“ ist eine hundertprozentige Tochter der Bertelsmann-Stiftung. Für weiterführende Informationen zu Finanzierung und Kooperationspartnern siehe: <https://www.weisse-liste.de/de/>.

⁶ Die Einrichtung des IQTIG wurde durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2014 geregelt.

2.2 DIE KOLLEKTIVE EBENE

Neben den individuellen Mitwirkungsmöglichkeiten ist es wichtig, dass die kollektiven Belange von Patient_innen und Versicherten angemessen in den institutionellen Strukturen des Gesundheitssystems berücksichtigt sind. Der Einfluss von Patientengruppen und Versichertenvertretern in Verbänden, Körperschaften und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung soll bewirken, dass die Interessen von Versicherten und Patient_innen, z. B. an einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung, angemessen vertreten sind. Dabei liegt auf der Hand, dass die Mitwirkung der kollektiven Patienten- und Versichertenvertreter_innen an der Gestaltung des Gesundheitssystems erheblichen Einfluss auch auf die Patientensouveränität und Teilhabe der Einzelnen hat.

2.2.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht von Beginn an das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Soziale Selbstverwaltung ist ein konkreter Ausdruck des Sozialstaatsgebots, wie es in der Verfassung verankert ist. Das Prinzip Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip innerhalb der Sozialversicherung ist Ausdruck gewollter Staatsferne. Grundgedanke ist die repräsentative Mitgestaltung der Sozialen Sicherungssysteme durch deren Mitglieder. Das sind vor allem abhängig Beschäftigte und Rentner_innen. Sie bestimmen ihre Vertreter_innen in den Selbstverwaltungsorganen.

Auf der Seite der Versicherten haben Gewerkschaften und sonstige selbstständige Arbeitnehmervereinigungen mit einer sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung das vorrangige Vorschlagsrecht. Dies hat seine historische Begründung darin, dass die Vorläufer der heutigen Krankenversicherungsträger als Selbsthilfeorganisationen von Arbeitnehmer_innen und deren Verbänden gegründet wurden.

Im Laufe der letzten Jahre hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Sozialen Selbstverwaltung durch den Umbau der Sozialen Sicherungssysteme wesentlich verändert. Die Akzeptanz der Selbstverwaltung leidet darunter, dass der Gesetzgeber in der GKV Leistungseinschnitte vorgenommen und den Versicherten zunehmende finanzielle Belastungen aufgebürdet hat. Die Selbstverwaltung wird auch dadurch geschwächt, dass der Gesetzgeber immer mehr Entscheidungen selbst trifft und den Regelungsbereich der Selbstverwaltung beschränkt. Dies gilt beispielsweise:

- für die Verwaltungshaushalte und damit für die Frage, wie die Sozialversicherungsträger ihre Dienstleistungen erbringen;
- für das Reha-Budget;
- für Vorgaben im Bereich der Organisation von Trägern und Trägerbereichen (z. B. Fusionen);
- für die Festlegung des Beitragssatzes in der GKV und
- für immer detailliertere Regelungen bei Ermessensleistungen.

Zudem haben Fusionen in der Krankenversicherung zu größeren Verwaltungseinheiten geführt. Das Ergebnis ist der

Verlust tausender ehrenamtlicher Versichertenvertreter_innen in den Selbstverwaltungsgremien. Damit ging auch ehrenamtliche gesundheitspolitische Kompetenz vor Ort und in der breiten Bevölkerung verloren.

Dennoch bildet Selbstverwalterhandeln nach wie vor eine zentrale Grundlage für den Schutz der Patient_innen und die Mitgestaltung im Gesundheitswesen. Ziel ist es, die bedarfsgerechte Versorgung mit Beitragsinteressen zu vereinbaren. Selbstverwalterhandeln setzt auf evidenzbasierte Medizin, befindet sich aber im ständigen Spagat zwischen den individuellen Versicherteninteressen, insbesondere bei Krankheit, und der Wettbewerbsfähigkeit der eigenen Organisationseinheit in Konkurrenz zu den Mitbewerbern.

Neben der Versichertenbeteiligung, die über Sozialwahlen organisiert wird, ist die Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen relevant. In den letzten 15 Jahren sind im Sozialgesetzbuch V rechtliche Rahmenbedingungen für Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Lenkungs- und Entscheidungsprozessen geschaffen worden. Zentral war die Verankerung von Mitberatungs- und Antragsrechten für Patientenvertreter_innen (Patientenorganisationen) im Gemeinsamen Bundesausschuss. Über ein Stimmrecht verfügt die Patientenvertretung dort aber nicht. Überdies ist jene nach eigenen Angaben gegenwärtig weder personell noch finanziell ausreichend für die Ausschussarbeit ausgestattet. Zwar hat die Patientenvertretung fachliche Unterstützung durch eine Stabstelle, dennoch verfügen die Patientenvertreter_innen über geringere Informationen, haben schlechtere Vorbereitungsmöglichkeiten und damit geringere Beteiligungsmöglichkeiten als die Vertreter_innen der anderen Beteiligten im G-BA. In anderen Körperschaften und Institutionen der Leistungserbringer, die unmittelbar Patienteninteressen berühren, sowie in den Gremien auf Länder- und Kommunalebene, sind Patientenvertretungen dagegen häufig gar nicht beteiligt oder zumindest nicht als gleichberechtigte Mitglieder anerkannt.

Darüber hinaus sieht sich die Patientenvertretung mit der Kritik konfrontiert, nicht unabhängig zu sein, weil manche Patientenorganisationen finanziell von der Pharmaindustrie oder anderen Interessengruppen unterstützt werden.

2.3 HANDLUNGSOPTIONEN

Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen verbessern

- Notwendig ist eine bessere Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patient_innen, insbesondere im Krankenhaus. Das wurde erneut im Gutachten „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, das im April 2016 in Berlin vom Deutschen Ethikrat präsentiert wurde, deutlich. Um die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, aber auch ihren Angehörigen, zu verbessern, sollten entsprechende Kommunikationstrainings der Ärzt_innen verstärkt werden. Entscheidend ist zudem, dass es Ärzt_innen ermöglicht wird, im Klinikalltag ausreichend Zeit für Aufklärungs- und Beratungsgespräche aufzuwenden.

- Bei der Vergütung ärztlicher Leistungen und in den diagnose-bezogenen Fallgruppen der Krankenhäuser (DRG) sind Aufklärungs- und Beratungsgespräche angemessen zu berücksichtigen. Es muss auch institutionell sichergestellt werden, dass Information und Aufklärung auch wirklich stattfinden. Die verpflichtende Bereitstellung von Case-Management-Angeboten kann hierzu wesentlich beitragen.
- Die Kosten für eine notwendige professionelle Übersetzung im Kontext einer interkulturellen Behandlungssituation sollten durch öffentliche Mittel finanziert werden. Eine Übersetzung in Gebärdensprache für gehörlose Patient_innen ist bisher nur in der ambulanten Praxis erstattungsfähig und sollte auch im Krankenhaus übernommen werden.

Patient_innen besser informieren und beraten

- Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass Patient_innen nach jedem größeren Eingriff bzw. bei chronischen Erkrankungen beim Verlassen des Krankenhauses einen speziell für sie persönlich formulierten Informationsbrief erhalten. In diesem allgemein verständlich formulierten Schreiben erhalten sie Informationen über den durchgeführten Eingriff, die angewandten Methoden, ggf. über verwendete Hilfsmittel und Implantate und den zu erwartenden Verlauf.⁷ Die Digitalisierung bietet weitere Chancen, Patient_innen, aber auch die weiter behandelnden Ärzt_innen bzw. sonstigen Therapeut_innen, umfassend zu informieren (z. B. durch Videoaufzeichnungen von Operationen).
- Durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) könnten die Patient_innen eine vollständige Übersicht zu ihren medizinischen Daten erhalten und damit Behandlungsprozesse besser nachvollziehen und Entscheidungen informierter treffen. Dafür müssen sie umfassenden Zugriff auf ihre Daten erhalten. Die Krankenkassen sollten in die Pflicht genommen werden, behandlungsrelevante medizinische Daten auf Wunsch der Versicherten den Behandler_innen zugänglich zu machen.
- Ein Medikationsplan sollte für Patient_innen, die regelmäßig mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen, auf der eGK abrufbar sein.⁸ Dieser Medikationsplan sollte den Patient_innen auch bei Entlassungen aus dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. In diesem Plan können die Patient_innen, aber auch Ärzt_innen und Apotheken, die verordneten Medikamente der Versicherten einsehen.
- Notwendig ist eine wirklich unabhängige, kompetente Patientenberatung, die parteiisch für Patient_innen ist und auf der Basis solider Daten, offizieller Behandlungsleitlinien und gültiger Rechtsprechung arbeitet. Eine Finan-

zierung und Vergabeentscheidung der Beratung durch die Gesetzliche Krankenversicherung, wie aktuell bei der UPD, ist grundsätzlich nicht sinnvoll. Patientenberatung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte daher aus Steuermitteln finanziert werden, um all ihren Aufgaben – Information, Beratung und Seismograf von Problemen – gerecht werden zu können. Eine reformierte UPD sollte zudem auch dezentral in der Fläche vertreten sein, um einen niederschweligen Zugang und persönliche Beratung zu gewährleisten.

Sektorübergreifende Versorgung verbessern

- Um eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung zu erreichen, ist es Aufgabe des Gesetzgebers, die Strukturen des Gesundheitssystems weiter über die Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und Gesundheitsberufen zu verändern. Aufgabe der Selbstverwaltung von Ärzt_innen, Kliniken und Krankenkassen ist es, den gesetzlichen Rahmen im Sinne einer bedarfsgerechten und möglichst integrierten gesundheitlichen Versorgung zu nutzen.
- Für chronisch kranke Menschen ist dem Rechtsanspruch auf Fallmanager/Lotsen (siehe § 11 Abs. 4 und § 39, Abs. 1a SGB V) Geltung zu verschaffen (z. B. Rheuma-Lotse). Eine verlässliche Finanzierung ist dabei auch in der ambulanten Versorgung gesetzlich zu regeln. Die Versicherungsvertreter_innen in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sollten sich für die Realisierung dieses Rechtsanspruchs einsetzen.

Nutzung von Gesundheitsdaten zur Schaffung von Qualitätstransparenz

- Im deutschen Gesundheitswesen werden sehr viele Daten erhoben. Die sinnvolle Nutzung erfolgt aber zu wenig. Dies wird häufig mit dem Datenschutz begründet. Zweifellos ist der Schutz von Gesundheitsdaten sehr wichtig, dies darf aber nicht dazu führen, dass der sinnvolle Informationsaustausch zum Wohle der Patientenversorgung und Versorgungsforschung verhindert wird. Es wäre zur Herstellung von Qualitätstransparenz im stationären Sektor z. B. nötig, alle Routinedaten, die die Qualität der Versorgung im Krankenhaus abbilden, zu veröffentlichen. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit erfasst sind. Diese Daten sollten nicht nur den Kostenträgern und der Ärzteschaft zugänglich sein. Auch für Patient_innen sollten diese Daten verständlich aufbereitet und leicht zugänglich gemacht werden, damit sie sich bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt gut informiert für ein Krankenhaus entscheiden können. Die Aufbereitung der Daten für die/den „Normalbürger_in“ sollte eine unabhängige „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ vornehmen (dazu mehr unten).
- Auch die Daten der wissenschaftlichen Institute der Krankenkassen sind verständlich aufzubereiten und zu veröffentlichen. Das wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) nutzt beispielsweise das Verfahren „Qualitätssicherung

⁷ Diese Forderung wurde bereits im Antrag „Patientenrechte wirksam verbessern“ (BT-Drs. 17/11008) im Jahr 2012 in den Deutschen Bundestag eingebracht.

⁸ Das im Jahr 2015 verabschiedete „E-Health Gesetz“ sieht vor, dass ab Oktober 2016 Patient_innen, die mindestens drei verordnete Medikamente anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform haben. Ab dem Jahr 2018 soll dieser Medikationsplan auf der eGK abrufbar sein.

mit Routinedaten“ (QRS), das Auskunft darüber gibt, in welchem Umfang unterschiedliche Komplikationen nach einem stationären Aufenthalt aufgetreten sind. Dadurch kann auch die langfristige Ergebnisqualität eines Krankenhauses transparent gemacht werden. Diese Daten sollten besser genutzt werden.

Kollektive Patienten- und Versichertenbeteiligung stärken

- Gesetzlich sollte festgelegt werden, dass in allen Körperschaften und Institutionen der Leistungserbringer, die unmittelbar Patienteninteressen berühren, eine Patientenvertretung beteiligt sein muss. Gleichwohl reicht das nicht aus, um die oben beschriebene Macht- und Informationsasymmetrie zwischen Patientenvertreter_innen und Leistungserbringern sowie Kostenträgern aufzuheben. Um die Patientenvertretungen in Sach- und Fachkompetenz zu stärken, bedarf es der Schaffung einer unabhängigen Institution für Patientenbelange, einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ (dazu mehr unten).
- Die Finanzierungsquellen der Organisationen der Patientenselbsthilfe sind transparent anzugeben. Um die Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit der organisierten Selbsthilfe zu stärken, sollte diskutiert werden, ob eine Finanzierung ausschließlich aus Steuermitteln angebracht ist.
- Die „Parität“ zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter_innen ist zwar bei der Besetzung der Organe der Selbstverwaltung festgeschrieben, nicht mehr jedoch in der Finanzierung des Gesundheitswesens. Hier sind Korrekturen dringend nötig. Die volle Parität in der Finanzierung der Gesundheitskosten ist wiederherzustellen. Die Rechte der Selbstverwaltung sind nach wie vor nicht zu unterschätzen. Ein Beispiel dafür sind die durch die Selbstverwaltung eingerichteten Widerspruchsausschüsse. So können Versicherte gegenüber der Krankenkasse Leistungen einfordern, ohne dafür den Rechtsweg bestreiten zu müssen. Solche Rechte für eine niedrighschwellige Einforderung von Leistungsansprüchen werden auch in Zukunft gebraucht. Wünschenswert ist aber auch eine stärkere Beteiligung der Versichertenvertreter_innen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, dem G-BA und in den Ländern.
- Auf allen Ebenen ist auch eine Kooperation der Versichertenvertreter_innen in der Selbstverwaltung mit Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie Interessenvertretungen chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen erforderlich. Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen von Selbsthilfegruppen bei der Gestaltung der Versorgung können im Zusammenspiel mit einer rechtlich starken Selbstverwaltung ein entscheidender Beitrag für eine wirksame Patientenbeteiligung sein.

Mehr Patientenorientierung durch Schaffung einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“

Um einen Austausch „auf Augenhöhe“ zwischen den Anbieter_innen medizinischer Leistungen und den Patient_in-

nen zu erreichen und selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen, bedarf es einer unabhängigen Institution für Patientenbelange, einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“. Die Kernaufgabe dieser Institution ist die Herstellung von umfassender Transparenz für die Nutzerseite sowie die Schulung und Beratung von Patientenorganisationen, -vertretungen und -beratern durch professionelle Kräfte. Das wichtigste Merkmal dieser Stiftung ist die Unabhängigkeit sowie die Orientierung an den Patient_innen und Versicherten. Diese beiden Punkte sind das Alleinstellungsmerkmal der Stiftung – und ihre Daseinsberechtigung. Der Vergleich mit der seit Jahrzehnten erfolgreichen Stiftung Warentest ist dabei durchaus gewollt.

Für die Akteure des Gesundheitswesens steht derzeit ihre jeweilige Institution im Zentrum des Interesses. Patient_innen wollen eine qualitativ abgesicherte Gesamttransparenz. Hier sieht sich die „Stiftung Gesundheitstest“ – unabhängig von Leistungserbringer- und Kostenträgerinteressen sowie der Industrie – nur den Patient_innen und dem Gemeinwohl verpflichtet. Sie muss deshalb aus Steuermitteln finanziert, mit höchster fachlicher Kompetenz ausgestattet und dem gesetzlichen Auftrag versehen werden, verständbare „Medizin- und Versorgungstransparenz“ für alle bereitzustellen.

In der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ werden die für eine unabhängige Patienteninformation, -beratung und -schulung notwendigen Informationen gesammelt, aufgearbeitet und bereitgestellt. In Analogie zur „Stiftung Warentest“ soll die „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ eine Hilfestellung zur Erlangung von mehr Patientensouveränität bieten. Ihre per Gesetz zuzuweisende Kernaufgabe ist es, Qualitätstransparenz herzustellen und alle Aspekte der medizinischen und therapeutischen Versorgung für die Betroffenen verständlich zu vermitteln. Dadurch und durch weitere Maßnahmen kann die Kompetenz der Bevölkerung in Fragen von Gesundheit und Krankheit gestärkt und Patient_innen befähigt werden, ihren Ärzt_innen, den Vertreter_innen der Kostenträger, Therapeut_innen und Pflegekräften die richtigen Fragen zu stellen sowie selbstständig Entscheidungen zu treffen.

Die Bereitstellung von Informationen fußt u. a. auf:

- Krankenkassenvergleichen mit echten Versorgungsdaten;
- aufbereiteten Qualitätsberichten einschließlich Transparenz über Ergebnisqualität, auch durch Daten des IQTIG;
- den Daten der wissenschaftlichen Institute der Krankenkassen;
- Leitlinien der Fachgesellschaften;
- Kenntnissen über strukturierte Behandlungsprogramme;
- Initiativen, wie z. B. „Klug entscheiden“⁹, „Choosing wisely“, um Über- und Unterversorgung zu vermeiden;
- evidenzbasierten Aussagen zu Screeninguntersuchungen;
- der (anonymen) Auswertung der Patientenberatungsgespräche der UPD und der Verbraucherzentralen;
- der Auswertung der Marktbeobachtung des „Marktwächters Gesundheit“ (dazu mehr unten).

⁹ „Gemeinsam klug entscheiden“ ist eine Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Empfehlungen für – oder gegen – mögliche medizinische Behandlungen veröffentlicht.

Eine weitere zentrale Aufgabe der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ ist die Zusammenarbeit mit und professionelle Unterstützung der Patientenvertretungen auf allen Ebenen. Der Wissensvorsprung, den die Kostenträger und Leistungserbringer bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in die Waagschale werfen können, kann dadurch gemindert werden. Die professionelle Unterstützung und Befähigung der Patientenvertreter_innen erhöht mittelbar ihr Gewicht bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen. Auf dieser Basis sollte erneut diskutiert werden, inwieweit die Patientenvertretung im G-BA ein Stimmrecht in Sach- und Verfahrensfragen erhält.

Marktbeobachtung durch den „Marktwächter Gesundheit“

Darüber hinaus ist es wichtig, im wachsenden zweiten Gesundheitsmarkt (eHealth, IGeL, Nahrungsergänzungsmittel) eine systematische Marktbeobachtung aus Verbraucher- und Patientensicht zu schaffen. Analog zu den bereits installierten „Marktwächtern“ in den Bereichen Finanzmarkt und Digitale Welt sollte ein „Marktwächter Gesundheit“ geschaffen werden, der bei den Verbraucherzentralen angesiedelt ist. Kernaufgabe des „Marktwächters Gesundheit“ wäre es, den Gesundheitsmarkt aus Patienten-, Versicherten- und Verbrauchersicht zu beobachten, Missstände zu erfassen und an die Öffentlichkeit zu bringen sowie Politik und Behörden zu informieren. Da Verbraucherzentralen zudem berechtigt sind, Anbieter abzumahnen, könnten sie marktberichtigend tätig werden.

Institutionelle Verzahnung zwischen der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“, dem „Marktwächter Gesundheit“ und der reformierten UPD

Der „Marktwächter Gesundheit“ und die reformierte Unabhängige Patientenberatung (UPD) sollten institutionell mit der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ verzahnt werden und intensiv zusammenarbeiten. UPD und Marktwächter erfüllen durch ihre Beratungstätigkeit in der Fläche und die systematische Marktbeobachtung eine Seismografen-Funktion, die auch für die Arbeit der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ nutzbar gemacht werden sollte. Umgekehrt können Patientenberater_innen in UPD und Verbraucherzentralen von der Fachkompetenz der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ sowie der von der Stiftung geschaffenen Qualitätstransparenz profitieren.

3

VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS

3.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Im Bereich der Krankenhausversorgung weist Deutschland im internationalen Vergleich hohe Kapazitäten auf. Das betrifft sowohl die Krankenhausedichte als auch die Zahl der Krankenhausbetten, bezogen auf die Einwohnerzahl. Allerdings gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern große Unterschiede, genauso wie zwischen ländlichen Regionen und Ballungsgebieten. Auffällig ist auch eine relativ geringe Spezialisierung der Krankenhäuser. Viele Häuser führen komplexe Eingriffe, wie z. B. Resektionen der Bauchspeicheldrüse, Tumoroperationen an der Speiseröhre oder Entfernung der Harnblase in sehr geringer Anzahl durch. Dabei ist der Zusammenhang von Fallzahlen und Ergebnisqualität für viele komplexe Eingriffe belegbar (Peschke et al. 2012), oder auch bei der Behandlung von Frühgeborenen. Aber ebenso bei der Behandlung häufigerer Krankheiten, wie z. B. Brustkrebs, ist das Langzeitüberleben abhängig davon, ob die Behandlung in einem Haus nach den Leitlinien erfolgt. Das setzt eine entsprechende Struktur- und Prozessqualität im jeweiligen Haus voraus. Auch die Zahl und Qualifikation des zur Verfügung stehenden Pflegepersonals ist für die Versorgungsqualität bedeutsam. Im internationalen Vergleich hat Deutschland hier erheblichen Nachholbedarf. So versorgt beispielsweise in Norwegen eine Pflegekraft 3,7 Patient_innen, in Schweden 5,4 Patient_innen und in Deutschland 9,9 Patient_innen (Aiken et al. 2013).

Die bisherige Krankenhausplanung zeichnet sich eher durch ein Festhalten an bestehenden Standorten, weniger durch eine Planung am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung und an der Versorgungsqualität aus. Sektorübergreifende Versorgungsformen sind zudem selten. Dies hat zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung geführt (SVR 2014) und genügt einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und effizienten stationären Versorgung der Bevölkerung nicht. Patient_innen können sich zwar in der Regel darauf verlassen, wohnortnah behandelt zu werden, in Ballungsgebieten konkurrieren Krankenhäuser sogar um Patient_innen. Diese wissen aber zu wenig über die Qualität, insbesondere über die Ergebnisqualität der Leistungsbereiche eines Krankenhauses im Vergleich zu der anderer Häuser. Deswegen können sie sich auch nicht bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt gut informiert für ein Krankenhaus entscheiden, geschweige denn mit ihren Entscheidungen „Nachfragemacht“ ausüben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz, beide 2015 beschlossen, wird die qualitativ hochwertige Patientenversorgung stärker in den Blick genommen, z. B. die sektorübergreifende Qualitätssicherung und das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus. Zukünftig soll auch die Qualität der Versorgung als zentrales Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt werden, was zweifellos ein großer Fortschritt ist. Eine Herausforderung für die Länder und Krankenkassen ist es jedoch, aus Qualitätsgründen und im Interesse einer guten Versorgung Leistungsbereiche, Abteilungen oder Krankenhäuser zu schließen, ohne die flächendeckende Versorgung zu gefährden. Nähere Konkretisierungen hinsichtlich sektorübergreifender Qualitätssicherung und -transparenz überließ der Bundesgesetzgeber allerdings der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen, Krankenhäusern und Krankenkassen. Auch über die Veröffentlichung der Versorgungsqualität für die Verbraucher_innen entscheidet die Selbstverwaltung. Inwieweit diese ihren Aufgaben tatsächlich gerecht werden wird, ist angesichts der Interessenlagen der beteiligten Akteure fraglich.

3.2 HANDLUNGSOPTIONEN

Um eine am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete qualitativ gute Krankenhausversorgung zu ermöglichen, bedarf es Strukturveränderungen hin zu mehr Spezialisierung und sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Qualität und Erreichbarkeit müssen dabei im Mittelpunkt der zukünftigen Krankenhausplanung stehen. Hier braucht es Gestaltungswillen und Durchsetzungsvermögen der Verantwortungsträger, im Sinne der Patient_innen Strukturveränderungen zu erreichen.

Wenn Qualitätsdaten der Krankenhäuser umfassend veröffentlicht werden und durch die „Stiftung Gesundheits-test und Patientenbelange“ verständlich aufbereitet werden, haben aber auch die Entscheidungen der Patient_innen das Potenzial, Druck auf schlechte Krankenhäuser auszuüben. Denn Qualitätstransparenz könnte dazu führen, dass Häuser mehr oder weniger stark frequentiert werden, zumindest von den Patient_innen, die mobil, gut informiert und selbstständig sind, eine Entscheidung treffen können und Zugang zu einem alternativen Krankenhaus haben.

4

SICHERHEIT VON ARZNEIMITTELTHERAPIE UND MEDIZINPRODUKTEN

4.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, aber auch bei Medizinprodukten, besteht das Risiko für Patient_innen, vermeidbaren Schaden zu erleiden. Für Medizinprodukte höherer Risikoklassen (z. B. alle Medizinprodukte, die im menschlichen Körper verbleiben), gelten für die Zulassung geringere Risikostandards als bei Arzneimitteln. Es ist auch nicht sichergestellt, dass die Betroffenen im Fall eines fehlerhaften Medizinproduktes beim Auftreten eines Gesundheitsschadens entschädigt werden.

Im Bereich der Arzneimitteltherapie haben Studien ergeben, dass in Deutschland allein im stationären Bereich jährlich vermutlich tausende Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder fehlerhafte Arzneimittelaufnahme zurückgeführt werden können (Schnurrer/Frölich 2003). In Abhängigkeit von dem behandelnden Fachbereich erleiden sechs bis 30 Prozent der stationären Patient_innen im Krankenhaus eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (Lazarou et al. 1998; Thürmann 2003).

Die wichtigsten Gründe dafür sind:

- Mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen steigt die Zahl multimorbider Menschen und die Multimedikation (Einnahme von mehr als fünf Wirkstoffen pro Tag), und damit die Gefahr der Fehlmedikation.
- Mit zunehmender Anzahl der an einem Arbeitstag aufzunehmenden Patient_innen steigen Verweildauer, Behandlungskosten und Mortalität im Krankenhaus. Eine Studie aus Australien fand eine lineare Beziehung zwischen Patientenzahl in der Notaufnahme und Bettenknappheit mit der Mortalität behandelter Patient_innen (Sprivulis et al. 2006).
- Eine höhere Anzahl von zu betreuenden Patient_innen pro Pflegekraft erhöht die Mortalität, während ein höherer Anteil besonders qualifizierter Pflegekräfte und eine Verringerung der Arbeitsbelastung eine geringere Mortalität bedeuten (Aiken et al. 2011; Aiken et al. 2014).

- Ohne elektronische Unterstützung ist die Menge der zu berücksichtigenden Informationen für arzneimitteltherapeutische Entscheidungen für die Ärzt_innen häufig nicht beherrschbar. Nur jede zweite kontraindizierte Kombination von Arzneimitteln und relevante Wechselwirkung wird erkannt (Glassman et al. 2002). Die Selbstmedikation mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln birgt gesundheitliche Risiken. Das ist vielen Patient_innen nicht bewusst.
- Die Behandlung mit Arzneimitteln ist nach dem ärztlichen Gespräch die am häufigsten angewandte und dabei hochkomplex. Die Bereitschaft vieler Ärzt_innen und Apotheker_innen, sich mit den Fragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, vermeidbare unerwünschte Nebenwirkungen, Nicht-Einhaltung/non-adherence) im Routinebetrieb auseinanderzusetzen, ist immer noch unzureichend entwickelt.
- Die Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen, Apotheker_innen und Pflegekräften beim Medikationsmanagement ist zu oft nicht vorhanden.
- Immer noch sind die von der Industrie gesponserten Fortbildungsveranstaltungen für Ärzt_innen die wichtigste Informationsquelle über neue Arzneimittel. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht als ein Ziel bei der medizinischen Versorgung enthalten. Leistungserbringer und Krankenkassen sind damit nicht verpflichtet, Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit zu ergreifen. Freiwillige Maßnahmen zum Medikationsmanagement (z. B. ARMIN in Sachsen) entwickeln sich zögerlich.

4.2 HANDLUNGSOPTIONEN

- Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) sollte im SGB V als Aufgabe von Leistungserbringern und Krankenkassen verankert werden.

- AMTS muss auf allen Ebenen als prioritäres Ziel akzeptiert und berücksichtigt werden. Die Auswirkungen jeder den Behandlungsprozess betreffenden Organisationsentscheidung von Ärzt_innen, Behandlungseinrichtung und auf Systemebene müssen auf die AMTS analysiert werden.
- Expert_innen empfehlen, Medikationspläne zur Unterstützung des Medikationsmanagements in Softwareprogrammen so umzusetzen, dass ein Medikationscheck durchgeführt werden kann. Das sollte dringend umgesetzt werden. Sobald die elektronische Gesundheitskarte funktionsfähig ist, sollte der Medikationsplan in die Karte integriert werden. Hierzu sind verbindliche Vorgaben durch den Gesetzgeber nötig. Patient_innen sollten durch intensive Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, motiviert werden, einen individuellen Medikationsplan zu nutzen. Krankenkassen könnten das durch Bonusregelungen unterstützen.
- Maßnahmen zur AMTS müssen im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben der Körperschaften und Berufsverbände der Ärzt_innen und Apotheker_innen sowie in den Weiterbildungsordnungen verankert werden. Das Vorhandensein/Fehlen von Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS ist in allen Behandlungssektoren zu erfassen und für die Patient_innen transparent darzulegen, z. B. in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.
- Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen, Apotheker_innen und Pflegekräften beim Medikationsmanagement sollte in den Arzneimittelrichtlinien und Berufsordnungen implementiert werden.
- Die Zulassung von Medizinprodukten mit höherem Risiko (Klassen II b und III) sollte analog der von Arzneimitteln erfolgen, d. h. sie sollten von staatlichen Behörden auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft werden.
- Bei Erstanwendung von Medizinprodukten höherer Risikoklassen (Klassen II b und III) sind umfassende Studien erforderlich, die die Sicherheit des Produktes belegen müssen.
- Medizinproduktregister hoher Risikoklassen sollten durch den Gesetzgeber verpflichtend eingeführt werden. Sie fungieren als Frühwarnsysteme und zeigen z. B. Innovationsrisiken auf. Das kann dazu führen, dass nicht sichere Medizinprodukte frühzeitig zurückgezogen werden. Sie dienen damit der Versorgungsqualität der Patient_innen. Die Prothesenregister von Schweden und Dänemark sind im Sinne eines umfassenden Verbraucher- und Patientenschutzes vorbildlich.
- Der Anspruch auf Schadensausgleich bei Schäden durch Medizinprodukte ist zu gewährleisten.

5

HILFSMITTELVERSORGUNG

5.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Aus Patientensicht ist die Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Windeln oder Rollstühle, unbefriedigend. Menschen, die Hilfsmittel benötigen, sind häufig behindert und/oder pflegebedürftig. Es gibt viele Beschwerden darüber, dass Krankenkassen an ihnen bei der Versorgung mit unerlässlichen Produkten sparen. Um ein Hilfsmittel zu erhalten, das den Bedürfnissen der Versicherten tatsächlich entspricht, müssen häufig Aufzahlungen geleistet werden, die die Betroffenen überfordern. Gleichzeitig können sie aber nicht als souveräne Verbraucher_innen auftreten, da sie an die Leistungserbringer gebunden sind, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen exklusiven Versorgungsvertrag hat. Erschwerend für die Verbraucher_innen kommt hinzu, dass diese Hersteller oder Sanitätshäuser gleichzeitig auch über verfügbare Hilfsmittel beraten. Beratung und Versorgung aus einer Hand birgt die Gefahr, die wirtschaftlichste Versorgung für die Lieferanten, nicht aber die bedarfsgerechte für die Patient_innen anzubieten.

- Die Anzahl und durchschnittliche Höhe der Mehrkostenvereinbarungen müssen auf unabhängigen Vergleichsportalen veröffentlicht werden. Nur so kann es zu einem Wettbewerb um gute Versorgung zwischen den Krankenkassen kommen.

5.2 HANDLUNGSOPTIONEN

- Eine unabhängige Beratung zu Hilfsmitteln ist unerlässlich, sowohl zu Verbrauchsgütern, wie z. B. Windeln, als auch zu den individuell angepassten, wie z. B. Rollstühlen. Auch dafür ist Transparenz über Qualität, Eigenschaften und Preise der verfügbaren Produkte erforderlich. Die Aufgabe, hier Transparenz herzustellen, könnte die „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ übernehmen. Die Patient_innen und Pflegebedürftigen müssen die Wahl zwischen verschiedenen Versorgern haben, damit ein Wettbewerb um die Versorgungsqualität und Preise entsteht.
- Krankenkassen müssen verpflichtet werden, sich davon zu überzeugen, dass mit Anbietern abgeschlossene Versorgungsverträge auch eingehalten werden, und Versicherte die notwendige Versorgung aufzahlungsfrei erhalten.

6

PATIENTENRECHTE UND RECHTSDURCHSETZUNG

6.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Das bestehende Patientenrechtegesetz kodifiziert ausschließlich das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im BGB und stärkt außerdem Rechtspositionen der Versicherten in der GKV. Gleichwohl bestehen weiterhin Defizite:

- Nach wie vor bestehen Defizite im Bereich der Patientenaufklärung. Das betrifft insbesondere die Transparenz von Versorgungsqualität, die individuellen Gesundheitsleistungen und die Identifizierung von Behandlungsfehlern.
- Die Krankenkassen sollen nach dem Patientenrechtegesetz die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme der Versicherungsleistung aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen. Worin diese Unterstützung bestehen soll, lässt das Gesetz aber offen.
- Zurzeit ist der sich schnell entwickelnde zweite Gesundheitsmarkt im Patientenrechtegesetz gar nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Besonders im Bereich der mobilen elektronischen individuellen Messungen von Körperfunktionen besteht eine Diskrepanz zwischen den beim Verbraucher geschürten Erwartungen und gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen über Qualität und Nutzen der angebotenen Technik. Gleichzeitig wächst ein kommerzielles Interesse an der Nutzung der Daten, auch für Versicherungen.
- Patient_innen, die einen Behandlungsfehler erlitten haben, sind in einer schwierigen rechtlichen Position. Die Beweislast liegt bei den Patient_innen, während die Beweismittel auf Seiten der Ärzt_innen sind. Bei den Ärztekammern der Länder bestehen Gutachterkommissionen für die Beurteilung möglicher ärztlicher Behandlungsfehler und/oder Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Streitbeilegung. Die Erfahrungen mit Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, die im Übrigen nur nach Aktenlage und ohne mündliche

Erörterung mit den Betroffenen entscheiden, zeigen die Chancenungleichheit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen. Das Gleiche trifft auch für Arzthaftungsprozesse zu. Hinzu kommt, dass in den meisten Fällen die klagenden Patient_innen dabei nicht nur gesundheitlich, sondern auch finanziell überfordert sind.

6.2 HANDLUNGSOPTIONEN

Die Mängel des Patientenrechtegesetzes sind durch eine Novellierung des Gesetzes zu beheben. Folgende Aspekte sollten dabei beachtet werden:

- Die Informationsrechte der Patient_innen sind auszuweiten. In Aufklärungsbögen sollte folgender Zusatz vermerkt werden: „Aufklärung über mögliche Komplikationen bedeutet keinen Haftungsausschluss bei Behandlungsfehlern.“
- Patient_innen sollten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus und nach ambulanten Eingriffen einen Patientenbrief erhalten.
- Vor der Erbringung einer IGeL Leistung ist es notwendig, dass die Ärzt_innen darüber informieren, warum die empfohlene Leistung von der GKV nicht erstattet wird. Diese Information muss schriftlich erfolgen.
- Eine fälschungssichere elektronische Dokumentation sollte gesetzlich festgeschrieben werden.
- Die Verweigerung der Herausgabe der Patientenakte muss mit wirkungsvollen Sanktionen belegt werden.
- Im Bereich des zweiten Gesundheitsmarktes sind nationale und europäische Regelungen mit Mindestanforderungen zu Verbraucherinformationen (z. B. hinsichtlich Qualität und Nutzen), zur Datensicherheit und zum Datenschutz erforderlich. Die Marktbeobachtung in diesem Be-

reich könnte insbesondere vom neu zu schaffenden „Marktwächter Gesundheit“ geleistet werden. Entscheidend ist auch, die Kompetenz der Verbraucher_innen im Umgang mit den Angeboten der digitalen Welt zu stärken.

Um die Situation der Patient_innen nach einem erlittenen Behandlungsfehler zu verbessern, bieten sich folgende Optionen an:

- Sind für die Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, so haben sie die Patient_innen darüber zu informieren. Zurzeit erfolgt das nur auf Nachfrage, oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren nach § 630 c Absatz 2 Satz 2 BGB.
- Die Krankenkassen müssen vom Gesetzgeber verpflichtet werden, ihre Versicherten bei einem vermuteten Behandlungsfehler zu unterstützen. Wenn sich nach einer Erstberatung ein Verdacht erhärtet, ist durch die Krankenkassen ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag zu geben.
- Schlichtungsstellen für Fälle der Arzt- und Krankenhaushaftung sollten mit Ärzt_innen, Vertreter_innen der Krankenkassen und Patientenvertreter_innen besetzt werden. Ein Mitglied der Schlichtungsstelle sollte die Befähigung zum Richteramt haben. Nach der Aufklärung des Sachverhaltes wird auf Antrag der Patientin/des Patienten ein Vergleichsverfahren durchgeführt. Das Ergebnis entspricht einem gerichtlichen Vergleich und kann vollstreckt werden. Hierdurch können Streitfragen relativ schnell bereinigt und langwierige Prozesse vermieden werden.
- Es sollte ein Härtefallfonds angelegt werden, der Entschädigungen an Patient_innen zahlt, bei denen eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation aufgetreten ist, die die betroffene Person erheblich schädigt. Der Härtefallfonds könnte ebenfalls Überbrückungszahlungen an Patient_innen leisten, bei denen die Durchsetzung des Schadensersatzanspruches sehr lange dauert und eine finanzielle Hilfe aus sozialen oder anderen Gründen geboten erscheint. Dabei ist die teilweise Übertragung der Ansprüche der entschädigten Opfer auf den Fonds vorzusehen. Es sollte auch sichergestellt werden, dass die Verursacher der Schädigung nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

In der Frage einer Erleichterung der Beweislast gibt es in der Projektgruppe unterschiedliche Positionen:

(1) Als Ergänzung zum geltenden Recht soll eine Beweislastumkehr generell dann greifen, wenn die Qualitätsberichte eines Krankenhauses vergleichsweise hohe Komplikationsraten aufweisen, bei Abweichungen der Krankenhäuser von Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, bei nachgewiesenen Hygienemängeln oder bei fehlender Dokumentation. Für die Patient_innen besteht dann in den meisten

Fällen nach wie vor eine hohe Hürde für die Durchsetzung ihrer Ansprüche.

(2) Generelle Beweislastumkehr: Die Behandelnden müssen nachweisen, dass ein Fehler nicht zu einem bestimmten Schaden geführt hat. Das häufigste Gegenargument lautet, dass dadurch deutlich höhere Haftpflichtversicherungsprämien drohten.

Abkürzungsverzeichnis

AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DRG	Diagnosis Related Groups
eGK	elektronische Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
QRS	Qualitätssicherung mit Routinedaten
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TEP	Totalendoprothese
UPD	Unabhängige Patientenberatung
WIDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Literaturverzeichnis

AG Gesundheit 65 plus: 10 Forderungen zum Medikationsmanagement, in: Monitor Versorgungsforschung, <http://gesundheit-65plus.de/medizin-mittelversorgung.html> (abgerufen am 15.11.2016).

Aiken, Linda H.; Cimiotti, Jeannie P.; Sloane, Douglas M.; Smith, Herbert L.; Flynn, Linda; Neff, Donna F. 2011: Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Work Environments, in: *Medical Care* 49 (12), S. 1047 – 1053.

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk et al. 2013: Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe, in: *International Journal of Nursing Studies* 50, 2013, S. 143 – 153.

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk et al. 2014: Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: A Retrospective Observational Study, in: *The Lancet* 383 (9931), S. 1824 – 1830.

Bundeswahlbeauftragte für Sozialversicherungswahlen 2012: Schlussbericht 2011, Berlin.

Deutscher Ethikrat 2016: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme April 2016, Berlin.

Ewert, Benjamin: Nutzer im Gesundheitswesen: Koproduzenten zwischen Autonomieansprüchen, Kompetenzanforderungen und Verunsicherung, in: *WSI-Mitteilungen* 03/2012.

Glassman, Peter A.; Simon, Barbara F.; Belperio, Pamela; Lanto, Andrew 2002: Improving Recognition of Drug Interactions: Benefits and Barriers to Using Automated Drug Alerts, in: *Medical Care* 40 (12): S. 1161 – 1171.

Lazarou, Jason; Pomeranz, Bruce H.; Corey, Paul N. 1998: Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients – A Meta-analysis of Prospective Studies, in: *Jama-Journal of the American Medical Association* 279 (15), S. 1200 – 1205.

OECD 2016: OECD-Wirtschaftsbericht Deutschland 2016. Zusammenfassung, <https://www.oecd.org/berlin/publikationen/Wirtschaftsbericht-Deutschland-Zusammenfassung.pdf> (abgerufen am 16.11.2016).

Peschke, Dirk; Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas: Umsetzung der Mindestmengenvorgaben – Analyse der DRG-Daten. Eine retrospektive Studie der Jahre 2005 bis 2011. Erschienen im Deutschen Ärzteblatt, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/161308> (abgerufen am 15.11.2016).

Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris 2016: Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Bielefeld: Universität Bielefeld.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2015: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Getragen vom RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland, Berlin.

Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn.

Thürmann, Petra A. 2003: Detection of Drug-related Adverse Events in Hospitals, in: *Expert Opinion on Drug Safety* 2 (5), S. 447 – 449.

Scheibler, Fülöp; Schwantes, Ulrich; Kampmann, Margareta; Pfaff, Holger 2005: Shared Decision-making. Analysen der Schriftenreihe Gesundheit und Gesellschaft des Wissenschaftlichen Instituts der AOKGGW1/2005, S. 23 – 31, Berlin.

Schnurrer, Jochen; Frölich, Jürgen C. 2003: Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen, in: *Der Internist* 44 (7), S. 889 – 895.

Sprivulis, Peter C.; Da Silva, Julie-Ann; Jacobs, Ian G.; Frazer, Amanda R.; Jelinek, George A. 2006: The Association between Hospital Overcrowding and Mortality among Patients Admitted via Western Australian Emergency Departments, in: *Medical Journal of Australia* 184 (5), S. 208 – 212.

Teilnehmende der Projektgruppe

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Projektgruppe im Rahmen des FES-Projektes „Handlungsvorschläge für ein nutzerfreundliches, patientenorientiertes Gesundheitssystem“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Projektgruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement.

Thomas Brauner, Inhaber Brauner SPP

Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert der Bertelsmann Stiftung

Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken, Mitglied des Vorstands der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit 2006

Michael-Theodor Hölscher, Referatsleiter im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Armin Lang, Mitglied im Präsidium des VdK

Prof. Heinz Lohmann, Gesundheitsunternehmer und Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V.

Hannelore Loskill, Stellvertretende Vorsitzende der BAG Selbsthilfe

Dr. Robert Philipps, Leiter GK Verbraucherpolitik bei der Friedrich-Ebert-Stiftung

Severin Schmidt, Leiter GK Sozialpolitik bei der Friedrich-Ebert-Stiftung

Antje Spenner, Mitarbeiterin im Büro der Bundestagsabgeordneten Elvira Dobrinski-Weiß

Dr. Juliane Sucker, Mitarbeiterin im Büro der Bundestagsabgeordneten Petra Rode-Bosse

Dr. Ines Verspohl, Referentin für Gesundheit und Frauen beim Sozialverband VdK

Kai Vogel, Leiter des Teams Gesundheit und Pflege bei der Verbraucherzentrale Bundesverband

Dr. Marlies Volkmer, Ärztin und ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages, Mitglied im Bundesvorstand der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Herbert Weisbrod-Frey, Mitglied im Bundesvorstand der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Impressum:

© 2017

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-733-9

Titelmotiv: © plainpicture/harry + lidy
Gestaltungskonzept: www.stetzer.net
Gestaltungsumsetzung: www.pellens.de
Druck: www.bub-bonn.de

Ungleichheit bekämpfen:

Wo der deutsche Wohlfahrtsstaat jetzt investieren muss

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

Der Weg zur Bürgerversicherung:

Solidarität stärken und Parität durchsetzen

WISO Diskurs – 24/2016

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel

WISO Diskurs – 23/2016

Qualität und Quantität, bitte: Einstellungen zur staatlichen

Verantwortung in der Kindertagesbetreuung

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

**Verhaltensökonomie: (kein) Thema für die lebensverlaufsorientierte
Sozialpolitik?**

WISO Diskurs – 20/2016

Excessive Expectations:

OECD and EU Commission Should Revise their Return Assumptions

WISO Diskurs – 18/2016

Überhöhte Erwartungen:

OECD und EU-Kommission sollten ihre Renditeannahmen

WISO Diskurs – 17/2016

Social investment – Impuls für eine moderne Sozialpolitik?

WISO direkt – 23/2016

**Pflege in Sozialräumen: was muss eine Strukturreform Pflege
und Teilhabe leisten?**

WISO direkt – 20/2016

Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen:

Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen

WISO direkt – 19/2016

Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum:

wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

Pflegestützpunkte in Deutschland: die Sicht der Mitarbeitenden –

der rechtliche Rahmen – die politische Intention

WISO Diskurs – 07/2016

Über den Schatten springen: Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit

WISO direkt – 09/2016