

Prof. Dr. G. C. Fischer

Bericht Patienten / Verbraucher

Für den Patienten und Verbraucher bleiben Qualität und Sicherheit der Versorgung zentrale Anliegen.

Das Gesundheitswesen, dem der Bürger sich im Falle einer Beeinträchtigung seiner Gesundheit, d. h. seines Bewegungs- und Aktionsspielraumes etwa durch Schmerzen, Behinderung, Bedrohungen und Angst eingeschränkt sieht, anvertraut, gewinnt damit einen hohen Rang in der Vertrauensbindung des Bürgers nicht nur in die medizinische Versorgung, sondern gleichsam stellvertretend in das Funktionieren der Gesellschaft und ihrer Politik überhaupt.

Die Qualität der Versorgung gewinnt damit noch eine erweiterte über medizinische Belange hinausweisende Bedeutung.

Mängel des Versorgungssystems

Unser Versorgungssystem bietet insbesondere aus Patienten- und Verbrauchersicht Mängel, die bei Neugestaltung des Gesundheitswesens in den Blick genommen werden sollten.

Es handelt sich im Wesentlichen um die Fortschreibung der bereits im Bericht von 2008 angesprochenen Mängel der Versorgungsqualität und des unbefriedigenden Umgangs mit dem Missverhältnis zwischen Versorgungsansprüchen und durch Ressourcenknappheit bedingten Rationierungszwängen.

Die daraus erwachsenen Probleme im Versorgungsalltag sind vielfältig beschrieben worden. Sie weisen darauf hin, dass Ärzte und Pflegekräfte namentlich im stationären Sektor sich nicht mehr in der Lage sehen, eigentliche d. h. essenzielle Anteile ihrer beruflichen Bestimmung hinreichend ausüben zu können.

Als Beispiel sei auf folgendes hingewiesen:

Es besteht anhaltend ein Missverhältnis zwischen Arbeitsanfall und Personalkapazitäten, namentlich im stationären klinischen Versorgungs- und im institutionellen Pflegesektor.

Die Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtert sich dergestalt, dass auf die kommunikativen Grundbedürfnisse des Kranken nicht mehr ausreichend eingegangen wird. Im stationären wie im ambulanten Sektor finden zu wenig Gespräche mit dem Patienten und den Angehörigen statt, eine ärztlich begründete und im Einklang mit pflegerischen Zielen geplante „Führung“ des Kranken, die auf seine Prioritäten achtet, die Lage dem Patienten verständlich interpretiert, die Bedeutung einer Krankheitssituation für das Leben des Patienten und die daraus abgeleiteten Behandlungsprioritäten ermittelt und erläutert, gehört zu den Ausnahmen. Gleichwohl gehen von dieser Art der kommunikativen Grund-„Versorgung“ ganz erhebliche gesundheitsfördernde Impulse aus, die sich erwiesenermaßen in mehr Effektivität und Effizienz der Versorgung niederschlagen.

Werden solche Bezüge verfehlt, droht die Passivierung des Patienten, Verlängerung und Aggravierung und unnötige Verteuerung von Krankheitsverläufen. Ferner droht die Compliance- Problematik und damit, auf das System bezogen, eine Vernichtung von Ressourcen, die der Sachverständigenrat im Jahresgutachten 2005 auf die Größenordnung einer Volkskrankheit schätzt.

Als Folge tritt ein gewisser Vertrauensschwund des Patienten und Verbrauchers gegenüber medizinischen Maßnahmen ein. Es ist zu beobachten, dass Patienten die mehrfache Absicherung einer ärztlichen Behandlungsvorschlags durch Aufsuchen diverser Fachspezialisten suchen. Dies ist einerseits als Ausdruck eines kritischen Bewusstseins z. B. auf der Basis eigens erworbenen Wissens zu begrüßen, belastet aber andererseits vor allem den ambulanten Sektor erheblich, zumal, zumindest für entsprechende Beratungsleistungen des Arztes, kaum angemessene Honorierungsanreize bestehen.

Die Situation im Pflegeheim ist ebenso weiterhin durch erhebliche personelle Engpässe gekennzeichnet. Die Träger haben Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu bekommen und zu halten. Die Mitarbeiter sind häufig überlastet, leiden unter chronischer Überforderung bis hin zu Burn-Out-Syndromen. Demzufolge verbleiben Bewohner der Heime zu häufig unterhalb ihres konkreten Leistungsvermögens, sind oftmals depressiv und nur passiv an dem Geschehen beteiligt. Die Ziele der sog. aktivierenden Pflege können zu oft nicht erreicht werden.

Die Tätigkeit von Ärzten und Pflegekräften ist in einem nennenswerten Ausmaß von, Überforderung, Resignation und Verunsicherung hinsichtlich einer übergreifenden Ziel- und Sinnbestimmung geprägt. Dies stellt einen gravierenden Befund dar und deutet darauf hin, dass bei einer Umgestaltung des Systems Wert- und Zielfragen eine Rolle spielen müssen und eine gleichsam vom Inneren seiner Zweckbestimmung ausgehende Architektur des Gesundheitswesens versucht werden sollte.

Andererseits ist festzustellen, dass sich das Bemühen um Patientensicherheit erfolgreich weiter fortgesetzt hat:

Die Grundsätze einer modernen Fehlerkultur haben sich als anerkannte Zielvorstellungen weitgehend durchgesetzt und finden heute in vielfältigen Standards des Qualitätsmanagements in Klinik und Praxis ihren Niederschlag.

Das Schlichtungswesen der Schlichtungsstellen der Ärztekammern hat weit überwiegend einen hohen Verfahrensstandard erreicht, es bietet zudem belastbare Einblicke in die Versorgungsqualität und lässt Konstellationen und Anlässe ihrer Gefährdung erkennen.

Die Rechtssprechung ist dem Patienten entgegengekommen und hat die Fehlerschwelle gesenkt, damit die Beweisführung für den Patienten erleichtert und zugleich die Anforderungen an fehlerfreies Arbeiten seitens des Arztes erhöht (vgl. z. B. Der schwere diagnostische Fehler: BGH VersR 96,46).

Patientensicherheit hat sich zu einem eigenen wissenschaftlichen Thema entwickelt und ist seit Januar 2009 erstmals durch ein eigenes Institut an der Universität (Bonn) vertreten.

Von besonderer Bedeutung wird das im Koalitionsvertrag vorgesehene Patientenschutzgesetz sein, dessen weitere Entwicklung besondere Aufmerksamkeit verdient.

Ansätze zur Verbesserung im Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag finden sich bereits Ansätze, die zu einer Erleichterung gegenüber den o. g. Mängeln führen könnten: Für den ambulanten Sektor könnten sich Möglichkeiten ergeben, Personal bedarfsgerecht und zeitlich begrenzt, auch zum wiederholten Male bei gleichen Mitarbeiter/innen, einzustellen. Eine weitere Entlastung könnten sozialversicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen bringen. Eine problemlosere Anerkennung und Durchsetzung derselben von im Ausland erworbenen Diplomen bei Ärzten, die damit in Deutschland tätig werden möchten, ist bereits auf dem Wege. Schließlich werden Erleichterungen für die ärztliche Arbeitslast durch erweiterte Delegationsmöglichkeiten an nicht ärztliche Mitarbeiter, z. B. in ärztlich unterbesetzten Gebieten gesehen.

Mit der Forderung Reha vor Pflege wird ein bekannter Grundsatz erneuert. Insbesondere viele fruchtbare Ansätze einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die bereits vor Jahren erarbeitet worden waren, könnten wieder aufgegriffen werden und wesentlich dazu beitragen, Pflege zu verhindern bzw. zu verschieben.

Für Patienten und Verbraucher könnte die im Koalitionsvertrag erkennbare Absicht, ihnen mehr eigene Verantwortung für ihre Gesundheit und zugleich mehr Freiheit zu gewähren von größter Bedeutung sein. Zum Einen könnte sich durch entsprechende Anreize künftig ein gesundheitsgerechtes Verhalten für den Versicherten „lohnen“. Zum Anderen geht es um ein zeitgemäßes Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das den erheblichen Einfluss der Lebensführung auf Gesundheit berücksichtigt und einen verantwortungsbereiten Bürger zum Ausgangspunkt eines Systemwandels macht.

Dies sind in der Tat neue Vorstellungen, die an die Bereitschaft von Patienten und Verbraucher, einem neuen Paradigma der Versorgung zu folgen, hohe Anforderungen stellen. Umso wichtiger wird eine gelungene Politikvermittlung sein.

Ausblick

Der ‚Koalitionsvertrag gibt Anlass zu einer Interpretation, die angesichts des angekündigten Systemumbaus im Hinblick auf die o. g. für Patienten besonders gravierenden Systemmängel folgende Perspektiven aufweisen könnte:

Die Leistungsfähigkeit der modernen Medizin und die Leistungsversprechen des GKV-Leistungskatalogs übersteigen die dafür bereitstehenden Ressourcen. Dieser Situation wurde bisher durch verschiedene Maßnahmen, die zu einer hohen Regulierungsdichte geführt haben, diverse Formen von Budgetierung, und die Auflage einer Kosten-Nutzen-Bewertung begegnet. Weitere Rationierungsvorgänge finden, wenn auch bisher politisch geleugnet, in großem Ausmaß im Versorgungsalltag statt, wie z. B. Praxisschließungen bei verbrauchtem Budget, Hin- und Herschicken von Patienten zur Abwehr teurer Verordnungen, notorisch personelle Unterbesetzung im Krankenhaus- und Pflegesektor.

Der Regulierungsdichte stehen andererseits Vertragsfreiheiten und Wettbewerbselemente z. B. im Rahmen der Versorgungsstrukturen, Beitragsgestaltung und Zusatzleistungen der GKV oder hinsichtlich Arzneimittelpreisen gegenüber.

In den z. T. widersprüchlichen Beziehungen zwischen Freiräumen und Begrenzungen werden Selbstheilungskräfte des Systems blockiert, und die Versorgungsqualität lässt gerade auch aus Sicht der Patienten zu wünschen übrig.

