

## Editorial: Patientenrechte in der politischen Umsetzung



**München** – Erstmals ist der Gesetzgeber im Bereich der Patientenrechte tätig geworden. Um die Ausgestaltung des neuen Gesetzes zu verstehen, ist es wichtig, die Ausformung der Patientenrechte in Gesellschaft und Rechtsprechung sowie die Entstehung des Gesetzes selbst zu betrachten. Dieser Patientenbrief möchte einen Überblick über die Inhalte des Patientenrechtegesetzes, die gesundheitspolitische Diskussion sowie die Bewertung durch die betroffenen Akteure geben.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen  
Ihre Ilka Einfeldt, Head of Patient Relations

## Schwerpunkt: Patientenrechtegesetz

### ▪ Die Historie

**Berlin** – Die Patientenrechte entwickelten sich ein Jahrhundert lang durch „Richterrecht“. Erst zur Jahrtausendwende wurden sie als politische Forderung aufgegriffen. » [Seite 2](#)

### ▪ Von den Eckpunkten zum Gesetz

**Berlin** – Viele haben daran gezweifelt, dass ein Patientenrechtegesetz je zustande käme. Vor wenigen Wochen ist es in Kraft getreten. » [Seite 3](#)

### ▪ Äußerungen betroffener Verbände und Institutionen

**Berlin** – Auch wenn mit dem Patientenrechtegesetz nach einhelliger Ansicht ein Meilenstein an Fortschritt erzielt wird, wurden auch wesentliche Forderungen nicht erfüllt. » [Seite 5](#)

### ▪ „Dieses Gesetz kann nur ein Anfang sein“

**Berlin** – Eine Bewertung des Patientenrechtegesetzes nimmt in dieser Ausgabe Frau Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) für uns vor. » [Seite 9](#)

### ▪ Neue Richtlinie – neue regionale Flexibilität

**Berlin** – Die seit Jahresbeginn geltende neue „Bedarfsplanungsrichtlinie“ soll mehr Flexibilität in den Regionen ermöglichen. Das ist nicht ganz spannungsfrei für die Beteiligten, wie sich zeigt. » [Seite 11](#)

### ▪ Immense Enttäuschung bei Selbsthilfe und Patientenverbänden

**Berlin** – Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beabsichtigt, entgegen ursprünglichen Ankündigungen, noch vor dem Ende dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen. » [Seite 12](#)

### ▪ Ein Anker innerhalb des Versorgungssystems

**Berlin** – Oftmals erleben Betroffene eine Erkrankung als Sprung ins Leere. Das Konzept der Psychosozialen Begleitung (PSB) soll helfen, den Sorgen um die Auswirkungen der Erkrankung auf Familie und Freunde, Alltag und Beruf zu begegnen. » [Seite 13](#)

## Rechte für den Patienten

### Die Historie

**Berlin** – Die Patientenrechte entwickelten sich ein Jahrhundert lang durch „Richterrecht“. Erst zur Jahrtausendwende wurden sie als politische Forderung aufgegriffen.

#### Historische Entwicklung

Die Rechte des Patienten, das heißt seine Beziehungen zu Leistungserbringern und Leistungsträgern, wurden in Deutschland traditionell nicht vom Gesetzgeber geregelt. Sie ergaben sich vielmehr aus der richterlichen Spruchpraxis der Zivil- und Strafgerichte (Richterrecht). Es galt in der Regel: Wenn der Arzt nicht gegen den ausdrücklich geäußerten Willen des Patienten handelte, galten seine Maßnahmen aus seiner ärztlichen Verantwortung heraus als gerechtfertigt. Das Thema „Aufklärungspflicht des Arztes“ tauchte erstmals 1912 in einem Zivilprozess des Reichsgerichts auf. Mitte der 1930er Jahre betonte dieses in einer Abkehr von der bisherigen Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Der Bundesgerichtshof (BGH) schloss 1954 mit dem Rückgriff auf den Schutz des Persönlichkeitsrechtes des Patienten an diese Rechtsprechung an. Die Rechtsprechung verschärfte dann die Forderung nach Aufklärung zu Gunsten der Stärkung der Patientenrechte. Zunehmend wurde dabei auf die Wertentscheidungen des Grundgesetzes (in Artikel 1 und 2) zurückgegriffen.

#### Erste politische Forderungen

Mit der Verabschiedung eines Textes auf ihrer 72. Konferenz am 9./10. Juni 1999 brachte die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer (GMK) das Thema Patientenrechte auf die politische Bühne. Initiator war das Land Bremen. Es stützte sich auf ein Gutachten der Professoren Dr. Dieter Hart und Dr. Robert Francke vom Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen.

#### Überblick über bestehende Rechte

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass kein neues Recht geschaffen, sondern ein „Überblick über wesentliche bestehende Rechte“ gegeben werden soll. Formal gebe es in Deutschland eine gute Absicherung der Patientenrechte. Diese beruhen jedoch zu mehr als 90 Prozent auf Richterrecht, also auf Urteilen verschiedener Gerichte zu spezifischen Einzelfällen. Das Thema war zwar auch vorher schon angesprochen worden, so im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 1992, aber weniger im Sinne einer politischen Handlungsnotwendigkeit.

#### „Charta der Patientenrechte“

Die Bundesärztekammer (BÄK) reagierte am 27. Oktober 1999 auf die Veröffentlichung der GMK mit der Veröffentlichung eines eigenen Entwurfs für eine „Charta der Patientenrechte“. Ziel der schnellen Reaktion war es, die Deutungshoheit bei diesem Thema zu behalten. Es sei grotesk, „wenn die Regierung einerseits durch rigide Ausgabenbegrenzungen das Niveau der Patientenversorgung herunterschraubt, andererseits aber über ein sogenanntes Patientenschutzgesetz nachsinn“.

Nach Ansicht der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) und der Verbraucher-Zentralen hatte die „Charta der Patientenrechte“ diesen Namen nicht verdient, weil die unvollständige Auflistung von Patientenrechten kontraproduktiv sei. Es handle sich offensichtlich um einen standespolitisch motivierten Vorstoß, der den Interessen der Patienten schade. Die Ärzteschaft stand einer gesetzlichen Regelung der Patientenrechte weitgehend ablehnend gegenüber, sie wollte die anstehenden Fragen über das Arzt-Patienten-Verhältnis ohne Beteiligung der Politik regeln.

Angesichts der öffentlichen Diskussion forderte die 75. GMK (20.6.2002) dazu auf, nach drei Jahren die von ihr 1999 veröffentlichte Broschüre zu aktualisieren. Ziel bliebe eine einheitliche deutsche Patientencharta. Im März 2003 erschien die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland – Ein Leitfadens für Patienten“.

ten und Ärzte“, gemeinsam herausgegeben vom Bundesministerium für Justiz (BMJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nach Ansicht der damaligen Bundesjustizministerin, Brigitte Zypries (SPD), bestünde kein Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Das Richterrecht könne weitaus besser auf die konkreten Umstände des Einzelfalles eingehen, als dies ein starres Gesetzesrecht könnte. Zudem könne sich die Gerichtspraxis leichter an den teilweise rasanten medizinischen Fortschritt anpassen. In der Koalitionsvereinbarung der rot-grünen Bundesregierung sei festgehalten, so Zypries, dass die Patientenrechte durch eine Patientencharta und einen Patientenschutzbeauftragten gestärkt werden sollen.

Weiterführende Vorträge und Links:

Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Stärkung der Patientenrechte, Vortrag von Prof. Dr. Dr. Klaus Usenheimer beim 28. Deutschen Krankenhaustag 2005

<http://www.bremen.de/info/gesundheit>

## Das Patientenrechtegesetz wird Realität

---

### Von den Eckpunkten zum Gesetz

**Berlin** – Viele haben daran gezweifelt, dass ein Patientenrechtegesetz je zustande käme. Vor wenigen Wochen ist es in Kraft getreten.

Die neue schwarz-gelbe Bundesregierung wich von der Haltung der Vorgängerregierung ab und verpflichtete sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Dem am 19. November 2009 zum Patientenbeauftragten der Bundesregierung ernannten CSU-Bundestagsabgeordneten Wolfgang Zöllner fiel die Aufgabe zu, die entsprechenden Vorarbeiten für dieses Gesetzesvorhaben zu leisten.

Zöllner schloss seine nach eigenen Angaben rund 300 Gespräche und Sondierungen – vor allem auch mit den Patientenorganisationen, – mit der Vorlage von Eckpunkten am 22. März 2011 ab. Diese Eckpunkte waren im weiteren Verlauf zunächst Grundlage der Diskussion. Bis zur Vorlage des Referentenentwurfs am 16. Januar 2012 wurde das Thema in der Öffentlichkeit weitestgehend auf Sparflamme behandelt.

Noch bis kurz vor der endgültigen Verabschiedung des Gesetzes galt es für Zöllner, erhebliche Widerstände zu überwinden. Zum einen wurden lange Zeit seitens des mitbeteiligten Bundesjustizministeriums immer wieder rechtliche Bedenken an dem Vorhaben angemeldet. Zum anderen hätte der Bundesrat mit seiner Mehrheit auch die Möglichkeit gehabt, das Gesetz in den Vermittlungsausschuss zu überweisen. Nun ist das Gesetz seit 1. März 2013 in Kraft.

Weiterführende Links:

[http://www.bundesrat.de/cln\\_340/SharedDocs/Drucksachen/2013/0001-0100/7-13,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/7-13.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_340/SharedDocs/Drucksachen/2013/0001-0100/7-13,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/7-13.pdf)

## Inhalte des Patientenrechtegesetzes

- Der Behandlungsvertrag ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Die Vertragsbeziehung zwischen Patienten und Ärzten, aber auch zu anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten wird zentral geregelt.
- Die Informationen der Patientinnen und Patienten müssen verständlich und umfassend sein, etwa über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Diese Informationspflicht besteht auch für die mit der Behandlung verbundenen Kosten: Werden Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen, dann muss darüber informiert werden. Dies betrifft somit die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Auch muss der Arzt den Patienten unter bestimmten Voraussetzungen über einen Behandlungsfehler informieren.
- Grundsätzlich müssen alle Patientinnen und Patienten umfassend über eine bevorstehende konkrete Behandlungsmaßnahme und über die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden. Dazu muss rechtzeitig vorher ein persönliches Gespräch geführt werden.
- Patientenakten müssen vollständig und sorgfältig mit Hilfe einer manipulationssicheren Software geführt werden. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Falle eines Prozesses zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.
- Patientinnen und Patienten dürfen ihre Patientenakte einsehen. Das kann nur unter strengen Voraussetzungen abgelehnt werden.
- In Haftungsfällen ist mehr Transparenz gegeben. Die wichtigen Beweiserleichterungen berücksichtigen die Rechtsprechung. Damit wird künftig jeder im Gesetz nachlesen können, wer im Prozess was beweisen muss.
- Behandlungsfehlern möglichst frühzeitig vorzubeugen, soll höchste Priorität haben. Dazu gehört die Förderung einer Fehlervermeidungskultur in der medizinischen Versorgung.
- Gestärkt werden auch die Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungserbringern. Die Kranken- und Pflegekassen sind verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützung bei medizinischen Gutachten geschehen.
- Die Verletzung von Verfahrensvorschriften, wie beispielsweise einer nicht fristgemäßen Entscheidung bei Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird sanktioniert. Die Krankenkassen müssen innerhalb von drei, bei Einschaltung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) innerhalb von fünf Wochen über einen Leistungsantrag entscheiden. Bei vertragszahnärztlichen Anträgen hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für eine Fristüberschreitung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.
- Patientenorganisationen werden insbesondere bei der Bedarfsplanung stärker einbezogen und der Möglichkeit Anträge im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stellen zu können, soll mehr Verbindlichkeit beigemessen werden.
- Um insgesamt mehr Transparenz über geltende Rechte von Patientinnen und Patienten herzustellen, erstellt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung künftig eine umfassende Übersicht der Patientenrechte und hält sie zur Information der Bevölkerung bereit.

## Kritische Bewertungen des Patientenrechtegesetzes

### Äußerungen betroffener Verbände und Institutionen

**Berlin** – Auch wenn mit dem Patientenrechtegesetz nach einhelliger Ansicht ein Meilenstein an Fortschritt erzielt wird, wurden auch wesentliche Forderungen nicht erfüllt.

#### **Probleme kollektiver Patientenvertretung**

In der Frage des Stimmrechts der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konnte sich Zöller mit seinem Anliegen, dieses wenigstens bei Verfahrensentscheidungen zuzulassen, nicht durchsetzen. Ein generelles Stimmrecht hält er ohnehin nicht für möglich, weil die Patientenvertreter dann eine Körperschaft bilden müssten, was bei über 104 akkreditierten Selbsthilfegruppen aber kaum möglich sei.

Aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen herrscht angesichts der nicht erfolgten grundsätzlichen Weiterentwicklung der Mitwirkungsrechte im G-BA Enttäuschung vor, wenn auch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen zugestanden wurde. Entsprechendes gelte für die Besetzung des G-BA-Vorsitzes. Die Patientenvertretung warte immer noch darauf, einen vierten unparteiischen Vorsitzenden von den Patientenorganisationen vorschlagen zu können, der mit gleichen Rechten wie die übrigen Vorsitzenden ausgestattet sei.

#### **Stellungnahme der Patientenverbände im G-BA**

Es fehlten vollständig die angekündigten Regelungen zur Vereinheitlichung der Schlichtungsverfahren und zur Stärkung der Verfahrensrechte von Patientinnen und Patienten in (außer-) gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die angekündigten Maßnahmen zur Stärkung der Rechte gegenüber den Leistungserbringern seien unzureichend ausgestaltet und blieben erheblich hinter den Erwartungen und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten zurück. Die Regelung des Behandlungsvertrages im BGB sei keine maßgebliche Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten.

Dies gelte auch für die kodifizierte Beweiserleichterungen. Es fehle eine differenzierte Kodifizierung der Rechte und Pflichten bei der Erbringung von GKV-Leistungen auf der einen Seite und der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) auf der anderen Seite. Auch reiche das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Patientenakte nicht aus, wenn wirksame Regelungen nicht dafür sorgten, dass nachträgliche Änderungen medizinischer Dokumentationen nicht mehr nachvollziehbar gemacht werden müssten. Problematisch sei insbesondere die Unterscheidung zwischen den Informationspflichten und den Aufklärungspflichten. Das sei auslegungsbedürftig und führe für alle Seiten zu neuen Verständnisschwierigkeiten.

Die Regelung, die vorsehe, dass die Aufklärung bei geringfügigen Eingriffen statt in mündlicher Form nunmehr ausschließlich in Textform erfolgen können soll, sei aus Patientensicht nicht hinnehmbar. Unklar bleibe außerdem, wann ein Eingriff „geringfügig“ sein soll. Die Verfahrensgrundsätze und Geschäftsordnungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zur Überprüfung ärztlicher Behandlungsfehler seien bundesweit uneinheitlich und genügten nicht den allgemeinen prozessualen Standards. Weder hinsichtlich der individuellen noch hinsichtlich der kollektiven Patientenrechte enthalte das Gesetz behinderungsspezifische Vorschriften. Das Patientenrechtegesetz müsse nach einem Zeitraum von drei Jahren auf seine Versorgungspraxis mit möglichem Nachbesserungsbedarf überprüft werden.

Verantwortlich für diese Stellungnahme sind der Deutscher Behindertenrat (DBR), die BundesArbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv).

## Die Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Das neue Gesetz sei ein Anfang, es gehe aber nicht weit genug. In drei Bereichen sei es gelungen, die Ziele umzusetzen. Dies seien: der Umgang mit Patientenakten, die Sicherheit auch für Behandler sowie die Unterstützung durch die Krankenkassen. Bei der Fehlervermeidungskultur bleibe das Gesetz hingegen zu unverbindlich. Auch die Regelungen für IGeL seien nicht weitreichend genug. Und letztlich greifen auch die neuen Regelungen zur Beweislastumkehr nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes viel zu kurz.

Das Gesetz bilde zwar im Wesentlichen die gegenwärtige Rechtsprechung ab, schränke aber eine Weiterentwicklung durch die Rechtsprechung ein und stelle damit keinen wirklichen Fortschritt dar. Die neue Formulierung des § 66 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), nach dem Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen bei einem Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützen sollen, statt sie wie bisher nur unterstützen zu können, entspreche dem Interesse der Versicherten. Für alle Beteiligten wichtig sei es auch, den Behandlungsvertrag erstmalig gesetzlich als neuen Vertragstyp zu definieren. In diesem Zusammenhang sei die vorgesehene separate Schaffung von Informationspflichten positiv zu bewerten. Die Klarstellungen zur Führung der Patientenakten stärkten die Position der Patienten.

## Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die beiden Ärzteorganisationen begrüßen ausdrücklich die vom Gesetzgeber vorgesehene Förderung einer Fehlervermeidungskultur und die Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber den Krankenkassen. Von Rechten der Patienten gegenüber den Ärzten ist in der Stellungnahme zunächst nicht die Rede. Bedenken äußern sie angesichts der Normierung des Behandlungsvertrags und der damit verbundenen Pflichten der Behandelnden. Dies betreffe die Bindung der verschiedenen Berufsgruppen, die als „Behandelnde“ im Sinne des Gesetzentwurfs definiert seien, an die „anerkannten fachlichen Standards“ und die konkrete Ausgestaltung der Informationspflichten. Der Umfang und der Inhalt dieser Verpflichtungen würden unabhängig von Inhalt und Umfang der medizinischen Behandlung festgelegt. Die Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten auf Nachfrage über erkennbare Behandlungsfehler zu informieren, werfe vielfältige Fragen auf.

Die systematische Trennung der Informations- von den Aufklärungspflichten überzeuge nicht und sei zudem nicht praktikabel. Auch im Hinblick auf die neue gesetzliche Regelung, die Patientenakte einsehen zu dürfen, sehen sie Probleme. Wenn dem „erhebliche therapeutische Gründe“ entgegenstehen könnten, dann müsse dieser Begriff klarer gefasst werden. Sonst werde das Arzt-Patient-Verhältnis beeinträchtigt. Das Beschwerdemanagement sei ohnehin immanenter Bestandteil eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems und deshalb sei die explizite Erwähnung im Gesetz in diesem Sinne überflüssig.

Auch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) meldeten sich zu Wort, sehen sich angesichts der Besonderheit der zahnmedizinischen Behandlungen von dem Gesetz jedoch nicht sonderlich tangiert. Es gebe keine Controlling-Prozesse, die mit bürokratischen Auflagen optimiert werden könnten. Die Verschärfungen im Bereich der Dokumentation, Einwilligung und Aufklärung reduzierten allerdings die Behandlungszeit, dies komme dem Patienten nicht zu Gute. Die Absicht des Gesetzgebers, Patientenrechte zu ordnen und zu kodifizieren, wird begrüßt. Es sei zwar erfreulich, dass die Krankenkassen zukünftig Entscheidungen über beantragte Therapien nicht mehr beliebig verzögern könnten, aber die Einführung enger Fristen führten dazu, dass das bewährte Gutachterverfahren im zahnmedizinischen Bereich ausgehebelt werde.

Positiv bewerten BZÄK und KZBV, dass einer generellen Beweislastumkehr und einer verschuldensunabhängigen Haftung eine Absage erteilt wurde. Diese hätten zu einer Defensivmedizin geführt.

## Kritik von Ärzteseite hält an

In der Ärzteschaft herrscht die Meinung vor, es sei der bessere Weg, die Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses auch diesen beiden Parteien zu überlassen und nicht durch rechtliche Regelungen von außen einzugreifen. Angesichts der Tatsache, dass die zunächst diskutierte allgemeine Beweislastumkehr nicht den Weg in das Gesetz genommen hat, waren die Ärzte dann aber bereit, das Gesetzgebungsverfahren durchaus wohlwollend zu begleiten. Sie sehen die Patientenakte in erster Linie als Unterlage für ihr medizinisches Handeln und wollen sich dabei keiner Kontrolle aussetzen.

## Diskussion um den Patientenentschädigungsfonds

Hinter dem von Wolfgang Zöller vorgeschlagenen Patientenentschädigungsfonds stand kein durchgearbeitetes Konzept. Das geltende Haftungssystem und eine patientenfeindliche Beweislastverteilung, nach der ein Geschädigter nicht nur den Schaden und den Behandlungsfehler nachweisen muss, sondern auch, dass der Fehler für den Schaden ursächlich ist, lasse die Betroffenen zu oft im Regen stehen, führe zu „Gutachter-Kriegen“ und langjährigen Gerichtsverfahren. Hier könnte ein Fonds helfen. Für Zöller hätte ein Fonds auch noch eine andere Funktion: Seiner Ansicht nach haben die Schlichtungsstellen, die jährlich rund 10.000 Fälle möglicher Arztfehler behandeln, ein Akzeptanzproblem, weil die Patienten dort Mausechelen vermuteten. Dem könne man durch die Mitwirkung von Patientenvertretern in den Schiedsstellen entgegenwirken. Aus Sicht von Zöller ist es für einen Patienten schwer, einem Arzt einen groben Fehler nachzuweisen.

Die SPD-Bundestagsfraktion hatte sich schon frühzeitig auf einen Härtefallfonds festgelegt und dabei das österreichische Modell zum Vorbild erklärt. Der Fonds solle insbesondere für soziale Härtefälle, für den Fall unzumutbar lang dauernder Gerichtsverfahren oder nicht erwartete Komplikationen gedacht sein. Bündnis 90/Die Grünen favorisieren ebenfalls einen Härtefallfonds.

## Entschädigungsfonds in Österreich

In jedem der neun österreichischen Bundesländer besteht ein eigener Entschädigungsfonds, für die aber einheitliche Grundprinzipien gelten. Sie werden finanziert durch einen Anteil der Kostenbeiträge der stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit 0,73 Euro pro Tag (begrenzt auf 28 Krankenhaustage). Über die Auszahlung entscheidet die Entschädigungskommission im jeweiligen Bundesland unter Einbindung der Patientenanwälte. Es geht ausschließlich um Fälle aus dem stationären Bereich. Fälle aus privaten Krankenanstalten sind ausgenommen. Der Höchstbetrag der Entschädigung im Einzelfall ist grundsätzlich auf 22.000 Euro festgelegt, bei besonderen sozialen Umständen ist ein Höchstbetrag von bis zu 50.000 Euro möglich. In den letzten zehn Jahren wurden über 56 Millionen Euro an Entschädigungen ausgezahlt.

Keiner dieser Vorschläge verfügt über einen ausreichenden Präzisierungsgrad, um als tragfähiges politisches Konzept dienen zu können. In dieser Legislaturperiode ist wohl kaum noch mit einer Entscheidung zu rechnen, zumal das Bundesministerium der Justiz (BMJ) den Härtefallfonds rundweg ablehnt, da er dem Grundsatz der Individualhaftung widerspreche.

## Stiftungslösung?

Die Arbeitsgruppe (AG) Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion hatte im April 2012 Eckdaten für eine „Fondslösung“ skizziert. Darin macht sie sich zum einen für eine Stiftung nach dem Vorbild der AIDS-Stiftung stark. Wer Träger der Stiftung sein soll und wie diese finanziert werden soll, blieb offen. Die Bundesärztekammer wies die Idee zurück, da sich das bisherige Verfahren aus ihrer Sicht bewährt

habe. Die Versicherungswirtschaft zeigte sich hingegen grundsätzlich zu einem Gespräch darüber bereit, wenn sich das Vorhaben konkretisiere.

### Fazit und Ausblick

Ein Gesetz, das sehr unterschiedliche Interessen regeln soll, kann kaum auf allgemeine Zustimmung treffen. Im Gegenteil: Wenn niemand so richtig zufrieden ist, könnte dies für ein Gesetz sprechen, weil dann vermutlich keine Seite bevorteilt wurde. Auf der anderen Seite muss ein solches Ergebnis auch damit leben, dass zentrale Probleme nicht ausreichend gelöst sind und mitunter lediglich Formelkompromisse darstellen.

Die Zusammenfassung von Patientenrechten im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) dürfte tatsächlich schon einen großen Fortschritt für die Patienten darstellen, vor allem aber der Einstieg in eine Gesetzgebung in diesem Bereich. Das scheinen trotz aller Kritik auch maßgebliche Patientenvertreter so zu sehen. Man wird abwarten müssen, ob die Verpflichtung des Patientenbeauftragten, den Versicherten durch entsprechend allgemein verständliches Informationsmaterial bei der Aufklärung zu helfen, tatsächlich in ausreichendem Maße umgesetzt wird.

Vom Namen „Patienten“rechtesgesetz her hätte man sich an einigen Stellen etwas mehr gewünscht. So in der Frage des Beweisumkehr, die sicher schwierig zu regeln ist, aber durchaus etwas patientenfreundlicher hätte sein können. Dasselbe gilt auch in Sachen Patientenschutz bei den IGeL. Die Diskussion um einen Patientenentschädigungsfonds wird weitergehen. Es handelt sich um eine durchaus schwierige Materie. Er darf das Verursacherprinzip nicht aushebeln und seine Finanzierung darf nicht alleine zu Lasten der Patienten gehen. Es bedarf noch einer gewissen Reifezeit, bis ein solches Instrument umgesetzt werden kann. Die nächste Gesundheitsreform wird auf jeden Fall kommen.

### Weiterführende Links:

[http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2010/oktober/index\\_ger.html](http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2010/oktober/index_ger.html)

[http://www.bag-selbsthilfe.de/tl\\_files/2011-2%20Quartal/\\_\\_new/2012%20-%202.%20Quartal/Stellungnahme%20der%20BAG%20SELBSTHILFE%20Patientenrechtesgesetz.doc](http://www.bag-selbsthilfe.de/tl_files/2011-2%20Quartal/__new/2012%20-%202.%20Quartal/Stellungnahme%20der%20BAG%20SELBSTHILFE%20Patientenrechtesgesetz.doc)

<http://www.dag-shg.de/site/data/NEU/DAGSHG/Stellungnahme-PatRG-durch140f-Org-20120206.pdf>

[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellBAeK\\_PatRG\\_240912.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellBAeK_PatRG_240912.pdf)

[http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/patientenrechte/thema\\_patientenrechte.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/patientenrechte/thema_patientenrechte.jsp)

[\[spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\\_themen/patientenrechte/Stellungnahme\\\_GKV-SV\\\_Gesetzesentwurf\\\_Patientenrechtesgesetz\\\_10-2012.pdf\]\(http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\_themen/patientenrechte/Stellungnahme\_GKV-SV\_Gesetzesentwurf\_Patientenrechtesgesetz\_10-2012.pdf\)](http://www.gkv-</a></p></div><div data-bbox=)

[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellBAeK\\_KBVPatientenrechtesgesetz\\_09032012.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellBAeK_KBVPatientenrechtesgesetz_09032012.pdf)

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/630044/zoeller-noetig-](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/630044/zoeller-noetig-patientenrechtesgesetz-kein-schutzgesetz.html)

[patientenrechtesgesetz-kein-schutzgesetz.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/630044/zoeller-noetig-patientenrechtesgesetz-kein-schutzgesetz.html)



## Interview Ilona Köster-Steinebach

### „Dieses Gesetz kann nur ein Anfang sein“

**Berlin** – Eine Bewertung des Patientenrechtegesetzes nimmt in dieser Ausgabe Frau Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) für uns vor.

#### **Was macht das Patientenrechtegesetz Ihrer Meinung nach aus? Worin besteht die zentrale Verbesserung aus Sicht des Patienten?**

**Ilona Köster-Steinebach:** Das Patientenrechtegesetz bündelt bereits bestehende Rechte von Patienten, die sich verstreut über verschiedene Rechtsquellen und in mittlerweile weitgehend einheitlichen richterlichen Entscheidungen finden. Die zentrale Verbesserung für Patienten besteht also höchstens darin, dass sie ihre Rechte leichter finden und besser den Überblick bewahren. Darüber hinaus hegen wir die Hoffnung, dass man diese kodifizierte Gesetzessammlung leichter im Interesse der Patienten ändern kann, als es bisher der Fall war.

#### **In der Stellungnahme des vzbv wird die Sorge geäußert, dass sich mit dem Patientenrechtegesetz der bisherige Schutz der Patienten auch verschlechtern könnte. Welche Bereiche betrifft dies konkret?**

**Köster-Steinebach:** Zunächst einmal betrifft dies die Haftung. Beweiserleichterungen für Patienten, wie sie vom Gesetz jetzt wieder auf Fälle grober Behandlungsfehler begrenzt werden, gab es zuvor schon in einzelnen, nicht ganz so eindeutigen Fällen. Die Entwicklung des Rechts zu Gunsten des Patienten wird also erst einmal gestoppt. Das zweite Beispiel sind die Regelungen rund um Selbstzahlerleistungen, sogenannte IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen). Für gesetzlich Versicherte gilt, dass sie einen Anspruch auf einen schriftlichen Vertrag haben. Gemäß dem neuen Patientenrechtegesetz reicht aber ein Flyer oder eine Preisliste aus, obwohl ein Vertrag für Patienten natürlich mehr Rechtssicherheit bietet. Und schließlich ist es nach dem Patientenrechtegesetz auch möglich, dass der Behandelnde und der Patient übereinkommen, dass die Behandlung nicht nach den anerkannten fachlichen Standards erfolgen muss. Das bietet viel Missbrauchspotential.

#### **Ein zentraler Kritikpunkt des vzbv ist die Beweislastverteilung zwischen Arzt und Patient. Wo sehen Sie hierbei Nachbesserungsbedarf?**

**Köster-Steinebach:** In einem Behandlungsfehlerprozess müssen immer drei Beweise geführt werden:

1. Es ist ein Fehler passiert.
2. Es ist ein Schaden eingetreten.
3. Der Fehler hat den Schaden herbeigeführt, die sogenannte Kausalität.

Wir hätten uns vorgestellt, dass der Patient regelhaft nur die ersten beiden Beweise führen muss, was schwierig genug ist. Der Arzt hätte dann regelhaft die Möglichkeit gehabt, zu belegen, wenn er glaubt, dass Fehler und Schaden nicht zusammenhängen. Diese Beweiserleichterung für Patienten beschränkt das Patientenrechtegesetz auf grobe Behandlungsfehler. Wenn man bedenkt, dass alle Beweismittel, nämlich die ärztliche Dokumentation, in Händen des Arztes sind und Patienten auf die Hilfe von Anwälten und Gutachtern angewiesen sind und teure Verfahren teilweise mehr als zehn Jahre dauern, wird deutlich, wie schwer es Patienten gemacht wird, ihre Rechte durchzusetzen. Da wäre die eben vorgestellte, „kleine“ Beweiserleichterung ohnehin nur ein Tropfen auf dem heißen Stein gewesen.

## **Befürworter des Status quo führen an, eine generelle Beweislastumkehr führe zu einer Defensivmedizin nach amerikanischem Vorbild. Teilen Sie diese Einschätzung?**

**Köster-Steinebach:** Nein. Allein schon der Begriff Beweislastumkehr ist irreführend und polemisch. Da wird ein Horrorszenario aufgebaut, das niemand gefordert hat, um die geringfügigen Verbesserungen für Patienten, die wir uns gewünscht hätten, zu verhindern. Auch nach unseren Vorstellungen muss ja immer noch der Patient Fehler und Schaden nachweisen. Es wird also nach wie vor davon ausgegangen, dass der Arzt richtig gehandelt hat, und der Patient muss anderes erst beweisen.

## **Inwiefern trägt das Patientenrechtegesetz zu einer Stärkung der kollektiven Patientenrechte bei?**

**Köster-Steinebach:** Auch da ist die Wirkung eng begrenzt. Wir hatten verschiedene Vorschläge gemacht, wie der Einfluss von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden könnte. Keiner davon wurde aufgegriffen. Stattdessen ist das Gremium nun verpflichtet, Anträge der Patientenvertretung in der nächstmöglichen Sitzung zu beraten. Wir haben in der Vergangenheit erlebt, dass sehr berechtigte Anträge der Patientenvertretung ohne Beratung und Begründung einfach abgelehnt wurden. Wenn das nach dieser Änderung immer noch möglich ist – und das befürchten wir – hat sich effektiv nichts geändert.

## **Wer ist eigentlich dafür zuständig, die PatientInnen über ihre neuen Rechte aufzuklären?**

**Köster-Steinebach:** Keine einzelne Stelle ist für die Aufklärung der Patienten alleine zuständig. Teilaufgaben liegen unter anderem beim Patientenbeauftragten der Regierung, der insbesondere die Neuerungen des Gesetzes jetzt weiter verbreiten soll, aber auch bei den Krankenkassen und den unabhängigen Beratungsstellen etwa bei den Verbraucherzentralen und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (upd).

## **Welche Schritte müssen Ihrer Meinung nach noch folgen?**

**Köster-Steinebach:** Dieses Gesetz kann nur ein Anfang sein und muss im Interesse der Patienten dringend ausgebaut werden. Die Liste der Themen dafür ist lang. Neben den bereits erwähnten wären etwa die Einrichtung eines Härtefallfonds oder eine nachhaltige Verbesserung und Qualitätssicherung des Gutachterwesens wichtig. Und ganz dringend sollte man auch diskutieren, wie man die Durchsetzung der Rechte der Versicherten gegenüber den Krankenkassen verbessern kann.

### **Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)**

Der vzbv repräsentiert die Stimme der Verbraucher in Deutschland. Unter seinem Dach bündelt sich die Kraft und Fachkompetenz von 41 Verbänden (16 Verbraucherzentralen und 25 verbraucherpolitisch ausgerichteten Verbänden) und mehr als 20 Millionen Einzelmitgliedern. Er gehört somit zu den weltweit einflussreichsten unabhängigen Verbraucherorganisationen und vertritt die Interessen der Verbraucher gegenüber Politik, Verwaltung, Justiz, Wirtschaft und Öffentlichkeit. Seine Arbeit finanziert sich aus Mitteln des Bundesverbraucherministeriums (BMELV), aus Projektmitteln und durch Mitgliedsbeiträge. Um der Vielfalt und den Herausforderungen der Verbraucherpolitik gerecht zu werden, arbeiten rund 100 Mitarbeiter am Sitz des vzbv in Berlin. Dem Vorstand unterstehen sechs Fachbereiche, die jeweils zahlreiche Referate und verschiedene Projekte beinhalten.

Weiterführende Links: <http://www.vzbv.de>

## Bedarfsplanung

### Neue Richtlinie – neue regionale Flexibilität

**Berlin** – Die seit Jahresbeginn geltende neue „Bedarfsplanungsrichtlinie“ soll mehr Flexibilität in den Regionen ermöglichen. Das ist nicht ganz spannungsfrei für die Beteiligten, wie sich zeigt.

Ärzte und Krankenkassen haben am 20. Dezember 2012 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Rahmen für die Planung des ambulanten ärztlichen Bedarfs in Deutschland, die sogenannte „Bedarfsplanungsrichtlinie“, beschlossen. Am 1. Januar 2013 ist sie mit einer Übergangsfrist bis zum 30. Juni in Kraft getreten. Damit soll der Zugang des Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung weiterhin gewährleistet, sprich „sichergestellt“, werden.

#### Neuer Rahmen für die Bedarfsplanung

Die „Verhältniszahlen“, die festlegen, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten je Einwohnerzahl als eine angemessene Versorgung gelten, bilden für die Bedarfsplanung nach wie vor das Grundgerüst. Aber dieses starre Planungskorsett reicht für eine angemessene Antwort auf sich verändernde Bedingungen nicht aus. Beispielsweise gibt es Nachwuchsprobleme in manchen ärztlichen Berufsgruppen, wie bei den Hausärzten; einhergehend findet man zunehmend ärztliche Spezialisierungen. Auch die Ärzte haben veränderte Lebens- und Arbeitsgewohnheiten – auch sie wollen die so genannte „work-life-balance“, also ein ausgewogenes Berufs- und Privatleben, hört man als Erklärung. Zusätzlich steigt der Bedarf an wohnortnaher koordinierter Versorgung bedingt durch den demografischen Wandel.

#### Planungsbereiche, Versorgungsebenen, Demografiefaktor

Der G-BA hat sich dazu entschieden, erstmals sämtliche ärztliche Fachgruppen zu beplanen. Deutschland wurde in folgende zwei Planungsbereiche aufgeteilt: Hausärzte werden kleinräumig beplant (mehr Planungsbereiche), Fachärzte großflächig (weniger Planungsbereiche). Vier sogenannte „Versorgungsebenen“ sehen diese Planungsbereiche vor, angelehnt an die Städteplanung: Die hausärztliche Versorgung (Mittelbereiche), die allgemeine fachärztliche Versorgung (Kreise beziehungsweise kreisfreie Städte), die spezialisierte fachärztliche Versorgung (Raumordnungsregionen) und die gesonderte fachärztliche Versorgung (KV-Regionen). Der neue, sogenannte Demografiefaktor, soll die Arztdichte an das Alter und somit an den höheren Versorgungsbedarf der Bevölkerung anpassen.

Mit der neuen Richtlinie können die Landesausschüsse, in denen Ärzte und Krankenkassen die Bedarfspläne erstellen, von den Rahmenvorgaben der Bundesrichtlinie abweichen, wenn die Versorgungssituation vor Ort dies erforderlich macht. Gründe hierfür können beispielsweise eine besondere Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten, die regionale Morbidität oder soziodemografische Faktoren sein. In einem gemeinsamen Landesgremium haben nun auch die Patientenvertreter sowie Vertreter des jeweiligen Landes Mitspracherechte, beispielsweise kann das Land Empfehlungen für die Bedarfsplanung unterbreiten. Genau von diesem Recht hat der Berliner Gesundheitssenator Mario Czaja am 15. Februar 2013 Gebrauch gemacht, als er vorschlug, die Berliner Ärzte entsprechend dem vom Land Berlin in einer Umfrage festgestellten Bedarf umzuverteilen. Das hätte beispielsweise die Verlegung jeder dritten Hausarztpraxis zur Folge gehabt. Der Vorschlag sorgte für erhebliche Aufregung. Die Sitzung des Landesausschusses am 19. Februar 2013 in Berlin hat dann offenbar doch ergeben, dass Berlin ein Planungsbezirk bleibt und mehr Arztstühle für den dortigen Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Trotzdem dürfte dieser Vorgang einen ersten Eindruck vermitteln, dass die regionale Flexibilisierung einhergehend mit der Ausweitung der vor Ort gestaltenden Akteure zuerst völlig neue Diskussionen und eines Tages vielleicht auch ganz neue Strukturen hervorbringen wird.

## Weiterführende Links:

<http://www.glaxosmithkline.de/docs-pdf/patienten/PB-12-09.pdf>

<http://www.kbv.de/42653.html>

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/bedarfsplanung/default.aspx?sid=831437&cm\\_mmc=Newsletter-\\_-Newsletter-C-\\_-20130218-\\_-Bedarfsplanung](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/default.aspx?sid=831437&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20130218-_-Bedarfsplanung)

[http://www.kvberlin.de/40presse/20konferenz/pk130219\\_bedarfsplanung/index.html](http://www.kvberlin.de/40presse/20konferenz/pk130219_bedarfsplanung/index.html)

<http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/pflegerische-versorgung/2521-patientenorientierten-bedarfsplanung-der-ambulanten-aerzteversorgung-und-gemeinsames-landesgremium-nach-90-a-sgb-v>

## Präventionsgesetz

### Immense Enttäuschung bei Selbsthilfe und Patientenverbänden

**Berlin** – Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beabsichtigt, entgegen ursprünglichen Ankündigungen, noch vor dem Ende dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen.

#### **Ausschließlich Primärprävention**

Obwohl insbesondere die Union gegen ein neues Präventionsgesetz eingestellt war und auch in öffentlichen Erklärungen der Regierungskoalition lange lediglich von einer Präventionsstrategie die Rede war, hat der Bundesgesundheitsminister überraschend Mitte Dezember 2012 Eckpunkte für ein Präventionsgesetz vorgelegt. Seit Ende Januar 2013 gibt es einen ersten Referentenentwurf, der bislang zwar den Beteiligten zur Stellungnahme übermittelt wurde, jedoch noch nicht vom Bundeskabinett beschlossen wurde.

Wer glaubte, dass das Gesetz nicht mehr den Weg ins Gesetzbuch nimmt, sollte die gesundheitspolitische Raffinesse des Bundesgesundheitsministers nicht unterschätzen, der es beispielsweise auch beim Krebsregistergesetz verstanden hat, den Bundesrat mehrheitlich mit ins Boot zu holen.

#### **Zahlreiche Regelungen**

Wie aus dem inoffiziellen Referentenentwurf hervorgeht, sind zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Primärprävention, also der Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung, Ziel des Gesetzes. Folgende wesentliche Regelungen sieht der Entwurf vor:

Der GKV-Spitzenverband soll unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ verbindliche Ziele für die Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen im Bereich der Primärprävention festlegen. Eine beim Bundesminister für Gesundheit (BMG) zu errichtende „Ständige Präventionskonferenz“ der relevanten Akteure soll in jeder Legislaturperiode über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Präventionsziele beraten und berichten. Der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren soll in 2014 auf sechs Euro (aktuell 3,01 Euro) angehoben werden und ab dann entsprechend bestimmter Bezugsgrößen steigen. Für Leistungen zur primären Prävention in den sogenannten Lebenswelten – genannt sind insbesondere Kinder, Jugendliche und ältere Menschen – sollen die Krankenkassen mindesten einen Euro jährlich je Versicherten ausgeben. Außerdem soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 35 Mio. Euro jährlich vom GKV-Spitzenverband erhalten, die für Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung zur Primärprävention bestimmt sind. Die Krankenkassen sollen regionale Koordinierungsstellen zur Beratung der Unternehmen anbieten. Diese Stellen sollen nicht verausgabte Mittel der Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung erhalten. Die Altersgrenze der Kinderuntersuchungen soll auf 10 Jahre erhöht werden, so dass der Arzt hier auch Präventionsempfehlungen geben kann. Ebenso kann er diese Empfehlungen erwachsenen Patienten bescheinigen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Versicherte in Kurorten für Präventionsmaßnahmen einen Zuschuss ihrer Kasse erhalten.

## Erhebliche Kritik von Selbsthilfe und Patientenverbänden

Neben spärlicherem Lob hagelt es derzeit vor allem Kritik von vielen Seiten. Die Krankenkassen beispielsweise sehen sich in ihrem Entscheidungsspielraum im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gegängelt und monieren, für gesamtgesellschaftliche Aufgaben sowie Aufgaben von Bund und Land, insbesondere bei ihren avisierten Ausgaben für die BZgA, in die Pflicht genommen zu werden. Kritik herrscht auch bei dem Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) vor, der das Gesetz vor allem zu sehr auf Ärzte und Krankenkassen fokussiert sieht. Insbesondere aber bei Selbsthilfevereinigungen und Patientenverbänden ist die Enttäuschung immens. Sie bemängeln, dass das Gesetz in keiner Weise Kranke, insbesondere auch Chroniker, mit Regelungen zu Sekundär- und Tertiärprävention, beispielsweise zur Eindämmung einer Krankheit, in den Blick nimmt.

Weiterführende Links:

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventionsstrategie\\_Endfassung\\_121213.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventionsstrategie_Endfassung_121213.pdf)

<http://www.kbv.de/gesundheitspolitik/43048.html>

<http://www.vzbv.de/11116.htm>

[http://www.selbsthilfe.paritaet.org/index.php?id=sh\\_psychiatrie&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=7402&tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=1200&cHash=835bbc631c101002fdb131f275d34b31](http://www.selbsthilfe.paritaet.org/index.php?id=sh_psychiatrie&tx_ttnews%5Btt_news%5D=7402&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1200&cHash=835bbc631c101002fdb131f275d34b31)

<http://www.dag-shg.de/site/data/NEU/DAGSHG/DAGSHG/2013-02-01-DAGSHG-Stellung-Praevention.pdf>

## Psychosoziale Begleitung

---

### Ein Anker innerhalb des Versorgungssystems

**Berlin** – Oftmals erleben Betroffene eine Erkrankung als Sprung ins Leere. Das Konzept der Psychosozialen Begleitung (PSB) soll helfen, den Sorgen um die Auswirkungen der Erkrankung auf Familie und Freunde, Alltag und Beruf zu begegnen.

Wo die medizinische Behandlung endet, setzt das Konzept der PSB an: Im Vordergrund stehen einerseits die psychischen Folgen einer Erkrankung. So soll beispielsweise die Einstellung gegenüber der Erkrankung verbessert werden, Ängste und Sorgen aufgefangen werden. Andererseits werden im Rahmen der PSB auch die sozialen Auswirkungen einer Erkrankung thematisiert und konkrete Unterstützung im Alltag angeboten, um berufliche und finanzielle Umbruchsituationen zu meistern.

Während die PSB im onkologischen Bereich bereits auf erhebliche Grundlagenarbeit zurückblicken kann, stellt sie für viele andere schwerwiegende Erkrankungen noch immer Neuland dar. Dabei spielt der Erkrankungskontext eigentlich nur eine Nebenrolle. Im Mittelpunkt steht das Individuum. PSB versteht sich als flexibles Konzept, das sich der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen, ihren Wünschen und Bedürfnissen anpasst.

Zentrale Bestandteile der PSB sind:

- Die akute Krisenintervention, z.B. in belastenden Situationen, wie bei Bekanntwerden der Erkrankung. Hier geht darum, die Betroffenen aufzufangen und Selbstvertrauen sowie Handlungsfähigkeit zurückzugeben.

- Die langfristige begleitende Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit und ihren Folgen: Hier geht es um die Änderung der Einstellung gegenüber der Erkrankung und ihren Folgeerscheinungen (jedoch ohne unmittelbaren Krisenbezug).
- Die Koordination von Hilfen, Hilfeplanung und Kooperation mit anderen Leistungserbringern, z.B. im Kontext drohender Arbeits- und Berufsunfähigkeit, bei Rentenanliegen, bei der Beantragung von Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen und wenn häusliche Versorgung oder Pflege notwendig ist.
- Die Vermittlung weiterführender Hilfe.

PSB nimmt den Patienten ganzheitlich in den Blick und birgt daher das Potenzial in sich, zum Behandlungserfolg beizutragen. Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, dass psychosozial begleitete Menschen besser genesen, eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess einnehmen und länger leben.

### Das Projekt PSB Niere

Dass es nicht allein darum geht, die bestmögliche medizinische Behandlung des Patienten sicherzustellen, um eine Erkrankung und deren vielfältigen Folgen bewältigen zu können, erkannte der Bundesverband Niere (BN) e.V. als einer der Ersten. In Form des dreiphasigen Modellprojekts PSB Niere griff der BN e.V. das Thema daraufhin bereits Mitte der neunziger Jahre auf.

Um ein möglichst passgenaues Angebot für seine Mitglieder zu entwickeln, wurde in einer ersten Phase die Notwendigkeit und der Bedarf chronisch Nierenerkrankter nach PSB erforscht (1996-1998). In der zweiten Phase wurde darauf aufbauend eine zentrale Koordinierungsstelle für die Psychosoziale Begleitung in der Bundesrepublik geschaffen und Modellprojekte an mehreren Unikliniken gestartet (1998-2001). In der dritten und letzten Phase sollte schließlich ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit PSB als Regelleistung für alle Nierenerkrankten etabliert werden. Entsprechend qualifiziertes Fachpersonal stünde bereit, das Konzept des Projekt PSB Niere hat sich in den Modellprojekten bewährt. „Der Knackpunkt ist schlicht die Finanzierung“, so Christian Frenzel, Geschäftsführer des BN e.V.

Obwohl bisher also noch kein institutionalisiertes PSB-Angebot geschaffen werden konnte, gibt der BN e.V. nicht auf. Mit Angeboten, die Teilbereiche der PSB abdecken, soll die Zeit bis zur Regelversorgung überbrückt werden. So bietet der BN e.V. bspw.

- Psychosoziale Telefonberatung,
- Einzelberatungen auf Anfrage,
- Seminare zu sozialrechtlichen Fragestellungen
- und Seminare zum Umgang mit der Erkrankung an.

Der Geschäftsführer des BN e.V. ist überzeugt von der positiven Wirkung der PSB. Vor allem die positiven Erfahrungen aus den Modellprojekten bestärken ihn in seinem Einsatz für die PSB. Und: „Wir sind der festen Überzeugung, dass sich durch PSB sogar Geld einsparen ließe“, so Frenzel. Wenn dies von zentraler Stelle erkannt werde, stünde der BN e.V. jederzeit bereit, flächendeckend als Träger zu fungieren. Seine Vision der PSB fasst Frenzel auf den Punkt zusammen: „Es geht darum, der Anker zu sein“.

### **Der Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)**

Der BN e.V. ist die Selbsthilfeorganisation der Dialysepatienten und Nierentransplantierten Deutschlands. Die Vereinigung wurde 1975 mit dem Ziel gegründet, die Lebenssituation von chronisch Nierenerkrankten, Dialysepatientinnen und Dialysepatienten sowie Nierentransplantierten zu verbessern und hat sich seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. In ihm vereinigen sich heute 176 regionale Gruppierungen und damit ca. 18 000 individuelle Mitglieder.

Der BN e.V. bietet seinen Mitgliedern ein umfangreiches Serviceangebot, das von Informationsmaterialien über Seminare bis hin zur telefonischen Einzelberatung reicht. Ein besonderes Anliegen des Vereins besteht in der psychosozialen Begleitung seiner Mitglieder.

Für nähere Informationen hierzu, wenden Sie sich bitte an Herrn Christian Frenzel, E-Mail:

[geschaeftsstelle@bnev.de](mailto:geschaeftsstelle@bnev.de)

Weiterführende Links: <http://www.bundesverband-niere.de>

## Impressum

---

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG  
[www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)

vertreten durch die  
GlaxoSmithKline  
Verwaltungs GmbH  
Prinzregentenplatz 9  
81675 München

Geschäftsführer:  
Dr. Cameron Marshall (Vors.)  
Adrian Bauer  
Denis Dubru  
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55  
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:  
Amtsgericht München  
HReg: HRA 78754  
Zuständige Aufsichtsbehörde:  
Regierung von Oberbayern  
Maximilianstraße 39  
80538 München

### Kontakt

Verantwortlich:  
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)  
Head of Patient Relations  
Tel.: 089 - 360 44-8376  
Fax: 089 - 360 44-9-8376  
[ilka.i.einfeldt@gsk.com](mailto:ilka.i.einfeldt@gsk.com)

Anne Kathrin Simon  
Managerin Patient Relations  
Tel: 089 - 360 44-8464  
Fax: 089 - 360 44-98464  
[anne-kathrin.k.simon@gsk.com](mailto:anne-kathrin.k.simon@gsk.com)

Roger Jaeckel  
Leiter Gesundheitspolitik  
Tel.: 089 - 360 44-8327  
Fax: 089 - 360 44-9-8327  
[roger.r.jaeckel@gsk.com](mailto:roger.r.jaeckel@gsk.com)

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.  
Diese können Sie auf [www.patientenpolitik.de](http://www.patientenpolitik.de) einsehen.