

Stand 23.11.04
Chirurgie und Orthopädie

Zunächst möchte ich mich bedanken, dass ich als Patientenvertreter zu Ihnen sprechen kann.

Mein Name ist Rolf Dienst. Ich bin Mitglied des Bundesverbandes Skoliose, Selbsthilfe e.V. und berate den Verband im Fachbeirat. Von der BAGH (BAG Hilfe für Behinderte e.V.) wurde ich als einer der Themen bezogenen Patientensprecher im Gemeinsamen Bundesausschuss, Unterausschuss externe stationäre Qualitätssicherung und sonstige Qualitätssicherung benannt.

Das Thema lautet:

Welche Erwartung stellen Patienten an die externe Qualitätssicherung? Wahrscheinlich werde ich in meinem Vortrag einige Themen ansprechen, die Ihnen bekannt sind oder von den Vorrednern aufgeführt wurden. Ich stelle sie Ihnen jetzt allerdings als Patientenvertreter vor.

Am 1.1.2004 trat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft und gleichzeitig wurde die Mitwirkung von Patienten an den Entscheidungen im Gesundheitswesen formal eingeführt. Es wurde gesetzlich ein Mitberatungs- und Anhörungsrecht von Patientenorganisationen an den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Immer wieder muss ich diese Aufgaben und die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses erklären, denn er ist leider nur wenigen informierten Bürgern bekannt.

Allerdings wird die Arbeit des Ausschusses nach der Aufklärung sehr begrüßt. Es ist für die informierten Patienten ein bedeutender Fortschritt, dass sie schon bei der Erörterung der Themen in den Ausschüssen und Unterausschüssen im Gemeinsamen Bundesausschuss ihre Vorstellungen und Wünsche durch die Teilnahme der Patientenvertreter einbringen können. Sie erwarten aber auch, dass aus der Anhörung und Mitsprache einmal eine **Mitentscheidung** wird.

Wir sind nicht nur mündige Bürger, wir wollen auch mündige Patienten und Partner sein.

Dass eine externe Qualitätssicherung auf Landes- und Bundesebene von Krankenhäusern und deren Abteilungen erbracht wird, ist grundsätzlich ein Fortschritt für die medizinische Versorgung von Patienten.

Allerdings sind in der Vergangenheit auch schon im Rahmen des internen Qualitätsmanagement Daten erhoben worden. Vergleiche mit anderen Einrichtungen erfolgten allerdings nicht oder nur sporadisch.

Über die ambulante Versorgung müssten ebenfalls die Daten erfasst werden, um sie mit den Leistungen der Krankenhäuser zu vergleichen. Erst dann ist für die Patienten ein Vergleich zwischen den Instituten möglich.

Der Weg der Datenerfassung bis zum Vergleich ist Ihnen bekannt.

Wenn Sie die verdichteten und anonymisierten statistischen Unterlagen erhalten, können Sie feststellen, ob Sie die Norm erfüllen oder von ihr abweichen.

Werden die festgesetzten Mindestmengen oder Schwellenwerte nicht erreicht, dann müssen Sie die Hinderungsgründe überprüfen und die Gründe feststellen. Können Sie die Voraussetzungen auch künftig nicht erfüllen, müssten Sie auf diese Leistungen verzichten.

Diese Entscheidung ist nicht einfach, aber im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patienten wichtig und notwendig.

Die Festschreibung der Mindestmengen wird nicht statisch sein. Es wird immer neue Kriterien geben, die eine Anpassung notwendig machen. Allein der medizinisch-technische Fortschritt in der Röntgendiagnostik, der Anästhesie, und der chirurgischen Therapie, macht eine laufende Anpassung erforderlich.

Nicht übersehen darf man bei der Qualitätssicherung auch weitere Kriterien, wie das Verhältnis von versorgten Patienten und den Nosokomialinfektionen und Wundinfektionen.

Auch das gehört in den Qualitätsvergleich von Krankenhäusern und ihren Fachabteilungen.

Wir wissen auch, dass die Festlegung von Mindestmengen keine unbedingte Erfolgsgarantie ist, aber im Interesse einer qualitativen Versorgung von Patienten muss man Erfahrungswerte berücksichtigen.

Das gilt besonders dann, wenn die Daten durch die statistischen Angaben und wissenschaftliche Studien bestätigt werden.

Eine sinnvolle Forderung der Patientenverbände ist deshalb, dass sie auch künftig bei der Auswertung und der Beratung der jährlichen Daten für die externe Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss als Partner mitarbeiten können.

Wie kommen Patienten an die Daten?

Das ist ein Problem. Zur Zeit ist es zwar möglich, aus den Daten Trends zu erkennen, doch eine sachliche Beurteilung eines **einzelnen Krankenhauses oder der Abteilungen** ist nicht gegeben.

Krankenhäuser stehen im öffentlichen Interesse und sollten sich deshalb gerade auch im kommunalen und regionalen Bereich einer Kritik der Bürger stellen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen Auftrag an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erteilt mit dem Thema: **Patientenrelevante psycho-soziale Nutzenfaktoren (Lebensqualität)**

Wir begrüßen diesen Vorgang und sind auf das Ergebnis gespannt. Das Thema ist nicht ganz neu, so hat sich auch die WHO (1997) damit schon auseinandergesetzt. (Measuring Quality of Life)

Die erste Diagnose, die erforderlichen Therapien und die Einweisung der Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder Facharzt.

Die Möglichkeit der Anwendung von alternativer Medizin sollte auch hier besprochen werden.

Der Hausarzt (Facharzt) empfiehlt den Patienten ein Krankenhaus oder die Fachambulanz. Das ist nach dem Hausarztprinzip so gewollt und sinnvoll. Eine enge Zusammenarbeit von Hausarzt und Krankenhausarzt gewinnt dadurch immer mehr an Bedeutung. Bei größeren Eingriffen sollte sich der Austausch allerdings nicht nur auf die Übersendung von Einweisung, Röntgenfilmen und Kurzbericht beschränken.

Die ganzheitliche Versorgung der Patienten muss dabei im Vordergrund stehen!

Die Teilöffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Versorgung nach §§ 115 ff SGB V erleichtert die übergreifende Zusammenarbeit nicht nur mit Kassenärzten, sondern auch mit externen Abteilungen und Instituten. Diese Möglichkeit sollte im Interesse der Versorgung von Patienten unbedingt genutzt werden.

Aber auch die Krankenkassen nehmen Einfluss auf die Einweisung.

Für sie spielt die Kostenfrage eine entscheidende Rolle. Die Kassen werden die Basiskosten, Wohnortnähe und die Fahrkosten in einen Vergleich der Institute einbeziehen und versuchen, die Belegung entsprechend zu steuern. Immer wieder erfahren wir, dass Patienten nur nach massivem Widerspruch die Einweisung in das Krankenhaus ihres Vertrauens durchsetzen können.

Große Sorgen bereitet uns die Versorgung von Patienten mit seltenen und chronisch seltenen Erkrankungen in Spezialambulanzen.

Die ersten Schritte zur Lösung des Problems sind unternommen. Für diese Patienten, die meist unter einem großen Leidensdruck stehen, geht die Entwicklung allerdings zu langsam. Durch die Kontakte mit den Patientenverbänden sind ihnen Spezialeinrichtungen bekannt.

Deshalb erwarten wir, dass das Wahlrecht der Versicherten (§ 76 SGB V) auch von den Kassen unbedingt beachtet wird.

Für die Patienten sind nicht die Kosten für die Wahl alleine ausschlaggebend, sondern die fachliche Qualifikation und, ganz wichtig, das Vertrauen zum behandelnden Arzt und zum Krankenhaus!

Sie können Ihre Patienten durch Ihre Beratung dabei wesentlich unterstützen.

Ein besonderer Wunsch von Patienten:

Vielleicht können Sie, meine Damen und Herren, erreichen, dass in Ihren Einrichtungen zu sozial vertretbaren Kosten eine Unterbringung begleitender Angehöriger, besonders Eltern, möglich ist. (Der Bettenabbau macht es bestimmt möglich.) Auch das zeichnet die Qualität oder sagen wir den guten Ruf eines Krankenhauses aus.

Zusammengefasst:

Der Patient ist also immer auf Auskünfte und Beratung durch fremde Personen und Institute angewiesen!

Wir erwarten deshalb, dass neben den Hausärzten und Krankenkassen auch die Selbsthilfeeinrichtungen und Patientenverbände über die Daten zeitnah verfügen können. Durch die Patientenbeteiligungsverordnung ist das geregelt. Doch es fehlen die vergleichenden Aussagen zu den regionalen Krankenhäusern.

Die Patienten benötigen dringend gesicherte Unterlagen, um eine Entscheidung zu treffen, Entscheidungen, die ihr weiteres Leben maßgeblich beeinflussen können.

Gerade bei planbaren Operationen in der Herzchirurgie oder der Wirbelsäulenorthopädie und anderen schwierigen Eingriffen, die Sie viel besser kennen als ich, muss den Patienten die Wahlmöglichkeit eingeräumt werden. Natürlich werden die Kliniken, Fachkliniken und Fachambulanzen mit den höchsten Erfahrungswerten bevorzugt werden. Die Information zwischen den Mitgliedern der Selbsthilfeverbände läuft gut.

Was geschieht, wenn eine Komplikation eingetreten ist.

„Wo gehobelt wird, da fallen Späne“ ... dieser Spruch ist bekannt. Die Folgen für die Patienten sind natürlich damit nicht abgetan. Auch der Hinweis auf das Aufklärungsgespräch reicht nicht immer aus. Es ist erst einige Jahre her, dass über die Gespräche ein ausführlicher schriftlicher Vermerk erstellt werden muss. (Befremdlich ist, dass die Auflistung möglicher Komplikationen oft in lateinischer Sprache erfolgt.)

Diese Patienten werden sich zunächst an die Krankenkasse wenden.

Die Krankenkasse wird in einem berechtigten Fall die Übernahme der Kosten für die Leistung mindern oder ganz ablehnen.

Patienten müssen sich privatrechtlich, meist über eine Rechtsschutzversicherung oder mit Unterstützung einer Patientenorganisation, an das Krankenhaus oder an den Arzt wenden, um **berechtigte** Forderungen einzuklagen.

Oft läuft das Verfahren dann über die Arztschiedsstelle und über Gerichte einen langwierigen Instanzenweg.

Warum schafft man nicht eine Schiedsstelle, die mit Ärzten und Patientenvertretern besetzt ist und die dann zwischen Arzt und Patient vermittelt? Das würde bestimmt Vertrauen schaffen!

Die Daten und Erkenntnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses wird man bei den Verhandlungen berücksichtigen müssen.

Sie, wie auch wir wollen bestimmt keine amerikanischen Verhältnisse. Doch gibt es heute schon Indikationsbereiche, die von den Versicherungen nicht mehr oder nur zu enorm hohen Prämien abgedeckt werden.

Was noch bei der Qualitätssicherung fehlt, ist das Thema der Nachsorge, die Betreuung der Patienten nach der Operation.

Die modernen Operationsmethoden werden immer leistungsfähiger, die Verweildauer im Krankenhaus wird immer kürzer und so kommt der Struktur übergreifenden Maßnahme immer mehr Bedeutung zu.

Was nutzt Ihnen die erfolgreich durchgeführte Operation, wenn Sie nicht wissen, was mit Ihren Patienten während und nach der Anschlussheilmaßnahme geschieht und ob das Optimum an Gesundheit erreicht wurde.

Bei Ihrem Aufklärungsgespräch mit den Patienten haben Sie bestimmt das machbare oder gewünschte Ergebnis angegeben. Um aber einen operativen Eingriff erfolgreich abschließen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit mit den Rehabilitationszentren zwingend erforderlich.

Auch die Rehazentren müssen sich spezialisieren und den medizinischen Entwicklungen anpassen. Hier wird man ebenfalls dringend die externe Qualitätssicherung einführen müssen.

Das Anschlussheilverfahren mit der physikalischen Therapie ist Bestandteil einer operativen Versorgung.

Die Dokumentation über den Erfolg nach AHB sollte Teil des Op-Berichtes bzw. der Krankenakte sein, denn danach ist die Maßnahme erst abgeschlossen. Wir halten eine 7 Tagefrist, um über den Erfolg einer Operation zu entscheiden, nicht für ausreichend.

Ein neues Problem ist die „ambulante Versorgung“. Diese Maßnahme klingt so vernünftig, Versorgung durch die Angehörigen in der eigenen Wohnung und stundenweise in Gesundheitszentren usw.

Nur, die Angehörigen sind weder ausgebildet, noch sind ältere Menschen körperlich zur Versorgung ihrer Angehörigen in der Lage, die Wohnung und die Einrichtung ist meist nicht krankengerecht, dazu kommt die Belastung des täglichen Transportes zur Therapieeinrichtung. Ich weiß nicht, wer von Ihnen ein solches Szenario schon persönlich erlebt hat. Aber ich hoffe, dass Sie Fantasie genug haben, es sich vorzustellen. Um Ihren Operationserfolg nicht zu gefährden, sollten Sie die Frage der häuslichen oder stationären Nachsorge sehr sorgfältig prüfen, gewichten und die Patienten beraten.

Damit helfen Sie auch uns, den Patienten, denn auch eine Wunde im Körper bleibt eine Wunde, die sorgfältigster Beobachtung und Versorgung bedarf.

Das gilt besonders nach schwierigen chirurgischen und orthopädischen Eingriffen..

Zum Schluss noch das Thema der langfristigen Nachsorge bzw. Betreuung.

Was geschieht bei Patienten mit Implantaten z.B. nach Hüftoperationen, Knieoperationen und Versteifungen von Wirbelsäulen nach 5,10 oder 20 Jahren? Hat sich das implantierte Material bewährt?

Bisher erfahren Sie nur ein Resultat, wenn ein Implantat ausgewechselt werden muss und/oder eine Wiederholungsoperation erforderlich ist. Kann man das Risiko einer solchen Operation nicht verhindern, wenn man Zwischenuntersuchungen durchführt, die Entwicklung beobachtet, vorzeitig eingreift und zusätzlich die Ergebnisse wissenschaftlich auswertet?

Längerfristig ist hier wieder der Hausarzt (Facharzt) in enger Zusammenarbeit mit Ihnen gefragt.

(Eine weitere positive Begründung für das Hausarztssystem.)

Auch diese Überwachung bedarf unbedingt einer Regelung.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir Patienten fordern nicht nur das Recht der Mitsprache, sondern das der Mitentscheidung, denn es geht um unsere Gesundheit, um unseren Körper, um unsere Lebensqualität! Allerdings bedarf es zur Mitentscheidung noch einiger grundsätzlicher Klärungen.

Die bisherige partnerschaftliche Zusammenarbeit in den Ausschüssen ist gut und lässt hoffen, dass man Ergebnisse erzielen wird, auf die wir im positiven Sinne aufbauen können.

Wir, die Patientenorganisationen, möchten im Interesse unserer Mitglieder eine vertrauensvolle und erfolgreiche Zusammenarbeit schaffen!

Vielen Dank!