

Waltherstr. 16a, 80337 München

Gesundheitsladen Rundbrief

Nummer 2-3/2011
32. Jahrgang

Berichte · Dokumentationen · Veranstaltungshinweise



**GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.
INFORMATION- UND
KOMMUNIKATIONS-
ZENTRUM**

WALTHERSTR. 16 A
80337 MÜNCHEN

TELEFON 089 / 77 25 65
FAX 089 / 725 04 74

www.gesundheitsladen-
muenchen.de / gl-m.de
E-Mail: mail@gl-m.de

Infothek
Tel: 089 / 77 25 65
Mo - Fr 10 - 13 Uhr
Mo, Do 17 - 19 Uhr

**PatientInnenstelle
München**
Tel: 089 / 77 25 65
Mo 17 - 20 Uhr
Mi, Do und Fr 10 - 13 Uhr

**UPD Beratungsstelle
München für Oberbayern**
Tel: 089 / 18 91 37 22
Mo 9 -13 , Di 14 - 18,
Mi 15 - 19, Do 10 - 14 Uhr

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ: 700 205 00
Kontonummer 88 87 800

INHALT :

Der Verein **2**
GL-intern, Termine **3**
Hygiene **4-5**
Rezensionen **6**
Patientinnenseite **7-8**
BAGP-Rundbrief **9-11, 14-15**
Umwelt und Gesundheit **12-13**
UPD-Seiten **16-17**
Zürich **18-20**



Besuch in der Schweiz



Hygiene in Zürich

Hygiene in München

Neues von der UPD

Berichte vom

Tag gegen Lärm 2011

BAGP-Stellungnahme zum

PatientenRechteGesetz

Wir wünschen allen FreundInnen und Mitgliedern des Gesundheitsladens München einen schönen Sommer!

25 Jahre im GL KAUM ZU GLAUBEN



Peter Friemelt ist fast sein halbes Leben im Gesundheitsladen tätig. Den Kopf über den Wolken, die Füße auf dem Boden, ist er Visionär und Haushandwerker, Gesprächspartner für Minister und Koch fürs Team, ebenso gefragt in Talkshows wie von PatientInnen, Vernetzer und Geldbeschaffer, der uns dann wieder mit einer Schale voll Beeren aus dem eigenen Garten überrascht. Wir gratulieren unserem Beraterkollegen, heimlichen Geschäftsführer, VUP-Gesellschafter, Aktivist der BAGP, Koordinator der Pati-

entenführerInnen und des Patientennetzwerkes Bayern von ganzem Herzen und wünschen für die kommenden Jahre und



Aufgaben weiterhin einen guten Biss und weiterhin viel Spaß beim Feiern!

Kooperationstermine

Vorbereitung und Durchführung diverser Kooperationstermine mit Kammern, Verbänden und Einrichtungen halten uns ziemlich in Atem. Ein erster Bericht steht auf Seite 17. Im nächsten Heft gibt's die Fortsetzung.

Mitgliederversammlung

Unser bewährtes Vorstandsteam wurde wiedergewählt: Christ Porer, Martina Schmid, Dr. Peter Scholze, Dr. Gerhard Schwarzkopf, Dr. Thomas Schüren. Herzlichen Dank Euch allen.

Eine „Charta“ für Münchens Akustik – Brauchts das?

„Im akustischen Raum konkretisieren sich unsere Lebensbedingungen ebenso unmittelbar wie unausweichlich. Der akustische Raum ist formbar. Er kann gestaltet, gepflegt und entwickelt werden.“

Wie können wir den *akustischen Raum München* lebenswert-hörsenswert gestalten?

Die Linzer Charta gibt ein Werkzeug an die Hand, mit dem man

die Geräuschlandschaft Münchens untersuchen kann. Beteiligung und Gesundheit sind wichtige Ziele.

Wir laden gemeinsam mit dem Münchner Forum zu einem ersten Gespräch am 10. Oktober in den Gesundheitsladen.

Ferienöffnungszeiten GL

In den Sommerferien fallen die Abendöffnungszeiten der Münchner Beratungsstelle weg. Patientenberatung für Anfragende aus München gibt es von Mittwoch - Freitag 10 - 13 Uhr. Bei der oberbayerischen Beratungsstelle ändert sich nichts. Ab Montag 12. September ist alles wieder „normal“.

Das GL-Team

Nicht nur Peter Friemelt feierte dieses Jubiläum. Auch Thomas Schüren ist seit 25 Jahren aktiv im Vorstand. Danke!!!!



Peter und Thomas



Impressum

Redaktionsschluß

Rundbrief 4/2011
31.10.2011

Verantwortlich für Inhalt und Layout:

Petrit Beqiri, Sarah Bille, Peter Friemelt, Martina Gandlgruber, Jürgen Kretschmer, Christina Krieger, Waltraud Kröner, Gunhild Preuß-Bayer, Adelheid Schulte-Bocholt, Carola Sraier.
Namentlich gekennzeichnete Artikel liegen in der Verantwortung des/der jeweiligen AutorIn, sie geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Belichtung & Druck:

ulenspiegel druck gmbh, Andechs, zertifiziertes Umweltmanagement nach EMAS, Recyclingpapier

Impressum:

Der Rundbrief ist das Organ des Gesundheitsladen München e.V.

Mit freundlicher Unterstützung der
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt

und des GKV-Spitzenverbands (UPD)

Beitritt

GL-Mitglied sein bringt's!
Name:

Adresse:

Monatsbeiträge:

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

3,- € für Geringverdienst
5,50 € für mittlere,
10,50 €, wenn möglich
21,- € für höhere Einkommen.

Ja, ich werde Mitglied und zahle folgenden Monatsbeitrag:

Das Geld kann vierteljährlich abgebucht werden:

BLZ:

Kontonummer:

Bank:

Unterschrift:

Datum:

Angebote

Information

Gesammelt und weitergegeben werden Informationen über Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen, Bücher und Zeitschriften. Es gibt eine Bibliothek, einen PC für Recherche und das Archiv.

Kooperation

Wir arbeiten mit anderen Initiativen und Facheinrichtungen kommunal, regional und bundesweit zusammen. Besonders intensiv begleiten wir die Arbeit der Patientenfürsprecher/innen in den städtischen Kliniken.

Arbeitskreise

Wir beschäftigen uns unter anderem mit folgenden Themen:
AK Lärm, Hören und Schutz der Ruhe, Selbsthilfegruppe

Recherchen am Computer, autofreies Wohnen, Die Arbeitskreise sind für alle offen.

Webseite

Auf dieser finden Sie aktuelle Presseerklärungen und Terminhinweise, den Rundbrief u.a. in digitaler Form und links zu anderen Einrichtungen.

Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit

Vorträge, Seminare, Infostände, Herausgabe unserer Zeitschrift, weitere Texte und Ausstellungen.

Patientenberatung

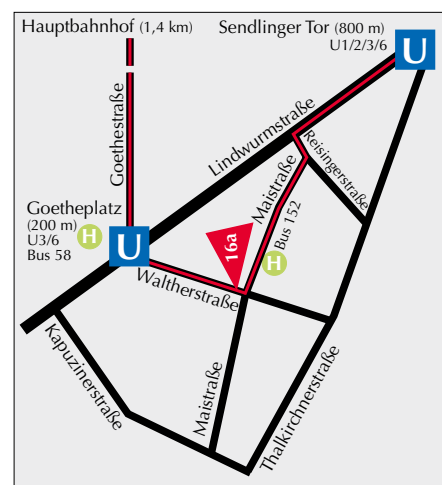
Die Patientenstelle München und die unabhängige Patientenberatung München für Oberbayern bieten unabhängige Beratung, Information und Orientierung.

Gesundheitsförderung

Im Stadtteil Isarvorstadt und stadtweit machen wir Angebote zur Verbesserung der Lebenssituation.

Wir organisieren Veranstaltungen zum »Tag gegen Lärm« und arbeiten bei »Wohnen ohne Auto« mit.

Wegweiser



Zeit	Thema	Veranstalter	Ort	Info/Anmeldung
28.7.2011 17 h	Vortrag: Gesundheitsreform - Was ändert sich 2011	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16a	089-772565, www.gl-m.de
25.8.2011 14 h	Vortrag: Gesundheitsreform - Was ändert sich 2011	ASZ Schwabing-West	Hiltensperger Str. 76	089-30007660
16.-17.9.2011	Fachtagung: PharmaTopia - die Welt in 30 Jahren	BUKO Pharma-Kampagne	Assapheum, Bielefeld	0521 60550
28.9.2011 14 Uhr	Vortrag: Patientenrechte - Ärztepfllichten	ASZ Schwabing-West	Hiltensperger Str. 76	089-30007660
29.9.2011	Vortrag: Patientenrechte - Ärztepfllichten	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16a	089-772565, www.gl-m.de
15.10.2011 ab 9 h	Offene Krebskonferenz	Bayerische Krebsgesellschaft	Messe München	089 5488400
10.10.2011 18 h	Geräuschlandschaft Stadt - braucht München ein „Linzer Charta“	Münchner Forum und Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a	089-772565, www.gl-m.de
27.10.2011 17 h	Vortrag: Patientenverfügung	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a	089-772565, www.gl-m.de
24.11.2011 19 h	Vortrag: IGeLeistungen - Gesetzlich versichert - privat zahlen? mit der Gynäkologin Frau Dr. Silke Bartens	Frauengesundheitszentrum + Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a	089-772565, www.gl-m.de

Telefonsprechstunde der Beschwerdestelle Netzwerk Psychiatrie:

Jeden 1. + 3. Montag im Monat, 16-18 h unter Tel.: 7677 6485.

Zu den übrigen Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet. Es erfolgt Rückruf.



Überall Keime? Was ich zum Thema Hygiene in der medizinischen Versorgung wissen sollte

EHEC, Krankenhauskeime, Skandal beim Stadtklinikum München: in den letzten Jahren überschlugen sich Medien und Geschehnisse zum Thema Gefährdung der Bevölkerung durch Keime und mangelnde Hygiene. Als Folge sind viele Menschen verunsichert. Grund genug für eine Informationsveranstaltung von Gesundheitsladen München (GL) und Selbsthilfezentrum München (SHZ) zusammen mit ExpertInnen. Durch den Abend führten Eva Kreling (SHZ) und Christina Krieger (GL).

Als erster Experte sprach Dr. Stefan Schweitzer, Leiter der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin beim RGU der Stadt München, die wichtigsten Fragen von Patienten an. Die Entwicklung sei durchaus dramatisch, die ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) spreche von der „größten Herausforderung bei Infektionskrankheiten“ vor der Europa derzeit stehe. Dr. Schweitzer untermauerte seine Aussagen mit Zahlen und Statistikmaterial, u.a. zu insgesamt etwa 7800 medizinischen Einrichtungen (davon ca. 400 Einrichtungen der Pflege) in München. Bei entsprechender Anwendung von Präventionsmaßnahmen könne die Zahl der Erkrankungs- und Todesfälle um 20-30% gesenkt werden. Ein Faktum sei aber auch die größte Bedrohung durch unterschiedliche Keime aufgrund zunehmender und

immer differenzierterer medizinischer Eingriffe, dem höheren Alter und der höheren Krankheitsbelastung der Patientinnen und Patienten und der gestiegenen Wandlungsfähigkeit der Krankheitserreger.

Wie groß sei die Gefahr für den Einzelnen? Diese Frage könne er nicht beantworten: dies hänge individuell vom Gesundheits- und Immunstatus, der angewendeten medizinischen Maßnahme und dem (Hygiene-)Verhalten des medizinischen Personals sowie der benutzten Medizinprodukte ab.

Vorschriften und Standarts zum Umgang mit Hygiene gebe es selbstverständlich, z.B. in Bayern die Hygieneschutzverordnung (bisher existieren diese nur in sieben Bundesländern) und auf Bundesebene das Infektionsschutzgesetz. Alle medizinischen Einrichtungen seien verpflichtet, alle notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Patienten und Personal zu kennen und durchzuführen.

Eine Überwachung finde in München z.B. durch seine Abteilung statt, wobei der Schlüssel von 5,5 Stellen zu einer Gegenüberstellung einer kontrollierenden Person zu 1400 Einrichtungen sei. Geprüft werde meist anlassbezogen (z.B. Beschwerden) oder schwerpunktbezogen, eine durchgängige, regelmäßige Überwachung aller medizinischen Einrichtungen sei aufgrund der Personalsituation nicht möglich.

Einen Einblick in den internen Umgang mit der Hygiene im Krankenhaus gab Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (Itd. Oberarzt des Departments für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene beim städtischen Klinikum München und GL-Vorstand).

Die Aufgabe seiner Abteilung sei die interne Unterstützung und Kontrolle beim Umgang mit Hygiene im Stadtklinikum. Wie sein Vorredner erläuterte Dr. Schwarzkopf das natürliche und überlebenswichtige Vorkommen von Keimen in der Umwelt und im menschlichen Organismus. Zu Infektionen komme es aus unterschiedlichen Gründen, etwa nach Verletzungen oder durch Lebensmittel oder eben die sog. Krankenhausinfektionen, in Form von Lungenentzündungen, Wundinfektionen, Sepsis, Durchfall- oder Harnwegserkrankungen. Dr. Schwarzkopf ging auf verschiedenste Arten von Keimen ein, etwa die in der Presse immer wieder erwähnten multi-resistenten Keime (MRSA), gegen welche immer weniger oder nur mehr eingeschränkt Antibiotika wirksam seien. Dies liege am übertriebenen und teilweise unnötigen Einsatz von Antibiotika, denn jede Gabe dieses Medikaments sei nicht nur heilsam, sondern bringe Nebenwirkungen, wie den Verlust der körpereigenen Schutzflora, mit sich. Die KrankenhauspatientInnen seien im Schnitt kränker als in früheren Zeiten und immer Patientinnen und Patienten

fungierten als Träger der Keime, ohne unbedingt selbst daran zu erkranken. Auch bietet die Medizin neue Eingriffsmöglichkeiten in den Organismus wie Herzklappen- oder Arterieneingriffe. Gegen die Verbreitung von Keimen wie EHEC helfe deshalb nur eine kon-



sequente Basis-Hygiene und die Kontrolle, Überwachung und Behandlung von Verdachtsfällen.

Auch Dr. Schwarzkopf bemängelte das Fehlen von Personal, so habe etwa Holland in der Intensivmedizin einen Betreuungsschlüssel von 1:1, während sich in Deutschland ein Pfleger, eine Pflegerin um 3-5 Personen kümmern müsse. Auch die Versorgung eingetretener Infektionen bedürfe im ambulanten Bereich dringender Verbesserung: die Kosten für Medikamente zur nachsorgenden Behandlung einer MRSA-Infektion seien bis vor kurzem nur bei stationärem Krankenhausaufenthalt gezahlt worden.

Im städtischen Klinikum gibt es seit ungefähr zwanzig Jahren Hygienefachkräfte, die Ansprechpartner für PatientInnen und Personal sind. In dieser Funktion arbeitet Frau Elisabeth Kunoth, welche als dritte Vortragende den Anwesenden Rede und Antwort stand. Frau Kunoth erklärte die praktischen Probleme in den medizinischen Einrichtungen vor Ort, so sei die Scheu der PatientInnen, genauer nachzufragen und eine konsequente Hygiene beim medizinischen Personal einzufordern, leider oft anzutreffen. Sie wolle die Betroffenen unbedingt ermutigen, ihre Patientenrechte stärker einzufordern.

Alle drei RednerInnen betonten die Wichtigkeit von Prävention, Intervention und Kooperation bei der Bekämpfung von Krankenhauskeimen. Die ge-

setzlichen Vorgaben seien vorhanden, die Kenntnisse müssten nur vermittelt und konsequent angewendet werden. Der, die Einzelne solle sich informieren, kritisch beobachten, ansprechen und einfordern. Reiche all dies nicht aus, sei eine Beschwerde in der medizinischen Einrichtung, bei den Gesundheitsbehörden oder schließlich eine Anzeige möglich.

Für die medizinischen Einrichtungen sei ein Screening und die spezielle Behandlung von Risikogruppen notwendig, im Gesundheitswesen ein rationeller Umgang mit Antibiotika-Therapien und ein hoher Stellenwert von Hygiene und Desinfektion. Leider würden manche Erkrankte bei der Aufnahme ins Krankenhaus ihre Infektion verschweigen bzw. teilweise sei auch die Bereitschaft der Angehörigen zur Zusammenarbeit mangelhaft.

„Hygiene muss gelebt werden“, so die einhellige Meinung. Das Bewusstsein

ExpertInnen das Problem als lösbar an, allerdings nur unter Einsatz der notwendigen sachlichen und personellen Ressourcen. Auch im Bereich der Pflege müsse dies geschehen.

Aktuell wurde Anfang Juli das bundesweite Infektionsschutzgesetz geändert: neu ist die Einbindung und Honorierung von niedergelassenen Ärzten gegen die genannten Krankenhauskeime sowie die Schaffung einer Kommission am Robert-Koch-Institut, welche eine Senkung des Antibiotika-Verbrauches steuern soll.

Da all diese Maßnahmen ohne die Information und aktive Einbindung der PatientInnen nicht zu einer nachhaltigen Besserung im Bereich der Hygiene führen können, zeigt sich hier wiederholt die gewichtige Rolle von Selbsthilfe- und Patienteneinrichtungen und -initiativen im Gesundheitswesen.

Martina Gandlgruber



dafür habe in jedem Fall zugenommen. Die Veränderungen in Medizin und Gesundheitswesen und die zunehmende Resistenz und Wandlungsfähigkeit von Krankheitserregern stellen gewiss eine große Herausforderung für die Beteiligten bzw. eine Gefährdung für PatientInnen dar, aber bei einer durchgängigen Anwendung der angesprochenen Gegenmaßnahmen sehen die

*Moderatorin Christina Krieger überreicht den ReferentInnen Geschenke:
v.l.n.r. Gerhard Schwarzkopf,
Elisabeth Kunoth,
Stephan Schweitzer*



Aktivierende Soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten

Mit Arbeitshilfen für Ausbildung und Praxis;
3. aktualisierte Auflage;
Gerd Gehrman & Klaus D. Müller (Hrsg.); Walhalla Fachverlag 2010; 22,50€;
ISBN: 978-3-8029-7480-9

Das Buch richtet sich an alle in der Sozialen Arbeit Tätigen um diese in Lehre und Praxis zu unterstützen. Es soll ein verständlicher theoretischer Rahmen sowie ein Überblick über methodisches Handwerkzeug gegeben werden. Da in diesem Buch auf verschiedene Theorien der Sozialen Arbeit eingegangen wird, ist ein gewisses Grundwissen für die LeserInnen von Vorteil. Marianne Gumpinger beschäftigt sich mit der Theorie und Praxis der 50er und 60er Jahre, verschafft einen Überblick über Autoren und Texte aus dieser Zeit und zieht Parallelen und Vergleiche mit der heutigen Praxis. Das Prinzip der Selbstbestimmung und die damit einhergehende Annahme, dass Klienten auch zur Selbstbestimmung fähig sind, war bereits damals ein Grundgedanke sozialpädagogischer Arbeit.

Der sozialökologische Ansatz wird als konzeptioneller Ansatz für die Arbeit mit nicht-motivierten Klienten beschrieben, da dieser die Lebenswelt der Klienten mit einbezieht. Im Sinne des Empowerment ist es Ziel der Sozialen Arbeit Klienten zu aktivieren und ihnen zu helfen Herausforderungen und Probleme, die in Zusammenspiel mit der Umwelt entstehen, anzunehmen und zu bewältigen. Soziale Arbeit soll auf die Ressourcen, die soziale Netzwerke bieten aufmerksam machen und gleichzeitig Hilfestellung bei der Ablösung von belastenden Bindungen geben. Hier wird für die methodische Umsetzung des „Life-Models“ die Sozialraumanalyse beschrieben. Gehrman und Müller charakterisieren die motivierende Soziale Arbeit anhand des ND („Neues Denken“ in der Sozialen Arbeit) und beschreiben in einem weiteren Kapitel „Die aktivierende und motivierende Methode“. Dabei zeigen sie durch die konkrete Beschreibung von Phasen der Aktivierung/ Motivierung Handlungsmöglichkeiten für die Praxis auf. Der Focus liegt in beiden Kapiteln auf der Orientierung an den Stärken und Ressourcen der Klienten. Checklisten, Handlungsempfehlungen, methodische Konzepte und vor allem die Arbeitshilfen im letzten Kapitel geben hilfreiche Anregungen für die praktische Umsetzung der beschriebenen theoretischen Ansätze. Ein hilfreiches Buch für die praktische Arbeit.

Christina Krieger

Profi-Handbuch Fundraising
Direct Mail: Spenden erfolgreich akquirieren — Für soziale und kulturelle Projekte;
2. aktualisierte Auflage;
Barbara Crole; Walhalla Fachverlag 2010; € 19,90;
ISBN 978-3-8029-7420-5

Barbara Crole’s Praxis-Handbuch umfasst auf 151 Seiten grundsätzliche Informationen zu Fundraising, den jeweiligen Zielgruppen, den richtigen Zeitpunkt für Aktionen, damit verbundene Kosten und Sparmöglichkeiten. Das Buch vermittelt sehr praxisnah die Wichtigkeit eines geplanten Vorgehens, etwa beim Betreuen von SpenderInnen oder der Ansprache per direct mail. Ebenso geht sie auf neue Kommunikationswege wie Twitter, blogs und social communities im Internet ein und gibt Tipps für die Überprüfung des eigenen Verhaltens und die Testung der Effektivität sowie zu häufig auftretenden Problemen.

Crole bringt auf gut lesbare und sich auf das wichtigste beschränkende Weise ein doch recht umfangreiches und differenziertes Wissen an die Frau und den Mann. Es ist vor allem sehr auf die praktische Umsetzung ausgerichtet, mit zahlreichen Beispielen und Checklisten, in einer sachlichen und schnörkellosen Sprache.

Martina Gandlgruber



Lehrbuch der Gesundheitsförderung

Hrg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln;
2. Aufl. 2010;
Originalausgabe: „Health Promotion – Foundations for Practice“ 2009; Übersetzung und Ergänzungen Günter Conrad;
Vertrieb: www.conrad-verlag.de; 24,90 €; ISBN 978-3-929798-42-5

Das Buch wendet sich an Studierende ebenso wie an Praktiker. 480 Seiten informieren ausführlich und anschaulich über Grundlagen und Ansätze, Strategien und Methoden, Gesundheitsförderung in Settings (Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde, Wohnviertel und Gefängnisse) und Durchführung von Maßnahmen. In diesem Lehrbuch wird auch auf Historie, Ethik und Einflüsse der Politik eingegangen. Der Übersetzung aus dem Englischen sind umfangreiche Beispiele und Erfahrungen aus Deutschland hinzugefügt. Literatur und Weblinks werden empfohlen und oft kurz beschrieben und kommentiert. Dank des Herausgebers BZgA ist es für jeden erschwinglich. Also zugreifen!

Gunhild Preuß-Bayer



Antragstellung und Widerspruchsverfahren in der Sozialen Arbeit.

Mustertexte, Checklisten und Erläuterungen für Ausbildung und Praxis; Christoph Knödler/Thomas Krodel; Walhalla Fachverlag 2011; € 39,- ; ISBN 978-3-8029-7504-2

Das Stellen von Anträgen oder Widersprüchen gehört für viele im sozialen Bereich Tätige und ihre KlientInnen zum alltäglichen, teilweise schwierigen und lästigen Geschäft. Die beiden Autoren des vorliegenden Buches sind oder waren als Richter tätig und geben einen umfassenden Blick über Verfahren nach der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit und der Sozialgerichtsbarkeit.

Die Bereiche werden jeweils zunächst erklärt, typische Fallgestaltungen vorgestellt, dann Formulierungshilfen oder Mustertexte vorgestellt und die wesentlichen Aspekte in Checklisten abgefragt.

Das Buch ist mit sehr umfangreichem Inhalt, umfassenden juristischen Erklärungen, im Bereich der Formulierungsbeispiele und Checklisten praxisnah orientiert. Da es trotz vieler Themenbereiche die jeweiligen Punkte relativ knapp und prägnant, aber in die Tiefe gehend erläutert, ist es für SozialarbeiterInnen und ähnliche Berufsgruppen in jedem Fall eine informative und hilfreiche Unterstützung, aber auch teurer als vergleichbare Bücher mit weniger Inhalt. Martina Gandlgruber

Erfahrungen rund um eine Operation, die nicht gemacht wurde und die Kasse trotzdem viel Geld kostete

In dem von mir hier geschilderten Fall informierte mich meine Krankenkasse, dass ich

1. den Klinikdirektor mit einer gesetzlichen Frist anschreiben soll. Das tat ich auch, nur der meldete sich nicht. Einen Tag vor Fristablauf meldete sich der Chefarzt der Anästhesie telefonisch; ich bat ihn dann um schriftliche Stellungnahme.

2. Die Krankenkasse informierte mich, dass ich die Ärztekammer informieren soll. Diese meldete sich mit der Aussage, dass sie dafür nicht zuständig sei, sondern der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München.

3. Ich fragte wieder bei der Kasse nach. Die meinte, dass das richtig sei. In der Regel sei die Ärztekammer zuständig, nur nicht in Bayern. Der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München sei zuständig. Ich schrieb dann diese Stelle an, nur die lehnte die Zuständigkeit auch ab.

Somit war niemand zuständig!

Sachverhalt

Bereits am 08.03.2010 wurde ich in der Klinik B. mit starken Beschwerden wegen einer Zehenfehlstellung (Hallux-Valgus) für eine OP-Beratung mit Röntgenbild vorstellig. Ich habe zwar nicht immer Schmerzen, aber wenn, dann heftige, die sich wie Stiche anfühlen. Der Knochen ist groß überstehend, drückt durch die Schuhe und ist immer rot entzündet, auch morgens beim Aufstehen. Deswegen wollte ich ihn Anfang August operieren lassen.

Die Klinik wählte ich deswegen, weil ich nebenan wohne und mir dies praktisch erschien. Falls es zuhause Komplikationen gäbe, wäre ich schnell vor Ort. Ich hatte zwischendurch einen Termin bei der Anästhesie (Mai 2010). Wir sprachen ausführlich über die Narkose; ich erwähnte stets, dass ich teilweise sehr starkes Herzrasen bekomme und legte entsprechende Befunde vor.

Ich ließ mir noch einen Gesprächstermin beim operierenden Arzt geben, da es mal hieß ich bekäme zu dem Spezialschuh Krücken, ein anderer Arzt sagte wieder das Gegenteil. Da ich alleine lebe, muss ich mich entsprechend organisieren.

Jedenfalls war ich am Freitag den 30.07.10 (am darauf folgenden Montag war die OP festgesetzt) zu einer 3-stündigen Voruntersuchung in der Klinik (weitere Röntgenbilder und Blutabnahme wurde gemacht). Die Ergebnisse (Blutwerte, EKG etc.) vom Hausarzt, die die Klinik verlangte, legte ich vor.

Mit der Blutabnahme kam die Aufnahmeschwester nicht zurecht, sodass die Ärztin dies übernahm. Ein Pflaster konnte man mir nicht geben, da die Doktorin kein's hatte. Ich könne mir im Nebenzimmer selbst eines holen, andere Patienten benötigen auch kein Pflaster. Ich hatte zum Glück eines dabei – und konnte mich so selbst verpfasteren! Anschließend wurde ich noch 2 x geröntgt: rechter Vorfuß und Lunge. Die letzte Station in dem 3-stündigen Durchgang war die Anästhesieärztin. Während der Wartezeit trat dieses Herzrasen wieder stark auf, und ich meldete dies in der Patientenmeldung. Die Dame war sehr freundlich und versprach, dass die Ärztin aus der Anästhesie sich darum kümmern wird und mich auch entsprechend weiterleiten kann, denn so könne das nicht bleiben – man müsse hier helfen und



würde mich sicherlich „nach oben“ schicken. Ich erfuhr später, dass eine Kardiologie im Hause ist.

Dass ich starke Herzprobleme habe, erklärte ich der Klinik bereits am 08.03.10 und 17.05.10 bei der Anästhesie-Besprechung – die mir extra wegen der Herzerkrankung zu einer Vollnarkose riet – sowie auch am 30.07.10 gleich morgens bei der Aufnahmeärztin zu der 3-stündigen Untersuchung. Ich informierte sogar noch die Angestellten im Anmeldebüro über meinen Eindruck, dass meine Herzproblematik so gut wie keinerernt nehme; man mich immerzu einem Kathedereingriff (EPU) drängen möchte.

Ich kam dann in die Anästhesie; erklärte dort nochmals das Herzrasen. Die diensthabende Ärztin setzte sich mit der Oberärztin telefonisch in Verbindung. Die erklärte, dass sie sich mit dem Professor der Kardiologie beraten würde. Dieser gab für die OP ein massives „Nein“.

Kurz: Die OP wurde aus Sicherheitsgründen abgelehnt.

(Ich wurde letztes Jahr auch mit Information meines Herzens an der Hand operiert. Der dortige Professor versprach, das Herz mit zu überwachen – und alles ging in dieser Klinik glatt.) Weshalb die Klinik sich diese OP nicht zutrauten, weiß ich nicht. Einen gebrochenen Fuß würden sie operieren, jedoch nicht den Hallux, so die Aussage der Oberärztin. Ich ging ja für die OP nicht in ein Gesunden-, sondern in ein *Kranken*-Haus, dort muss man doch dem Problem gewachsen sein? Erfuhr auch, dass mein Hausarzt wegen dem Herz in seinem Protokoll ankreuzte: „Eingeschränkt OP-fähig“. Und gerade er drängt mich immer wieder zu einem Kathedereingriff (EPU), den ich ablehnte.

Unerhört fand ich, dass die Anästhesieärztin lediglich den Puls am Handgelenk maß. 160 kam dabei heraus, so sagte sie mir. Das Stethoskop hatte sie um den Hals, aber mein Herz hat sie nicht abgehört. Obwohl in dem Krankenhaus

eine Abteilung der Kardiologie ist – wie ich vor Ort erfuhr – und die Oberärztin, die von der Anästhesie über mich informiert wurde, mit dem dortigen Professor über mich sprach, man also dort ebenso über mich informiert war, hat man mich nicht in die Abteilung zur Untersuchung, sondern nachhause geschickt. (Dies war gegen 10:30 Uhr.) Kein EKG, einfach nichts! Habe erklärt, welche Spritze in dieser Situation hilft. Eine Bestätigung hatte ich dabei. Alles zwecklos.

Gegen ca. 16 Uhr konnte ich zuhause mit Atemübung den Muskel wieder lösen. Zwischenzeitlich lag ich, bekam sehr schlecht Luft, das Wasser trat mir aus den Augen über Stunden, kalte Schweißausbrüche, zwischendurch konnte ich nur noch sehr schlecht sehen,



Lichter blitzten immer wieder auf. Das Herz raste ununterbrochen sehr schnell. Den Notarzt rief ich nicht, da man in das nächstgelegene Krankenhaus gefahren wird und das wäre wieder die besagte Klinik gewesen, und die haben mich in diesem Zustand – wo es allerdings noch nicht so schlimm war – nachhause geschickt.

Der Chefarzt erwähnte in einem Schreiben vom 01.09.2010: „Dass Sie trotz medikamentöser Prophylaxe...“ Aber: Ich nehme/erhalte keine Medikamente für das Herz. Lediglich für den hohen Blutdruck erhalte ich Betablocker. Ferner wird geschrieben, man hätte bei mir einen Puls von 120 und „Frau Dr. S. hätte eine Frequenz von 110 gemessen“.

Wie soll sie das bitte gemessen haben? Lediglich die Anästhesieärztin hat per Hand meinen Puls gemessen. Frau Dr. S., die hinzukam, hat gar nichts gemacht, außer mich informiert, dass die OP abgesagt wird. Ich habe mich dann auch in dem Gespräch nicht aufgehalten und ging, da eh' keine Hilfe zu erwarten war. Es war auch niemand von den Ärzten in der Lage, ein Pulsmessgerät vorab mal einzusetzen. War wohl zu viel der Mühe? Nun wird das Ganze vom Chefarzt anders dargestellt. „Äußerlich waren ja keine Herzbeschwerden zu erkennen“. Wie denn auch?

Einen Einwand gegen die Nicht-OP-Entscheidung brachte ich nicht. Dass die Ärzte die OP nicht durchführen wollten, war eindeutig. Auch war ich zu diesem Zeitpunkt gesundheitlich nicht in der Lage, lange Diskussionen zu führen.

Dann hieß es: Die OP wäre nicht wegen des aufgetretenen Herzrasens abgesagt worden, sondern allgemein wegen des Herzens, dass ich mich vorher eines „EPU-Eingriffs“ unterziehen sollte.

Die Klinik hielt mich mit dem monatelangen Wissen über meine Herzerkrankung hin.

Obgleich ich mehrfach auf meine Herzproblematik hinwies, hatte, wurde noch kurz vor dem OP-Termin Blutabnahme und Röntgenuntersuchungen gemacht. Alles war für die OP geplant, ca. 2 Wochen vor dem OP-Termin hatte der Hausarzt die Untersuchungen auf Wunsch des Krankenhauses durchgeführt... Und dann wird alles abgesagt.

Dies ist aus meiner Sicht unterlassene Hilfeleistung. Auch ist es ein finanzielles – wohl bewusst geplantes – Belasten der Krankenkasse, wenn von vorn herein feststeht, dass mit einer Herzerkrankung sowieso nicht operiert werden kann.

Frau G

BAGP-Rundbrief 2-3.11

München, 13.5.11

Stellungnahme zum „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ des Patientenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz

Grundsätzliches

Die Bundesregierung setzt mit dieser jetzt geplanten Kodifizierung der Patientenrechte eine über 20 Jahre alte Forderung der Patientenbewegung um. Dafür gebührt ihr Anerkennung. Bereits aus der 1999 geführten Diskussion um die „Charta“ der Patientenrechte, (die dann nicht einmal so heißen durfte), weiß die BAGP, dass die Widerstände gegen ein solches Gesetz in weiten Teilen der Ärzteschaft, der Richterschaft, den Anwaltskammern und bei vielen anderen enorm sind.

Der jetzt vorliegende Entwurf lässt befürchten, dass an vielen Stellen höchstens der bestehende Status Quo erhalten bleibt, an manchen Stellen sogar nicht einmal das.

Die BAGP fordert, dass der vorliegende Entwurf erweitert wird und sich an vier Grundwerten orientiert: Sicherheit, Selbstbestimmung, Qualität und Transparenz.

Sicherheit

Die Behandlung eines Kranken ist geprägt von einer besonderen und sehr asymmetrischen Beziehung: Auf der einen Seite die Kranke, die geschwächt oder in Sorge Unterstützung bei einer vertrauenswürdigen, kompetenten Person sucht und auf der anderen Seite die Behandlerin, die diese Unterstützung anbietet und durch ihre Behandlung Linderung verschafft oder Heilung unterstützt. Diese Beziehung braucht einen besonderen Schutz, weil sich hier ein zeitweise geschwächter Mensch einem Experten anvertraut.

Jede Behandlung ist prinzipiell eine Körperverletzung, die erst durch die freiwillige und informierte Einwilligung straffrei wird. PatientInnen brauchen die Sicherheit, dass das aktuell anerkannte und verfügbare Wissen Grundlage ist für jeden Behandlungsschritt, und sie müssen darauf vertrauen dürfen, dass Unsicherheiten mit dem Betroffenen besprochen und von ausreichenden Schutzmaßnahmen flankiert werden. Geeignete Schutzmaßnahmen können sein: intensive Beobachtung, begleitende Studien, Versorgungsforschung, Konsultationen, Zweitmeinungen.

Zur Vermeidung von Fehlern braucht es zudem eine ständige Bemühung der Behandelnden, Risiken zu erkennen und zu minimieren. Wenn unerwünschte Folgen eintreten - seien sie fahrlässig herbeigeführt oder schicksalhaft - müssen PatientInnen die Sicherheit haben, dass sie persönlich, gesundheitlich und finanziell angemessen aufgefangen werden, dass die Ursachen analysiert werden und zu Verbesserungen in der Versorgung führen.

Selbstbestimmung und Souveränität

Die Selbstbestimmung des Patienten ist nicht nur aus ethischen oder haftungsrechtlichen Gründen wesentliche Voraussetzung für eine korrekte Behandlung, sie ist auch Teil und Ziel des Gesundungsprozesses selbst. Krankheit geht oft einher mit einer Einschränkung des bisher gewohnten Handlungsspielraumes. Heilung und Linderung von Beschwerden durch eine Behandlung hat die Verbesserung bzw. Wiedererlangung der Selbstbestimmung geradezu zum Ziel. Zudem ist erwiesen, dass aktive Patientenbeteiligung und gleichberechtigte Mitbestimmung im Behandlungsprozess den Verlauf der Genesung positiv beeinflussen.

Dies erfordert die Einbeziehung des ganzen Menschen und seiner Werte in die Entscheidungsfindung über die passende Behandlung und räumt auch sein Recht auf Nicht-Behandlung ein. Darüber hinaus

Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten- und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach § 140f SGB V anerkannte Patientenvertretungsorganisation im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Bundesarbeitsgemeinschaft
der PatientInnenstellen
(BAGP)

Waltherstr. 16a
80337 München

TELEFON
089 / 76 75 51 31

FAX
089 / 725 04 74

web: www.bagp.de
mail@bagp.de

Sprechzeiten:

Di - Do 13 - 14 Uhr
und AB



B
A
G
P
Kurzprofil

Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen bundesweit ihre Ressourcen und Kompetenzen, um als BAGP effektiver handeln zu können. Kern der Arbeit ist die Information, Beratung und Beschwerdeunterstützung von Versicherten und PatientInnen bei gesundheitlichen Fragen und Problemen mit Institutionen oder Anbietern im Gesundheitswesen.

Zentrales Ziel der BAGP ist ein soziales, solidarisches, demokratisches, nicht hierarchisches Gesundheitssystem, in dem PatientInnen und Versicherte gleichberechtigte PartnerInnen sind. Die BAGP setzt sich gemeinsam mit anderen Patientenorganisationen und weiteren BündnispartnerInnen für dieses Ziel ein.



muss im organisatorischen Ablauf der Arzt-Patienten-Beziehung ausreichend Platz für eine informierte Entscheidungsfindung eingeräumt werden. Eigeninteressen der Behandelnden sind dabei nicht relevant. Verständliche, verlässliche, unabhängige und ausreichende Informationen sind zur Erreichung einer selbstbestimmten Entscheidung bzw. zum selbstbestimmten Leben mit einer Erkrankung wesentliche Bausteine. Sie müssen dem Patienten bei jeder Behandlungsplanung oder Therapie zur Verfügung gestellt werden - bei Anamnese, diagnostischen Maßnahmen, vor Auswahl einer Therapie, beim Übergang zwischen den Sektoren und bei der Nachsorge. Die Entscheidung des aufgeklärten Patienten ist zu akzeptieren.

Die Selbstbestimmung hat aber noch eine weitere Dimension: Die BAGP spricht von Patientensouveränität, wenn Patienten bzw. deren Vertretungen Einfluss nehmen können auf Entwicklungs- und Entscheidungsebenen des Gesundheitssystems. Ziel muss sein, dass sich die Interessen von Industrie, Kostenträgern und Leistungserbringern dem Interesse einer optimalen, patientengerechten Versorgung unterordnen.

Qualität

PatientInnen haben Recht auf eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung. Dazu gehört zunächst eine gute Ausbildung, Weiterbildung, menschliche Kompetenzen, sprechende Medizin und ein moderner Apparatpark. Gute Qualität zeichnet sich weiter dadurch aus, dass Behandlungsprozesse sorgfältig dokumentiert und ausgewertet werden, dass die Versorgung evaluiert und dass neue Methoden vor der flächendeckenden Einführung auf ihren zusätzlichen Nutzen geprüft werden.

Unverzichtbar ist die Einbeziehung von qualifizierten, auf den Behandlungserfolg und die Zufriedenheit abzielenden Patientenbefragungen in die Qualitätssicherung und deren Weiterentwicklung.

Transparenz

Die freie Arzt- und Krankenkassenwahl ist ein hohes Gut, muss aber heute als reines Recht auf „Try and Error“ beschrieben werden. Das gesamte Gesundheitswesen ist in seinen Leistungsangeboten, seinen Ver-

sorgungsstrukturen und in seiner Qualität viel zu intransparent. PatientInnen, die sich in Behandlung begeben und das Gesundheitssystem finanzieren, müssen endlich die ersten sein, die Informationen über dieses System bekommen z. B. durch Qualitätsberichte für die ambulante Versorgung mit Angaben zu Behandlungshäufigkeiten, Fehlern und „strukturiertem“ Dialog. Die verstärkte Einführung von Wettbewerbsstrukturen hat hier trotz gegenteiliger Behauptungen bisher eher verschleiernde Effekte. Als Beispiel sei der defensive Umgang mit Daten aus der Gesundheitsversorgung zur Vermeidung von Benchmarking oder die Verweigerung von Kooperationen aus Gründen des Wettbewerbs zwischen Kostenträgern genannt. Diese Auswirkungen sind eine Verkehrung des eigentlichen Grundgedankens der Gesundheitsversorgung, der optimalen Patientenversorgung.

Die BAGP fordert eine verstärkte Förderung der Entwicklung und Verbreitung von patientengerechten (Transparenz-) Informationen durch unabhängige und neutrale Institutionen.

Diese Ausrichtung an Werten/Zielen ist mit dem vorliegendem „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ noch längst nicht gelungen. Deshalb fordert die BAGP entscheidende Nachbesserungen an dem bisher nur in Konturen erkennbaren Patientenrechtegesetz.

I. Zum Behandlungsvertrag

1. Zur Verankerung der Patientenrechte im Zivilrecht (BGB)

Die BAGP sieht wesentliche Nachteile in der in einem Artikelgesetz vorgeschlagenen Verankerung der Patientenrechte aus dem Behandlungsvertrag im Zivilrecht statt eines selbständigen Patientenrechtegesetzes und hält die jetzt eingeschlagene rechtssystematische Einordnung für diskussionswürdig. Durch die willkürlich gesetzte Analogie zu anderen (kauf-)vertraglichen Regelungen im BGB wird aus der Arzt-Patienten-Beziehung ein Dienstleistungsverhältnis, das auch genauso regelbar sein soll. Dies ver-

kennt aber die besondere Macht-, Wissens- und Autonomieasymmetrie dieses „Vertrags“verhältnisses und auch die hochkomplizierten Regelungen der Leistungserbringung, Versorgungsstrukturen und Bezahlung, die durch das Sozialversicherungsrecht konkretisiert werden. Eine Verankerung der Patientenrechte im Zivilrecht müsste mindestens diese besondere Beziehung sorgfältig beschreiben und hieraus auch eine besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten ableiten.

Zu prüfen ist, ob das Patientenrechtegesetz im Sozialrecht zu verankern sinnvoller wäre mit Gültigkeit für alle Patienten, egal in welchem Versichertenstatus.

1.1 Beweiserleichterungen

Durch eine Analogie zum Dienstvertrag wird davon ausgegangen, dass die gesamte Last der Nachweispflichten über einen vermuteten Fehler und die Kausalität mit einem eingetretenen Schaden bei demjenigen liegt, der einen Anspruch wegen Nicht-/Schlechterfüllung des Vertrages geltend machen will. In diesem Fall ist dies immer der durch Krankheit geschwächte und evtl. durch die Behandlung verletzte Patient. Diese Asymmetrie wird bisher nicht berücksichtigt und muss den Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung angepasst werden.

Die BAGP fordert daher die Einführung des Amtsermittlungsprinzips bzw. die gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers. Steht ein Behandlungsfehler fest, so wird der Kausalzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Schaden widerlegbar vermutet, d.h. der Behandler muss beweisen, dass der Fehler nicht ursächlich für den Schaden war. Auch ein einfacher festgestellter Befunderhebungsfehler muss danach bereits zur Beweislastumkehr führen.



1.2 Verjährungsfristen

Die bisherigen Verjährungsfristen sind zu kurz. Die BAGP fordert im Rahmen der besonderen Würdigung der Arzt-Patienten-Beziehung eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf 10 Jahre. Die derzeitige Regelung von drei Jahren ist für viele PatientInnen zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wieder herzustellen.

1.3 Diskrepanzen zwischen Leistungsrecht und gutachterlich festgestellten Standards der Medizin

Aufgrund der überwiegend im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Leistungen kommt es immer wieder zu vom Leistungskatalog der GKV abweichenden zivilrechtlichen Bewertungen von Behandlungspflichten eines Arztes. Ein Patientenrechtegesetz sollte es sich zum Ziel setzen, diese Diskrepanzen zu beenden (Beispiel: Funktionsdiagnostik in der Zahnbehandlung). Ob dies im Zivilrecht gelingen kann, ist noch zu klären.

1.4 Rechtsbesorgung

Die Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts setzt die Finanzierung von Anwalts- und Gerichtskosten, bei Unterliegen auch von Kosten der Gegenseite voraus und schließt damit Menschen aus, die weder eine Rechtsschutzversicherung noch die nötigen finanziellen Mittel haben. Auch die Prozesskostenhilfe kann hier oft nicht die bestehende Gerechtigkeitslücke schließen. Für den Fall, dass eine unabhängige Begutachtung einen Behandlungsfehler erwiesen hat, sollte die Entschädigung institutionell, z.B. über staatliche Finanzierung oder über eine der Leistungs- und Kostenträger, geregelt werden und nicht wie zurzeit ausschließlich von den eigenen Ressourcen der Patientin abhängen.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten

Die verbindliche und einheitliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht ist dringend zu regeln und endlich aus dem Standes- und Richterrecht in eine kodifizierte Form zu überführen. Die BAGP begrüßt ausdrücklich dieses Vorhaben. Leider bleibt der Entwurf bisher auf halbem Weg stehen. Wichtige Probleme aus der Praxis bleiben unerwähnt und sollten unbedingt Eingang in den Gesetzesentwurf finden:

2.1 Zur Aufklärung

- Die Aufklärung muss laienverständlich mit Aushändigung des Aufklärungsformulars erfolgen. Sonst kann der Patient keine eigene Entscheidung treffen und die Behandlung erfüllt somit den Tatbestand der Körperverletzung.
- Bei Arzt- oder Sektorenwechsel muss eine verständliche und verbindliche Patienteninformation ausgehändigt werden, um eine integrierte Versorgung zu ermöglichen.
- **Individuelle Gesundheitsleistungen** dürfen nur auf Wunsch des Patienten mit ausdrücklicher Nennung und Erklärung der fehlenden medizinischen Notwendigkeit, mit vorherigem schriftlichem Vertrag plus Kostennennung angeboten werden. Sie dürfen in keinem Fall Voraussetzung für eine Aufnahme des Patienten sein. Wenn möglich, muss durch Verweis auf Orte hingewiesen werden, wo man diese Leistungen kostenlos erhalten kann – z.B. kann eine Leistung ambulant als IGeL, stationär aber als Kassenleistung erbracht werden. Bei Verstößen wäre eine Regelung denkbar, wonach der Honoraranspruch entfällt.
- Bei rein ästhetischen Angeboten muss eine besondere Risiko- und Alternativaufklärung erfolgen, eine besondere Haftung wegen möglicher Folgeschäden sollte verpflichtend eingeführt werden.

- Leistungsverweigerungen aus Budgetgründen sind unzulässig, die häufig über eine solche Falschaufklärung erreichte private Finanzierung durch die Patientin müssen berufsrechtlich geahndet werden.

2.2 Zur Dokumentation

- Pflicht zur Dokumentation ist ein Gebot der Qualitätssicherung und eine Grundvoraussetzung zur Nachvollziehbarkeit der korrekten Behandlung, die auch das Recht der Patientin einschließt, eine Richtigstellung in der Behandlungsdokumentation zu fordern,
- die Patientin ist direkt persönlich von der Behandlung betroffen und bezahlt die Leistung, wenn auch meist indirekt. Deshalb liegt die Datenhoheit beim Patienten,
- wer elektronisch dokumentiert, muss ein fälschungssicheres System benutzen,
- spätestens mittelfristig muss die ohnehin zunehmende elektronische Dokumentation und Erfassung von Diagnosedaten dazu führen, dass Patienten automatisch eine Kopie der Daten und der Behandlungskosten auf einen persönlichen und verschlüsselten USB-Stick oder auf Papier gespeichert bekommen. Dies sollte durch gesetzlich vorgeschriebene Modellvorhaben vorbereitet werden.

II. Fehlervermeidungskultur

1. Risikomanagement

Die BAGP unterstützt die flächendeckende Einführung eines verbindlichen Risiko- und Fehlermanagements. Die Suche nach Formen eines entsprechenden anonymen Meldesystems ist bei Beinahefehlern sinnvoll, bei eingetretenen Schäden muss daraus eine Meldepflicht werden. Insgesamt entsteht leider der Eindruck, dass im Grundlagenpapier weiter auf der Basis

Fortsetzung auf Seite 14

Barrierefreies Bauen auch für Hörgeschädigte: „Öffentlich zugängliche Gebäude“

Die Planungsnorm DIN 18040, Barrierefreies Bauen, Teil 1, Öffentlich zugängliche Gebäude, liegt seit Oktober vor. **Erstmals** gibt es damit Festlegungen, was beim barrierefreien Bauen für Menschen mit Beeinträchtigungen des Hör- und des Sehsinns beachtet werden muss.

So müssen z.B. Leitsysteme, Kommunikationsanlagen, Alarmanlagen und Serviceschalter nach dem 2-Sinne-Prinzip visuell **und** taktil oder akustisch deutlich wahrnehmbar sein.

Serviceschalter mit Gegensprechanlage oder in lauter Umgebung sind zusätzlich mit einer induktiven Höranlage auszustatten.

Akustische Alarmsignale müssen für Hörgeschädigte auch visuell wahrnehmbar sein.

In Veranstaltungsräumen soll der für den Gebärdendolmetscher vorgesehene Platz gut einsehbar und beleuchtet sein. Zusätzlich zu Lautsprechern soll ein Übertragungssystem für Hörgeschädigte vorhanden sein, empfohlen wird eine induktive Höranlage.

Ein „öffentlich zugänglicher Raum“ liegt dann vor, wenn der Raum für die Öffentlichkeit auch tatsächlich zugänglich ist*. Hierunter fallen neben Hotel- und Bahnhofshallen, Schalterhallen von Banken und Sparkassen auch sämtliche Kundenbereiche von Geschäften und Kaufhäusern sowie Tankstellen, nicht dagegen Treppenhäuser oder private Wohnungen bzw. Grundstücke. Es macht dabei keinen Unterschied, ob sich der öffentlich zugängliche Raum drinnen oder draußen befindet. Wichtig ist allein die Zugänglichkeit für einen unbestimmten Personenkreis.

Mit dieser Norm wird endlich den Bedürfnissen von Hörgeschädigten Rechnung getragen.

Bedeutung für Schulen?

Öffentlich zugängliche Räume in Schulen sind z. B. die Schuleingangsbereiche, die Aula **während** des Schulkonzerts, die Sporthalle **während** der Vereinsarbeit am Abend und ggf. auch der Schulhof, **wenn** er durch seine baulichen Gegebenheiten als Durchgangsbereich genutzt werden kann. Dem gegenüber sind das Schulsekretariat, der PC-Arbeitsraum oder die Pausenhalle sowie die Klassenzimmer in der Regel nicht öffentlich zugängliche Bereiche.

Was nicht in dieser Norm steht, sind Anforderungen an die Hörsamkeit von Räumen wie die Nachhallzeit, die für die Sprachverständlichkeit ausschlaggebend ist. Diese ist für **Arbeitsplätze** in der Norm 18041 geregelt. Zumindest für die Lehrkräfte ist die Schule zweifellos der Arbeitsplatz.

Die Uni-Klasse – „Ich bin schwerhörig und hier verstehe ich alles.“

Wir besichtigen jedes Jahr einen akustisch sanierten Raum und vergleichen ihn mit einem unsanierten. Dies sind manchmal Besprechungsräume, meist aber Schulen. Dieses Jahr durften wir den Unterrichtsraum an der Haimhauser Schule besuchen, den die LMU, Lehrstuhl für Grundschulpädagogik und -didaktik für Lehrversuche und Lehrbeobachtungen ihrer Studenten eingerichtet hat.

Die „Uni-Klassen“ bestehen aus jeweils zwei Räumen an der Haimhauser Schule und der Simmernschule: je einem Unterrichtsraum, der mit Kameras, mobilen Mobiliar, digitalen Whiteboard, fahr- und abnehmbaren Tafeln, Laptops und Mikrofonen ausgestattet ist und einem Beobachtungsraum, in dem z. B. Seminarteilnehmer den gehaltenen Unterricht per Videoübertragung zeitgleich verfolgen können.

Mich beeindruckte auch sehr das Lichtkonzept, das die Konzentration je nach Bedarf auf die Unterrichtsmedien oder den Gesprächskreis lenken konnte, oder eine entspannende Kuschatmosphäre schuf.

Bei der Planung dieser Räume wurde auch berücksichtigt, dass die Sprachverständlichkeit im gesamten Raum für die Videoaufzeichnungen ausgezeichnet sein muss. „Normale“ Klassenzimmer taugen



v.l.n.r.
Dipl.-Ing. Peter Hammelbacher, BG Holz und Metall, Präventionsdienst,
Dr. Michael Kirch, LMU, Lehrstuhl für Grundschulpädagogik und -didaktik
Dipl.-Päd. Holger Brokmann, Ecophon, Konzeptentwickler für Bildungs- und Erziehungsstätten

nicht dafür. Die Simmernschule ist mit Gipslochplatten nach Münchner Standard saniert, an der Haimhauser Schule hatte Ecophon, eine Fachfirma für Akustik, kaschierte Glasfaserelementen gespendet.

Diesen Raum und das Ausbildungskonzept seines Lehrstuhls stellte Dr. Kirch vor, Herr Brokmann die akustischen Anforderungen und Lösungen für Schulen. Bevor Herr Hammelbacher zur Nachhallmessung schritt, meldete sich ein Lehrer: „Ich bin ganz verwirrt. Ich bin schwerhörig und hier verstehe ich alles.“

Bei Nachhallzeiten hier um 0,3 sec wirkte der (unsanierte) Nachbar-

raum (mit ca. 1 sec) wie ein Schlag ins Gesicht.

Die anwesenden Lehrer interessierte, wie auch ihre Schulen saniert werden könnten. Gut, dass auch zwei Herren vom Baureferat da waren, die konnten erläutern, was geht – und was leider nicht.

Bedauerlich, dass die in München zur Zeit verwendeten Materialien nicht so einfach einzubauen sind, weshalb die Sanierung nur sehr langsam vorankommt. Zudem, wie wir dann im Anschluss an der Simmernschule noch hören konnten, ist die akustische Wirkung bei weitem nicht so gut.



Klang-Landschaft Stadt Exkursion mit dem Münchner Forum

(29. April) Ca. 30 Teilnehmer machten sich auf, um ein lebendiges Stadtviertel zu erlauschen: (Fast) ruhige Hinterhöfe und Grünflächen, lautstarke Straßen, eine schrille Trambahnkurve, Martinshörner und ungeduldige Hupen, Friedhofsruhe und Brunnenrauschen. Der Amselmann nimmt es nach DeziBel mit einem normalen Pkw auf, das muss er freilich auch, denn nur wo sein Gesang gehört wird, ist sein Revier markiert. Stadtamseln singen lauter als Waldamseln.

„Wäre hier nicht der Verkehr, so wäre es nicht leiser“ sagt der Stadtplaner und Akustikexperte Roozbeh Karimi (Möhler und Partner), „denn dann dürften die Kinder frei laufen und würden hier Fußball spielen“. So aber hat sich die Gesellschaft entschieden, die Kinder an der kurzen Leine zu halten und den motorisierten Spielzeugen* ca. 1/4 der Stadtfläche und den ganzen akustischen Raum zur Verfügung zu stellen.
(*mehr als 50% des Verkehrs ist inzwischen Freizeitverkehr)

Mehr dazu: muenchner-foum.de -> Standpunkte -> Archiv -> 6/2011

Hörspaziergänge

Mit dem ASZ Freimann machten wir uns auf den Weg, die Veränderungen nach dem Bau der Lärmschutzmauer an der Autobahn zu erkunden. Häuser, die hier früher im tosenden Lärm



Leben und leben lassen?

Auf dem Gärtnerplatz erläuterten Alexander Miklosy (BA2 Ludwig/Isarvorstadt) und Albert Salai (Stelle für Gemeinwesenmediation (SteG) des Sozialreferats) die Konfliktlage. Auf diesem schönen Platz gibt es



seit Jahren Probleme zwischen ruhebedürftigen Anwohnern und dem nächtlichen Feiervolk. Es ist legal, nachts im Freien zu sprechen und zu lachen, aber wenn 1000 es tun, wird es unerträglich. Im Mai lief deshalb ein Mediationsverfahren, bei dem nach Lösungen gesucht wurde. Dazu die SZ vom 18.5.:

„Solange es ... „nur“ um Störungen geht, gilt bei der Stadt vor allem die Mediation als erfolgversprechendes Rezept. Dabei treffen sich die Streitparteien an einem Tisch, um den Konflikt möglichst einvernehmlich zu lösen. Das setzt voraus, dass beide Seiten dazu bereit sind – was zuletzt am Gärtnerplatz schiefgegangen ist, weil die Nachtschwärmer keine zusammengehörige Gruppe sind und außerdem nur wenig Interesse an Gesprächen mit den Beschwerdeführern zeigten.“

lagen, sind nun von der ca. 7 m hohen Wand abgeschottet. (siehe Bild). Man hört die Autobahn immer noch, doch klingt alles etwas entfernter.

Mit dem Bund Naturschutz ging es durch Berg-am-Laim, über Hauptverkehrsstraßen zu einer Gartenanlage parallel zum Mittleren Ring. Eine ruhige Oase, wo man die Vögel singen hört, aber dennoch niemals den Grundlärm von Straßen und Eisenbahn aus dem Ohr verliert.

Schwerhörig? - Was tun?

Das Leben mit dem Hörgerät muss geübt werden

Es kostet Überwindung, sich mit dem Hörgerät ins neue Leben zu stürzen, wo plötzlich die Semmelbrösel knistert, die Kornflakes knirschen, die Türglocke schrill klingt. Wie soll man nur mit dieser Fülle längst vergessener Geräusche umgehen, die von allen Seiten auf einen eindringen. Was bedeutet all dieses Knacksen, Pfeifen, Rauschen rundum, welche Gefahren kündigen sich hier an?

Wo die Entschlossenheit fehlt, das Hören neu zu erlernen, landen die Hörgeräte in der Schublade - schade um das Geld der Solidargemeinschaft!

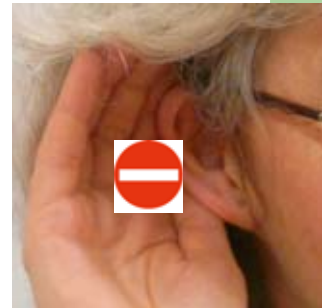
Welche Hörgeräteversorgung sinnvoll ist, hängt von den Anforderungen an das Gehör ab.

Wer sich z.B. von Berufs wegen in akustisch schwierigen Situationen verständigen muss, braucht eventuell Sonderfunktionen, die privat finanziert werden müssen.

Doch Kassengeräte können heute schon all das, was vor wenigen Jahren letzter Schrei war. Wichtig ist eine gute Anpassung und Einstellung in Zusammenarbeit mit HNO-Arzt und Hörgeräteakustiker.

Wichtig ist, sein Hörgerät selbst sorgfältig zu behandeln und zweimal im Jahr bei seinem Akustiker prüfen und warten zu lassen. Diese nachsorgende Betreuung ist im Leistungskatalog der Krankenkasse mit enthalten.

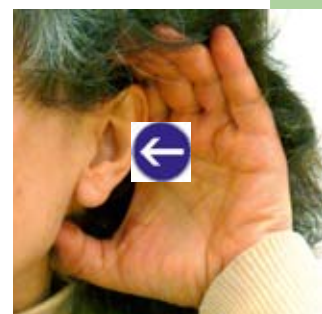
Das Wichtigste aber ist, die verschiedenen Lebenssituationen akustisch neu kennenzulernen. Der Gewinn an Hören, Verstehen, wieder in die Gespräche mit einbezogen zu werden, wieder ein lang unhörbares Stück Welt wahrzunehmen, ist die Mühen des Anfangs wert.



Im Programm des »Tag gegen Lärm« hielten Hörgeräteakustiker, Ärzte und betroffene Vorträge, die den Umgang mit Schwerhörigkeit thematisierten.

Sie waren sich einig: Eine Schwerhörigkeit sollte frühestmöglich erkannt und behandelt werden.

Lange vernachlässigtes Hören muss wieder neu gelernt werden:





Fortsetzung von Seite 11

freiwilliger Aktivitäten abgewartet werden soll, ob sich ein Wunder ereignet, auf das die PatientInnen seit 150 Jahren vergeblich warten. Die Einschaltung des G-BA ist eine grundsätzlich sinnvolle Idee, damit die Entwicklung eines solchen Systems mit weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung verzahnt wird. Risikomanagement und Fehlervermeidungskultur dürfen zudem keinesfalls in einer einzelnen Einrichtung verbleiben. Werden Menschen (beinahe) geschädigt, hat die Allgemeinheit ein Recht darauf zu erfahren, wie man das Risiko zukünftig vermeiden will, und das Gesundheitsversorgungssystem hat die Pflicht, von Beinahefehlern zu lernen bzw. eigene Verbesserungsvorschläge einzubringen. Wenn ein Schaden eingetreten ist, muss verpflichtend gehandelt werden, Vertuschung oder Verschleppung muss bestraft werden. Die BAGP fordert eine aktive Gesetzgebung, die die noch in den Anfängen begriffene Fehlerkultur massiv fördert und ein Umdenken des gesamten Systems erreicht, das die Sicherheit des Patienten in den Vordergrund stellt.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern

Die BAGP begrüßt die verbindliche Einführung eines Beschwerdemanagements. Im Rahmen des vorgeschriebenen Qualitätsmanagements nach den Regelungen §135a SGB V ist es jedoch nur bedingt richtig angesiedelt. Hier sollte vielmehr eine verbindliche und valide Befragung der Behandelten vorgeschrieben werden, die in den öffentlichen Teil des Qualitätsberichtes einzuarbeiten ist. Das Beschwerdemanagement sollte zwar mit dem Qualitätsmanagement vernetzt, jedoch unbedingt unabhängig von der jeweiligen Einrichtung gehalten werden. Es empfiehlt sich hier auf den langjährigen Erfahrungen (z.B. städtische

Kliniken München) mit ehrenamtlichen und unabhängigen PatientenfürsprecherInnen aufzubauen und eine gut unterstützte, adäquat zur Größe der Einrichtung, mit klaren Kompetenzen ausgestattete und in der Region vernetzte Stelle in jedem Krankenhaus/jeder stationären Reha-Einrichtung vorzuhalten. Vergleichbare Systeme sollten auch im ambulanten Sektor entwickelt werden. Sie sollten vorzugsweise vernetzt werden mit regionalen Organisationen des Verbraucher- und Patientenschutzes und ähnlichen Strukturen bei der Selbsthilfe und weiteren Initiativen wie z.B. dem Aktionsbündnis Patientensicherheit.

III. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

Verankerung im BGB

Falls doch das BGB der richtige Rahmen für die Kodifizierung sein sollte, muss auch dort die besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten im Vordergrund stehen. Neben der Definition der Sorgfaltspflicht und des damit zusammenhängenden aktuellen Standes des medizinischen Wissens müssen folgende Ereignisse unterschieden werden. Ziel ist eine verschuldensunabhängige Entschädigung.

1. Schicksalhafter Verlauf

Es gibt viele Beispiele, in dem sich ein Risiko in einer Behandlung verwirklicht und zu einem Schaden führt, der dann als schicksalhaft bezeichnet wird. (Beispiel: Verletzung des Trigeminusnerves bei einer örtlichen Betäubung oder ein Zahnbeschleiftrauma ...) Die Patientin erleidet in diesen Fällen durch Beanspruchung einer medizinischen Leistung einen Schaden, nicht selten ist dieser mit gravieren-

deren Folgen als die ursprüngliche Erkrankung verbunden. In solchen Fällen sollte z. B. ein Fonds den Schaden mindern helfen, um den Patienten, aber auch die Arzt-Patientenbeziehung zu entlasten.

2. Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht

Bereits im Behandlungsvertrag sollte die vertragliche Haftung wegen ärztlicher Behandlungsfehler als Verletzung des Vertrages geregelt werden, der zum Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld führt. Wenn ein Behandlungsfehler nachgewiesen wurde, muss eine Beweislastumkehr für die Kausalität eintreten. Die im Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland erwähnte vorgeschriebene Haftpflichtversicherung des Arztes/des Krankenhauses wird ausdrücklich begrüßt und müsste in diesem Fall mit dem eingerichteten Fonds über die Verteilung der Entschädigungszahlungen verhandeln.

3. Grober Behandlungsfehler

Die vorgeschlagene Übernahme der bisher in der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen bei grobem Behandlungsfehler bergen das größte Risiko, dass sich durch die Kodifizierung die Situation der PatientInnen verschlechtert. Dazu kommt, dass durch die Festschreibung des Status Quo, immer noch eine erstaunliche Konsequenz folgt: Wer im Rahmen der Beweislastumkehr nachweist, dass der Schaden nicht mit dem groben Behandlungsfehler in Zusammenhang steht, hat zwar einen groben Behandlungsfehler gemacht, wird dafür aber überhaupt nicht belangt. Zumindest durch verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte in solchen Fällen berufsrechtlich gegen den Arzt vorgegangen werden.



IV. Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Es reicht keinesfalls aus, Ärzte- bzw. Zahnärztekammern nur aufzufordern, sich ein einheitliches Verfahren zu verordnen. Die dabei maximal zu erwartende Kompromissbildung könnte an vielen Stellen zu einer Verschlechterung des Status quo führen. Ziel muss sein, eine unabhängige Begutachtung einzurichten. Die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern sind dafür ungeeignet, da sie als Körperschaft öffentlichen Rechts die Pflicht haben, für die Einhaltung von Standards zu sorgen, aber auch die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten, damit sind sie nicht neutral und unabhängig. Die BAGP fordert eine Umwandlung der bestehenden Einrichtungen zur Schlichtung und Begutachtung bei Behandlungsfehlerverdacht in von der Ärzteschaft und den Haftpflichtversicherern unabhängige Einrichtungen mit Anhörungsrecht der PatientInnen und ihres Rechtsbeistandes. Sie müssen zudem ihre Arbeit auswerten und aus den Erfahrungen Veränderungsprozesse in die Gesundheitsversorgung hinein anregen. Unerlässlich ist in solchen Institutionen zudem eine

eigene Beschwerdeinstanz. Sowohl in den Beschwerdeinstanzen als auch in den Qualitätssicherungsbereichen einer solchen Institution müssen Vertretungen der PatientInnen und Versicherten mit Stimmrecht beteiligt werden. Darüberhinaus fordert die BAGP die Einrichtung eines bei einer neutralen Stelle angesiedelten unabhängigen Instituts zur Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten auf der Basis einer Gebührenordnung, was im außergerichtlichen Verfahren zur Klärung des Sachverhalts beitragen würde.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Falls doch das BGB der richtige Rahmen für die Kodifizierung sein sollte, ist die Einrichtung von Spezialeinheiten bei Landgerichten und eine Konzentrierung in kleinen Landgerichtsbezirken eine Verbesserung.

Zu prüfen ist, ob nicht auch ein Mediationsverfahren vorgeschaltet werden sollte.

3. Verbessertes Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Der BAGP geht die vorgesehene Regelung im § 522 Abs. 3 ZPO, wonach in allen Berufungssachen bei einem Streitwert von über € 20.000 das Rechtsmittel der Nichtzulassungsbeschwerde möglich sein

soll, nicht weit genug. Sie plädiert für eine Aufhebung der Beschränkung des Berufungsrechts, d.h. der Streichung des § 522 Abs. 2 ZPO.

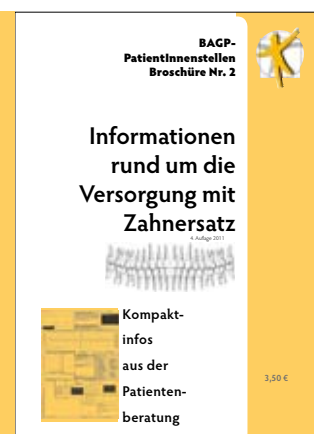
4. Anhörung von Privatgutachtern durch Änderung des § 411 Abs. 3 oder Abs. 4 ZPO

Gerichte folgen häufig allein dem gerichtlich bestellten Sachverständigen, auch bei widersprüchlichen Gutachten. Auch mit von Parteien vorgelegten Privatgutachten wird von Gerichten sehr unterschiedlich umgegangen.

Die BAGP fordert daher die Aufnahme des Antragsrechts der Parteien zur Anhörung von Privatgutachtern.

Ganz neu aufgelegt:

Die aktuelle Version der jahrelang bewährten und überaus beliebten Infobroschüre. Hier wird alles rund ums Thema Zahnersatz erläutert und kommentiert. Ein umfangreicher Serviceteil rundet den Inhalt ab. Erhältlich ab sofort in jeder Patientenstelle, telefonisch unter 089-76755131 oder bei mail@bagp.de





Österreich – ein Entwicklungsland?

Ende Juni fand der vierte Selbsthilfetag beim österreichischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Wien statt. Thema der Veranstaltung war: „**Der informierte Patient. Störfaktor oder Wunschbild?**“ Auf Einladung der ARGE Selbsthilfe Österreich stellte ich die UPD vor und durfte am Nachmittag einen Workshop zur Qualität von Patienteninformationen durchführen.

Neben meinem Vortrag stellte die Geschäftsführerin des Vereins Frauengesundheitszentrum Graz Frau Sylvia Groth (MAS) ihre Arbeit und die Entwicklung der **Patientensouveränität** exemplarisch vor. Für ihr Projekt „Kompetenztraining - Wissen macht stark und gesund“ erhielt das Frauengesundheitszentrum 2010 einen Sonderpreis für Implementierung vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, welchen Prof. Dr. Klemperer überreichte.

An unsere Vorträge schloss sich eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Selbsthilfe, des Gesundheitsministeriums, des Bundessozialamtes, der Patientenanwaltschaft, der Pharmaindustrie und der Wissenschaft an, um das Veranstaltungsmotto zu erörtern

Für uns war besonders interessant, dass es in Österreich bisher keine finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe gibt, obwohl die Akteure seit über zwanzig Jahren darum kämpfen. Erstmals erhält die ARGE Selbsthilfe in diesem Jahr 20.000€ vom Gesundheitsministerium und der Pharmaindustrie. Eine Regelförderung für die einzelnen Selbsthilfegruppen scheint aber noch lange nicht in Sicht.

Durch zahlreiche Gespräche in den Vortragspausen schilderten uns SHG-Mitglieder von ihrem ehrenamtlichen Engagement in den Gruppen und den täglichen Problemen in der Arbeit.

Am Nachmittag schlossen sich vier Workshopangebote an.

In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsladen München, Peter Friemelt, haben wir **Qualitätskriterien für Patienteninformation** vorgestellt und **evidenzbasierte Patientenberatung** diskutiert. Anschließend durften die Teilnehmer verschiedene Instrumente zur Beurteilung von Qualität einer Information ausprobieren. Die Workshopteilnehmer, welche überwiegend Professionelle in Gesundheitsberufen und Selbsthilfegruppenleiter sind, waren überrascht wie anspruchsvoll die Bewertung von Informationen ist, wenn diese qualitativ hochwertig, sicher und für Patienten als Entscheidungshilfe geeignet sein sollen.

Nach dem Selbsthilfetag in Wien wurde uns noch mal bewusst wie wertvoll unabhängige Patientenberatung für Ratsuchende ist und wie weit wir in Deutschland in diesem Bereich bereits sind. Fast könnte man sagen wir haben an diesem Termin Entwicklungshilfe für Österreich geleistet. Bleibt nur zu hoffen, dass die entsprechenden Ministerien sich haben anregen lassen, um mehr in die Beratung und die Selbsthilfe zu investieren.

Carola Sraier

Weitere Informationen:

<http://www.selbsthilfe-oessterreich.at>
<http://www.hauptverband.at>
<http://www.fgz.co.at>

Mit Vollgas in die zweite Jahreshälfte!

Im ersten Halbjahr 2011 nach dem Neustart der UPD lag der Arbeitsschwerpunkt der regionalen Beratungsstelle München für Oberbayern auf der Beratungs- und Kooperationsarbeit. Deutschlandweit läuft die Patientenberatung nun wieder in den gewohnten Bahnen. Die freien (Arbeits-) Stellen konnten weitestgehend besetzt werden.

In der Bundesgeschäftsstelle in Berlin mussten ebenfalls viele Stellen neu besetzt werden. Seit 01. April ist **Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler** der neue Geschäftsführer der UPDgmbH. Bisher arbeitete er u.a. bei der Bertelsmann Stiftung als Projektleiter der weißen Liste.

Mit dem Thema Unabhängige Patientenberatung hat Herr Dr. Schmidt-Kaehler seine Doktorarbeit an der Universität Bielefeld geschrieben, als er dort als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Begleitforschung der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 SGB V mitarbeitete. Außerdem hat er den „**Praxisleitfaden Patientenberatung – Planung, Umsetzung und Evaluation**“ 2007 verfasst.

Neben der Geschäftsführung wurden Referate neu besetzt. „Information & Kommunikation“ übernimmt Jan Bruns und die „Psychosoziale Kompetenz im Wissensmanagement“ ist mit Eva Wallenstein neu gestaltet.

So stehen verschiedene Fortbildungen für die Beraterinnen und Berater an z.B. ein Telefontraining zum Umgang mit schwierigen Anrufern.

Im Oktober wird die erste Verbundkonferenz in der Regelförderung in Berlin stattfin-

den. Hier treffen alle Akteure des Verbundes zusammen um über Entwicklungsperspektiven zu diskutieren und einen Fahrplan für die kommenden 4½ Jahre der Regelförderung zu entwerfen.

Das verbundinterne Qualitätsmanagement wird u. a. mit Qualitätszirkeln in der zweiten Jahreshälfte weitergeführt. Darüber hinaus wird die UPD auch weiterhin wissenschaftlich (IGES Institut) begleitet.

Die Begleitforschung wird bei der Erstellung des Berichts über die Problemlagen im Gesundheitswesen (Seismographenfunktion) unterstützen und die Ergebnisqualität der Beratungsarbeit unter die Lupe nehmen.

Wir freuen uns auf die kommenden Herausforderungen.

Sarah Bille



Das alte neue Team der Unabhängigen Patientenberatung München für Oberbayern

Pflegeberatungsstellen zu Gast

Als Patientenberatungsstelle haben wir eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem. Um diese zu erfüllen und Ratsuchende an die richtigen Einrichtungen zu verweisen, brauchen wir Hintergrundinformationen zu den entsprechenden Anlaufstellen. Gerade beim Thema Pflege ist eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Akteuren wichtig, da wir zu diesem Thema nur eine Grundberatung anbieten.

Seit der letzten Pflegereform 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Bei der Umsetzung dieses Anspruchs haben sich die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegeversicherung für unterschiedliche Wege entschieden.

Der Verband der privaten Krankenversicherungen hat das Tochterunternehmen Compass gegründet. Die Beratung wird finanziert aus den

Beiträgen zur Privaten Pflegeversicherung. Für Ratsuchende ist die Beratung kostenfrei. Es gibt eine bundesweit einheitliche kostenfreie Telefonnummer (0800 101 88 00). Dort erhalten Ratsuchende eine Beratung durch einen Pflegeberater. Bei Bedarf ist es möglich ein Beratungsgespräch in der häuslichen Umgebung des Patienten zu vereinbaren. Compass verfügt über zehn Regionalbüros, um sich in der Region zu verankern. Die Pflegeberater vor Ort arbeiten von ihren Heimarbeitsplätzen aus. Die aufsuchende Pflegeberatung reicht von einem einmaligen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Begleitung (siehe Abb. 1).

Durch den Austausch mit der Teamleitung vom Regionalbüro München, Frau Fiala konnten wir viel über das Unternehmen, dessen Arbeitsweise und Zuständigkeiten erfahren. So war es möglich, gemeinsam zu vereinbaren bei welchen Anfragen wir gezielt verweisen können.

In der sozialen Pflegeversicherung gestaltet sich die Umsetzung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung in Bayern komplizierter. Die Entscheidung über die Einrichtung von

Pflegestützpunkten liegt bei den Bundesländern. In Bayern gibt es in der Pflegeberatung langjährig gewachsene Strukturen, wie die Fachstellen Pflegenden Angehöriger bei den Wohlfahrtsverbänden. Bisher existieren in Bayern fünf Pflegestützpunkte in Nürnberg, Roth, Coburg, Haßberge, Neuburg-Schrobenhausen. Weitere Stützpunkte sind in Planung.

Außerdem gibt es in Bayern den Pflegeservice Bayern. Die Teamleitung, Frau Bucher, hat uns die Arbeit der Beratungsstelle vorgestellt. Der Pflegeservice arbeitet im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen in Bayern. Der Träger ist der Medizinische Dienst Bayern. Der Pflegeservice Bayern ist eine telefonische Informations- und Anlaufstelle für alle gesetzlich Versicherten bei Fragen rund um das Thema Pflege. Die Beratung ist gebührenfrei (0800 772 111), unabhängig und wird derzeit von sechs qualifizierten PflegeberaterInnen erbracht. Besteht ein Bedarf für eine vor Ort Beratung verweist der Pflegeservice an den zuständigen Pflegestützpunkt, an Pflegeberatungsstellen oder den Pflegeberater der Krankenkasse.

Sarah Bille



Unabhängige Patientenberatung Deutschland | UPD
Beratungsstelle München für Oberbayern

Unsere Öffnungszeiten

Mo 09.00 - 13.00 Uhr
Di 14.00 - 18.00 Uhr
Mi 15.00 - 19.00 Uhr
Do 10.00 - 14.00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

TERMINE 2011

Außenberatung in Rosenheim

12.09.2011
10.10.2011
14.11.2011
jeweils 14-17 Uhr Beratung

Infostand

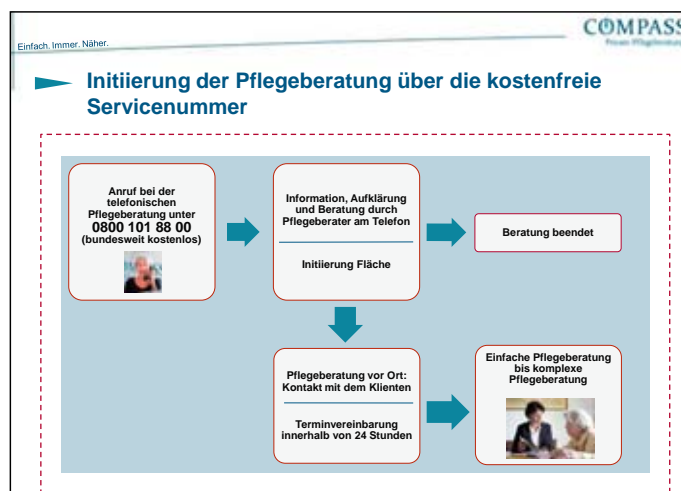
10.09.2011
ISARSANA
Bad Tölz Kurpark

Vorträge / Podien

29.10.2011
ab 9.00 Uhr
Ev. Akademie Tutzing
Podium und Workshops zu Leistungen der GKV

keine Beratung in der RBS

am 27.10.2011
aufgrund der Verbundkonferenz in Berlin



VDÄÄ-Fortbildung April 11: Das Schweizer Gesundheitssystem



Jetzt geht es gleich los! TeilnehmerInnen der Reise genießen die Gastfreundschaft der Patientenstelle Zürich

von Peter Friemelt

Die Schweiz ist eine Reise wert! dachte ich mir und schloss mich einer Fortbildung des Vereins Demokratischer ÄrztInnen VDÄÄ im April diesen Jahres an. Und es hat sich gelohnt. Das Schweizer Gesundheitswesen ist so gar nicht dem unserem ähnlich. Da gibt es einerseits die unsoziale Kopfpauschale mit erheblichem Selbstbehalt, andererseits wandern viele deutsche GesundheitsarbeiterInnen dorthin aus. Ich möchte auf dieser Seite meine Eindrücke und von allen Themenbereichen eine Mini-Zusammenfassung geben.

Doch der Reihe nach:

Untergebracht waren wir im ehemaligen Rotlichtviertel, das jetzt zum Szenetreff wurde. Straßenstrich und Drogenrazzia begegneten wir gleich am ersten Tag.

Der erste Besuch galt der **Patientenstelle**, die die erste dieser Art ist (Bericht S. 20). Die Patientenstelle stellte uns gleich für mehrere Veranstaltungen ihre Räume und ihre Hilfe zur Verfügung. **Ganz herzlichen Dank dafür.**

Am Abend des ersten Tages nahmen wir an einer **Podiumsdiskussion zum Thema Fallpauschalen DRGs** teil. Die Schweiz will die DRGs Anfang 2012 einführen. Da lag es nahe, den Züricher KollegInnen die Erfahrungen aus Deutschland zu berichten und mit ihnen zu diskutieren.

Der 2. Tag begann mit der Besichtigung der **tiefschwelligen diversifizierten Drogenabgabe im Opiatkonsum Lokal ZOKL**. Beeindruckend war, wie liberal die Drogensubstitution dort funktioniert und mit welchem auch finanziellen Aufwand sie organisiert wird. Die Führung durch die Räume zeichneten sich durch eine entspannte Atmosphäre aus, auch die KonsumentInnen vermittelten diesen Eindruck.

Dann fuhren wir zum **Ärztetzetz mediX**. Der Referent, selber Arzt, begann mit der Feststellung, dass sie rationale Medizin machen wollen. Das heisst, sie wollen das machen, was bei uns im Sozialgesetzbuch steht: keine überflüssigen Leistungen, nur Notwendiges. Da die dortigen Ärzte auch die Budgetverantwortung haben, könnte das dazuführen, das nicht mehr alles notwendige verordnet wird. Das wurde aber vom Referenten vehement verneint. In Konfliktfällen verweisen sie auf die Patientenstelle und andere Organisationen.

Nächste Station war die **Anlaufstelle für Sans-Papiers Meditrina**, die das Schweizer Rote Kreuz organisiert. Meditrina verfügt über ein Netz von 50 Ärzten, die sich bereit erklärt haben diese Leute gegen eine Gebühr zu behandeln. Meditrina organisiert auch noch ÜbersetzerInnen und macht Gesundheitsberatung und Prävention.

Am Abend trennte sich die Gruppe. Ein Teil ging zum Film „Es ist die Hölle“ siehe nächste Seite.

Die anderen trafen sich mit der **Aktion Gsundi Gesundheitspolitik**, um sich über die Situation in der Schweiz aus der Sicht der Beschäftigten zu informieren. Das Thema „Rationierung in den Akutspitalern“ war ein Schwerpunkt.

Der dritte Tag begann mit einem Austausch mit dem **Berufsverband der Schweizer Ärzte FMH**, die eine ähnliche Funktion übernehmen wie hierzulande die Ärztekammern, die es in der Schweiz nicht gibt. „Angenehm unständisch“ (Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin VDÄÄ), interessiert und informativ waren die VertreterInnen, die sich mit uns austauschten.

Dann kam der für viele interessanteste Teil: Eine schwierige Diskussion über **Freitodhilfe** mit einer Vertreterin der **Sterbehilfeorganisation EXIT**, Dr. Marion Schafroth. Der deutsche Ärztetag, viele Patientenberatungstellen und die Selbsthilfe diskutieren das Thema seit Jahren. Die Schweiz gilt ja für viele als das Mekka. Hier ist die aktive Sterbehilfe legal, aber darf nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgen. EXIT hilft nur Schweizer Staatsbürgern, die die Bedingungen des Vereins akzeptieren. Normalerweise muss man Mitglied sein. Urteils- und Handlungsfähigkeit wird vorausgesetzt. Der Freitodsuchende muss ein aktuelles Diagnoseschreiben, Bestätigung der Urteilsfähigkeit und das Rezept für das tödliche Medikament Na-Pentobarbital vorlegen. Die Meinungen zur Referentin bzw. zu EXIT gingen weit auseinander.

Als letztes folgte eine **Diskussion mit der Redaktion der Zeitschrift „Soziale Medizin“**, die uns nochmal grundlegend in das Gesundheitswesen der Schweiz einführte.

So, wer jetzt noch tiefer einsteigen will, kann das ausführlich tun durch die Lektüre des hervorragenden VDÄÄ-Rundbrief 2-11, in dem ausführliche Berichte zu finden sind: www.vdaae.de

Filmvorführung der Patientenstelle Zürich:

Am Freitag Abend teilte sich die Besuchergruppe. Ein Teil ging in die Filmvorführung unserer Züricher KollegInnen. Der Raum war sehr gut gefüllt. Erika Ziltener (Leiterin der Patientenstelle) hatte es geschafft, am gleichen Tag einen großen Artikel zu dieser Veranstaltung in eine wichtige Zeitung zu bekommen.

Valentin Thurn, Filmemacher aus Deutschland, war persönlich anwesend, um zum Film zu berichten und mit dem Publikum zu diskutieren.

Hier eine Zusammenfassung des Films (Quelle: www.thurnfilm.de)

„Viele Kinofans feierten Gérard Depardieus Sohn Guillaume als größte Nachwuchshoffnung des französischen Films. Doch es kam anders. 1995 musste der 24-Jährige nach einem Motorradunfall am Knie operiert werden. Während des Eingriffs drang der Krankenhauskeim MRSA in die Wunde. Eine endgültige Heilung gab es nicht, weder durch 17 Operationen noch mittels Antibiotika. 2003 schließlich traf Guillaume Depardieu eine harte Entscheidung. Um seinen unerträglichen Schmerzen ein Ende zu bereiten, ließ er sein rechtes Bein amputieren. Im Kampf gegen die Killerkeime gründete der Schauspieler die „Stiftung Guillaume Depardieu“ und machte in Talkshows auf unhaltbare Zustände in französischen Krankenhäusern aufmerksam. Er drohte dem Gesundheitsminister mit einem „Kreuzzug“, wenn die Regierung nicht gegen die Zustände in den Krankenhäusern vorgehe. Bald musste er feststellen, dass ihn die Masse der Anfragen überforderte. Sein Lebenswerk übergab er dem Patientenschutzverband „Lien“ und konzentrierte sich auf seine Karriere. Während er sich zu Dreharbeiten in Rumänien aufhielt, erkrankte er an einer Lungenentzündung. Plötzlich ging alles ganz schnell. Am 13. Oktober 2008 starb Guillaume Depardieu im Alter von 37 Jahren.“

Der Film war spektakulär, er hat mich massiv bewegt. Hierzu gehörten v.a. die gezeigten unkontrollierten zornigen Auftritte des Schauspielers oder die Szenen, wie sein Kind mit der Krankheit umgeht.

Der Film schafft es, auch Menschen, die keine Mediziner sind, das Thema nahe zu bringen. Trotz seiner Emotionalität erstarrt er nicht in der Darstellung eines Einzelschicksals. Er zeigt, dass es Möglichkeiten gibt, der Ausbreitung des Keims entgegenzuwirken. Wie bei anderen Krankheiten auch, half die Prominenz von Guillaume Depardieu das Thema in der Öffentlichkeit so zu befördern, dass ein politischer Druck entstand und Frankreich so das einzige europäische Land ist, das in den letzten Jahren die Neu-Infektionen erfolgreich reduzieren konnte.

Anschließend gab es noch eine Diskussion mit dem Publikum und dem Filmregisseur, in einer Nachfolgeveranstaltung soll der wissenschaftliche Aspekt des Themas vertieft werden soll.

Für uns ist leider eine Teilnahme nicht möglich, aber es bleibt eine erfolgreiche

Filmvorführung mit einem interessanten Filmemacher und einer sehr kompetenten Moderatorin der Patientenstelle in Erinnerung.

Auch der anschließende Apéro (schweizerdütsch für Stehparty) war gut gelungen und ließ viel Raum für Diskussionen.

Peter Friemelt, Patientenstelle im Gesundheitsladen München



Es ist die Hölle!
Der verlorene Kampf von Guillaume Depardieu gegen die Killerkeime MRSA

Ein Film von Valentin Thurn
zum Thema: MRSA – Die verschwiegene Seuche

Freitag, 15. April 2011
im Volkshaus Zürich

18.30 Uhr	Türöffnung
18.45 Uhr	Beginn
19.00 Uhr	Filmvorführung
	anschliessend Apéro

Guillaume Depardieu

Live Interview mit Valentin Thurn, Regisseur
mit Erika Ziltener, Leiterin Patientenstelle Zürich:
„Spitalinfektionen gehen uns alle an, denn jährlich erleiden 70'000* Patientinnen und Patienten eine Infektionen!“ (*Quelle: Swiss Noso 2005)

Eine Veranstaltung des Vereins  *Krank und nicht mehr ausgeliefert.* Patientenstelle Zürich



Erika Ziltener,
Valentin Thurn,
Peter Friemelt

Solidarität von Gesunden und Kranken – Besuch bei der Patientenstelle Zürich



*Gerhard Schwarzkopf,
Arzt und GL-Vorstand,
im Gespräch mit
Erika Ziltener,
Leiterin der
Patientenstelle Zürich*

Im November 1976 ereignete sich im Universitäts-Spital Zürich ein tragischer Narkosezwischenfall. Die Patientin erlitt dabei einen irreversiblen Hirnschaden. Man versuchte, den »Fall« vor der Öffentlichkeit zu vertuschen. In der Folge dieses tragischen Todesfalles wurde 1979 die Patientenstelle Zürich geboren. Es ist die älteste Patientenberatungsstelle überhaupt. Wir trafen dort Erika Ziltener, die Leiterin, Barbara Bussmann, die Präsidentin des Trägervereins und Heidi Bucher-Steindegger, Kantonsrätin von den GRÜNEN und Mitglied des Trägervereins. Die Patientenstelle berät telefonisch zu krankenversicherungsrelevanten Fragen (Grundversicherung, Zusatzversicherung, Unfallversicherung). Sie klärt über allgemeine Ansprüche im Rahmen der Sozialversicherung auf. Sie begleitet Betroffene bei vermutetem Behandlungsfehler bis vor das Sozialgericht. Sie fordert auf Verlangen der Patienten von ambulanten und stationären Einrichtungen Patientendossiers an. Sie lässt sich durch Fachärzte beraten und recherchiert im Internet. Sie mischt sich aktiv in die Gesundheitspolitik ein, dies z.B. bei der Spitalfinanzierung und den Fallpauschalen. Sie kooperiert mit den Ombudsstellen der Krankenkassen und den Schlichtungsstellen der FMH

(das ist der Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft und die Dachorganisation der kantonalen und fachspezifischen Ärztegesellschaften). Der Kontakt zur Züricher Ärztevereinigung sei sehr gut. Die Patientenstelle Zürich ist Mitglied im Dachverband schweizerischer Patientenstellen.

Die Patientenstelle unterstützt den Ausbau anonymer Fehlermeldesysteme – die Fehlerkultur sei in der Schweiz nur schwach entwickelt. Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es wohl sehr schwierig, einen Gutachter zu finden. Die Gutachter müssen von den Patienten selbst bezahlt werden – dies im Gegensatz zu den deutschen Gutachter- und Schlichtungsstellen, die für die Betroffenen kostenlos arbeiten.

Der Kanton Zürich hat in der Schweiz hinsichtlich der Patientenrechte eine Schrittmacher- und Vorbildfunktion. Die Patientenstelle schickt Vertreter (mit beratender Funktion ohne Stimmrecht) in verschiedene Kommissionen wie die regionale Psychiatrie-Kommission

Bei dem weiteren Gedankenaustausch wurden verschiedene Schwachpunkte des Schweizer Gesundheitswesens angesprochen: Es besteht ein großer Nachwuchsmangel, insbesondere bei Hausärzten. Und dies nicht nur auf dem

Land sondern auch in den Städten. Dieser Mangel wird zusätzlich durch viel zu geringe Ausbildungskapazitäten an den Universitäten verschärft. Und noch eine Schwachstelle wurde angesprochen: Bei der Arzt-Patienten-Kommunikation läge vieles im Argen. Da sei man Entwicklungsland.

Die Patientenstelle wünscht sich, dass gesunde und kranke Menschen mehr Engagement im Gesundheitswesen aufbringen. »Nur wenn es uns gelingt, gesunde und kranke Menschen in großer Anzahl auf der Basis der Solidarität zu organisieren, erreichen wir unser Ziel: In gesunden Tagen ein Gesundheitswesen zu schaffen, das in Tagen von Krankheit allen Betroffenen Mitspracherecht, Mitgestaltung und ein Leben in Würde ermöglicht.«

Peter Scholze

Weitere Informationen:
www.patientenstelle.ch