

Patientenrechte - Ihr Recht auf Gesundheit. Nur Wissen schützt.

Das BSW setzt auf Aufklärung:

Für alle Interessierten, Patient*innen, Angehörige und Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Wann: 14. Dezember 2025, 16:00 Uhr

Wo: Soziokulturelles Zentrum, Mittelstraße 23, 50169 Horrem

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Arzt, Wissenschaftler und Gesundheitsexperte

Yasimin Zorlu

Pflegeunternehmerin und Patientenvertreterin

CV Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

cv3.cdr

➤ Berufliche Tätigkeiten

- 1981-1995 Innere Medizin, SP Klin. Infektiologie und HIV
- 1996-2001 Leitung der Abt. QM UK Köln
- 2002-2005 Ärztlicher Direktor / VS-Vorsitzender UK Marburg
- 2005-2007 Dekan Med. Fakultät Universität Witten/Herdecke
- 2007-2009 Generalbevollmächtigter des AR der UK Frankfurt
- 2009-6/2011 Dir. des Inst. f. Patientensicherheit Uni Bonn, W3

➤ Weitere Funktionen

- 2005-7 Mitglied, 2007-11 Stv. Vors. des Sachverständigenrates
- 2009-11 Vorsitzender des Wiss. HTA-Beirates des DIMDI
- 2005-09 Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 2001 bis 2007 Vorsitzender der GQMG
- 2002-05 Vorstandsmitglied des DNEbM
- 2005-11 und 2016-18 Vorstandsmitglied des DNVF

Prof. Dr. M. Schrappe

inf_qm_corona_fachlich.cdr

Fachlichkeit

- Einzelthemen
- Querschnittsthemen
- Systemwissen

Prof. Dr. M. Schrappe

00inf_qm/corona/medien/multiple_kaldewey.cdr

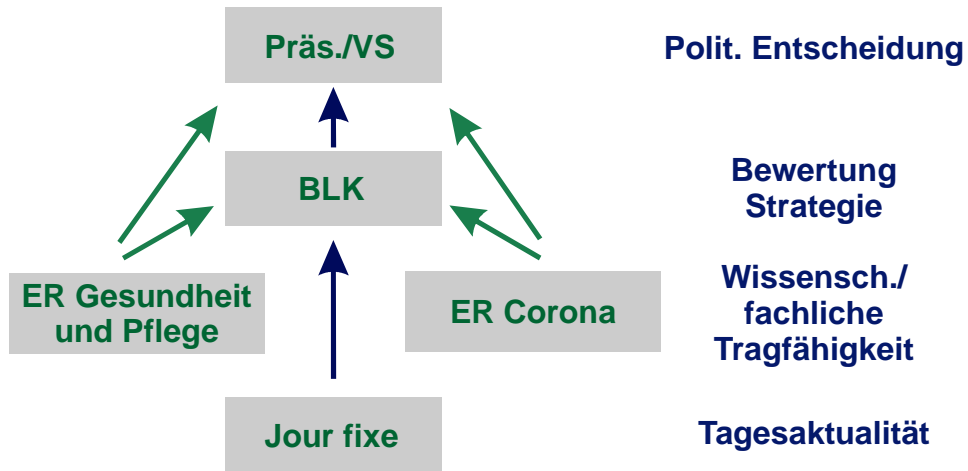
"Krise der Faktizität"

- Alternative Fakten
 - Unqualifizierte Meinung
 - Desinformation
- Unsicheres Wissen
 - Known Unknowns
 - Unknown Unknowns
- Multiple Fakten
 - "Pluralität disziplinärer und wertgeladener wiss. Perspektiven"
 - Repräsentieren jeweils robustes wissenschaftl. Wissen
 - Stehen in Spannung zueinander

D. Kaldewey, pers. Comm., 2024

Prof. Dr. M. Schrappe

BSW: Struktur Gesundheit



Prof. Dr. M. Schrappe

Expertenrat des BSW-VG e.V.
„Gesundheit und Pflege“

Empfehlung und Grundlagen-Papier

Gesundheit und Pflege:
Gerecht und gezielt weiterentwickeln
Drittes Budget für eine sektorneutrale Versorgung

entsprechend Auftrag vom 11.9.2024 durch
den Vorstand und das Präsidium
des BSW - Vernunft und Gerechtigkeit

Berlin, den 26. Februar 2025

Für den Expertenrat
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Prof. Dr. med. Jan-Peter Wanke

Problemstellungen

- (1) Sektorierung
- (2) Therapie statt Prävention
- (3) Institutions- statt Patientenorientierung
- (4) Akut/operativ statt chronisch
- (5) NEU: Unterversorgung
- (6) Hohe Kosten, Qualität mittel

Teil A: Allgemeine Grundsatzfragen

1. Menschenbild
2. Ökonomisierung und Profitoptimierung
3. Personalknappheit und Lösungsansätze
4. Innovation und Evidenz
5. Digitalisierung
6. Priorisierung

Menschenbild

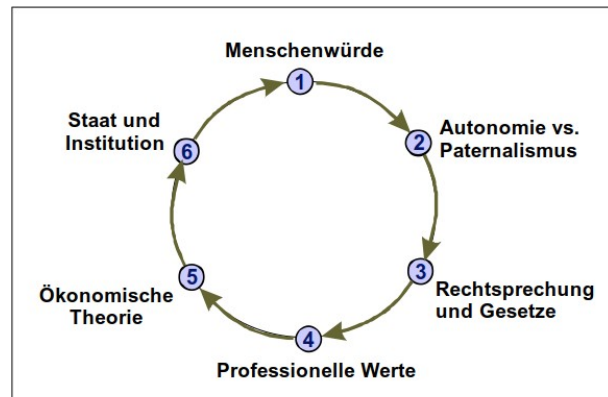
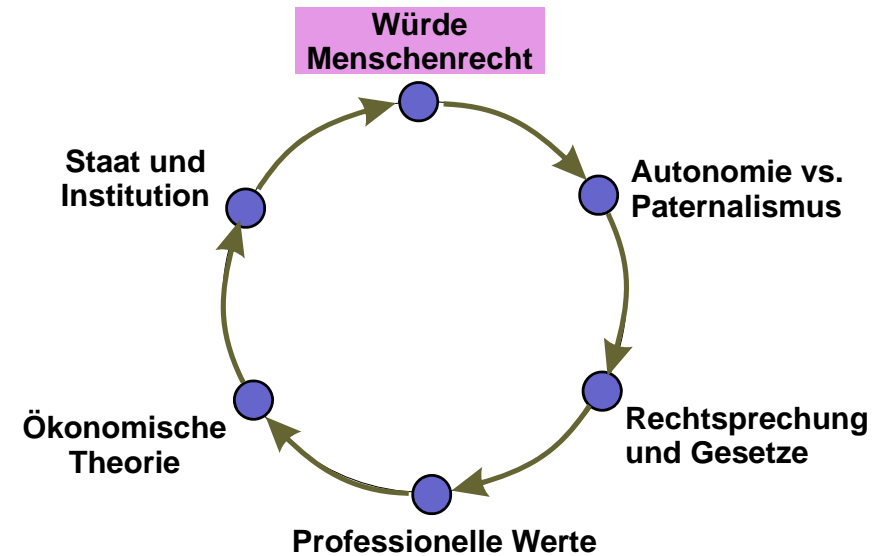


Abb. 1: Menschenwürde als übergeordnete Wertentscheidung in der Gesundheitsversorgung, gefolgt von Patientenautonomie, rechtlichen Aspekten, professionellen Haltungen, Ökonomie und Verständnis von Institutionen und Staat

00qm\patzuf\pat_orient.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

Würde: GG Art. 1

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

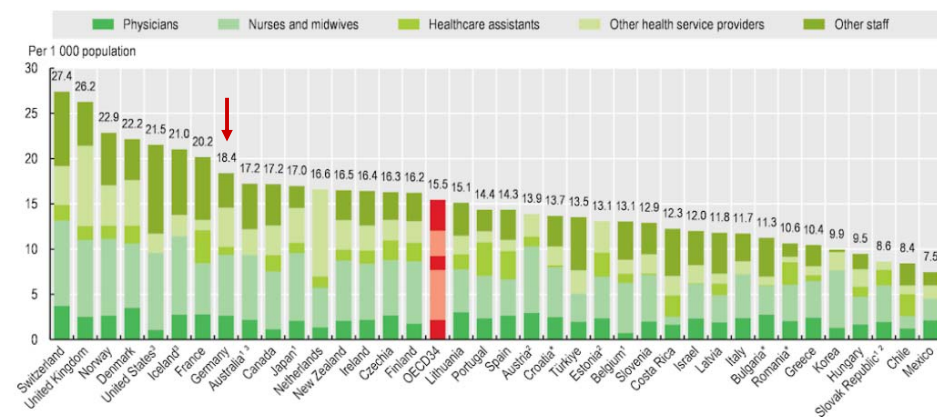




Teil A: Allgemeine Grundsatzfragen

1. Menschenbild
2. Ökonomisierung und Profitoptimierung
3. Personalknappheit und Lösungsansätze
4. Innovation und Evidenz
5. Digitalisierung
6. Priorisierung

Figure 8.17. Hospital workforce per 1 000 population, 2023 (or nearest year)



OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

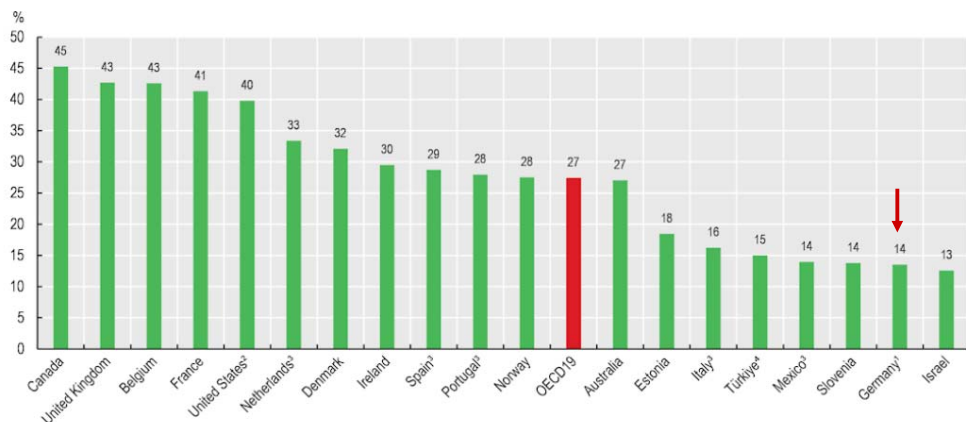
Studienplätze an staatlichen Fakultäten in der Medizin



In der Nachwendzeit wurde die Zahl der Medizinstudienplätze an staatlichen Fakultäten stark reduziert. Hintergrund war ein massiver Ärzteüberschuss, der bis etwa 2010 anhielt. Die Reduktion ging mit einer Ausweitung der praktischen Ausbildungsanteile im Studium einher.

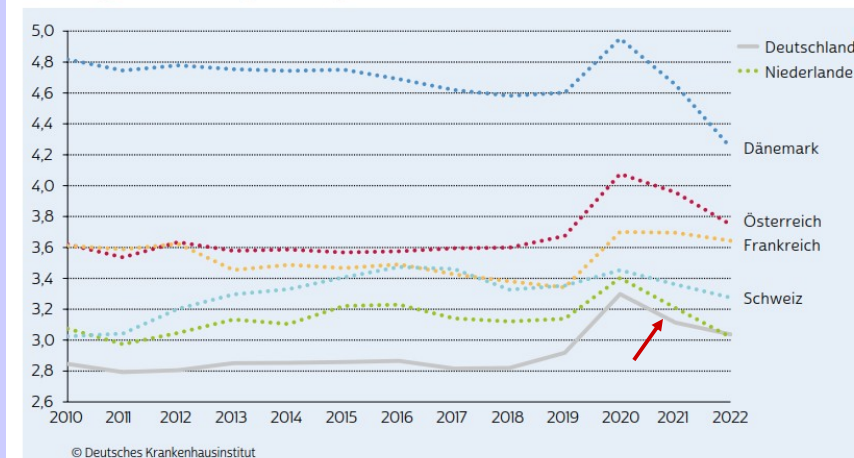
Quelle: destatis, Stiftung für Hochschulzulassung, Deutsche Hochschulinformation

Figure 8.20. Share of postgraduate training places in general medicine, 2023



OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

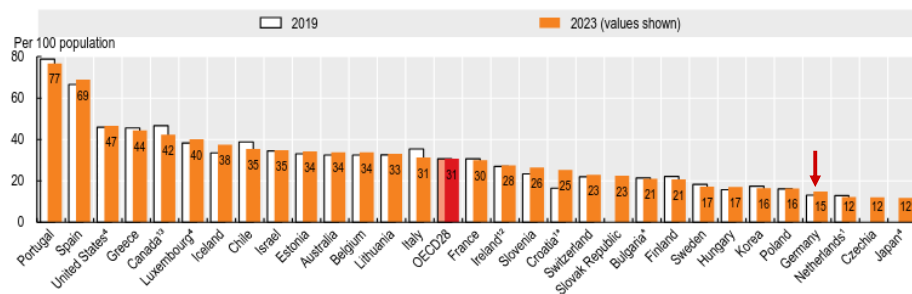
Abbildung 9: Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser in % des BIP von 2010 bis 2022



Quelle: OECD Health expenditure Curative Care Hospitals in Percentage of GDP

Heber, R., Offermanns, M.: Gesundheits- und Krankenhausaussgaben im europäischen Vergleich. Das Krhs. 3-2025, 159-63

Figure 5.24. Emergency department visits, 2023 and 2019



OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

Figure 5.19. Hospital beds, 2023 and 2013 (or nearest year)

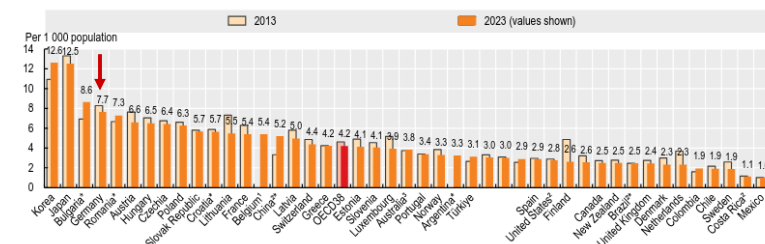
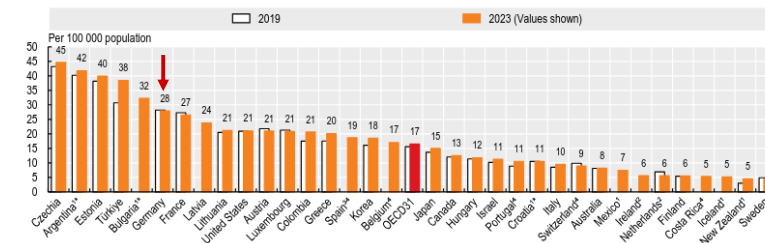


Figure 5.21. Adult intensive care beds, 2023 and 2019 (or nearest year)



OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

Teil A: Allgemeine Grundsatzfragen

1. Menschenbild
2. Ökonomisierung und Profitoptimierung
3. Personalknappheit und Lösungsansätze
4. Innovation und Evidenz
5. Digitalisierung
6. Priorisierung



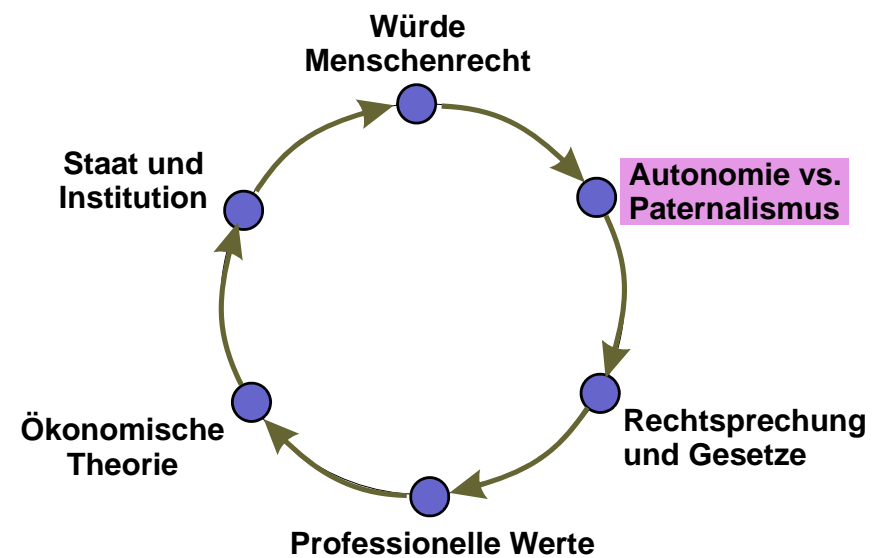
27. Juni 2025

BSW-Positionspapier: Nein zur Elektronischen Patientenakte



Die elektronische Patientenakte (ePA) ist seit dem 29. April bundesweit verfügbar. Ab dem 1. Oktober soll sie für alle Arztpraxen, Psychotherapeuten und Kliniken verpflichtend sein. Bis zu zehn Prozent der Versicherten nutzten bisher das weiterhin geltende Widerspruchsrecht gegen die zentrale Digitalisierung ihrer persönlichen Gesundheitsdaten. Die Bundesregierung zielt darauf ab, für jeden gesetzlich Krankenversicherten eine ePA anzulegen, die Arztpraxen entsprechend befüllen müssen.

00qm|patzuf|pat_orient.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

Redesigning Health Care: 10 Rules

- Case based on continuous healing relationships
- Customization based on patient needs and values
- The patient as the source of control
- Shared knowledge and the free flow of information
- Evidence-based decision making
- Safety as a system property
- The need for transparency
- Anticipation of needs
- Continuous decrease of waste
- Cooperation amongst clinicians

IOM Quality Chasm 2001, p. 8-9

Prof. Dr. M. Schrappe

Redesigning Health Care: 10 Rules

- Case based on continuous healing relationships
- Customization based on patient needs and values
- The patient as the source of control
- Shared knowledge and the free flow of information
- Evidence-based decision making
- Safety as a system property
- The need for transparency
- Anticipation of needs
- Continuous decrease of waste
- Cooperation amongst clinicians

IOM Quality Chasm 2001, p. 8-9

Prof. Dr. M. Schrappe

Patientenperspektive

- Die Beschreibung des Nutzens über den Begriff der absoluten Wirksamkeit reicht nicht aus
- ... und wird ergänzt durch den Begriff der Angemessenheit,
- ... der die Patientenpräferenzen mit einbezieht.

Prof. Dr. M. Schrappe

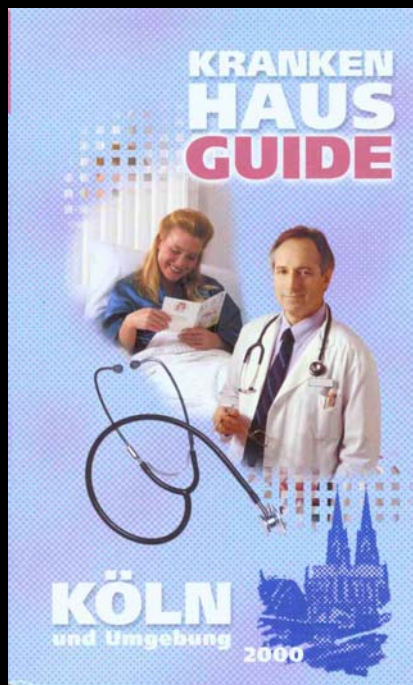
Kölner Patientenfragebogen (KPF)

Entwicklung und Validierung eines Fragebogens
zur Erfassung der Einbindung des Patienten als
Kotherapeuten (Köln 2001)

H. Pfaff, D.C. Freise	Medizin. Soziologie, Univ. Köln
G. Mager	Bundeswehrkrankenhaus Berlin
M. Schrappe	ZQM Klinikum Univ. Köln

in Zusammenarbeit mit dem
Verbund Qualitätsmanagement Köln

Prof. Dr. M. Schrappe, ZDE für QM, Klinikum der Universität zu Köln



Problemstellungen

- (1) Sektorierung
- (2) Therapie statt Prävention
- (3) Institutions- statt Patientenorientierung
- (4) Akut/operativ statt chronisch
- (5) NEU: Unterversorgung
- (6) Hohe Kosten, Qualität mittel

Institution vor Patient

- (1) Einrichtungs-bezogene Finanzierung
- (2) Einrichtungs-bezogene Outcomes
- (3) Dominanz technischer Instrumente
- (4) „Steuerung“ der Patienten statt der Institutionen
- (5) Ersatz menschlicher Kommunikation
- (6) Abkehr vom Maßstab des Behandlungsnutzens
- (7) Zentralisierung der Entscheidungen

Einsames Sterben im Krankenhaus

Singend fuhr er in die Klinik

Ein Familienvater wird operiert. Wegen der Pandemie darf seine Familie nicht zu ihm. Der Mann stirbt – und seine Tochter quälen nun schmerzvolle Fragen.

20.2.2022 10:18 Uhr

[↑ teilen](#)



Sein Leben lang war der Vater unserer Autorin der starke Mann, der immer alles im Griff hatte
Foto: Richard Baron/
plainpicture

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen

1. Lage und Strategie

Das pandemische COVID-19-Virus ist für die Politik, Gesellschaft und Wirtschaft in Deutschland und Europa die größte Herausforderung seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Ein Blick auf die Daten aus Asien und die Meldungen aus europäischen Nachbarländern zeigen, dass eine **Überschätzung der Größenordnung dieser Herausforderung zu immensen, irreversiblen Schäden führen wird**.

Die meisten Virologen, Epidemiologen, Mediziner, Wirtschafts- und Politikwissenschaftler beantworten die Frage «was passiert, wenn nichts getan wird» mit einem Worst-Case-Szenario von über einer Million Toten im Jahre 2020 – für Deutschland allein. Ein Expertenteam von RKI, IWi, SWP, Universität Bonn/University of Nottingham Ningbo China, Universität Lausanne und Universität Kassel bestätigt diese Zahlen mit einem für Deutschland entwickelten Gesamtmodell.

Die Vermeidung dieses Worst Case hat deswegen oberste strategische Priorität und ist nach den Berechnungen und Empfehlungen dieses Expertenteams nicht nur zwingend notwendig, sondern auch immer noch möglich.

Was ist zu tun?

- 1) **Kommunikation:** Der Worst Case ist mit allen Folgen für die Bevölkerung in Deutschland unmissverständlich, entschlossen und transparent zu verdeutlichen.
- 2) **Geschlossenheit:** Die Vermeidung des Worst Case ist als zentrales politisches und gesellschaftliches Ziel zu definieren. Politik und Bürger müssen dabei als Einheit agieren.
- 3) **Nachvollziehbarkeit:** Die Bürger müssen nachvollziehen können, dass folgende Maßnahmen nur mit ihrer Mithilfe zu ihrem Wohl umgesetzt werden müssen und können.
 - a. Soziale Kontakte sind für eine bestimmte Zeit auf ein Minimum zu reduzieren (soziale Distanzierung) und ein Ende dieser Maßnahmen ist von der nachvollziehbaren öffentlichen Wirkung dieser Maßnahmen abhängig zu machen.
 - b. Die Wirkung der Maßnahmen lässt sich am besten durch **Ausweiten des Testens** für alle Bürger in Echtzeit nachvollziehbar machen. Konsequenz getestet werden sollten Bürger mit Eigenverschuldung und der gesamte Kreis der Kontaktpersonen von positiv getesteten Bürgern. Großflächiges Testen vermittelt den von Ausgangsbeschränkungen betroffenen Bürgern ein **aktives Krisenhandeln des Staates**. Wir müssen von der Methode «Wir testen, um die Lage zu bestätigen» zur Methode «Wir testen, um vor die Lage zu kommen» wechseln (das belegt Südkorea eindrucksvoll). Eine zentrale Erfassung aller durchgeführten und zukünftig erfolgenden Tests ist unabdingbar. Eine **Bestimmung der nationalen Testkapazität** (Kapazitäten an Tests, med. Personal zur Durchführung, Auswertung) und deren größtmögliche Erhöhung sind überfällig. Dies erlaubt eine mit allen Bürgern geteilte Beobachtung der Ausbreitung und Eindämmung. Ein der Lage angemessenes und schrittweises Eingreifen in wirtschaftliche und gesellschaftliche Abläufe wird dadurch erst ermöglicht und die **Akzeptanz und Sinnhaftigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erhöht**.

1

BMI 4./7.4.2020

4. Schlussfolgerungen für Maßnahmen und offene Kommunikation

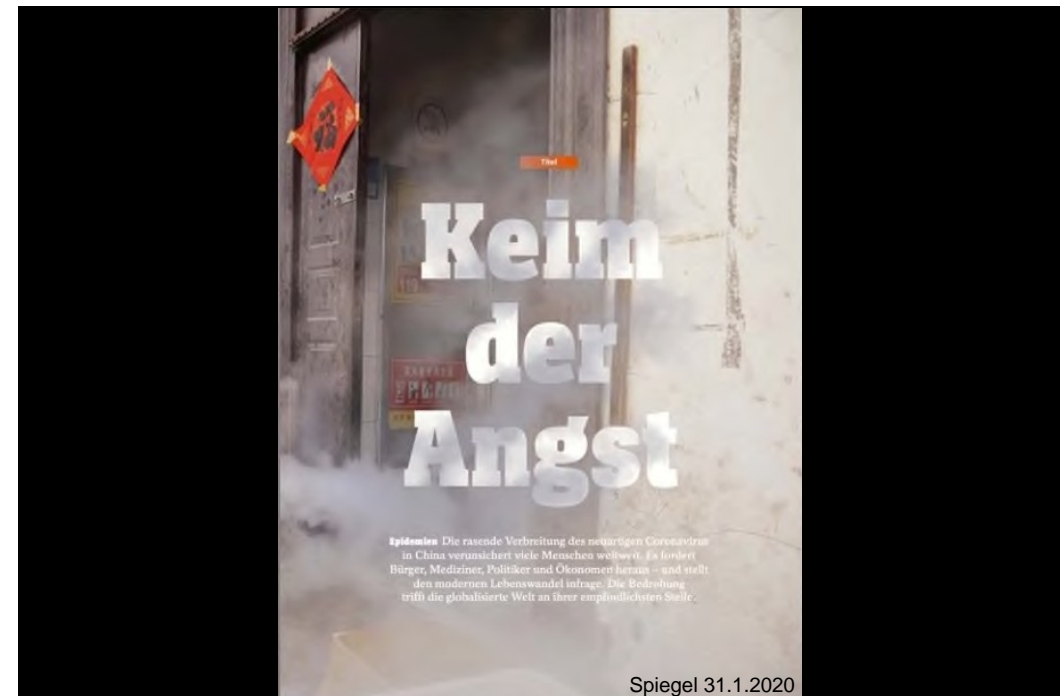
4 a. Worst case verdeutlichen!

Wir müssen wegkommen von einer Kommunikation, die auf die **Fallsterblichkeitsrate** zentriert ist. Bei einer prozentual unerheblich klingenden Fallsterblichkeitsrate, die vor allem die Älteren betrifft, denken sich viele dann unbewusst und uneingestanden: «Naja, so werden wir die Alten los, die unsere **Wirtschaft nach unten ziehen, wir sind sowieso schon zu viele auf der Erde, und mit ein bisschen Glück erbe ich so schon ein bisschen früher**». Diese Mechanismen haben in der Vergangenheit sicher zur Verharmlosung der Epidemie beigetragen.

Um die **gewünschte Schockwirkung** zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

- 1) Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und **sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause**. Das **Ersticken** oder nicht genug Luft kriegen ist **für jeden Menschen eine Urangst**. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.
- 2) "Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. **Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.**

BMI 4./7.4.2020





BMI, Berlin 2014

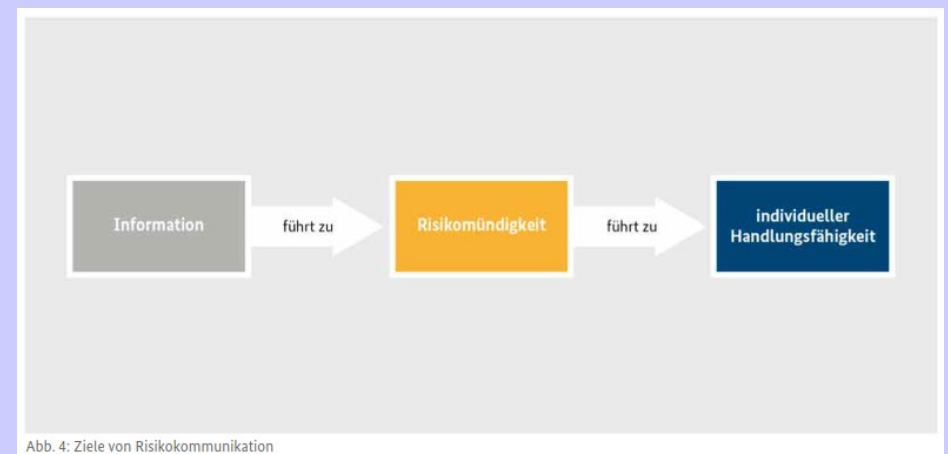
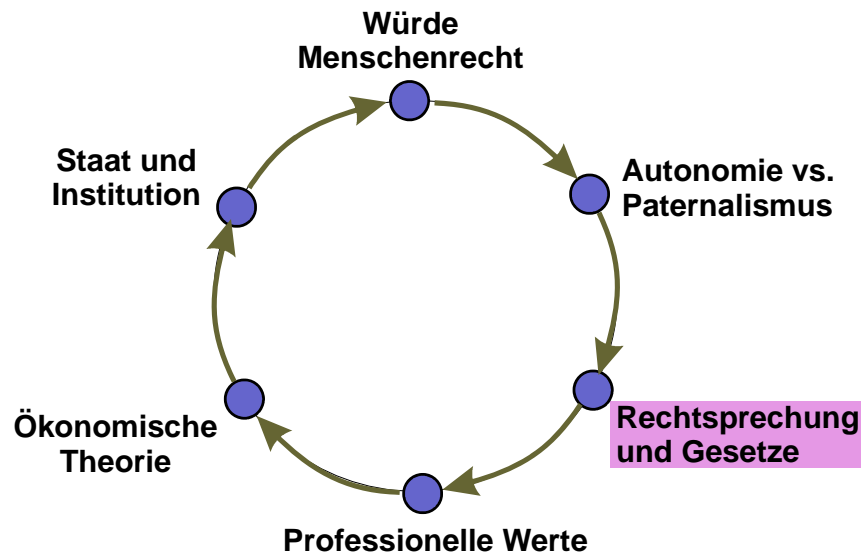


Abb. 4: Ziele von Risikokommunikation

Leitfaden Risikokommunikation, BMI, Berlin 2014



Begriff des “Kunstfehlers”

“Kunst besteht regelmäßig in der Ausübung einer Tätigkeit, die nicht an Regeln gebunden ist, vielmehr allein vom ingeniosen Einfall des Künstlers abhängt.

- ➔ Demgegenüber ist die ärztliche Tätigkeit regelgebunden ...”

Medizinischer Standard

Standard ist das, “was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.”

zit. n. Kern, B.-R., MedR 2004, 300

- Drei Elemente:**
- ➔ Wissenschaftliche Erkenntnis
 - ➔ Praktische Erfahrung
 - ➔ Professionelle Akzeptanz

Behandlungsfehler

- ➔ Verschulden
- ➔ Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt
- ➔ Kausalität zwischen Fehler und Schaden

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2182) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden die Angaben zu Buch 2 Abschnitt 8 Titel 8 wie folgt gefasst:

„Titel 8

Dienstvertrag und ähnliche Verträge

Untertitel 1

Dienstvertrag

Untertitel 2

Behandlungsvertrag“.

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

00qm\rm\aufklärung\kehr.cdr

Beweislasterleichterung

- Grober Behandlungsfehler
 - ➔ Der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden ist *grundsätzlich* zu vermuten.
- Organisationsverschulden, z.B.
 - ➔ Anfängeroperation
 - ➔ Voll beherrschbare Risiken
- Mangelnde Dokumentation
- Fehlerhafte Aufklärung
 - ➔ Voraussetzung für Eingriff nicht gegeben.

00qm\rm\faq.s.cdr

Häufige Fragen

- ➔ Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)

Häufige Fragen

- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !

Häufige Fragen

- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation

Häufige Fragen

- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich

Häufige Fragen

- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeiten haben, die Entscheidung zu überdenken, und muß **subjektiv** das Gefühl haben, die Entscheidung frei treffen zu können

Häufige Fragen

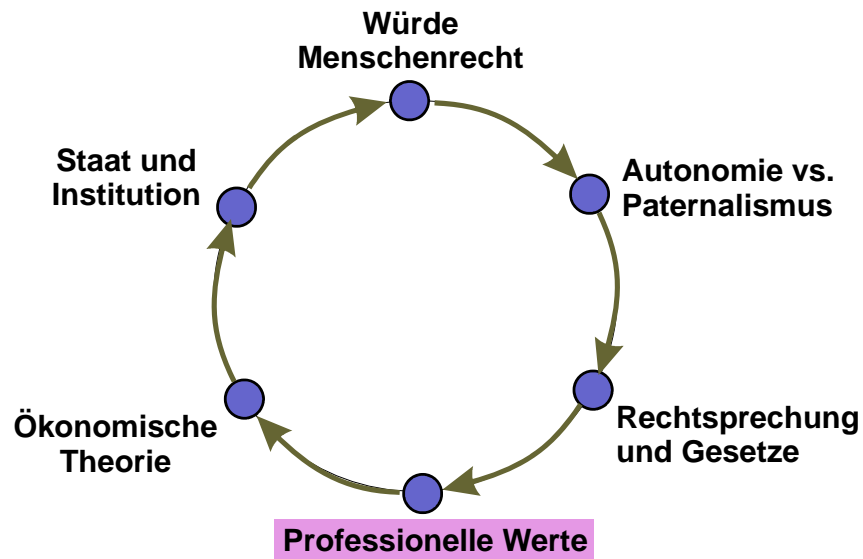
- ➔ Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- ➔ Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- ➔ Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- ➔ Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- ➔ Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeiten haben, die Entscheidung zu überdenken, und muß **subjektiv** das Gefühl haben, die Entscheidung frei treffen zu können
- ➔ Umfang: typische Risiken, der Lebenssituation angepaßt, keine "voll beherrschbaren Risiken"

Häufige Fragen

- ➔ Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- ➔ Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- ➔ Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- ➔ Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- ➔ Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeiten haben, die Entscheidung zu überdenken, und muß **subjektiv** das Gefühl haben, die Entscheidung frei treffen zu können
- ➔ Umfang: typische Risiken, der Lebenssituation angepaßt, keine "voll beherrschbaren Risiken"
- ➔ Die Aufklärung muß Behandlungsalternativen umfassen, auch wenn sie 2. Wahl sind (einschl. Nicht-Behandlung)

Häufige Fragen

- ➔ Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- ➔ Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- ➔ Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- ➔ Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- ➔ Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeiten haben, die Entscheidung zu überdenken, und muß **subjektiv** das Gefühl haben, die Entscheidung frei treffen zu können
- ➔ Umfang: typische Risiken, der Lebenssituation angepaßt, keine "voll beherrschbaren Risiken"
- ➔ Die Aufklärung muß Behandlungsalternativen umfassen, auch wenn sie 2. Wahl sind (einschl. Nicht-Behandlung)
- ➔ Wenn die Grundaufklärung lückenhaft ist, können auch nicht aufklärungspflichtige Risiken relevant werden



Prof. Dr. M. Schrappe

Fehlerkette: Seitenverwechslung



Versagende Kontrolle

DIAGNOSE

1. Tumor im **linken** Lungenflügel
2. Gespräche von Stations- und Chefarzt mit dem Patienten: **OP links**

OPERATIONSPLAN

3. Stationsarzt schreibt vorläufigen OP-Plan: **OP rechts**
4. Oberarzt zeichnet OP-Plan ab: **OP rechts**

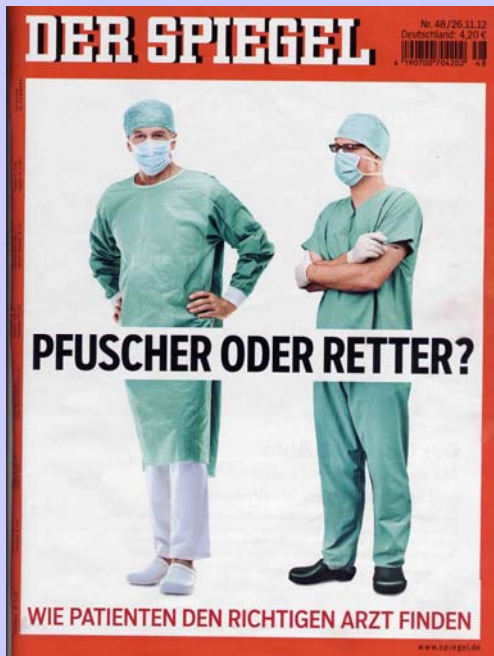
OPERATION

5. Anästhesisten lagern Patienten im OP ohne Blick in die Krankenakte: **OP rechts**
6. Oberarzt ist Operateur, kein Patientengespräch vor der OP: **OP rechts**
7. Stations- und Oberarzt fällt auf den Röntgenbildern nichts auf: **OP rechts**
8. Oberarzt stutzt nicht, als er den Tumor nicht tasten kann: **OP rechts**

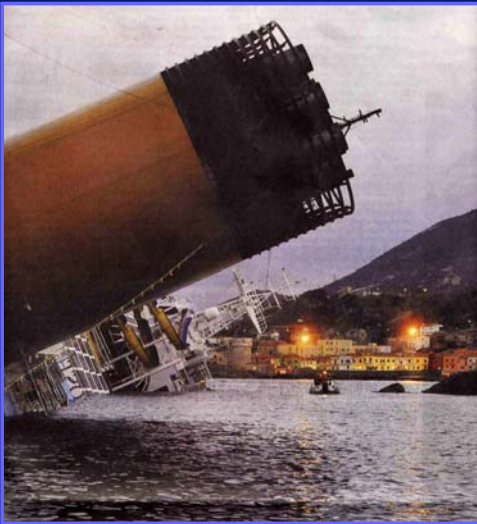
Operation rechts

Spiegel 16.12.2002

Prof. Dr. M. Schrappe



Costa Concordia

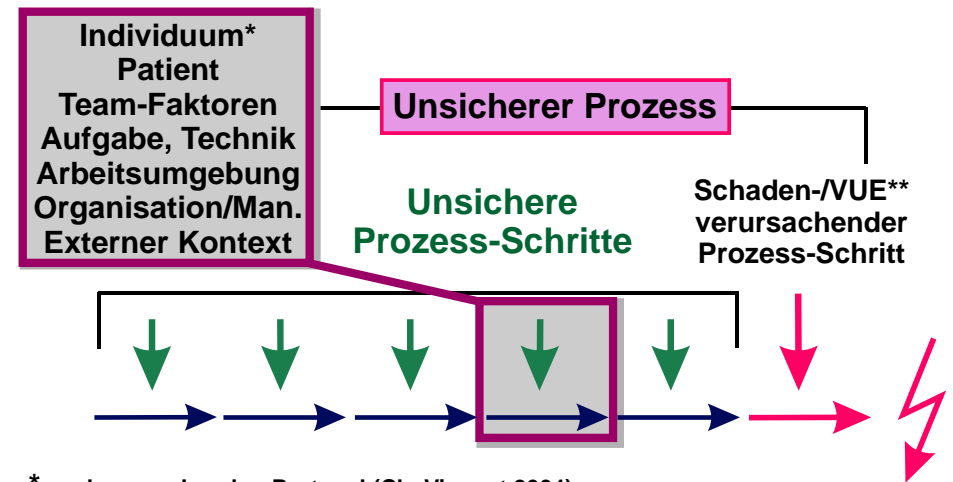


13.01.2012, 21:45
Mayday 22:58
Insel Giglio

Kapitän Schettino
Reederei Costa
Ort Giglio

Prof. Dr. M. Schrappe

Prozess-Sicht



* analog zum London Protocol (Ch. Vincent 2004)

** VUE Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (epid. Schaden)

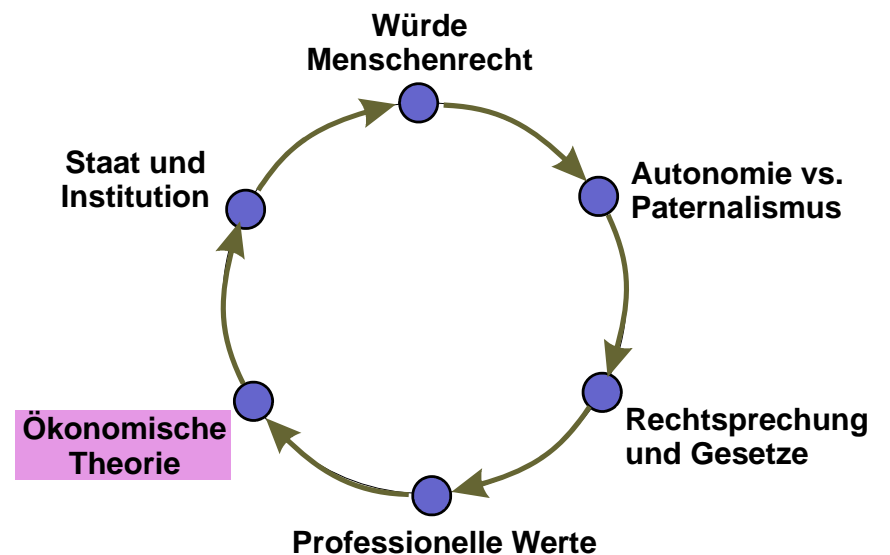
Prof. Dr. M. Schrappe

Aktion Saubere Hände



- Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- Verstärkung Händedesinfektion
- Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- Integration in KISS
- Nationale Aktionstage
- Regionale Aktionen, alle Medien
- Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Health Care Consumerism

“In a competitive system, consumers can then
vote with their feet...”

Angell M, Kassirer J: Quality and the medical
marketplace - following elephants. NEJM 1996, 335: 883-5

Prof. Dr. M. Schrappe



“Qualitätswettbewerb”

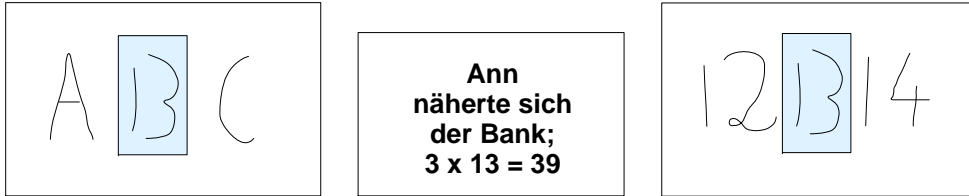
- ➔ Konzept
- ➔ Public Disclosure
- ➔ Pay for Performance

Prof. Dr. M. Schrappe

Patienten: Kundensouveränität ?

Prof. Dr. M. Schrappe

Ausschaltung von Ambiguität



Prof. Dr. M. Schrappe

Patienten: Rationales Verhalten?

Welches Krankenhaus würden Sie nach Lektüre des Qualitätsberichtes heute (2015) vorziehen?

➔ Krankenhaus 1

Verbesserung auf die Hälfte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 10%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

➔ Krankenhaus 2

Verschlechterung auf das Doppelte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 2,5%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

Prof. Dr. M. Schrappe

Patient-Centered Care

- ➔ Aktive Beteiligung von Patienten an Entscheidungen der individuellen Gesundheitsversorgung
- ➔ Berücksichtigung der Bedürfnisse, Werte und Vorstellungen der Patienten
- ➔ Verbesserung der Kommunikation in der Behandlungssituation
- ➔ Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch gezielte Gesundheitsinformationen
- ➔ Auf Seiten der Patienten: Informationen verstehen, kommunikative Kompetenz einsetzen, Präferenzen artikulieren, Wissen aneignen und in Verhalten umsetzen

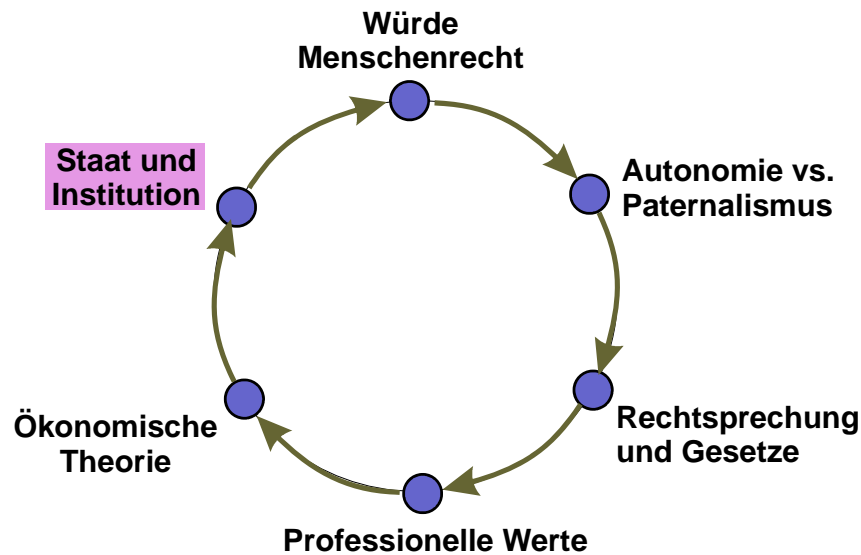
modif. n. Zill und Härter 2017

Prof. Dr. M. Schrappe

Angemessenheit

- ➔ Die Beschreibung des Nutzens für den individuellen Patienten oder Patientengruppen durch die relative Wirksamkeit einer Gesundheitsleistung,
- ➔ umfassend die in klinischen Studien nachgewiesene Wirkung und
- ➔ die **Präferenzen von Individuen, Gemeinschaft und Gesellschaft.**

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Autorengruppe Gesundheit*

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem

Short Paper #1

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einer tiefen Krise. Facharzttermine sind für gesetzlich Krankenversicherte, wenn überhaupt, erst nach Monaten zu bekommen. Privatversicherte werden bevorzugt, weil ihre Behandlung in den Arztpraxen mehr als doppelt so hoch vergütet wird wie in der kassenärztlichen Versorgung. Die Übergänge zwischen den Versorgungsebenen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) werden immer schwieriger, die Kosten steigen rasant. In Sachen Qualität und Patientensicherheit befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich bestenfalls im Mittelfeld. Die Digitalisierung – als Allheilmittel angepriesen – erhöht teilweise den Bürokratieaufwand eher als dass sie eine Hilfe darstellt. Hinzu kommt ein beachtlicher und sich schon lange ankündigender Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen. Die Team-basierte Zusammenarbeit der Professionen ist mangelhaft. Es fehlen hunderttausende

Zusammenfassung

Früher haben wir in Deutschland nur über Über- und Fehlversorgung gesprochen, heute ist das deutsche Gesundheitssystem durch ein neues Phänomen bedroht: die Unterversorgung. Fehlende Facharzttermine, Krankenhausschließungen, Lieferengpässe von Arzneimitteln – und die Kosten steigen rasant. Die Stellungnahme der „Autorengruppe Gesundheit“ verfolgt daher das Ziel, dieses neue Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu stellen. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint uns so wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist. Standen vor einigen Jahren noch die Patientenorientierung und patient reported outcomes im Mittelpunkt, wird heute, ganz im Duktus paternalistischer Konzepte, von Patientensteuerung und Optimierung gesprochen.

Das Papier gliedert sich in 7 Abschnitte: Begriffsklärung, Konzept von Unterversorgung auf Basis des Sachverständigenrats-Konzeptes zum Bedarf, Systematik zu den Formen von Unterversorgung mit besonderer Betonung des Zugangs, und dann konkrete Darstellung in fünf ausgewählten Themenbereichen: hausärztliche Versorgung, spezialfachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflege und Arzneimittelversorgung. Das vorletzte Kapitel betrifft die System-seitigen Ursachen für Unterversorgung. Am Schluss werden einige Lösungsperspektiven diskutiert, die aber in nachfolgenden Papieren noch ausführlicher dargestellt werden.

Schlüsselwörter

Über-, Unter- und Fehlversorgung, deutsches Gesundheitssystem

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709>

Im 2. Kapitel wird dieses in den letzten 20 Jahren dominierende Verständnis vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung einer kurzen Kritik unterzogen. Insbesondere werden einige Anhaltspunkte dafür aufgezeigt, dass sich Entscheidungen im Gesundheitswesen nicht allein durch die Nutzenbetrachtung, sondern auch durch gesellschaftliche Präferenzen und politische Schwer-

Demographie-adäquate Versorgung?

Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung akuter Erkrankungen

Prof. Dr. M. Schrappe

Demographie-adäquate Versorgung?

Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung akuter Erkrankungen

➔ Die Zukunft des Gesundheitssystems muss die Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten unter den Bedingungen der alternden Gesellschaft ermöglichen

Prof. Dr. M. Schrappe

Adäquate Versorgung

00qmallgtripleaim.cdr

➤ Ziele

- Individuelle Patienten: Verbesserung der Gesundheit
- Populationen: Verbesserung des Gesundheitsstatus
- Optimaler und effizienter Ressourcenverbrauch

➤ Voraussetzungen

- Spezifizierte Population
- Umfassende Versorgung
- Existenz einer integrierenden Instanz ("Integrator")

➤ "Integrator"

- Einbeziehung von Patienten und Familien
- Gestaltung der Primärversorgung
- Verantwortlichkeit für Gesundheitsstatus der Population
- Übernahme der finanziellen Verantwortung
- Integration in das Gesundheitssystem (Makroebene)

Prof. Dr. M. Schrappe

Berwick et al. Health Aff. 27, 2008, 759

Schon vergangene Woche soll Lauterbach eine Art **Transparenz-Drohung** ausgesprochen haben: **Wenn es keine Einigung und damit auch keine Krankenhausreform gebe, dann müsse er die Qualität der ärztlichen Versorgung eben anders sicherstellen, soll Lauterbach skizziert haben.** Dann würde er die **Daten über die Versorgungsqualität, die zu jeder einzelnen Klinik vorliegen, eben für die Bürgerinnen und Bürger öffentlich machen.** Das könne zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.

Könnte schmerzhaft werden

Karl Lauterbach hat Kompromisse angeboten und geschmeichelt. Jetzt will der Gesundheitsminister die Länder zu einer Einigung zwingen – mit einer Drohung: Er will öffentlich machen, wie gut oder schlecht die einzelnen Krankenhäuser wirklich sind

Von Angelika Stavik und Rainer Stadler

In politischen Berlin stecken hinter eher nüchternen Terminankündigungen ja oft große Kämpfe. An diesem Donnerstag etwa treffen in der Hauptstadt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) und seine Kollegen aus den Ländern aufeinander. Offiziell ist es eine Beratung der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“, wie es sie nun schon seit Monaten regelmäßig gibt. Aber diesmal wartet hinter dem schüden Titel nicht weniger als ein echter Berliner Show-down: Denn an diesem Tag will Karl Lauterbach die Länder in einen Kompromiss zwingen. Ob die sich darauf einlassen? Völlig offen. Aber klar ist – dieser Tag wird für die Frage entscheidend sein, ob Karl Lauterbach am Ende als erfolgreicher oder als gescheiterter Bundesgesundheitsminister betrachtet werden wird.

Krebstherapien oder komplizierte Operationen, will Lauterbach nur noch in spezialisierten Zentren sehen – nicht mehr in kleineren Krankenhäusern, die bislang von der Knieoperation bis zur Chemotherapie alles anbieten. Denn ein kleines Haus, das bestimmte Fälle nur ein paar Mal im Jahr behandle, könne, so sieht es der Minister, nicht die gleiche Qualität liefern wie eine Spezialklinik.

Schon zuvor hatte Heiletschek ein Rechtsgutachten vorgelegt: Demnach sei Lauterbach laut Verfassung überhaupt nicht berechtigt, sich in die Krankenhausplanung einzumischen. Das sei nämlich Ländersache. Gestoppt hat das die Reform bisher nicht. Dennoch gibt es auch aus den eigenen Reihen Kritik. **Friedenburger SPD-Landtagsfraktion** erstelle gerade ein **Grundsatzpapier, in dem sie forderte, dass viele Leistungen auch künftig „ortsnah“**

zur Verfügung stehen müssten. Insbesondere in den ostdeutschen Ländern müsse es die Möglichkeit geben, „ansonsten nur schwer aufrechterhaltene ambulante Versorgung auch an Krankenhäusern gewährleisten zu können“.

Skepsis begleitet Lauterbachs Pläne von Anfang an – und im Lauf der Diskussion haben alle Parteien auch emotional einiges miteinander durchgemacht. Mit Karl-Josef Laumann, dem einflussreichen Gesund-

heitsminister aus Nordrhein-Westfalen (CDU), hatte es sich Lauterbach zwischenzeitlich übel verschert, bevor er ihn zuletzt wieder über alle Maßen lobte. Zudem kann der Minister den Ländern in einigen Punkten durchaus entgegen – um dann an anderen Stellen wieder rote Linien zu ziehen.

Am Donnerstag sucht Lauterbach nun die Entscheidung – auf erste Punkte müsse sich die Runde einigen, ist zu hören. Dass der Minister drängt, hat mit dem Zeitplan zu tun, den er selbst vorgegeben hat: Noch vor der parlamentarischen Sommerpause hat er Eckpunkte eines Gesetzesentwurfs versprochen, also bis Ende Juni. Dafür ist er auch bereit, die Länder unter Druck zu setzen.

Schon vergangene Woche soll Lauterbach eine Art **Transparenz-Drohung** ausgesprochen haben: **Wenn es keine Einigung und damit auch keine Krankenhausreform gebe, dann müsse er die Qualität der ärztlichen Versorgung eben anders sicherstellen, soll Lauterbach skizziert haben.** Dann würde er die **Daten über die Versorgungsqualität, die zu jeder einzelnen Klinik vorliegen, eben für die Bürgerinnen und Bürger öffentlich machen.** Das könne zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.

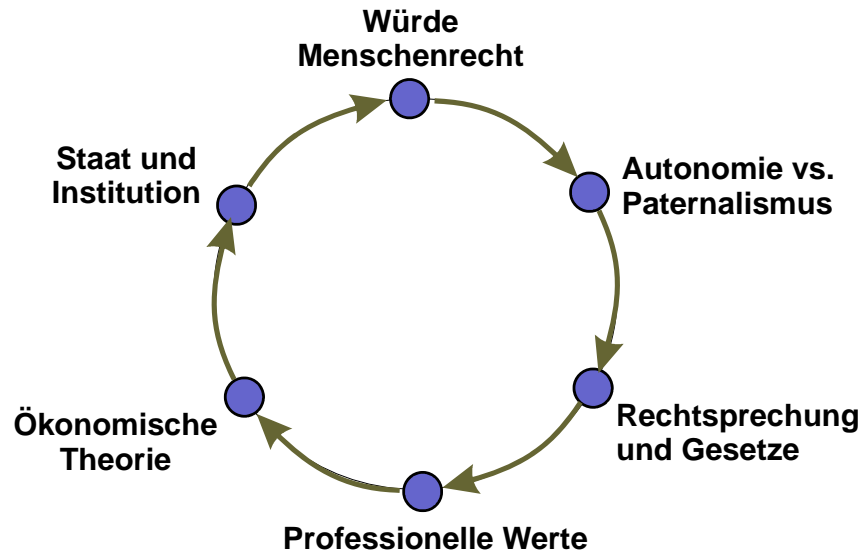
Für einige Landesminister soll das, parteiübergreifend, eine Horravorstellung



Sichtbar nicht auf einer Wellenlänge: Klaus Heiletschek (links) und Karl Lauterbach nach einer Bund-Länder-Diskussion im Februar. FOTO: CHRIS EHL, JANSSEN/MAG

3. Bundesparteitag Magdeburg, 6. Dezember 2025





Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com

Prof. Dr. M. Schrappe

Noch mehr tote Frühchen

Staatsanwaltschaft ermittelt gegen ehemaligen Bremer Chefarzt

Von Ralf Wiegand

Bremen - Das Ausmaß der Infektionen in der Abteilung für Frühgeborene im Bremer Klinikum Mitte ist möglicherweise größer, als die Klinikleitung bisher zugegeben hat. Zumindest hat die Staatsanwaltschaft mittlerweile den Verdacht, dass in der Hängestadt nicht nur drei Frühchen an einem resistenten Darmkeim gestorben sind, wie bisher angenommen, sondern sogar sechs. Nach Angaben des Sprechers der Staatsanwaltschaft, Frank Passade, gehen die Ermittler nun davon aus, dass es auch Todesfälle im März und Juli dieses Jahres und sogar einen bereits im Jahr 2010 gegeben hat, die alle auf denselben Keim zurückzuführen sind - ob auch auf dieselbe Unterart, müsse noch geklärt werden. Im Fokus steht der inzwischen listlos entlassene Leiter der Station. Der Arzt wird laut Passade „als Beschuldigter geführt“.

Seit rund drei Wochen beschäftigt sich bei der Bremer Staatsanwaltschaft die Abteilung VI mit den Patientenakten, die nach Bekanntwerden von drei Todesfällen Anfang November sichergestellt worden waren. Die Experten für Straftaten rund um Medizin und Heilung suchen seitdem nach den Verantwortlichen für die fahrlässige Tötung der Bremer Frühchen - und nach der genauen Anzahl der Opfer. Die neuen Verdachtsfälle hätten sich einerseits aus der Aktenlage und andererseits aus Aussagen von Eltern ergeben, sagte Staatsanwaltschaftssprecher Passade. „Wenn sich Eltern freiwillig bei uns melden und Angaben machen, kann man das schon als Anzeige werten.“

Die Süddeutsche Zeitung hatte bereits vor zwei Wochen berichtet, dass es mehr Fälle geben könnte, als die Klinikleitung zunächst zugegeben hatte (SZ vom 11. November). Eine ungewöhnliche Häufung von Todesfällen schon im Juli bestätigte das Management zwar - die Kinder seien aber an anderen Vorschädigungen gestorben, hieß es damals. „Wir gehen weiter von drei toten Kindern aus“, er-

klärte die Sprecherin des Bremer Klinikverbundes, Karen Matiszick, nun. Im Juli sei ein Frühchen an einer Hirnblutung gestorben, das den Keim in sich trug, aber daraus nicht erkrankte. Die beiden anderen Babys seien Anfang 2011 und im vergangenen Jahr gestorben. Bei einem sei der Erreger nicht nachgewiesen worden, das andere sei mit einer anderen Form des Klebsiella-Bakteriums infiziert gewesen.

Das Personal der Klinik - allgemein wie in der Neonatologie, der Spezialabteilung für Neugeborene - unter 1500 Gramm - hatte davon abgesehen über Monate hinweg Überlastungsanzeigen verfasst. Ausreichende Hygiene braucht Zeit, Personalmangel verursacht Zeitnot - auch in diese Richtung ermittelt die Staatsanwaltschaft. Außerdem soll der leitende Arzt schon im September auf die Möglichkeit eines Keimausbruchs hingewiesen worden sein, den Verdacht aber zurückgewiesen haben. Nach Darstellung der Klinik hätte aber der Arzt die Epidemie melden müssen, damit weitere Schritte, wie die Schließung der Abteilung, hätten erfolgen können - was erst nach weiteren Todesfällen geschah.



Monatelang überlastet? Die neonatale Intensivstation der Frauenklinik im Klinikum Bremen-Mitte. Foto: ddp

Angemessenheit

- Die Beschreibung des Nutzens für den individuellen Patienten oder Patientengruppen durch die relative Wirksamkeit einer Gesundheitsleistung,
- umfassend die in klinischen Studien nachgewiesene Wirkung und
- die individuellen Patientenpräferenzen.



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



Fachlichkeit: Querschnittsthemen

1. Epidemiologische Grundkonzepte
2. Methodik der Evidenzgenerierung
3. Patientenautonomie und -orientierung
4. Qualität und Sicherheit als Richtschnur
5. Moderne Versorgungskonzepte (u.a. *primary care*)
6. Verständnis Public Health
7. Gesundheitsversorgung als komplexes System
8. Prävention als komplexe Intervention (CMCI-Konzept)
9. Standard der Komplexen Mehrfachintervention

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

„Eine Spannung ohne Ausweg“

In der Pandemie beraten Forscher die Politik. Peter Strohshneider, ehemals DFG-Präsident, überein schwieriges Verhältnis und den Wunsch nach Komplexitätsreduktion.



Herr Professor Strohshneider, im März haben Epidemiologen und Virologen das Ruder übernommen, es war die Stunde der Wissenschaft. In gewissem Sinne führte die Exekutive nicht parlamentarische Mehrheitsentscheidungen aus, sondern Ansprüche von Wissenschaft. Wie

den Beitrag zur Pandemiebewältigung leisten könnten.

In der Tat wird derzeit die Medizin vielfach mit den Wissenschaften überhaupt verwechselt und nach ihrer Expertise gefragt. Das kann man ja auch gut verstehen. Doch neigt ein wissenschaftlicher Reduktionismus dazu, zu übersehen, wie gravierend und weitreichend zugleich die psychologischen, pädagogischen, ökonomischen, verfassungsrechtlichen, soziologischen oder auch ästhetischen Folgen der Pandemie sind. Wenn der direkte medizinische Handlungsdruck sinkt, wird man auch auf das Wissen dieser Fächer zurückgreifen müssen, um mit den Pandemiewirkungen gut umgehen zu können.

Was wäre für Sie eine sinnvolle Form der Politikberatung?

Es gibt dafür ja ganz verschiedene Möglichkeiten. Weil wissenschaftliches Wissen stets unter methodischem Vorbehalt steht, spielen allerdings neben diesem Wissen selbst stets auch **Autorität, Glaube**

„Heute ist vorhersehbar, welcher Wissenschaftler welche Position vertreten wird.“

„Das öfter abgegebene Bekenntnis „Ich glaube an die Wissenschaft“ ist übrigens paradox.“

FAZ 22.12.2020

Würde: GG Art. 1

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Würde: GG Art. 1

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen **Menschenrechten** als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.



Patienten: Kundensouveränität ?

- ➔ Verhalten und ökonomische Rationalität
- ➔ Empirische Daten zu Public Disclosure
- ➔ Problematik der Fehlversorgung