

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: Soziukturelles 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

► 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

Fachlichkeit

- Einzelthemen
- Querschnittsthemen
- Systemwissen

Prof. Dr. M. Schrappe

inf_qm_corona_fachlich.cdr

00inf_qm/corona/medien/multiple_kaldewey.cdr

"Krise der Faktizität"

► Alternative Fakten

- Unqualifizierte Meinung
- Desinformation

► Unsicheres Wissen

- Known Unknowns
- Unknown Unknowns

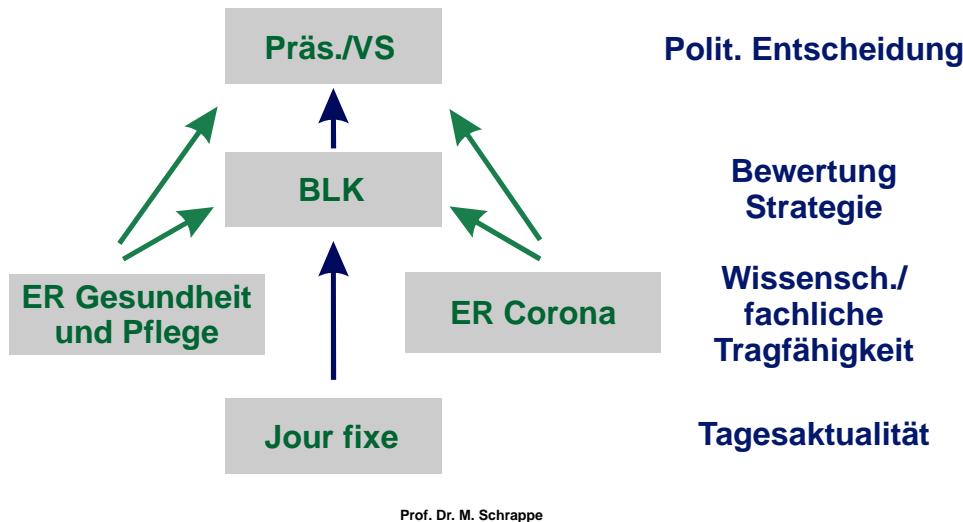
► Multiple Fakten

- "Pluralität disziplinärer und wertgeladener wiss. Perspektiven"
- Repräsentieren jeweils robustes wissensch. Wissen
- Stehen in Spannung zueinander

D. Kaldewey, pers. Comm., 2024

Prof. Dr. M. Schrappe

BSW: Struktur Gesundheit



Exponentrat 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 Exponentrat
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Prof. Dr. med. Jan-Peter Wamke

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

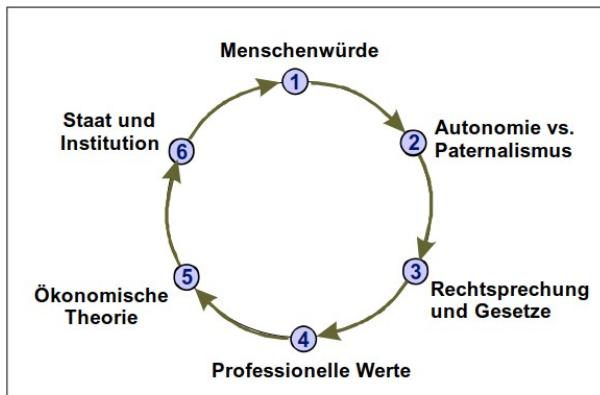
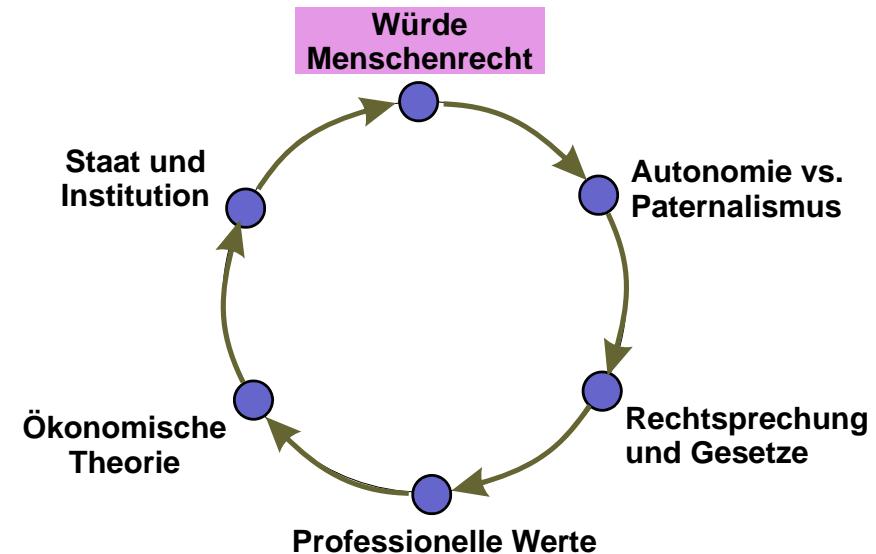


Abb. 1: Menschewürde als übergeordnete Wertentscheidung in der Gesundheitsversorgung, gefolgt von Patientenautonomie, rechtlichen Aspekten, professionellen Haltungen, Ökonomie und Verständnis von Institutionen und Staat



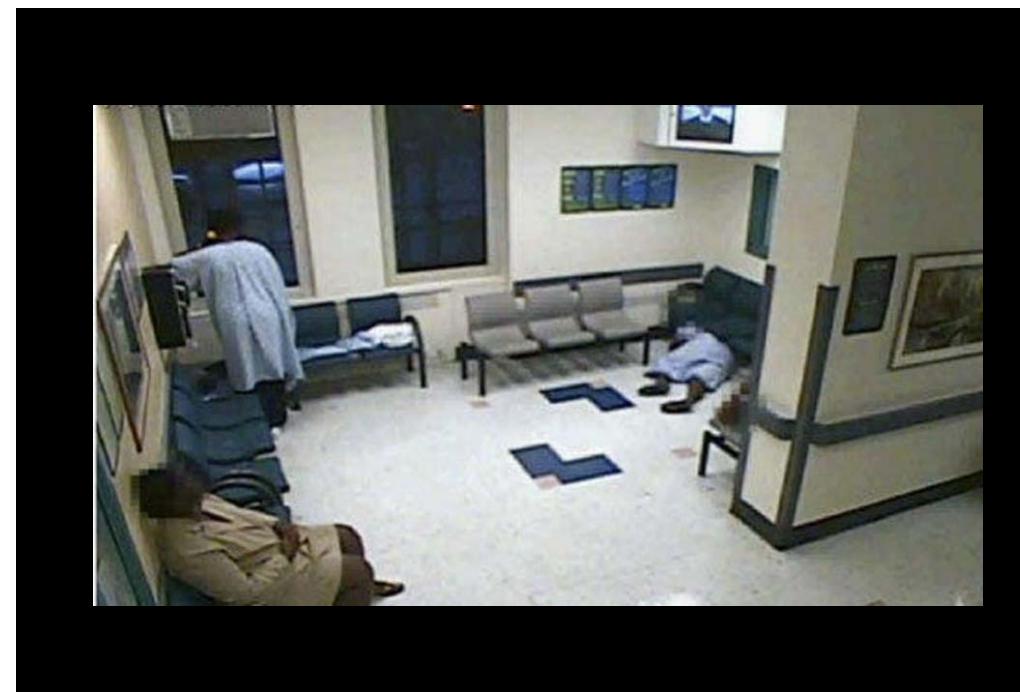
Prof. Dr. M. Schrappe

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.

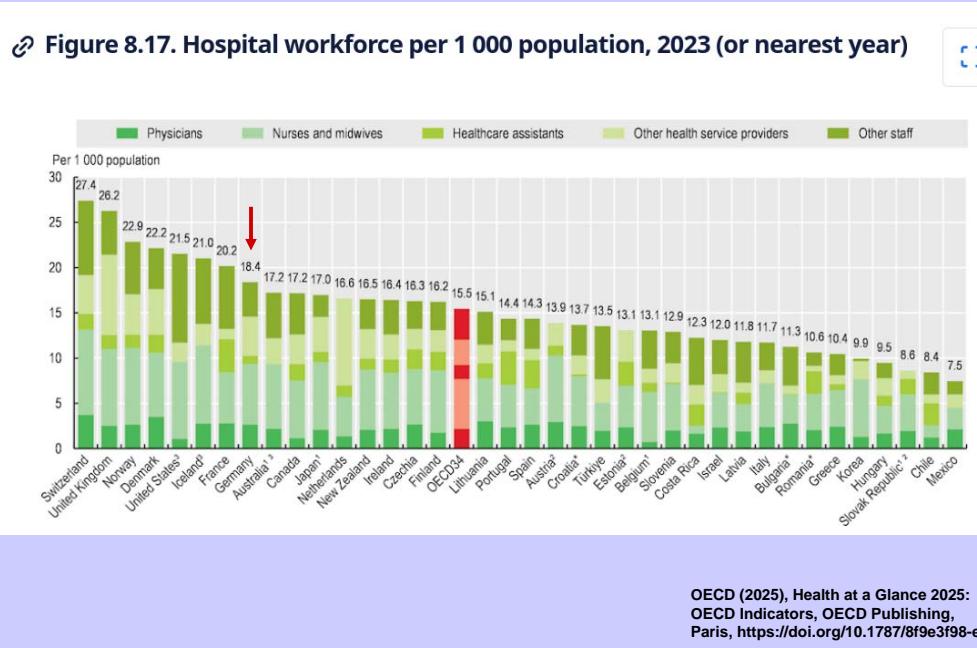




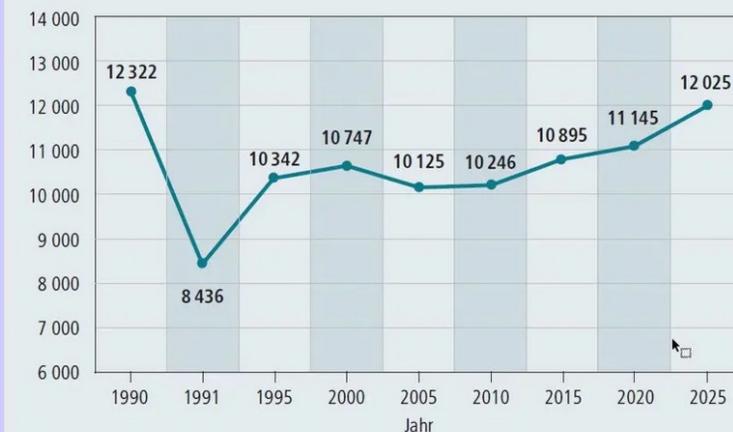
Teil A: Allgemeine Grundsatzfragen

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)



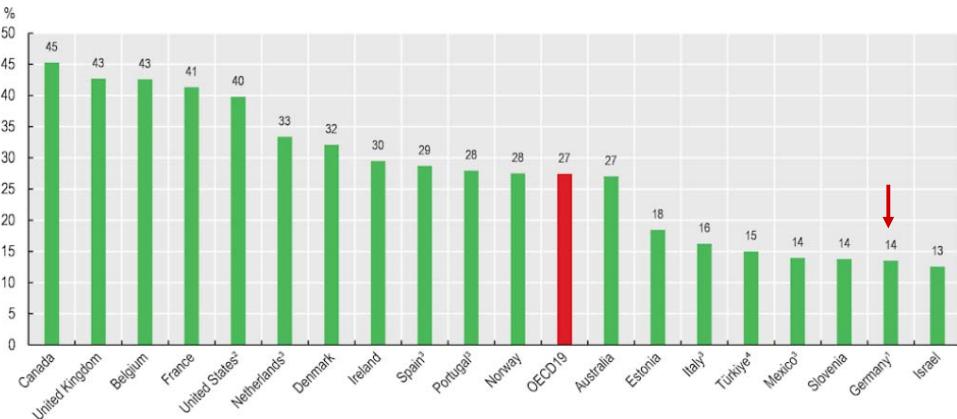
Studienplätze an staatlichen Fakultäten in der Medizin



Quelle: desFas, Stiftung für Hochschulzulassung, Deutsche Hochschulmedizin

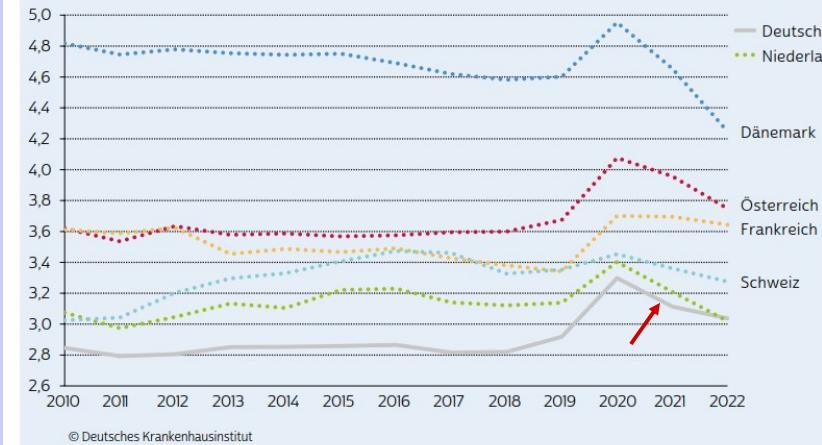
In der Nachwendezeit wurde die Zahl der Medizinstudienplätze an staatlichen Fakultäten stark reduziert. Hintergrund war ein massiver Ärzteüberschuss, der bis etwa 2010 anhielt. Die Reduktion ging mit einer Ausweitung der praktischen Ausbildunganteile im Studium einher.

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>

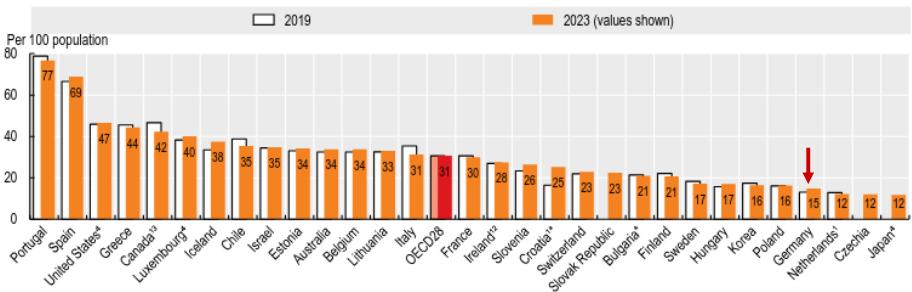
Abbildung 9: Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser in % des BIP von 2010 bis 2022



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

Heber, R., Offermanns, M.: Gesundheits- und Krankenhausausgaben 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)

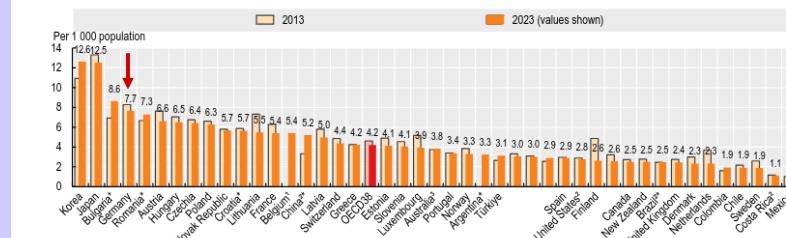
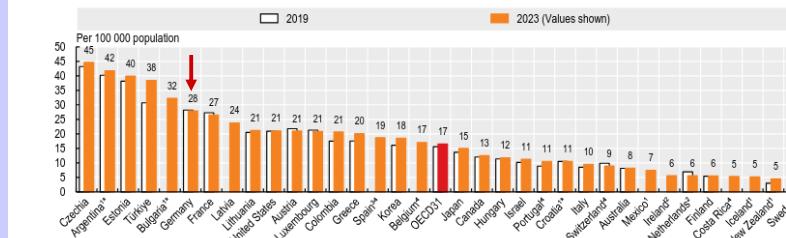


Figure 5.21. Adult intensive care beds, 2023 and 2019 (or nearest year)



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

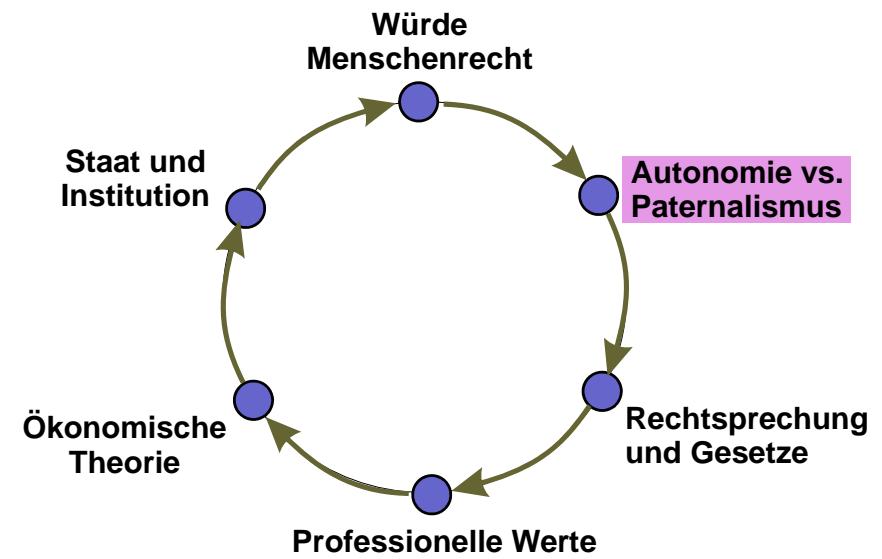


27. Juni 2025

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.



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

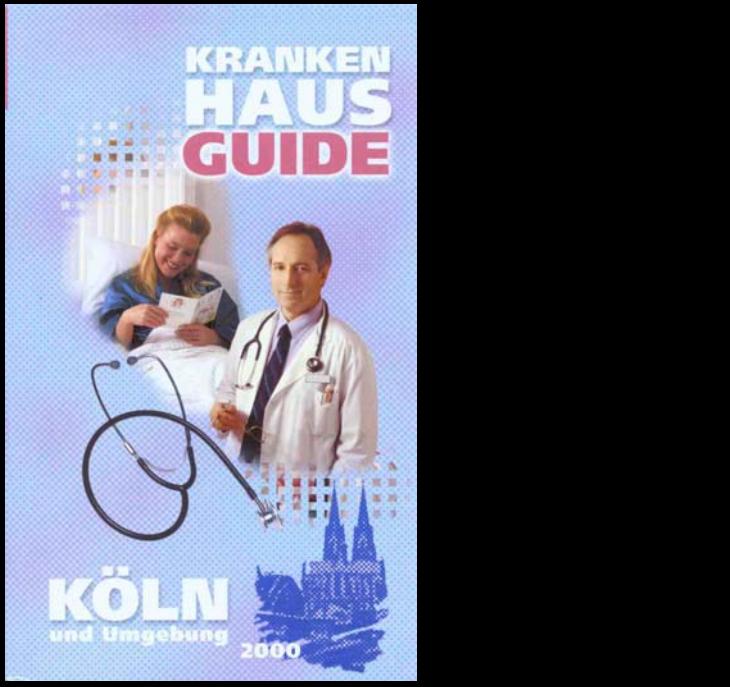
Kölner Patientenfragebogen (KPF)

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



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

Problemstellungen

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

Einsames Sterben im Krankenhaus

Singend fuhr er in die Klinik

Ein Familenvater 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 aller asiatischen Nachbarländern zeigen, dass eine Unterschätzung 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 Jahr 2020 – für Deutschland allein. Ein Expertenteam von RKI, RIVI, IWF, SWP, Universität Bonn/Universität 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 dem Maßnahmenziel erreicht werden 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. Konsequent getestet werden sollten Bürger mit Eigenverdacht und der gesamte Kreis der Kontakt Personen von positiv getesteten Bürgern. Großflächiges Testen vermittelt den von Ausgangsbeschränkungen betroffenen Bürgern ein aktives Krisenhandeln des Staates. Wir müssen von der Methodik des Testens und der Lage zu einem Testen überzeugt sein. «Wir testen, um vor die Lage zu kommen» weist auf die legitime Stütze einer durchsetzbaren sozialen Erholung aller durchgeführten und zukünftig erfolgreichen 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 schriftwises 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.

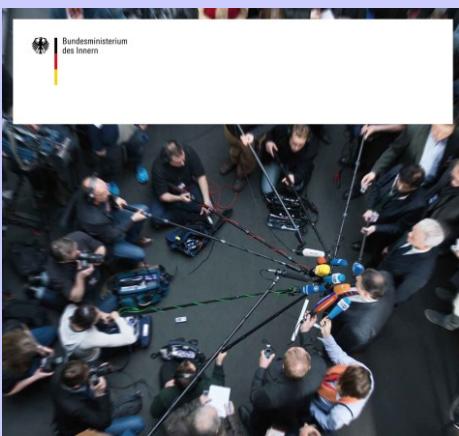
Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

- 1) Viele Schwerkranken 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

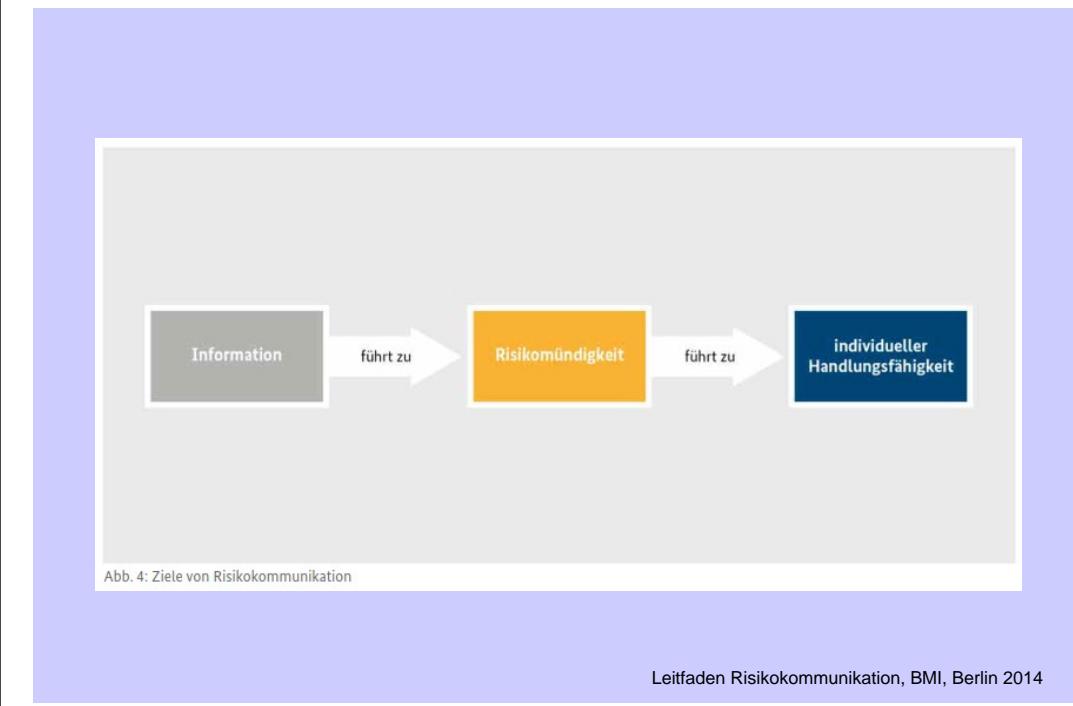


Spiegel 31.1.2020

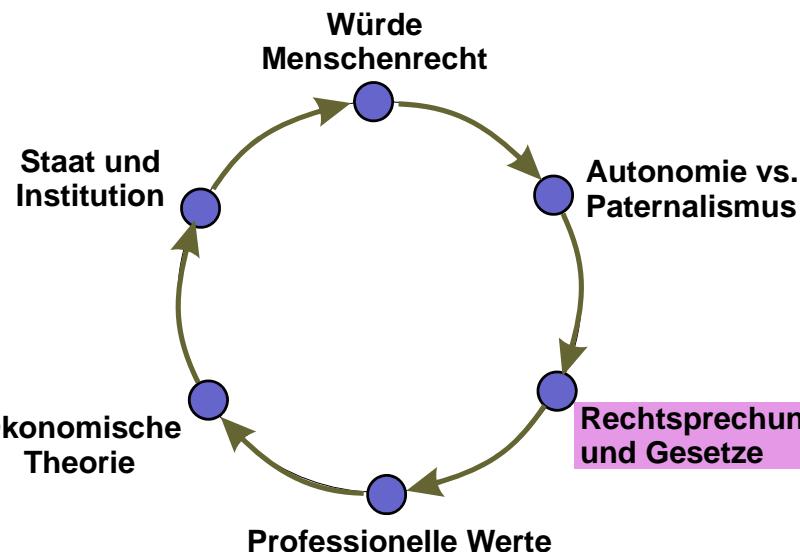


Leitfaden
Krisenkommunikation

BMI, Berlin 2014



Leitfaden Risikokommunikation, BMI, Berlin 2014



Prof. Dr. M. Schrappe

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 ...”

Rehborn 2000, S. 153

Prof. Dr. M. Schrappe

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

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\rm\shaftpfli\standard.cdr

Behandlungsfehler

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

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\rm\kunstfeh.cdr

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.

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\laufklär\umkehr.cdr

Häufige Fragen

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

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\rm\faqs.cdr

Prof. Dr. M. Schrappe

Häufige Fragen

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Häufige Fragen

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

Prof. Dr. M. Schrappe

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

Prof. Dr. M. Schrappe

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 Möglichkeit haben, die Entscheidung zu überdenken, und muß **subjektiv** das Gefühl haben, die Entscheidung frei treffen zu können

Prof. Dr. M. Schrappe

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 Möglichkeit 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"

Prof. Dr. M. Schrappe

Häufige Fragen

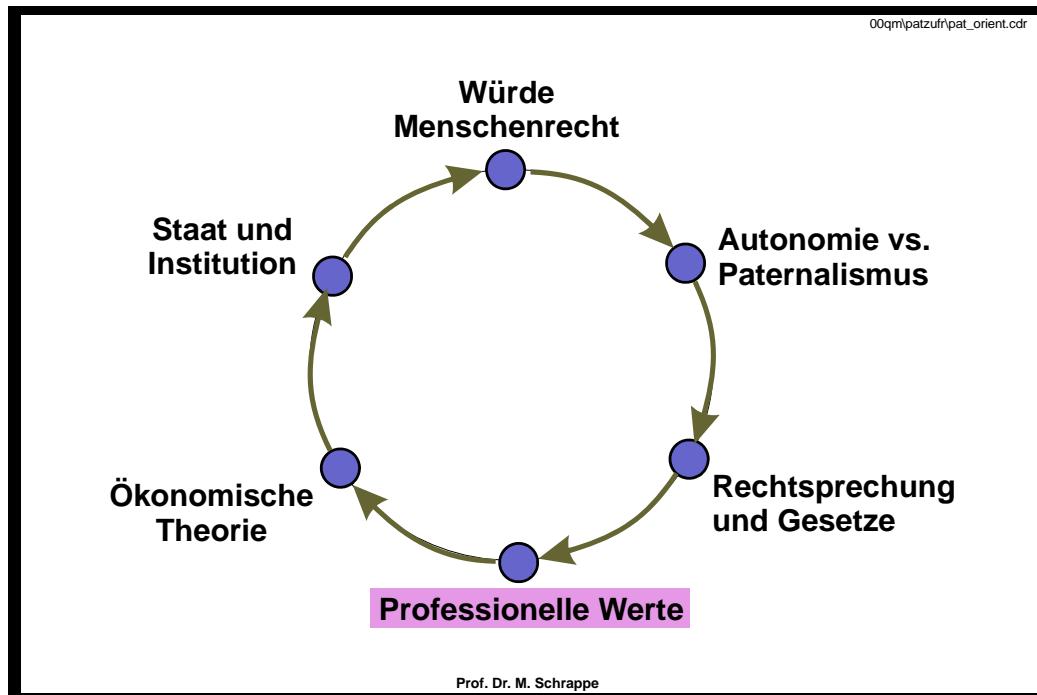
- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeit haben, die Entscheidung zu überdenken,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

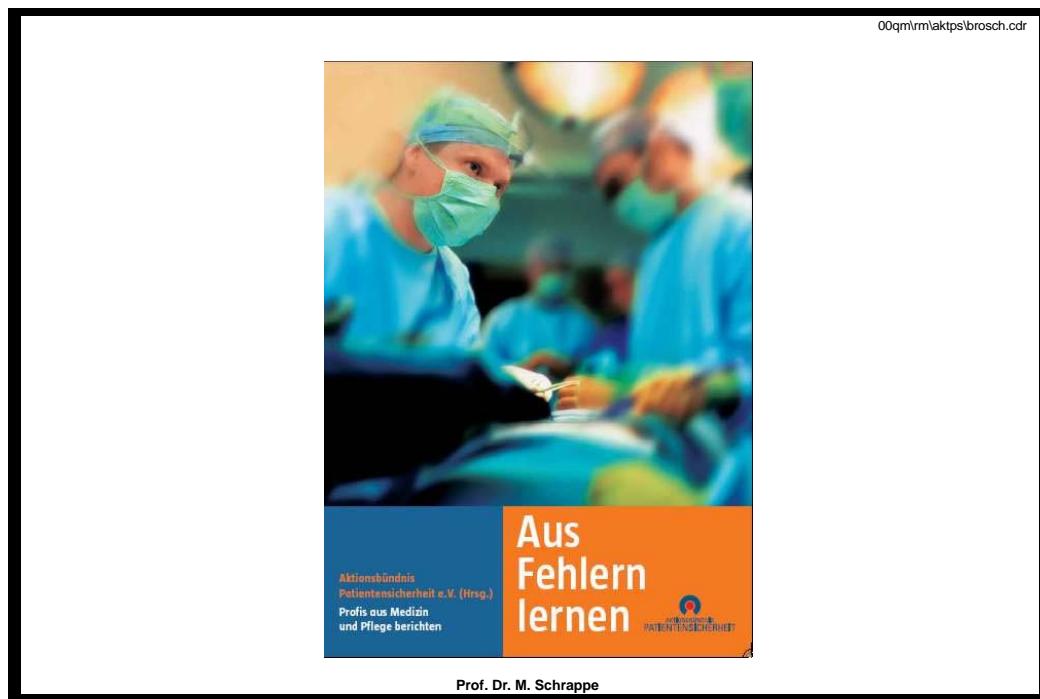
Prof. Dr. M. Schrappe

Häufige Fragen

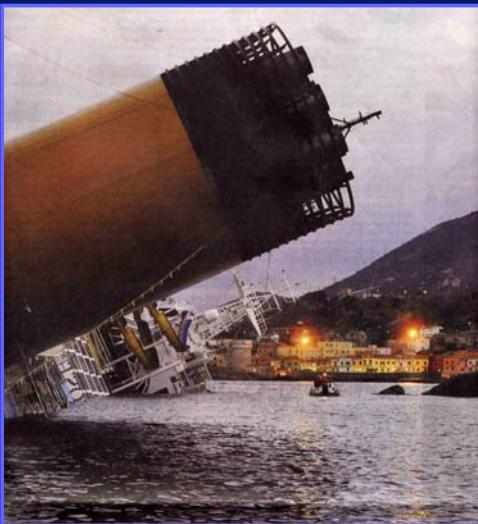
- Patient und aufklärender Arzt identifizierbar (V,N,GebDat)
- Kein Formblatt allein: das persönliche Gespräch zählt !
- Keine nur mündliche Aufklärung: Dokumentation
- Ärztliche Aufgabe ! - aber Vertretung durch Arzt möglich
- Zeitpunkt: Patient muß die Möglichkeit haben, die Entscheidung zu überdenken,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





Costa Concordia



13.01.2012, 21:45

Mayday 22:58
Insel Giglio

Kapitän Schettino
Reederei Costa
Ort Giglio

Prof. Dr. M. Schrappe

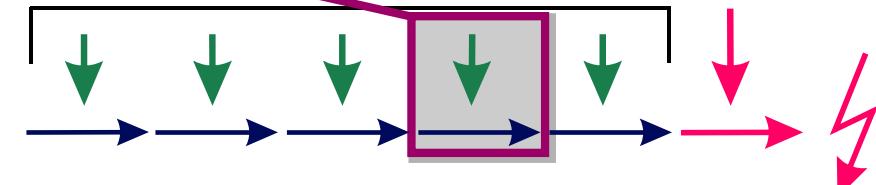
Prozess-Sicht

Individuum*
Patient
Team-Faktoren
Aufgabe, Technik
Arbeitsumgebung
Organisation/Man.
Externer Kontext

Unsicherer Prozess

Unsichere
Prozess-Schritte

Schaden-/VUE**
verursachender
Prozess-Schritt



* analog zum London Protocol (Ch. Vincent 2004)

** VUE Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (epid. Schaden)

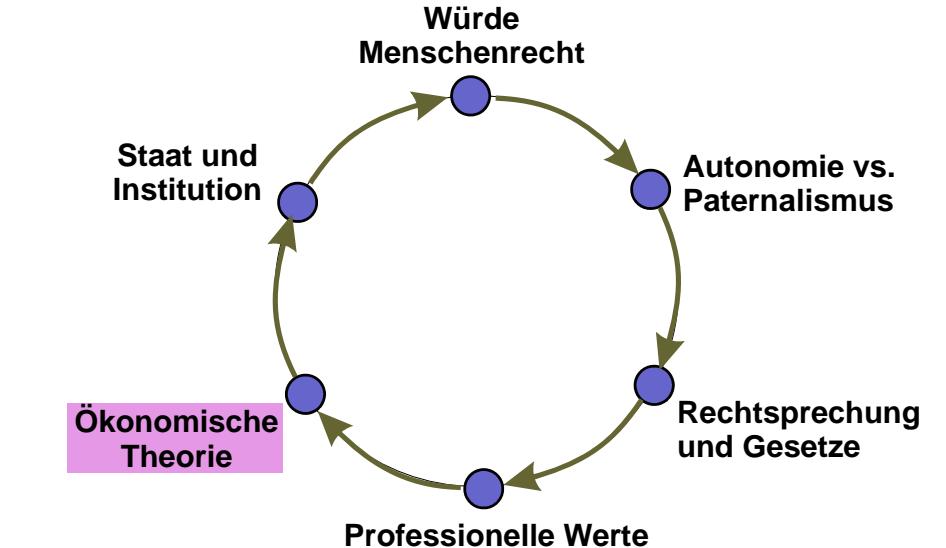
Prof. Dr. M. Schrappe

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

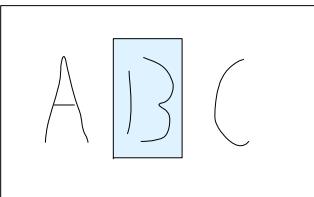
Prof. Dr. M. Schrappe



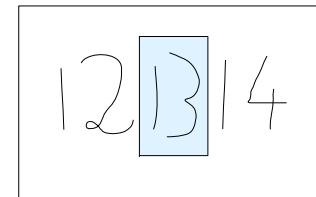
Patienten: Kundensouveränität ?

Prof. Dr. M. Schrappe

Ausschaltung von Ambiguität



Ann
näherte sich
der Bank;
 $3 \times 13 = 39$



Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko\behavoek\kontext.cdr

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

00qm\pat_zufr\pat_center.cdr

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 Härtter 2017

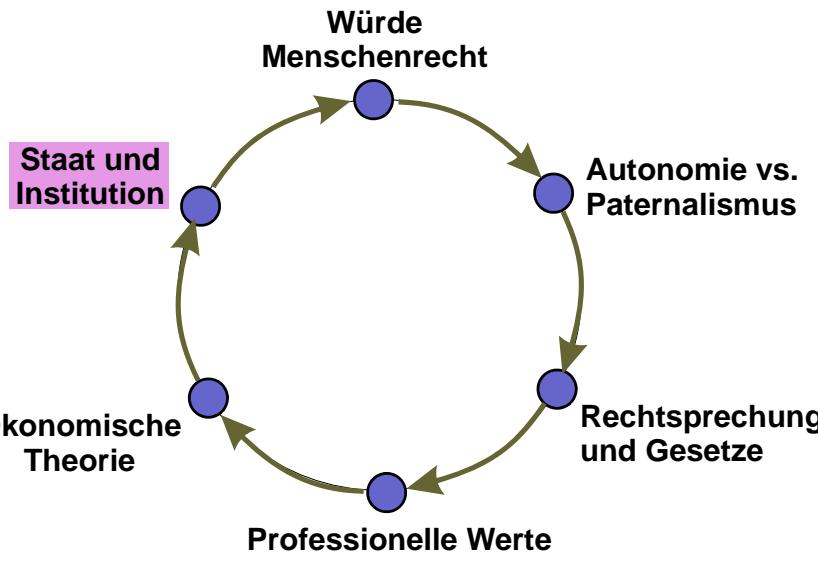
Prof. Dr. M. Schrappe

gesoekobehavoek\ktrverhalt.cdr

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 bestens 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 hundertausende

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, Krankenhausabbuchungen, 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 um 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 Sachverständigenkonzeptes 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

► 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 könnte zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.

Könnte schmerhaft 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 Slavik
und Rainer Städler

In politischen Berlin stecken hinter eher nüchternen Terminankündigungen ja oft große Kämpfe. An diesem Donnerstag etwa treffen in der Hauptstadt Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach (SPD) und seine KollegInnen den Landtag 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 schnöden Titel nicht weniger als ein echter Berliner Showdown: Wer kann besser auf die Lauterbach die Länder in einen Kompromiss zwingen. Ob die sich darauf einlassen? Vollig offen. Aber klar ist – dieser Tag wird für die Frage entscheidend sein, ob Karl Lauterbach am Ende als erfolgreicher oder als gescheiterter Reformminister Gesundheitsminister betrachtet werden wird.

Die Krankenhausreform ist das komplizierte Projekt, das sich Lauterbach seiner Amtszeit vorgenommen hat. Er will nichts weniger als eine komplett Neuorganisation von Deutschlands Krankenhäusern. Und er will es einheitliche Standards durchsetzen: Alle Häuser sollen in verschiedene Level eingeteilt werden. Dabei soll, so stellt sich Lauterbach und seine Leute dar, vor, genau festgelegt sein, wer welche Leistungen erbringen darf oder nicht. Vor allem komplexere Behandlungen, etwa Krebstherapien und komplizierte Operationen will Lauterbach nur noch in kleineren Krankenhäusern, die bislang von der Knieoperation bis zur Chemotherapie alles anbieten. Denn ein kleines Haus, das bestimmt Fälle nur ein paar Mal im Jahr behandelt, könnte, so sieht es der Minister, nicht die gleiche Qualität liefern wie eine Spezialklinik.

Schon zuvor hatte Holletschek ein

Krebszentrum vorgeschlagen. Doch nach 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. Brandenburgs SPD-Landtagsfraktion forderte gestern ein Grundsatztagebuch, in dem sie forderte, dass viele Leistungen auch künftig „ortsnah“

Bayern ist der härteste Gegner, aber auch die SPD Brandenburg sieht Änderungsbedarf

Die Länder sind auf Zinne. Viele fürchten, dass Kliniken auf ihrem Boden an Bedeutung verlieren könnten. Dass sich Menschen beschweren könnten, wenn sie künftig längere Wege auf sich nehmen müssen, um die Leistungen zu erhalten. Einigkeit besteht: Zu den härtesten Gegnern Lauterbachs gehört sein bayerischer Kollege Klaus Holletschek (CSU). Das ist nicht nur bei der Krankenhausreform so, auch bei der Pandemiebekämpfung war man einander in Abstimmung. Und Holletschek ist der Meinung, dass Lauterbach wissen muss, sich „stärker bewegen“. Damit die Reform gelinge, brauche es „eine vollständige Abkehr des Bundes von der geplanten Festlegung sogenannter Level“.

Dort ist nichts weniger als eine Absage

an das ganze Projekt.

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 könnte zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.

heutigenminister aus Nordrhein-Westfalen (CDU), hatte es sich Lauterbach zwischenzeitlich über verscherzt, bevor er ihn zuletzt wieder über alle Maßen lobte. Zudem kam 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 müssen sie sich die Runde eingen, ist zu hören. Dass der Minister drängt, hat mit seinem Zeitplan zu tun, den er selbst vorgegeben hat: Noch vor der parlamentarischen Sommerpause hat er Eckpunkte für das Gesetzestext vorgegeben, also bis Ende Juni. Darfür 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 könnte zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen können.

Für einige Landesminister soll das, par-

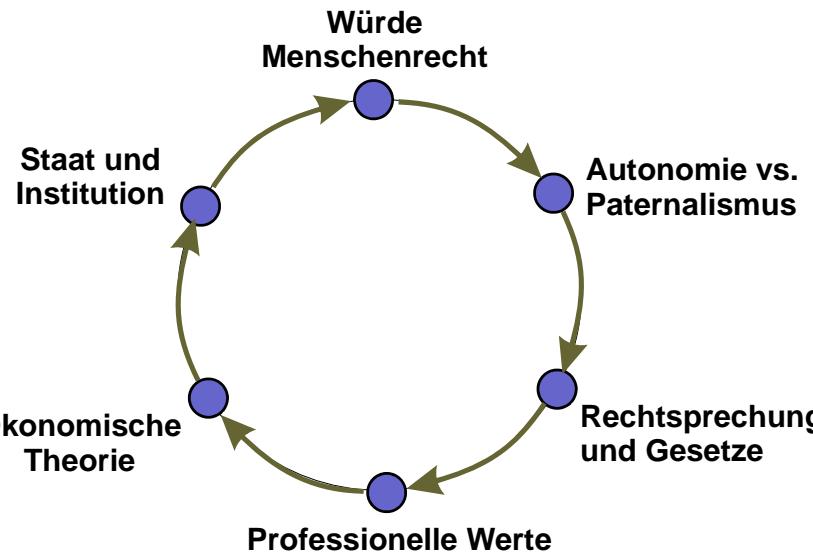
teilungsgleich, eine Horrorvorstellung



Sichtbar nicht auf einer Wellenlänge: Klaus Holletschek (links) und Karl Lauterbach nach einer Bund-Länder-Diskussion im Februar. FOTO: CHRIS EMIJ JANSSEN/WAGENKNECHT

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. Der Chefärzt hat den Staatsanwalt aufmerksam gemacht, dass in der Hansestadt 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 Mai und Juni gegeben haben könnten, die vorher bereits im Jahr 2010 geschehen hat, die alle auf denselben Keim zurückzuführen sind – ob auch auf dieselbe Unterart, muss noch geklärt werden. Im Fokus steht der inzwischen fristlos entlassene Leiter der Station. Der Arzt wird laut Passade von einer anderen Klinik abgewichen.

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 wurden waren. Die Experten für Strafverfahren haben mit Medizinern und Hygienikern 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 Angaben von Eltern ergeben. Der Staatsanwaltschafts-Sprecher Passade: „Wenn sich Eltern entscheiden möchten 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 zu diesem Zeitpunkt noch kannte. Ein Fall von Totenfällen 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-



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

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



„Eine Spannung ohne Ausweg“

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



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

„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

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

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