

Christoph Kranich  
Clemens Müller

**Bremer Gesundheitsladen e.V.**

in Zusammenarbeit mit der  
Patienteninitiative Hamburg e.V.  
und den Patientenstellen  
München, Bielefeld und Köln

# Der mündige Patient – eine Illusion?

## **Orientierung und Unterstützung im Gesundheitswesen:**

- Patientenstellen
- Qualitätsorientierung und -bewertung
- Selbstorganisierte Patienteninitiativen
- Patientenfürsprecher im Krankenhaus
- Wege und Verfahren zum Patientenrecht

# Inhalt

Vorwort oder Einleitung .....	6
Grußwort der Bremer Gesundheitssenatorin .....	8
<i>Irmgard Gaertner, Senatorin für Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen</i>	

## 1 Patientenstellen

Warum gibt es keine Patienten-Bewegung? .....	13
Patientenstellen: Orientierung, Hilfe und Ermutigung im Gesundheitswesen .....	16
<i>Christoph Kranich</i>	
Dreizehn Jahre Patientenstelle Zürich — Entwicklung eines erfolgreichen Projekts .....	24
<i>Ruth Rüegg-Dual</i>	
Grundlagen für die Arbeit von Patientenstellen .....	31
<i>Clemens Müller</i>	

## 2 Selbstorganisierte Patienteninitiativen

Wie handeln und wirken Selbstorganisierte Patienteninitiativen? .	38
<i>Clemens Müller</i>	
Der Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG): Zehn Jahre Elternselbsthilfe .....	45
<i>Pejo Boeck</i>	
Der lange Weg der PatientenInitiative Hamburg e.V. ....	52
<i>Christoph Kranich</i>	
Notwendigkeit und Grenzen der Patienten-Selbstorganisation ...	58
<i>Pejo Boeck</i>	
Von der Schwierigkeit zusammenzuarbeiten .....	62
<i>Clemens Müller + Christoph Kranich</i>	

## 3 Qualitätsorientierung und -bewertung im Gesundheitswesen

Was tun Ärzte für die Qualität der Gesundheitsversorgung? .....	66
<i>Hermann Schulte-Sasse</i>	
Patientenbeschwerden — Mittel zur Qualitätseinfaltung .....	70
<i>Ellis Huber</i>	
Patientinnen beurteilen ÄrztInnen — Ein Beispiel zur Anregung..	77
Mündigkeit ohne Information ist Illusion! .....	78
<i>Christoph Kranich</i>	

## 4 Patientenfürsprecherinnen im Krankenhaus

Patientenfürsprecherinnen in Theorie und Praxis . . . . . <i>Petra Förster + Christoph Kranich</i>	84
Die Patientenbeschwerdestelle des Städtischen Krankenhauses Solingen . . . . . <i>Monika Püschel</i>	89
Wir fordern Patientenfürsprecherinnen oder »Patienten- vertrauenspersonen« an jedem Krankenhaus! . . . . . <i>Petra Förster + Christoph Kranich</i>	96

## 5 Wege zum Patientenrecht

Ärztefehler — was tun? . . . . . <i>Barbara Hohnholz</i>	101
Die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern — Alibi oder wirksames Instrument im Sinne des Patienten? . . . . . <i>Lothar Eberhardt</i>	108
Gerichtliche Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen . . . . . <i>Wilfried Seehafer</i>	112
Die juristischen Standards oder die Frage nach dem Fachanwalt . . . . . <i>Wilhelm Funke</i>	117
Erfahrungen, Empfehlungen, Forderungen . . . . . <i>Barbara Hohnholz + Clemens Müller</i>	121

## Anhang

Literaturseite . . . . .	126
Autorinnen . . . . .	127
Anschriften von Patientenstellen und Selbstorganisierten Patienteninitiativen . . . . .	128

# Vorwort oder Einleitung

Patientinnen und Patienten sind die Schwächsten im Gesundheitswesen. Es ist dringend notwendig, ihre Position zu stärken und Rahmenbedingungen zu schaffen für *mündige Patienten*.

Seit den 70er-Jahren wenden sich Patientinnen und Patienten mit ihren Wünschen, Nöten und Hoffnungen an Gesundheitsläden und Patientenstellen. Als Nahtstellen zwischen den BürgerInnen und den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung, als »Brückeninstanzen« verfolgen diese das Ziel,

- Patientinnen und Patienten zu unterstützen beim Prozeß des Mündiger-Werdens
- sowie deren Kritik, Interessen und Bedürfnisse an die Institutionen zurückzugeben und damit einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu leisten.

Seit 1989 organisieren wir den Erfahrungsaustausch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Patientenstellen aus der Bundesrepublik und der Schweiz. Die *Arbeitsgruppe Patientenstellen* der Gesundheits-Akademie führte mehrere Fachtagungen durch, deren Ergebnisse in unserem Band »Patientenstellen« zusammengefaßt sind (siehe Literaturliste).

Mit dem vorliegenden Buch dokumentieren wir eine weitere Tagung, die Ende März in Bremen stattfand und den Titel hatte: »Der mündige Patient — eine Illusion?« Sie bildet einen ersten Höhepunkt in der Bemühung um Verbesserung des Patientenschutzes, um Qualität und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Erstmals ist es gelungen, der Arbeit von Patientenstellen in Form einer bundesweiten Tagung Raum und Anerkennung zu verschaffen. Doch dies kann nur der Anfang sein. Langfristig sollte mindestens in jeder Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern eine Patientenstelle entstehen.

Grundsatz unserer Arbeit ist es, nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg zu planen. Deshalb nahmen neben Personen, die sich professionell mit dem Thema befassen, auch etliche Patientinnen und Patienten an der Tagung teil. Selbstorganisierte Patienteninitiativen wurden gebeten, mit Referaten und kleineren Ausstellungen ihre Arbeits-

weise und Ziele darzustellen. Direkt Betroffene beteiligten sich sehr aktiv an den verschiedenen Arbeitsgruppen, was für uns nicht immer bequem war.

Diesem Buch liegen die Referate der Tagung sowie die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zugrunde. Mit einem Adressenteil und einer Literaturliste runden wir den Band ab. Anregungen und Kritik zu unserer Arbeit sind jederzeit willkommen. Wir danken ganz herzlich den MitarbeiterInnen an diesem Buch und der Tagung für die konzentrierte Zusammenarbeit. Und wir danken dem Senator für Gesundheit, Bremen, und dem Paritätischen, LV Bremen, die uns finanziell beim Zustandekommen der Tagung und dieses Buches unterstützt haben.

Noch ein Wort zum Gebrauch männlicher und weiblicher Formulierungen. Wir haben uns dagegen entschieden, immer »Patientinnen und Patienten« oder »PatientInnen«, »MitarbeiterInnen« oder gar »Patienten/innen«, »Ärzte/innen« zu schreiben. Wir haben keine einheitliche Form gewählt, sondern Vielfalt zugelassen: Einige Autorinnen und Autoren verwenden, wie traditionell üblich, nur die männliche Form; andere bevorzugen die Schreibweise mit dem großen »I«, und wieder andere haben sich entschieden, überwiegend die weibliche Form zu verwenden. Alle meinen damit natürlich immer Frauen *und* Männer. Wir hoffen, daß die Sprache eines Tages noch andere und bessere Formen für die Gleichbehandlung beider Geschlechter zur Verfügung stellen wird.

*Christoph Kranich, Clemens Müller, Diane Henschel  
Bremen, Dezember 1992*

# Grußwort der Gesundheitssenatorin

*Irmgard Gaertner,*

*Senatorin für Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen*

Sie werden sich in ihrer Tagung mit einem Thema befassen, das in der gesundheitspolitischen Diskussion bekanntlich sehr umstritten ist. Der mündige Patient — eine Illusion? Impliziert ist in dieser Formulierung zunächst, man *wünsche* den mündigen Bürger und den mündigen Patienten, nur es gebe ihn nicht oder es könne ihn gar nicht geben. Impliziert ist meines Erachtens auch die Frage, die sicherlich im Verlauf der Veranstaltung eine Rolle spielen wird: ob denn der mündige Patient überhaupt gewünscht sei!? Aus unserer Sicht ist er ganz sicher gewünscht. Es ist aber die Frage, welche Rahmenbedingungen eigentlich erfüllt sein müssen, um diesen mündigen Patienten Realität werden zu lassen. Ausgangssituation ist ganz zweifellos: Patienten sind in Not, sie sind krank, sie haben Schwierigkeiten, sie haben Probleme mit ihrer Gesundheit. Ihr inneres Gleichgewicht ist gestört, sie sind vielfältig aufgrund dieser Krankheit, aufgrund dieser Störung belastet. Sie sind häufig sprachlos, sie sind ratlos und sie sind hilflos, und vor diesem mehr oder weniger sprachlosen, hilfebedürftigen Patienten steht der Arzt, mit wissenschaftlicher Autorität ausgestattet, vom Patienten häufig als allmächtig empfunden. Dem fühlt er sich nicht gewachsen, der Person nicht und dem, was dieser Arzt verkörpert, und dem, was er möglicherweise auch an Interessen verfolgt. Der Patient sucht die Heilung — sucht dies auch der Arzt? Oder gibt es zumindest daneben andere Interessen wirtschaftlicher oder wissenschaftlicher Natur? Das ist eine Situation, die es ganz sicherlich erforderlich macht, die Position des Patienten zu stärken. Diese Diskussion um die Rechte der Patienten und um die Stärkung der Rechte der Patienten ist intensiver geworden in den letzten Jahren. Ich begrüße das sehr.

Die Patienten haben — auch dies ist ein Trend, der positiv zu bewerten ist — das Thema ein Stückweit selbst in die Hand genommen. Sie haben sich ein Stückweit von ihren Ärzten emanzipiert. Viele

Patienten? Wie viele es sind, wissen wir nicht genau, aber wir wissen, daß Ärzte darüber klagen, daß Patienten häufiger kritische Fragen stellen. Wir wissen, daß Patienten in stärkerem Umfange sich auch von ihren Ärzten trennen, andere Ärzte aufsuchen, den Arzt wechseln; daß sie alternative und ergänzende Heilkunden und auch Außenseiter-Therapien anstreben. Das Vertrauensverhältnis zum Arzt, früher nicht hinterfragt, wird häufiger als früher aufgekündigt, und ich halte das für richtig, denn dieses Verhältnis Arzt-Patient ist sicher ein Verhältnis, das auf gegenseitigem Vertrauen aufgebaut sein sollte und nicht einseitig in Richtung Patient-Arzt gehen sollte. Es sollte sich zu so etwas entwickeln wie einer gleichberechtigten Partnerschaft. Wir wissen, daß dies noch ein sehr langer Weg ist.

Es gibt einige Gruppen und Institutionen, die diese Bemühungen von Patienten, die Bemühungen um mehr Rechte für Patienten unterstützen:

- Dazu gehören *Selbsthilfegruppen*, zu deren Bildung und Förderung auch der veranstaltende Bremer Gesundheitsladen beiträgt.
- Es gibt, allerdings in Bremen noch nicht gesetzlich verankert, den *Patientenfürsprecher* in Krankenhäusern. Wir wissen, daß dies eine von der Idee her gute Sache im Interesse der Patienten ist. Wir wissen aber auch, daß sehr häufig die Praxis im Krankenhaus, die Praxis der Arbeit der Patientenfürsprecher den Erwartungen nicht bzw. noch nicht genügt. Sei es, daß auch dem Patientenfürsprecher ein Stück der Mut fehlt sich durchzusetzen. Sei es, daß er in gewisser, nicht äußerlicher, aber innerer Abhängigkeit zum Krankenhaus steht. Hier könnte man sich manches besser wünschen. Ich bin trotzdem der Meinung, daß der Patientenfürsprecher eine gute Sache ist. Man muß daran arbeiten, um seine faktische Wirkung zu verbessern im Sinne der Interessen von Patienten.
- Es gibt *Ethikkommissionen* — eine haben wir in der Verantwortung der kommunalen Kliniken in Bremen —, die die Kranken davor schützen sollen, in ethisch unakzeptable Forschungsvorhaben hineingezogen zu werden. Sie wachen auch darüber, daß der Kranke über ein Experiment bzw. einen therapeutischen Versuch informiert wird und seine Zustimmung gibt.

Schwierigere Probleme scheint mir das Thema Kunstfehler aufzuwerfen. Es gibt die *Schlichtungsstellen* von Ärztekammern, wo man außer-

gerichtlich Ersatzansprüche bei sogenannten Kunstfehlern geltend machen kann. Auch hier scheint mir noch nicht alles so zu sein, wie man es sich wünschen könnte. Patienten, die sich an die Schlichtungsstelle wenden, tun dies häufig mit großer Skepsis. So nach dem Motto: Es könnte ja sein, daß eine Krähe der anderen Krähe kein Auge aushackt. Dies muß nicht so sein, das ist auch häufig nicht so, aber, immer aus der Sicht des Patienten gesprochen, steckt hier ein — vielleicht nur ein institutionelles — Problem, über das nachgedacht werden sollte.

Hier in Bremen wird seit langem diskutiert über das Thema Patientenstelle, eine *Patientenstelle*, die rechtlichen, sozialen und/oder medizinischen Rat geben könnte. Dies Projekt ist bisher an der Finanzierung bzw. am Finanzierungskonzept gescheitert, das nicht realisierbar schien. Ich weiß, daß die Erfahrungen mit Patientenstellen in anderen Städten positiv sind. Die Patientenstelle ist ein zentrales Thema Ihrer Tagung. Ich werde mich dafür einsetzen, daß die Entscheidungsfindung in dieser Frage in Bremen ein Stück weiter kommt. Ich kann nicht versprechen, ob in Anbetracht der derzeitigen Rahmenbedingungen, die Sie alle kennen, dies mir in mehr oder weniger kurzer Zeit gelingen wird. Aber ich glaube, es ist ganz wichtig, daß so ein Thema einmal nach allen Regeln der Kunst durchdekliniert wird, daß die Argumente pro und kontra abgewogen werden und daß dies dann in einer Form an die Behörde herangetragen wird, die zur Entscheidung führen kann.

Es ist mir natürlich bewußt, daß ich als Gesundheitssenatorin ein Stückchen zwischen den Fronten stehe — wenn es denn Fronten gibt, sollte man einschränkend dazu sagen! —, nämlich die Patienten auf der einen Seite, die Ärzte auf der anderen Seite. Ich bin für beide Seiten Gesprächspartner, und zu meinen Aufgaben gehört es, zentral dafür zu sorgen, daß im Sinne von mehr Gesundheit in dieser Stadt die Patienten auch zu ihrem Recht kommen. Ich bin auch nicht der Auffassung, daß hier unbedingt ein Widerspruch sein muß, nämlich hier Patienten, dort Ärzte, und soweit es hier noch einen faktischen Widerspruch gibt, sollte daran gearbeitet werden, daß dieser Widerspruch abgebaut wird.



## Die Presseerklärung der Gesundheitssenatorin nach der Tagung

»Diese Tagung ist ein voller Erfolg auf dem Weg hin zur Stärkung der Patientenrechte in Bremen«, bewertet die Senatorin für Gesundheit, Jugend und Soziales, Irmgard Gaertner den Verlauf und das Ergebnis der Tagung »Der mündige Patient — eine Illusion?«.

Und weiterhin sagt sie: »Ich werde mich dafür einsetzen, daß für die Bremer Krankenhäuser in Zukunft Patientenfürsprecher gewählt werden.« Ihr erscheint dabei besonders wichtig eine demokratische Legitimierung und Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher. Deren Rechte und Pflichten sollten in dem sich in Arbeit befindenden Landeskrankenhausgesetz abgesichert werden.

Die Senatorin wird in den nächsten Wochen das Gespräch mit gesundheitspolitisch relevanten Partnern suchen, um die Forderung nach einer Patientenstelle in Bremen zu besprechen. Sie sieht neben anderen gesellschaftlichen Gruppen eine eigene Verantwortung, das Projekt »Patientenstelle« zu stärken. »Der Utopie des mündigen Patienten können wir uns nur dann nähern, wenn dazu auch weitere Voraussetzungen geschaffen werden«, betont Irmgard Gaertner.

»Patientenstellen, als Anlaufstelle und Beratungsangebot bei ärztlichen Behandlungsfehlern, können als Anwalt der Patienten dem bisherigen ungleichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient entgegenwirken.«

# Patientenstellen

Am Anfang dieses Buches stehen die *Patientenstellen*. Sie sind, im Gegensatz zu vielen anderen bereits existierenden *Beratungs-, Vermittlungs- oder Kontaktstellen*, nicht beschränkt auf Beratung, Weitervermittlung oder das Herstellen individueller Begegnung, sondern sie wollen umfassend und ganzheitlich *alle* Patienten-Anliegen aufgreifen. In der Realität werden sie vor allem als *Unterstützungs- und Beschwerdestellen* für geschädigte und gekränkte Patientinnen in Anspruch genommen.

■ Bevor die Patientenstellen zur Sprache kommen, wird im ersten Beitrag dieses Abschnitts die unbequeme Frage gestellt: »*Warum gibt es keine Patienten-Bewegung?*« Schließlich sind wir alle Patientinnen, und es gäbe doch genug Gründe, sich zusammenzuschließen...

■ Der zweite Beitrag ist programmatisch überschrieben mit »*Orientierung, Hilfe und Ermutigung im Gesundheitswesen*«. Er beschreibt die Entwicklung dreier Generationen von Patientenstellen und das Spektrum ihrer Tätigkeiten und Leistungen.

■ Dann folgt ein Bericht über die »Entwicklung eines erfolgreichen Projekts«, nämlich der *Züricher Patientenstelle*, die vor 13 Jahren den Anstoß zur Gründung aller weiteren ähnlichen Einrichtungen gab und noch heute Vorbildfunktion hat.

■ Der letzte Beitrag dieses Abschnitts beschäftigt sich mit den *ethischen Grundlagen der Patientenstellen-Arbeit*, die mit dem schwer übersetzbaren Wort »empowerment« umschrieben werden. »Ermutigung« oder »Stärkung zur Eigenaktivität« könnte der Bedeutung am nächsten kommen.

# Warum gibt es keine Patienten-Bewegung?

Christoph Kranich

Es gibt oder gab viele soziale Bewegungen: eine Frauenbewegung, eine Friedensbewegung, eine Schwulen-und-Lesbenbewegung, ja sogar eine Gesundheitsbewegung der Professionellen — warum gibt es keine *Patienten-Bewegung*?

Damit aus einer ›Betroffenheit‹ eine Bewegung wird, müssen mehrere Bedingungen zusammenkommen. Die folgenden Thesen beschreiben drei wesentliche Gründe für die *soziale Schwäche* der Patientinnen. Jede These einzeln reicht als Erklärung allein nicht aus; erst zusammen machen sie ansatzweise deutlich, warum Patientinnen keine bedeutsame Bewegung bilden, die ihre Lebens- und Leidensbedingungen entscheidend verändern könnte.

## **Erste These: *Alle sind es möglichst nie***

Patientinnen finden keine eigene Identität, ihnen fehlt die Definition, die Ab-Grenzung von den ›Anderen‹. Wir alle sind Patientinnen, irgendwann oder manchmal — aber wir sind froh, wenn wir es im Moment gerade *nicht* sind. Patientinnen sind eben keine Gruppe: weder Berufsgruppe, soziale Klasse oder Schicht noch biologisch definierte Bevölkerungsgruppe. Anders Ärztinnen, Arbeiterinnen, Frauen, Farbige: sie haben es leichter, sich zur sozialen Bewegung zu verdichten. Ihre Interessenlage ist eindeutiger, kollektiv-einheitlicher, und sie sind durch klarere Merkmale von Anderen, die nicht zu ihrer Bewegung gehören, abgegrenzt. Und sie sind, was sie definiert, dauerhaft: Ärztinnen steigen selten aus, Arbeiterinnen rücken fast nie zur Unternehmerin auf, Frauen werden sehr selten zu Männern, Farbige nie zu Weißen... *Patientsein* aber geht vorüber — es gibt ja die Fortschritte der Medizin und die Reparaturwerkstatt Krankenhaus. Eine *Bewegung für selbstbewusstes Kranksein* müsste diesem technokratischen, nützlichkeitsorientierten Menschenbild und seiner Hoffnung auf ›Wegmachen‹ des scheinbar Ungenügenden, Defizitären eine Absage erteilen, wie es beispielsweise die Krüppelbewegung getan hat. Das

Wort ›Patient‹ hat zu tun mit ›Pathos‹, dem Leiden, dem Passiven. Was wäre die soziale Stärke einer *Bewegung der Leidenden*?

## **Zweite These:**

### ***Die ›Feindin‹ ist innen und individuell***

Der Kranken fehlt die äußere Gegnerin, die eine gemeinsame Identität verleiht. Wo die Bedrohung kollektiv von außen kommt, wie etwa bei der Friedens- oder Anti-Atom-Bewegung, gelingt ein Zusammenschluß wenigstens so lange, wie die Bedrohung im Bewußtsein vieler ist. Und wenn die Gefahr wiederkehrt, lebt auch die träumende Bewegung für kurze oder längere Zeit wieder auf, wie beispielsweise in der Zeit nach Tschernobyl zu beobachten war.

Die Patientin aber hat eine ganz eigene, *individuelle Krankheit* und eine letztlich ganz einmalige Krankengeschichte. Nur wo diese individuelle Betroffenheit

- eine krankheitsspezifische, gravierende Änderung des Lebens herausfordert,
  - gleichzeitig viele Individuen betrifft
  - und diese durch soziale Faktoren zusammengebracht werden,
- gelingt die Bildung von Zusammenschlüssen, sie heißen beispielsweise *Selbsthilfegruppen*. Auch bei sogenannten ›Kunstfehlern‹, die gehäuft durch dieselbe Schädigerin verursacht wurden, ist manchmal die äußere Feindin stark genug, um einigermaßen dauerhafte Zusammenschlüsse zu provozieren, die aber nach Abschluß der individuellen Schadensregulierung schnell wieder zu zerfallen drohen. Überlebendes Beispiel für diesen Typ ist die Patienteninitiative der Bernbeck-Geschädigten in Hamburg, aus der eine professionelle Patientenstelle geworden ist.

## **Dritte These: Die Schädigung ist zu total**

Patientinnen sind nur dann zum Zusammenschluß in Gruppen motiviert, wenn die Schädigung gravierend ist *und* wenn starke ›Restkräfte‹ da sind. Je stärker einerseits die Beeinträchtigung durch Krankheit oder die Schädigung durch Kunstfehler *und* je größer andererseits die noch zur Verfügung stehende Kraft und Motivation, desto wahrscheinlicher ist das Engagement in Gruppen und Initiativen; Menschen, die an *allen* Ecken geschwächt, gekränkt und enteignet sind, brauchen nur noch Hilfe von Professionellen und vom Sozial-

staat. Aus demselben Grund haben Selbsthilfegruppen mehr Teilnehmer aus dem gesellschaftlichen Mittelstand: materiell, durch Bildung oder gesellschaftlichen Status privilegierte Menschen können auch im Krankheitsfall noch mehr ›Restkräfte‹ zum Einsatz bringen, sowohl individuell im Umgang mit ihrer Krankheit wie sozial im Kampf gegen deren Ausgrenzung.

Wenn aber zur Krankheit mit ihren Folgen noch ein Behandlungsfehler mit allen seinen Auswirkungen hinzukommt, sind Kränkung und Schädigung noch umfassender, noch totaler, aber auch die verbleibenden Kräfte noch geringer. Nur bei Menschen, deren Schädigung einschneidend ist, aber sehr partiell bleibt und viel Kraft übrig läßt, besteht die Chance eines aktiven Engagements für die Sache *der* Patientinnen.

### »Patientinnen aller Länder, verbindet Euch...«?

Patientinnen sind nicht von vorneherein unmündiger als Ärztinnen, Arbeiterinnen, Frauen, Farbige, Friedensfreundinnen oder Anti-AKW-Kämpferinnen. Sie haben aber wesentlich schlechtere Karten: Krankheit — und erst recht ein Behandlungsfehler — trifft uns im Innersten, in unserer Identität. Sie gibt kein schönes, befreiendes Selbstbewußtsein, auf das wir stolz sein könnten; wir erleben sie zunächst nur als *Angriff* auf unsere Person. Erst im Lauf der Auseinandersetzung kann auch ein Stück Aneignung geleistet werden, kann die Krankheit zu meiner werden — beim Kunstfehler ist das noch viel schwerer, denn die Schädigerin ist faßbar, ist außen, ist ein Gegenüber. Wie soll ich das, was *sie* mir angetan hat, als zu *mir* gehörig annehmen können?

Gerade weil nicht nur individuelles, sondern vor allem auch kollektives Erleben und Handeln für Patientinnen, die nicht zu den seltenen Privilegierten gehören, so schwierig ist, brauchen sie Anlaufstellen, Hilfsstellen, Unterstützungs- und Beschwerdestellen: Einrichtungen, die nicht Versorgung und Befriedung anstreben, sondern die ›Restkräfte‹ der Menschen stärken, die aber auch da, wo Kräfte fehlen, den Betroffenen zur Seite stehen und behutsam unter die Arme greifen. Eben *Patientenstellen*.

# Patientenstellen: Orientierung, Hilfe und Ermutigung im Gesundheitswesen

Christoph Kranich

Es ist nicht leicht, mündige Patientin zu sein. Zu viel steht dem entgegen: Im Krankenhaus sind Sie als Kundin nicht Königin, sondern ›ganz unten‹. Schwestern und Ärztinnen denken oft: »Ohne Patientinnen ginge das hier alles viel besser!« Patientinnen erscheinen als Störfaktor — aber *ohne* sie geht es auch nicht, also müssen alle irgendwie mit ihnen leben... Dieser Zynismus kennzeichnet leider allzu häufig die Einstellung des Personals.

Auf der anderen Seite die Patientin: Auch sie trägt ihren Teil zu diesem schiefen Verhältnis bei, indem sie oft unmündig und abhängig bleiben *will*. Haben Sie den Film »Der Indianer« gesehen? Er schildert das Erleben eines Krebskranken, der untersucht, eingewiesen, mehrmals operiert, bestrahlt wird — gefilmt aus *seiner* Perspektive, als wenn die Kamera durch seine Augen schauen würde, von seinen Gedanken begleitet. Sie erfahren aus dem Blickwinkel des Betroffenen die alltägliche Unsicherheit der Patientin, die Abhängigkeit, und das, was Psychologen »Regression« nennen, die Rückkehr frühkindlicher Wünsche nach Versorgtsein und Geborgenheit. Und Sie fragen sich: Wie würde *ich* mit einer solchen Situation fertig werden? Wäre ich mündiger, würde ich mehr fragen, mich mehr querstellen, mehr Eigenwillen entwickeln — oder würde ich mich ebenso in mein »Schicksal« fügen, mich den Ärztinnen bedingungslos anvertrauen? Und wie würde ich erst reagieren, wenn sich hinterher herausstellte, daß sie nicht das Richtige geraten und getan haben, daß die Krankheit immer schlimmer wird oder gar neue Schäden dazugekommen sind?

## Was leisten Patientenstellen?

Zwei große Bereiche begegnen uns in den Patientenstellen:

■ Die eine Hälfte der Patientinnen sucht *Orientierung und Information*: über Patientenrechte, Behandlungsverfahren oder Finanzierung. Eigentlich ganz selbstverständliche Anliegen, die sehr wesentlich sein

können für die mündige Patientin und die Entfaltung ihrer *körperlichen und sozialen Selbstheilungskräfte* — die aber leider im Alltag gar nicht selbstverständlich sind.

■ Die andere Hälfte der Patientinnen will sich *beschweren* oder einem *Verdacht auf Behandlungsfehler* nachgehen. Da ist das Kind meistens schon in den Brunnen gefallen; wir können sie vielleicht gerade noch beim Durchsetzen ihrer Ansprüche begleiten oder bei der Bewältigung ihres schweren Schicksals zur Seite stehen. Sie sind oft doppelt geschädigt und doppelt gekränkt: das erste Mal durch eine Krankheit oder einen Unfall, ein zweites Mal durch die anschließende Behandlung. Viele sind dann voll Mißtrauen gegen *alle* Ärztinnen oder *den* Medizinbetrieb...

Patientenstellen registrieren wie ein *Seismograph* die Stärke der *Beben im Gesundheitswesen*. (Wir sollten dafür eine nach oben offene Skala einführen; bisher ist uns nur noch nicht klar, nach wem wir sie benennen könnten.)

Ein Seismograph ermöglicht nur die Messung eines Erdbebens, nicht seine Verhinderung. Eine Patientenstelle kann mehr: sie liefert Hinweise, wo was wie zu verändern und zu verbessern ist. Sie kann anhand der Patienten-Beschwerden aufzeigen, wo z.B. schwere Hygiene-Mängel herrschen oder wo altertümliche Operationsmethoden angewandt werden, und sie kann die Verantwortlichen direkt *zum Eingreifen auffordern*.

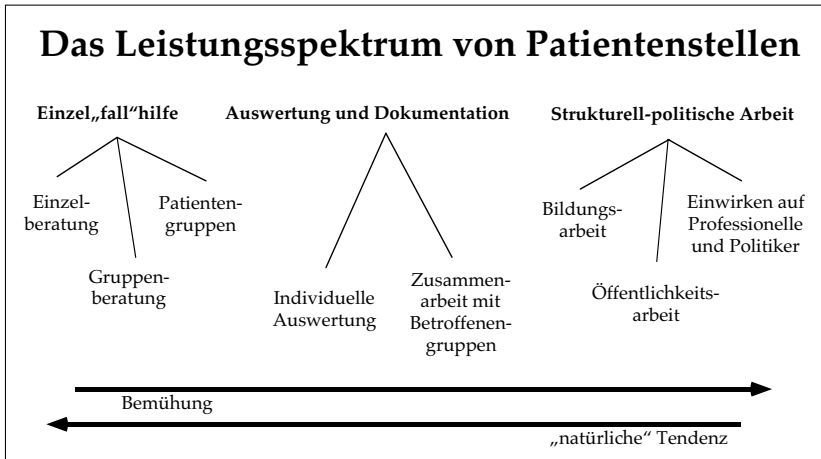
Das kann sie aber nur, wenn sie politisch gewollt und ausreichend finanziell und personell ausgestattet ist — und wenn die Mitarbeiterinnen ein hohes Maß an Mut und Unabhängigkeit aufbringen: denn wer steht schon hinter ihnen, außer den (meist mehrfach geschwächten) Patientinnen?

## Standbeine und Standards

Patientenstellen sollten *zwei Standbeine* haben:

- die *individuelle Hilfe* auf der einen,
- die *politisch-strukturelle Arbeit* auf der anderen Seite.

Im Alltag ruht die Last ganz überwiegend auf dem ersten Bein, der Arbeit mit den Problemen Ratsuchender; für die *Auswertung* der Sorgen, Nöte und Beschwerden sowie für die *Umsetzung* der daraus gewonnenen Erkenntnisse bleibt in der Regel keine Zeit, zumal viele Patientenstellen nur mit ein bis zwei Hauptamtlichen besetzt sind.



Über die einzelnen Elemente — sozusagen die Knochen, Adern und Nerven dieser zwei Beine und der zwischen ihnen vermittelnden Dokumentation und Auswertung — finden Sie ausführlichere Erläuterungen in unserem früheren Themenband zu diesem Thema (siehe Literaturliste).

Nun zu den acht Standards der Patientenstellen-Arbeit, in denen sich das bisher Ausgeführte wiederfindet. Sie wurden von Mitarbeiterinnen aus Patientenstellen in mehreren Fachtagungen entwickelt:

### **Standard 1: Den Menschen als Ganzheit sehen.**

Patientinnen sind nicht zerlegbar in medizinische, juristische, psychologische und soziale Teile — solche Analytik haben meist vorher schon Ärztinnen zur Genüge versucht und die Betroffenen damit zu uns getrieben. Wir sollten die Patientin jetzt *ganzheitlich* annehmen, das heißt ihre Probleme im Zusammenhang sehen. Deshalb wird in Patientenstellen die Erstberatung von Angehörigen psychosozialer Berufe, also z.B. Sozialpädagoginnen oder Psychologinnen geleistet; andere Fachleute, wie Juristinnen oder Medizinerinnen, werden nur konsiliarisch hinzugezogen, wenn das notwendig erscheint.

### **Standard 2:**

#### **»Empowerment«: Aufbrechen der Arzt-Patient-Beziehung.**

Wir sind nicht die »Ersatzdroge« für die Patientin. Das Oben-Unten der Arzt-Patient-Beziehung muß ersetzt werden durch ein Gleichge-



wicht zwischen Patientin und Beraterin; beide müssen die Beziehungsform Fachmensch–Laie überwinden und zu Verbündeten, zu Teilen einer sozialen Bewegung werden.

### **Standard 3: (Mit)Arbeit von Betroffenen ermöglichen.**

Patientinnen sollten in die Arbeit der Patientenstelle einbezogen werden, wenn sie wollen, sei es durch *Mitarbeit*, z.B. an einer Patientenzeitung, oder durch Mitgliedschaft im Trägerverein. Aktivierung muß so auch *praktisch* erlernbar werden.

### **Standard 4:**

#### **Gleichgewicht von Einzelfallhilfe und struktureller Arbeit.**

Die zwei Standbeine, Einzelberatung und politisch-strukturelle Arbeit, müssen im Gleichgewicht sein. Das heißt: Dem Überwuchern der Arbeit an den konkreten Problemen der Ratsuchenden muß immer wieder bewußt entgegengesteuert werden, indem sie in Vorschläge und Bemühungen zur Veränderung und Verbesserung des Gesundheitssystems umgesetzt werden.

### **Standard 5:**

#### **Auswertung der Einzelfallhilfe als Grundlage für strukturelle Arbeit.**

Die Dokumentation und Auswertung der Beschwerden, Fragen und Bedürfnisse muß sorgfältig und unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Beteiligten erfolgen.

### **Standard 6:**

#### **Empowerment in der Trägerschaft der Patientenstelle.**

Nur *mündige Beraterinnen* können der Patientin auf dem Weg zur Mündigkeit helfen. Die Mitarbeiterinnen einer Patientenstelle müssen selbst die Gelegenheit haben, ihre Arbeit *selbstverantwortlich* zu planen, zu organisieren und zu verantworten. Das ist in der Regel weder in hierarchischen Institutionen noch in Wohlfahrtsverbänden oder Stadtverwaltungen möglich, sondern nur in *autonomen, selbstverwalteten* Patientenstellen.

### **Standard 7: »Sozialbindung«.**

Patientenstellen sollten von jeder Ratsuchenden in Anspruch genommen werden können. Sie brauchen dafür *öffentliche Finanzierung*. Die Erstberatung muß in jedem Fall kostenlos sein. Falls für weitere Leistungen Beiträge erhoben werden müssen, sollten diese sozial gestaffelt sein.

## Standard 8: Persönliche und individuelle Beratung.

Patientenstellen sollten Ratsuchenden *persönlichen Kontakt* zu den Beraterinnen ermöglichen. Das heißt: sie müssen *regional* vorhanden und erreichbar sein, Briefkastenfirmen oder reine Telefonberatungsstellen reichen nicht aus. Viele Patientinnen haben das Vertrauen zu Personen und Institutionen des Gesundheitswesens verloren und können es nur durch *personale Kommunikation* langsam wiedergewinnen, nicht durch abstrakte und formale Korrespondenz über ihren »Fall«.

Diese *acht Standards* der Patientenstellen-Arbeit sind unverzichtbare Voraussetzung für eine Unterstützung *im Sinne der Patientinnen*.

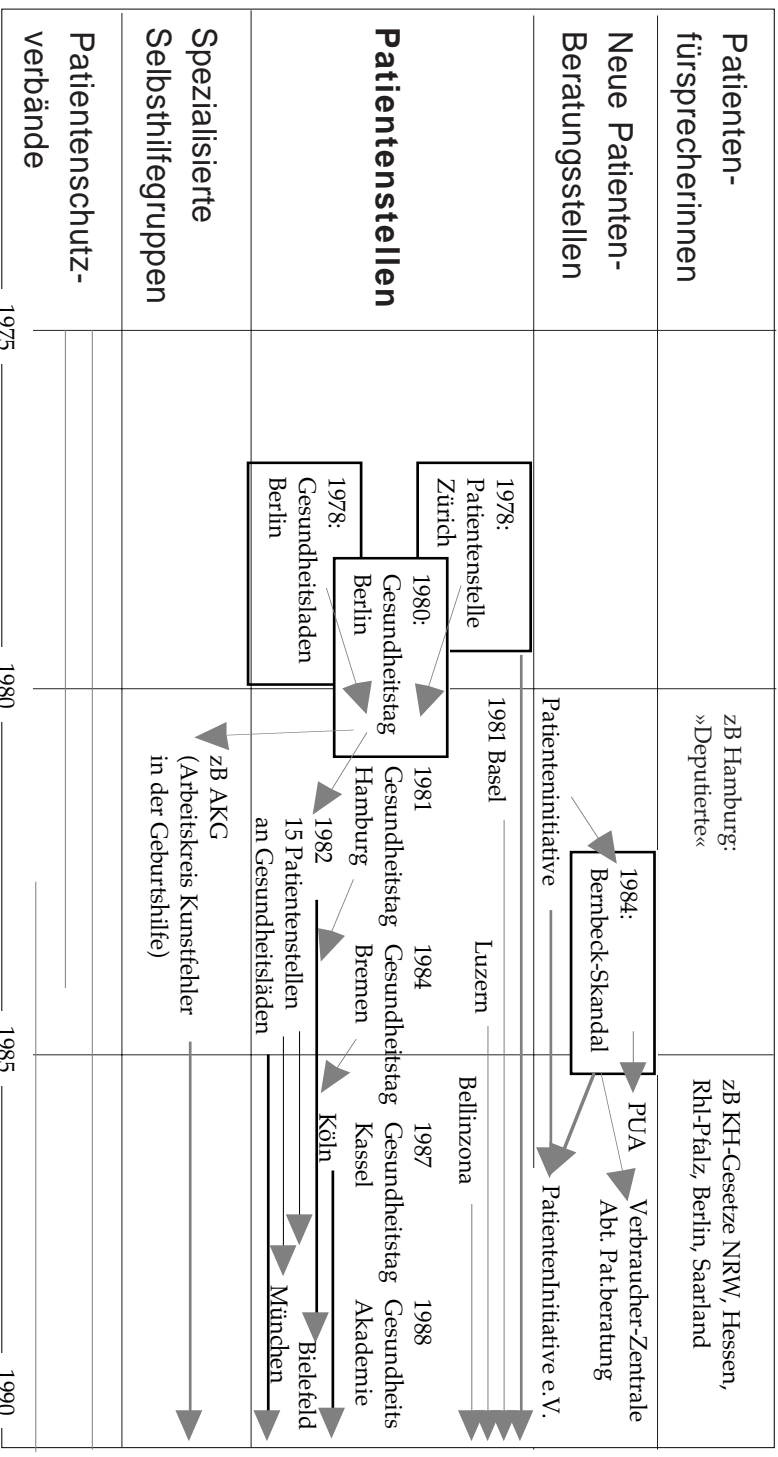
### Dreizehn Jahre erprobt

Die Geschichte der Patientenstellen beginnt 1978 in Zürich, wo eine Stiftung dazu aufrief, öffentlich Mißstände im Gesundheitswesen an einer »Klagemauer« zu dokumentieren. Durch den großen Erfolg ermutigt, wurde daraufhin eine *Patientenstelle* gegründet, die die massenhaft eingegangenen Beschwerden weiter verfolgen und als parteiische Institution Patienten-Interessen vertreten sollte. So entstand die *erste Generation* von Patientenstellen, aus der später in der Schweiz weitere autonome Patientenstellen hervorgingen. (Siehe den folgenden Beitrag.)

1980 wurde das Modell nach Westdeutschland importiert: Die Züricher präsentierten es beim ersten bundesweiten »*Gesundheitstag*« in Berlin. Die Patientenstelle fand Anklang vor allem bei den *Gesundheitsläden*, berufsgruppen-übergreifenden Zusammenschlüssen von Gesundheitsarbeiterinnen und Patientinnen. Viele Gesundheitsläden eröffneten *ehrenamtlich betriebene Patientenstellen*, die an wenigen Stunden in der Woche Beratung anboten, um Patientinnen zu ermutigen und zu unterstützen. Von dieser *zweiten Generation* existieren noch heute Patientenstellen, z.B. in München, Bielefeld und Köln.

Die *dritte Generation* entstand aus einem anderen Zusammenhang, dem Hamburger »Bernbeck-Skandal«. Ein Professor der Orthopädie und Chirurgie hatte 18 Jahre lang als Chefarzt mehrere hundert Patientinnen zu Krüppeln operiert — so viele, daß die Hamburger Gesundheitsbehörde inzwischen mehr als 25 Millionen DM Schadensersatz und Schmerzensgeld an die Geschädigten zahlen mußte. 1984 flog der Skandal auf. Ein Parlamentarischer Untersuchungsausschuß

## Patientenstellen und andere Formen der Patienten-Unterstützung



beschäftigte sich mit den Vorgängen, und nach seinen Empfehlungen entstanden 1988 *zwei Patientenberatungsstellen*: eine selbständige Stelle in Trägerschaft der PatientenInitiative, dem Zusammenschluß der Bernbeck-Geschädigten (siehe Beitrag im 2. Abschnitt), sowie eine Abteilung der Hamburger Verbraucherzentrale. Kurze Zeit später wurde auch bei der Berliner Verbraucherzentrale eine Abteilung Patientenberatung eingerichtet.

Die *vierte Generation* von Patientenstellen haben wir noch vor uns, sie soll durch die Beiträge in diesem Band vorbereitet werden.

Die *bundesweite Koordination* der Patientenstellen wird seit Anfang der 80er-Jahre über die großen Gesundheitstage von den Gesundheitsläden und seit 1989 von der Arbeitsgruppe Patientenstellen der *GesundheitsAkademie* geleistet. Diese hat mehrere Fachtagungen für Patientenstellen-Mitarbeiterinnen durchgeführt und die Ergebnisse in einem Themenband zusammengestellt.

Neben den Patientenstellen entstanden *weitere Formen der Patienten-Unterstützung*, die zum Teil ebenfalls von Bedeutung sind. Wir bezeichnen sie als — teilweise sehr wichtige — *Nebenwege*:

- Die *Patientenfürsprecherinnen im Krankenhaus* (die im 4. Abschnitt dieses Bandes zur Sprache kommen).
- Die »neuen *Patientenberatungsstellen*« die wir zu den Patientenstellen zählen;
- Bundesweite *Patienteninitiativen* wie zum Beispiel der »Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe« (AKG), oder sein Zwilling, die »Bundes-Interessengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter« (BIG). Dort haben sich Eltern zusammengeschlossen, deren Kinder durch die Geburtshilfe schwer geschädigt wurden. Im weiteren Sinne können natürlich auch alle *Selbsthilfegruppen chronisch Kranker* zu dieser großen Bewegung gerechnet werden. Diesen Zusammenschlüssen widmet sich der 2. Abschnitt dieses Bandes.
- Und schließlich sind noch die *Patientenschutzverbände* aus den 70er-Jahren zu erwähnen. Sie haben heute wenig Bedeutung, weil sie keine regionalen Ansprechpartner bieten, vor allem aber weil ihnen undurchschaubare und zum Teil sehr undemokratische Strukturen vorgeworfen werden müssen.

## Zum Schluß: Eine Utopie?

Patientenstellen der *vierten Generation*

- gibt es in *jeder größeren Stadt*;
- sind ausgestattet mit *mindestens 2–3 Beschäftigten* (in Großstädten eher 10–15, noch besser: mehrere kleine Stadtteil-Patientenstellen) und mit Sachmitteln, die auch für intensive Öffentlichkeitsarbeit ausreichen;
- werden aus dem *öffentlichen Haushalt* finanziert, sind aber gleichzeitig von der Gesundheits- und Sozialverwaltung *unabhängig*, denn sie müssen diese gelegentlich selbst kritisch bewerten;
- werden von *unabhängigen Patientenfürsprecherinnen* informiert und unterstützt (z.B. an jedem größeren Krankenhaus mindestens eine, für kleinere Krankenhäuser eine gemeinsame);
- verfügen über ein breites Spektrum *qualifizierter Mitarbeiterinnen*: vorwiegend Angehörige psychosozial-ganzheitlich ausgerichteter Berufe sowie mehrere *Hintergrund-Qualifikationen* (z.B. Medizinerinnen, Juristinnen, Heilpraktikerinnen...);
- werden vielleicht sogar noch von einer *unabhängigen Patientenschutzbeauftragten* der Stadt- oder Landesregierung unterstützt, die mindestens ähnliche Rechte hat wie z.B. die Datenschutzbeauftragte.

*Wir alle sind Patientinnen* — potentiell. Wenn wir Patientenstellen schaffen, tun wir damit nicht nur etwas für *die anderen*, die so arm dran sind, sondern immer auch für uns selber. Leider sind oft nur die Menschen für so etwas offen, die *selbst krank oder geschädigt* sind oder deren Angehörige es erwischt hat — aber muß es erst zur eigenen Krankheit kommen, damit wir die unwürdige Lage des Patientseins erkennen? Können wir nicht auch als noch-überwiegend-Gesunde schon anfangen weiterzudenken?

# Dreizehn Jahre Patientenstelle Zürich — Entwicklung eines erfolgreichen Projekts

Ruth Rüegg-Dual

## Wie und warum entstand die erste Patientenorganisation?

Bereits im Herbst 1978 bildete sich eine engagierte Gruppe von Personen. Wir waren zwar in Bezug auf Herkunft, Alter, Beruf und Motivation bunt gemischt, aber es verband uns Einigkeit in folgenden Anliegen und Ansichten:

- Die Patienten als solche sollten sich organisieren, sich zusammenschließen (so wie sich Mieter oder Ärzte zusammenschließen).
- Die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen ist schwach, seine Interessen und Rechte kann er zu wenig oder nicht wahrnehmen und auch nicht durchsetzen.
- Der Patient ist oft unmündig, oft genug hilflos, vielfach zu autoritätsgläubig.
- Das Verhältnis von Arzt und Patient ist oft gestört.

Diese Gruppe also hatte die Idee einer Patientenbewegung, die das Bewußtsein des Patienten verändern, die die starren Strukturen und Machtverhältnisse im Gesundheitswesen aufweichen sollte — ja man sollte und wollte den Patienten von den Tabus der »Mystifikation« in der Medizin befreien. Unsere Devise lautete: *Weg vom hilflosen, unwissenden, seine Krankheit gleichsam delegierenden, autoritätsgläubigen Patienten — hin zum vollumfänglich aufgeklärten, seine Rechte wahrnehmenden, körperbewußten, im Gesundheitsprozeß aktiv mitarbeitenden, schlicht zum mündigen Patienten.*

Das war unser Credo. Wie aber würde das Echo der breiten Bevölkerung auf eine solche Bewegung sein? Um dies zu erfahren, richteten wir eine »Klagemauer« ein. Jeder Bürger, der sich über den Status Patient Gedanken machte oder in irgendeiner Form mit der Thematik befaßt war, sollte angesprochen werden und sich während dieser vier Wochen bei der Klagemauer melden. Die Medien waren von Anfang an sehr kooperativ, riefen gleichsam die Leute zur Stellungnahme auf.

Tatsächlich fand das Thema in der Bevölkerung größte Beachtung. Viele fühlten sich angesprochen, berichteten von negativen Erlebnissen, vom Alleine-gelassen-Werden bei möglichen Behandlungsfehlern etc.. Die vierwöchige Versuchsperiode zeigte deutlich und klar das Bedürfnis eines Zusammenschlusses und einer Rückenstärkung von Patienten. Deshalb gründete diese aktive Gruppe mit viel Elan und großen Erwartungen im April 1979 in Zürich *die erste Patientenstelle der Schweiz als Selbsthilfeorganisation*.

## Was sind unsere Ziele?

Unser wichtigstes Ziel ist: *Der Patient sollte seine Rechte kennen, wahrnehmen und durchsetzen können*. In unseren Statuten steht unter Ziel und Zweck des Vereins folgender Satz: »Der Verein bezweckt eine umfassende Stärkung des Patienten im Gesundheitswesen durch Information, Beratung, Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe«. Er will dazu beitragen, daß kranke, aber auch gesunde Menschen selbständig und selbstbewußt die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können.

Sodann wurde bei der Gründung ein Forderungskatalog zur besseren Durchsetzung folgender elementarster Patientenrechte aufgestellt:

- das Recht des Patienten, als mündiger Mensch behandelt, ernst genommen und in seiner Würde nicht verletzt zu werden;
- das Recht auf umfassende Information über seine Krankheit, deren Ursache und Verlauf sowie über mögliche Folgen und Risiken von Untersuchungen, Operationen und Behandlungen;
- das Recht auf volle Einsicht in Krankenberichte und Untersuchungsdaten;
- das Recht auf vollen Schadenersatz bei Behandlungsfehlern.

Weitere Ziele sind

- das Mitbestimmungsrecht des Patienten (Patientenvertretung) bei gesundheitspolitischen Entscheiden;
- die Einführung der Kausalhaftung in der Medizin.

## Mit welchen Anliegen suchen uns die Leute auf?

An erster Stelle des breiten Problemkreises stehen deutlich die Kommunikationsstörungen, die Mißverständnisse auf allen Ebenen. Dann das gestörte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie die ungenügende Aufklärung. Die Patienten sind meist nicht, nur

ungenügend oder in einem nicht verständlichen Sinn über ihre Diagnose aufgeklärt. Oftmals müssen wir den Ratsuchenden in einer ihm verständlichen Sprache über sein Leiden informieren. Bedenklich stimmt, daß 40 % der Patienten darüber klagen, nicht ernst genommen zu werden.

Dann häufen sich zunehmend Probleme mit Sozialversicherungen, angeführt von Klagen über die Krankenversicherung, welche z.B. gewisse Behandlungen und Medikamente nicht bezahlt. An zweiter Stelle folgen Probleme betreffend Invalidenversicherung und Unfallversicherung. Auch hier handelt es sich um Vorbehalte oder Leistungsverweigerungen, welche der Patient nicht akzeptieren kann. Diese Häufung von Versicherungsproblemen verdeutlicht die Verunsicherung in der Bevölkerung durch eine in der Schweiz immer kompliziertere Versicherungsstruktur. In der letztjährigen Statistik läßt die Anzahl der Beanstandungen von Arzt- und Spitalrechnungen auf eine zunehmend kritische Hinterfragung der Arzt- und Krankenhaus-honorare schließen. Auffallend sind auch die vielen Klagen über zahnärztliche Behandlungen.

Doch unsere hauptsächliche Büroarbeit ist das Abklären von vermeintlichen oder echten *Behandlungsfehlern*. Handelt es sich um einen solchen, versuchen wir mit Hilfe unseres beratenden Arztes und unseres Anwalts den materiellen oder immateriellen Schaden des Betroffenen herauszufinden, zu berechnen und über die Berufshaftpflicht des Arztes bzw. des Krankenhauses Schadenersatzforderungen durchzusetzen. In der Regel empfehlen wir dem Geschädigten nie, den Weg des Strafrechtes zu gehen. Es ist nicht unser Ziel, die Ärzte zu kriminalisieren, sondern der Arzt soll zu seinem Fehler stehen können und dürfen, und der Patient hat das Recht auf Schadenersatz.

Oftmals handelt es sich beim Schaden des Patienten um ein Behandlungsrisiko, das heißt: ein Fehler kann niemandem nachgewiesen werden, obwohl der Schaden in einem Kausalzusammenhang mit der Behandlung steht und sehr groß sein kann. Deshalb setzt sich die Patientenstelle vehement für die Einführung der Kausalhaftung in der Medizin ein.

## **Wie gehen wir im einzelnen Fall vor?**

Im Falle eines Ärztehaftpflichtfalles beispielsweise begibt sich der Ratsuchende zu einem ersten Gespräch in unser Büro, wobei es uner-



heblich ist, welche unserer Beraterinnen sich zu ihm setzt und seine Personalien aufnimmt. Wir geben uns allesamt Mühe, gut hin- und zuzuhören, Verständnis zu haben, und wir alle nehmen seine Anliegen ernst. Ohne ein Zeitlimit hören wir seine subjektive Geschichte an und protokollieren sie. Dann besprechen wir mit ihm die möglichen weiteren Schritte. Eines unserer Prinzipien ist, daß wir niemals über den Kopf des Patienten bestimmen oder tätig werden.

Mit der Vollmacht des Ratsuchenden fordern wir nun vom betreffenden Arzt oder Spital die uns notwendig erscheinenden medizinischen Unterlagen an. Sind wir genügend dokumentiert, das heißt, der Sachverhalt ist uns einigermaßen klar, bieten wir den Patienten zu einer bei uns regelmäßig durchgeführten medizinisch-juristischen Beratung auf, bei welcher immer ein Anwalt wie ein Arzt zugegen sind. Zusammen werden die Chancen für eine mögliche Haftung bzw. das weitere Vorgehen besprochen.

Sieht es nach einem Behandlungsfehler aus, ersuchen wir den allenfalls Fehlbaren zur Schadensmeldung an seine Berufshaftpflichtversicherung und bitten ihn gleichzeitig, uns den Namen der betreffenden Versicherungsgesellschaft mitzuteilen. Sodann ist unser Verhandlungspartner nur noch die Versicherung. Liegt der Fall bezüglich Haftung klar und eindeutig, was leider selten der Fall ist, berechnen wir den Schaden des Patienten und fordern die entsprechende Summe plus unsere Aufwendungen von der Haftpflichtversicherung. So erledigt sich bei uns der einfachste Fall.

Ist die Haftung nicht ganz klar, versuchen wir, zusammen mit der Versicherung ein Gutachten in Auftrag zu geben, welches die Frage der Sorgfaltspflichtverletzung klären soll. Lautet das Gutachten zu ungunsten des Patienten, sind die Möglichkeiten der Patientenstelle meist ausgeschöpft. Je nach Sachlage versuchen wir eventuell noch, die Versicherung zu einer Goodwill-Zahlung zu veranlassen. Selbstverständlich bleibt dem Patienten noch der ganze Rechtsweg offen; diesen muß er dann mit einem privaten Anwalt gehen.

Sicher werden Geduld und unermüdlicher Einsatz nicht immer zu aller Zufriedenheit belohnt. Daß wir aber mit der Ihnen geschilderten Vorgehensweise auf gütlichem Wege rat- und hilflosen Mitmenschen konkret helfen können und immer wieder beachtliche Erfolge erzie-

len, hilft uns in unserer täglichen Arbeit weiter und bestätigt uns, daß wir auf dem richtigen Weg sind.

## Wie sind wir konstituiert?

Wir sind ein Verein mit Vorstand und Statuten, haben 1.200 Mitglieder. Der jährliche Beitrag beträgt 40 Schweizer Franken. Vierteljährlich geben wir eine Vereinszeitung heraus, das Patientenstellenbulletin, das von einer Redakteurin betreut wird.

Dann betreiben wir ein Beratungsbüro, ein Sekretariat im Stadtzentrum. Wir bieten von Montag bis Donnerstag nachmittags Sprechstunden an. Die Beratung ist für Mitglieder unentgeltlich, für Nichtmitglieder verlangen wir je nach Aufwand und Sozialstatus eine geringe Gebühr (Artikel 3 der Statuten sieht vor, daß das Mitglied für die juristisch-medizinische Beratung ein Honorar zu bezahlen hat, das den üblichen Ansätzen für Ärzte und Anwälte entspricht, *sofern das Mitglied oder seine nächsten Angehörigen von Versicherungen eine Entschädigung erhalten*). Wir sind ein Beraterteam von fünf Personen, mit einer Leiterin. Dazu bieten wir regelmäßig juristische und medizinische Beratungen an. Dadurch besteht das Team aus zusätzlich drei Juristen und zwei Ärzten/innen, plus einem Versicherungsfachmann. Wir offerieren Beratungen im gesamten Bereich des Gesundheitswesens.

## Was haben wir bis heute erreicht?

- Seit der Gründung unserer Organisation sind tausende von Ratsuchenden beraten worden. Vielen konnte zu ihrem Recht verholffen werden, Dutzende von Behandlungsfehlern konnten aufgedeckt und Entschädigung durchgesetzt werden.
- Erst seit unserem Bestehen ist es möglich, daß ein Patient ohne Anwaltskosten die Frage nach einem möglichen Haftpflichtfall abklären lassen kann (bei Mitgliedschaft).
- Das Interesse der Bevölkerung an der Problematik des Patienten-seins ist geweckt und sensibilisiert worden.
- Das Image der Ärzte scheint positiv »angekratzt« worden zu sein. Viele und besonders junge Ärzte machen sich Gedanken über ihre eigene Arzt-Patient-Beziehung.
- Der Kanton Zürich hat 1983 eine neue Verordnung erlassen, die das Einsichtsrecht des Patienten in die Krankenakten regelt.

- Die schweizerische Ärztekammer hat inzwischen eine Gutachterstelle eingerichtet, bei der sich geschädigte Patienten kostenlos ein Gutachten über Kunstfehlerfragen erstellen lassen können.
- Wir bekommen heute in der Regel problemlos Krankenunterlagen.
- Wir werden von allen Medien regelmäßig zu gesundheitspolitischen Themen gefragt.
- Wir haben Einsitz in gesundheitspolitische Vereinigungen.
- Diverse Kantone haben uns ihre Gesundheitsgesetze zur Vernehmlassung zugestellt.
- Die anfänglich als »links« und nicht ernstzunehmend verschriene Bewegung wird heute ernst genommen, und etablierte Sozialinstitutionen wie Krankenkassen, Ämter etc. überweisen uns Ratsuchende. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich ist gar Kollektivmitglied.
- Wir haben eine Patientenbroschüre verfaßt. Einer unserer Juristen hat ein Buch über Ärzthaftpflichtfälle geschrieben.
- Nicht vergessen dürfen wir die weiteren Patientenstellen in Basel, Luzern und im Tessin. Besonders gefreut haben uns die Gründungen von Patientenstellen »nach Zürcher Art« in Deutschland.

### **Was konnten wir nicht erreichen — oder: Unser »Programm« für die Zukunft**

- Eine Patientenbewegung im großen Stil, bzw. ein »explosionsartiger Zusammenschluß von Gesunden und Kranken« erwies sich als illusorisch. Wir versuchen aber weiterhin, die Ratsuchenden so weit als möglich in die Bemühung um die Lösung ihrer Probleme einzubeziehen.
- Den Patienten zu emanzipieren, ist offenbar ein langer, steiniger Weg und stark mit gesellschaftspolitischen Strukturen verbunden. Wir bemühen uns, neben der Arbeit mit Patienten immer auch an diesen Strukturen zu arbeiten.
- Die Solidarität des Patienten bzw. Mitgliedes endet oft dann, wenn in seinem Falle eine Entschädigung erstritten wurde oder nichts zu erreichen ist. Wir müssen stärker versuchen, auch den Patienten klarzumachen, daß nur eine Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen zu einer Verbesserung ihrer Situation führen kann.
- Die Konsumhaltung vieler Patienten ist nach wie vor erheblich, Selbsthilfe oft an einem kleinen Ort oder gar unmöglich. Wir versu-

chen nach Kräften, die Selbsthilfekräfte des Patienten zu stärken, beispielsweise indem wir ihm die Verfolgung seiner Anliegen nicht aus der Hand nehmen.

■ Die Einzelfallhilfe steht ganz im Vordergrund und wir »ertrinken« fast darin, was bedeutet, daß das gesundheitspolitische Bein kleiner wird. Es fehlen die Leute resp. das Geld, um gesundheitspolitisch effizient arbeiten zu können.

■ Noch heute müssen wir um das finanzielle Überleben kämpfen. Noch immer beziehen wir keine öffentlichen Gelder. Jahr für Jahr überleben wir knapp dank den Mitgliederbeiträgen, den Abschlüssen von Haftpflichtfällen und vor allem durch Spenden. Wir versuchen immer wieder deutlich zu machen, daß die Unterstützung von Patienten eine öffentliche Aufgabe ist, die auch mit öffentlichen Mitteln bezuschußt werden muß.

■ Unsere Beratungsstelle wird zu wenig vorsorglich, also präventiv aufgesucht. Meist ist schon vieles schief gelaufen und unser Einsatz gleicht einer Feuerwehrrübung. Wir denken immer wieder darüber nach, wie wir den Patienten-Brand schon im Ansatz löschen oder vielmehr in ein reinigendes Feuer überführen können.

\*

Patientinnen und Patienten brauchen unsere Unterstützung, daran besteht kein Zweifel — und wir brauchen die Unterstützung der Öffentlichkeit, das ist ebenso klar. Für beides müssen wir aber immer noch kämpfen. Wir hoffen, daß wir dabei immer mehr Hilfe von immer mehr mündigen Patientinnen und Patienten bekommen!

# Grundlagen für die Arbeit von PatientInnenstellen

Clemens Müller

## Das Arzt-Patient-Verhältnis

Ein großer Teil der Probleme, die an PatientInnenstellen herangetragen werden, ist auf Störungen der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zurückzuführen. Im Mittelpunkt unseres Interesses muß daher eine *sprechende Medizin*, eine sprechende Krankenbehandlung stehen. Das erfordert sowohl dialogfähige ÄrztInnen und Pflegende als auch mündige PatientInnen.

Viele werden sagen: »Patienten wollen gar nicht mündig werden, sie *wollen* den Herrgott in Weiß!« Solche Erfahrungen sind häufig kaum zu bezweifeln — aber sie sind zu *überwinden*. Statt sie ständig zu wiederholen, statt ein ineffektives Arzt-Patient-Verhältnis zu stabilisieren, schlagen wir vor, zu experimentieren: Wie können PatientInnen mündiger werden? Welche Bedingungen müssen wir schaffen für ein dialogförderndes Sprech- oder Krankenzimmer?

Akut Erkrankte wünschen sich zweifellos zuallererst *Sicherheit* sowie die schnellstmögliche Verbesserung des Zustandes, der die Behandlung notwendig machte — und dies in vollem Vertrauen zur behandelnden Person. Aber Therapie und Behandlung sind stets mit dem Risiko der *Hilfsbedürftigkeit* verbunden. Die Beziehung zwischen Hilfe-Suchenden und Hilfe-Gebenden wird dadurch fast automatisch zu einer paternalistischen, bevormundenden — die PatientIn läßt sich behandeln, ohne gleichzeitig sich selbst zu helfen; sie überläßt sich der ExpertIn, statt eigene Lösungsansätze zu erproben. Aus *Hilfsbedürftigkeit* wird *Hilflosigkeit*. Die Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu finden, wird aufgehoben; die Bitte um Behandlung wird mit Rezepten beantwortet. Regeln und klare Vorgaben schaffen für ÄrztInnen und PatientInnen Sicherheit und Verbindlichkeit, bei PatientInnen aber auch Passivität.

*Vertrauen* ist zweifellos die Grundvoraussetzung für optimale Krankenbehandlung. Aber PatientInnen sollten ÄrztInnen nie *blind* ver-

trauen — und ÄrztInnen sollten auch lernen, ihren *PatientInnen* zu vertrauen. Sie sollten z.B. bereit sein, kritische Nachfragen ernstzunehmen, auch wenn damit einmal ihre Fähigkeiten in Frage gestellt werden. PatientInnen sollten bedenken, daß ÄrztInnen, wenn sie denn keine Götter oder Halbgötter sind, *menschlich* reagieren — und ÄrztInnen sollten bedenken, daß auch PatientInnen *Menschen* sind, mit allen dazugehörenden Gefühlsregungen, und daß es ihnen in der Regel gerade dann sehr schlecht geht, wenn sie zu ihnen kommen.

PatientInnen suchen sich ihre ÄrztInnen. Aber auch strukturelle Faktoren, Alltagsbedingungen der menschlichen Kommunikation und Wertschätzung prägen die Menschen und die Art, wie sie medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Ein Beispiel ist das Erlebnis einer Krankenschwester: Als sie einmal wegen einer Kleinigkeit als Patientin ins Krankenhaus mußte, lief sie in Straßenkleidung über die Station. Ihre KollegInnen respektierten das nur, weil sie deren Vorgesetzte war. Zwei Tage später fand sie sich zur Chefvisite doch im Bett wieder, liegend und im Schlafanzug. Ohne daß sich ihr Zustand verschlechtert hatte oder sie dazu aufgefordert worden war, hatte sie sich an die funktionale Alltagsroutine der Station angepaßt. Die Zwänge des Systems Krankenhaus waren stärker.

## Empowerment

Wenn wir bestehende Beziehungsmuster aufbrechen wollen, müssen wir Behandlung und Therapie als veränderbaren Prozeß, als soziales Lernen und als Interaktion begreifen. Durch sie entwickeln sich neue Beziehungen und neue PatientInnen. Jeder PatientIn wird zur TherapeutIn, therapeutisch-medizinisches Handeln wird entmythologisiert.

Patientenstellen wollen hierzu Anregungen geben, ja noch mehr:

- sie fördern die individuelle Selbstbestimmung;
- sie stärken die Menschen, ihre Lebensbedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten;
- sie wirken, zusammen mit Betroffenen und Professionellen, verändernd auf die Strukturen ein.

Dies setzt vor allem voraus, daß sich zwischen MitarbeiterInnen einer Patientenstelle und PatientInnen nicht die Beziehungsmuster wiederholen, die schon zwischen ÄrztIn und PatientIn oder zwischen TherapeutIn und KlientIn zu Kränkungen oder gar zu Behandlungsfehlern führten. Es ist widersinnig, zwischen BeraterIn und Betroffener die

Beziehung zu wiederholen, die zwischen ÄrztIn und PatientIn bestand. In dieser Art von Beziehung liegt die Ursache für die »Iatrogenese« (Illich), den vom *Arzt* bzw. der *Ärztin* verursachten Schaden durch die Behandlung oder Hilfe. Das Abhängigkeitsverhältnis der PatientIn von beruflichen Helfern und ihren Dienstleistungen erhöht die Hilfsbedürftigkeit — aber gerade die soll ja aufgehoben werden.

Dies gilt auch für die Beratung über Arzthaftpflichtfragen. Zweifellos sind Information über Rechte und Unterstützung bei deren Nutzung notwendig. Zweifellos ist die medizinische Behandlung eine Antwort auf den oft akuten und notwendigen Bedarf der PatientInnen. Trotzdem sind diese Lösungen für das Problem »Krankheit« doch immer unzureichend. Neue, ergänzende Lösungswege sind vordringlich; Modelle, die die PatientIn nicht reduzieren auf ein »bedürftiges Kind in Not« oder den »Bürger mit Rechten«, die er aber nicht einlösen kann. Dies sind Thesen von *Julian Rappaport*, einem amerikanischen Sozialpsychologen (siehe Literaturliste). Er schlägt ein sozialpolitisches Konzept des *Empowerment* vor, zu deutsch etwa: Ermächtigung, oder: jemanden in die Lage versetzen oder befähigen, etwas zu tun. Das Modell des Empowerment geht davon aus, daß viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden sind und entwickelt werden können, wenn soziale Voraussetzungen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Für wirksame Prävention, Anwaltschaft und psychosoziale Beratungsdienste sind Professionelle, sind Experten erforderlich. Empowerment dagegen benötigt *Mitstreiter für soziale Veränderungen*. Dies können und sollen Betroffene *und* Professionelle sein. Patientenberatung muß sich davor hüten, ein neues Klientel aufzubauen, das durch Experten mit Hilfsangeboten versorgt wird.

## Die Arbeit der Patientenstellen

Meist werden Patientenstellen von hilfsbedürftigen Personen um Unterstützung gebeten. Die kurze Geschichte der Patientenstellen zeigt, daß sie zwei großen Gefahren ausgesetzt sind:

- Sie drohen ständig in der Einzelfallarbeit unterzugehen und müssen dann weitergehende Ansprüche aufgeben — z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Dokumentation und Analyse ihrer Arbeit, Kooperation mit Professionellen in der gesundheitlichen Versorgung.





samer Hilfsangebote oder bloßer anwaltschaftlicher Tätigkeit. Das Modell des Empowerment gibt dazu viele Anregungen.

■ Hilfsmittel, personelle und finanzielle Ressourcen müssen bereitgestellt werden, um

- die Arbeit zu dokumentieren und auszuwerten,
- mit Professionellen zusammenzuarbeiten,
- offensive und gezielte Öffentlichkeitsarbeit leisten zu können.

All diese und ähnliche Maßnahmen sollen dazu beitragen, daß die Betroffenen mündiger und die Professionellen dialogfähiger werden. Damit geht dann automatisch eine Verbesserung bzw. Veränderung der Strukturen des Gesundheitswesens einher. Einzelne Beispiele dafür macht die nebenstehende Grafik deutlich.

# Selbstorganisierte Patienten- initiativen

Patientenstellen sollen die (Mit)Arbeit von Betroffenen ermöglichen, formulierten wir im Abschnitt 1. Die Zusammenarbeit mit Betroffenen bietet sich zunächst vor allem dort an, wo diese sich bereits selbst in Gruppen zusammengeschlossen haben.

*Selbstorganisierte Patienteninitiativen* stehen zwischen Selbsthilfegruppen und Stadtteil- oder Bürgerinitiativen:

- Von den *Selbsthilfegruppen* haben sie die persönliche Betroffenheit ihrer Mitglieder, die manchmal auch in öffentlich-politische Arbeit mündet, beispielsweise um die Lebensbedingungen der Betroffenen zu verbessern.
- Von den *Bürgerinitiativen* haben sie das Bewußtsein der Verantwortung für gesellschaftliche Mißstände, von denen sich die Gründerinnen direkt oder stellvertretend betroffen fühlen; sie streben vor allem auf öffentlich-politischem Weg eine Veränderung der sozialen Strukturen an.

*Selbstorganisierte Patienteninitiativen* stehen dazwischen: Patientinnen, meist durch Behandlungsfehler geschädigt, wollen sowohl ihre persönliche Lebenssituation bewältigen als auch die Strukturen des Gesundheitswesens verändern — und sie können Kristallisationskern für die Gründung einer Patientenstelle sein.

Die Beispiele in diesem Abschnitt machen deutlich, welchen Beitrag Selbstorganisierte Patienteninitiativen zur Qualitätsverbesserung in der gesundheitlichen Versorgung leisten können. Ähnlich wie bei Patientenstellen verdichten sich Beschwerden von Betrof-

fenen hier so stark, daß sie als direktes Korrektiv für eine bessere gesundheitliche Versorgung genutzt werden können und sollten.

■ Im ersten Beitrag dieses Abschnitts werden Selbstorganisierte Patienteninitiativen hinsichtlich *Entstehung, Entwicklung, Zielen und Aufgaben* beschrieben.

■ Dann folgen zwei *Beispiele* für Entstehung und Entwicklung Selbstorganisierter Patienteninitiativen. Wir haben eine bundesweit und themenbezogen arbeitende Initiative sowie eine regionale, die sich für alle Patienten-Anliegen zuständig und kompetent gemacht hat, ausgewählt. Beide sind ungefähr zehn Jahre alt und bestehen noch heute.

■ Der nächste Beitrag bricht eine Lanze für das Prinzip der *Betroffenen-Kompetenz*. Der Mitgründer einer seit mehr als zehn Jahren bundesweit tätigen selbstorganisierten Patienten- bzw. Eltern-Initiative wertet seine Erfahrungen aus.

■ Das letzte Kapitel zieht Konsequenzen aus den Schwierigkeiten, die wir hatten als Veranstalter der Tagung »Der mündige Patient — eine Illusion?« bei der *Zusammenarbeit* mit behandlungsfehlergeschädigten Patientinnen (bzw. Eltern behandlungsfehlergeschädigter Kinder), und fragt, ob Patienteninitiativen zugleich *dialogfähig* und *unbequem* sein können. Dieses Kapitel ist als gezielte Provokation gemeint und soll zum Widerspruch herausfordern.

# Wie handeln und wirken Selbstorganisierte Patienteninitiativen?

*Clemens Müller*

Anders als Selbsthilfegruppen, die sich vor allem zur Bewältigung chronischer Krankheiten, Behinderungen oder sozialer Probleme ihrer Mitglieder gründen, arbeiten Selbstorganisierte Patienteninitiativen von Beginn an deutlich *öffentlich* und *politisch*. Hierin sind sie Stadtteil- oder Bürgerinitiativen sehr ähnlich, die aus dem Bewußtsein der Verantwortung für gesellschaftliche Mißstände entstehen und in erster Linie den Anspruch haben, auf öffentlich-politischem Wege gesellschaftliche Strukturen zu verändern. Die Mitglieder von Selbstorganisierten Patienteninitiativen helfen, entlasten und unterstützen sich untereinander so, wie es von Selbsthilfegruppen bekannt ist. Sie informieren sich in medizinischen, rechtlichen und sozialen Fragen und sind schnell bereit, ihr Wissen öffentlich zugänglich zu machen. Dadurch wirken sie gleichzeitig nach innen und nach außen.

Manche GründerInnen von Patienteninitiativen sind selbst nicht durch Behandlungsfehler geschädigt, sondern solidarisieren sich mit den Leidtragenden unhaltbarer Zustände. Gründungsmotiv muß nicht immer die eigene, direkte Betroffenheit sein. In der Regel stehen die GründerInnen aber unter akutem Handlungs- und Leidensdruck, das Faß läuft gewissermaßen über und die Betroffenen sehen nur noch eine Möglichkeit, sich Gehör und Recht zu verschaffen, indem sie eine Initiative aus der Taufe heben.

Selbstorganisierte Patienteninitiativen arbeiten meist im öffentlichen Interesse, auch wenn dies nicht ihr erstes Motiv zur Gruppengründung war. Sie artikulieren sich auch im Sinne derer, die in ganz gleicher oder ähnlicher Weise geschädigt bzw. betroffen sind, und haben dadurch immer auch eine gesellschaftliche Funktion.

Um auf ihre Tätigkeiten aufmerksam zu machen und um mit ihrer Arbeit verändernd tätig zu werden, leisten Selbstorganisierte Patienteninitiativen konzentrierte Öffentlichkeitsarbeit. Selbst relativ kleine



Gruppen erstellen eigene Publikationen, z.B. Informationsbroschüren; größere Gruppen geben auch regelmäßige Mitgliederrundbriefe oder Patientenzeitungen heraus.

Auf dem Hintergrund direkter oder solidarischer Betroffenheit üben selbstorganisierte Patienteninitiativen öffentliche Kritik an der Qualität der gesundheitlichen Versorgung, am Arzt-Patient-Verhältnis oder an Arbeitsbedingungen und Organisationsabläufen im Krankenhaus. Sie spüren Defizite in der gesundheitlichen Versorgung auf und fordern, diese zu beheben. Damit sind sie zugleich präventiv tätig. Und sie verlangen von der Medizin, ihre Fähigkeiten realistisch einzuschätzen, und treten offen gegen Standesarroganz und 5-Minuten-Medizin ein. Sie fordern eine Medizin, die die PatientInnen mit ihren Anliegen ernst nimmt. ÄrztInnen sollen Wegbegleiter sein, nicht Allmacht in Weiß.

Unsere Umfrage ergab, daß Initiativen die folgenden Ziele verfolgen:

- Verbesserung der Lebenssituation von Mitgliedern oder der Zielgruppe der Initiative,
- mündige, aufgeklärte PatientInnen,
- Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses,
- Beseitigung struktureller Mängel und Defizite,
- Schaffung eines Patientenschutzgesetzes.

Ratsuchende werden sowohl telefonisch, schriftlich als auch persönlich beraten und informiert. Die Initiativen verfügen meist über sehr gute Kontakte zu medizinischen und juristischen Fachleuten, an die sie Betroffene weitervermitteln können. Die Zusammenarbeit mit Professionellen der gesundheitlichen Versorgung, aus Politik und Verwaltung spielt auch eine wichtige Rolle, um auf die Veränderung struktureller Mängel und Defizite hinzuwirken.

Manche Gruppen führen Befragungen durch, um Transparenz in die Arzt-Patient-Beziehung zu bringen. Andere dokumentieren die vorgebrachten Beschwerden, Komplikationen und Behandlungsfehler, um konkrete Begründungen für den kritischen Dialog mit Beschäftigten und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung zu finden.



## Entwicklungslinien

Aus der Übersicht wird deutlich, daß es regional und überregional tätige Initiativen gibt, daß manche sich in ihrer Arbeit auf einen Themenbereich konzentrieren, andere themenübergreifend arbeiten.

Meist verändern sich die Initiativen im Lauf der Zeit. Zum Beispiel die Bürgervereinigung Oberstdorfer Krankenhaus, die 1980 themenkonzentriert zu arbeiten begann und sich bald zu einer themenübergreifenden Initiative entwickelte. Der Verein bekommt heute Anfragen aus jedem Bereich der gesundheitlichen medizinischen Versorgung und ist bemüht, diese zu beantworten. Andere Gruppen beginnen zunächst regional tätig zu werden, aber sehr bald bekommen sie Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet, vor allem, wenn der Bedarf nach ihren Zielen groß ist und an anderen Orten ähnliche Gruppen fehlen. (Beispiele: Patienteninitiative Hamburg, Arbeitskreis Frauenselbsthilfe bei gynäkologischen Problemen.)

Initiativen, die sich eines begrenzten Themas annehmen, organisieren sich oft zunächst bundesweit mit einer zentralen Anlaufstelle und bilden erst später Regionalvertretungen, um konkrete Arbeit vor Ort leisten zu können. (Beispiele: Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe oder Bundesinteressensgemeinschaft Geburtshilfeschädigter.)

Im Verlauf ihrer Existenz vergrößert sich bei jeder Initiative der Wirkungskreis, geographisch oder /und thematisch. Das bedeutet fast immer auch eine erhebliche Ausweitung des Arbeitseinsatzes der aktiven Gruppenmitglieder.

Alle Initiativen arbeiten zu Beginn ehrenamtlich. Das ändert sich vielfach auch nicht, wenn sich der Wirkungskreis deutlich erweitert. Ab einer bestimmten Größe kommen zu den Ehrenamtlichen dann auch Angestellte hinzu (zum Beispiel über Beschäftigungsprogramme des Arbeitsamtes). Nur selten gelingt es einer Initiative, sich finanziell und personell so abzusichern, daß die Beschäftigung hauptamtlicher MitarbeiterInnen mit hinreichendem Sachmittel-Etat möglich wird.

Die Initiativen, die seit mehreren Jahren bestehen, ihren Wirkungskreis vergrößert haben und immer noch ehrenamtlich tätig sind, stecken heute in einer Krise — einer Krise derjenigen Gruppenmitglieder, die sich am stärksten mit der Initiative identifizieren. Hier wird die Grenze der selbstgewählten Ausbeutung durch ehrenamtliche Arbeit sichtbar.



## Beispiele für die Entwicklung Selbstorganisierter Patienteninitiativen

	themenkonzentriert	themenübergreifend
<b>regional</b>	<p>Arbeitskreis Frauenselbsthilfe bei gynäkologischen Problemen Hamburg (1990)</p> <p>Bürgervereinigung Oberdorfer Krankenhaus e.V. (1980)</p>	<p>Patientenhilfe Oberberg (1991)</p> <p>PatientenInitiative Hamburg e.V. (1984)</p> <p>Arbeitskreis Leben lernen mit Krankheit und Behinderung Hamburg (1988)</p> <p>Arbeitskreis Patientenrechte/ Patientenschutz Bremer Gesundheitsladen e.V. (1991)</p>
<b>über-regional</b>	<p>Arbeitskreis Frauenselbsthilfe bei gynäkologischen Problemen Hamburg</p> <p>Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V. (1982)</p> <p>Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V. (1988)</p>	<p>Bürgervereinigung Oberdorfer Krankenhaus e.V.</p> <p>Patienteninitiative Bonn (1991)</p> <p>[ GesundheitsAkademie (1988) ]</p>

Rein ehrenamtlich arbeitende Initiativen

Finanziell und personell einigermäßen abgesichert

Pfeile: Entwicklungslinien

Mischung von ehrenamtlicher Arbeit mit Hauptamtlichen aus AFG / ABM

Zahlen in Klammern: Gründungsdatum

## Zusammenfassende Thesen

■ Initiativen mit *regional und thematisch enger* Ausrichtung bleiben nur kurz bestehen — oder sie entwickeln sich weiter, und ihre selbstgewählten Ansprüche und Ziele verändern sich ebenso wie die Anfragen, die von Betroffenen an sie gerichtet werden.

■ Initiativen mit *regional enger* aber *themenübergreifender* sowie solche mit *überregionaler* aber gleichzeitig *themenkonzentrierter* Ausrichtung sind eher in der Lage, sich finanziell abzusichern. Sie finden leichter Gehör bei lokalen Behörden oder bei Fachinstitutionen, die ihre spezielle thematische Arbeit zu würdigen wissen.

Daran wird ein wichtiger Grundsatz deutlich, sowohl für die Existenz bestehender Gruppen als auch für die Gründung neuer Selbstorganisierter Patienteninitiativen: Wir alle sind irgendwann einmal PatientInnen — trotzdem gibt es aber nur sehr wenige Patienteninitiativen. Daraus folgt: *Patientsein allein reicht nicht!* Zur Bildung einer selbstorganisierten Patienteninitiative bedarf es weiterer Bedingungen:

- Die GründerInnen müssen akut betroffen sein.
- Die subjektiven und objektiven Problemlagen der InitiatorInnen müssen hinreichend ähnlich sein.
- Die Betroffenen dürfen aber auch nicht zu sehr geschädigt oder erkrankt sein. Dieses Gesetz verdeutlichen Gruppen von Angehörigen, deren Gruppenmitglieder indirekt geschädigt sind; nur sie haben über einen langen Zeitraum Bestand und können längerfristig erfolgreich arbeiten.
- Für den dauerhaften Erhalt der Gruppe muß die Arbeit professionalisiert werden; zumindest müssen Hauptamtliche *mitarbeiten*. Vor allem themenübergreifende oder überregionale Arbeit läßt sich ehrenamtlich bald nicht mehr bewältigen. Die Kontaktperson einer Initiative schrieb beispielsweise als Randbemerkung eines Briefes: »Bitte empfehlen Sie mich auf gar keinen Fall, ich kann nichts mehr annehmen!«

# Der Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG): Zehn Jahre Elternselbsthilfe

Pejo Boeck

Kaum jemand hat in den 80er Jahren die Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit und der Medizinorganisation in Deutschland so konkret, offen und scharf kritisiert und Mißstände aufgedeckt wie der AKG, eine Elternvereinigung, die aus geradezu traumatischen Erfahrungen entstanden ist. Und nur wenige können nachvollziehen — heute, zehn Jahre nach der Gründung —, wie schwierig die Anfänge und der Aufbau dieser Vereinigung waren. Nachvollziehbar aber sind viele Erfolge, die in diesen Jahren erstritten wurden. Jüngstes Beispiel: Eltern eines 1979 geborenen Mädchens, zugleich Gründungsmitglieder des AKG, haben im Herbst 1992 vor dem Bundesgerichtshof ein Urteil erstritten, das eine Kehrtwende in der Schmerzensgeld-Rechtsprechung bedeutet: Schmerzensgelder dürfen nicht mehr mit dem Argument, der betroffene Mensch hätte ohnehin die Empfindungsfähigkeit verloren, gering bemessen werden. Dies verstößt aus der Sicht des BGH gegen das Gebot der Achtung der Menschenwürde.

Die großen traditionellen Behindertenorganisationen — wie die *Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.* und der *Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V.* — standen der Medizin und der Ärzteschaft immer recht nahe. Gab es dafür auch gute Gründe, so bewirkte es andererseits eine ungerechtfertigte Zurückhaltung: Nach den Ursachen der Behinderung wurde zumindest dort nicht gefragt, wo der Verdacht schwerer Behandlungsfehler vor, während oder nach der Geburt eines Kindes auftauchte. Im Mittelpunkt der Arbeit dieser Verbände standen zweifellos wichtige Fragen: Wie können behinderte Menschen ihr Leben gestalten, wie lernen Eltern mit einem behinderten Kind zu leben? Dies allein jedoch konnte solche Eltern nicht zufriedenstellen, die alles für die Geburt eines gesunden Kindes getan hatten und dann erleben mußten, daß das Kind durch Nachlässigkeit, Unvermögen, persönliche Fehler und strukturelle Mängel geschädigt wurde.

Die »Wiege« des AKG stand in Dortmund: 1978 kam hier in einer der drei größten geburtshilflichen Kliniken Nordrhein-Westfalens ein Mädchen zur Welt, das durch einen Kunstfehler bei der Geburt zeit lebens schwerst mehrfachbehindert ist. Die Eltern erstatteten Strafanzeige, klagten auf Schadenersatz und machten öffentlich die hochtechnisierte Geburtshilfe, persönliche Fehler von Ärzten sowie die Krankenhausstrukturen für die Behinderung ihres und vieler anderer Kinder verantwortlich. Durch die Berichterstattung über die Gerichtsverfahren entstanden zahlreiche Kontakte zu ähnlich betroffenen Eltern zwischen Flensburg, Rosenheim, Westberlin und Saarbrücken.

Über drei Jahre entwickelte sich dieses Kontaktnetz. Im Mai 1982 trafen sich bundesweit betroffene Eltern, engagierte Hebammen und einige wenige Ärzte. Sie forderten u.a. die programmierte Geburt abzuschaffen, die Stellung der Hebammen zu stärken, den Medikamenteneinsatz während der Geburt wesentlich zu verringern, die werdende Mutter und das Kind in den Mittelpunkt zu stellen. Dieses Treffen gab — wie alle weiteren bundesweiten und regionalen Treffen der folgenden Jahre — den Betroffenen Kraft, Halt, Mut und Zuversicht: Die Eltern konnten sich offen aussprechen über traumatische Geburtserfahrungen und über das Verhalten von Ärzten und Krankenhäusern, die jede Verantwortung zurückwiesen; sie erlebten das Gefühl, nicht allein von solch einem »Schicksalsschlag« betroffen zu sein; sie gaben sich Rat und Hilfe für die gerichtlichen Verfahren, für den Umgang mit AnwältInnen, im Hinblick auf die legitimen Schadenersatzforderungen und für die Bewältigung des Lebensalltags als behinderte Familie.

Im November 1982 gründeten 45 Mitglieder den Verein an der Nahtstelle von Behindertenarbeit und Patientenschutz; dem ersten Vorstand gehörten fünf Frauen und drei Männer an, allesamt betroffene Eltern. Sprunghaft nahm die Zahl der Mitglieder zu, Mitte 1983 waren es bereits 200, ein Jahr später 500, Mitte 1987 hatte der Verein 1.000 Mitglieder. Die Kontakte zu ähnlich betroffenen Eltern und geburtshilfgeschädigten Frauen gingen in die Tausende.

1984 wurde in Vereinsräumen mit dem Aufbau einer Geschäftsstelle begonnen. Mit großem Engagement gelang es dem Vorstand, fünfstelligen Spenden zu gewinnen: vom Öko-Fonds der GRÜNEN über eine private Stiftung bis hin zu kommunalen Quellen, aus denen die ersten Bürostellen finanziert wurden.

Von Beginn an sahen die Vereinsmitglieder eines ihrer wichtigsten Ziele in der Prävention. Es galt, andere Eltern und Kinder vor katastrophalen Geburtsverläufen und deren Folgen zu bewahren. 1983 und 1984 erschienen mehrere große Veröffentlichungen zu Kunstfehlern in der Geburtshilfe: *Spiegel*, *Stern* und das WDR-Magazin *Monitor* leisteten herausragende Beiträge zur Diskussion um die Ursachen von Behinderungen bei Neugeborenen. Auch der Vereinsrundbrief des AKG dokumentierte wichtige Schadensfälle und gerichtliche Erfolge. In der Geschäftsstelle des AKG in Dortmund wurde begonnen, die iatrogenen, d.h. ärztlich verursachten Behinderungen systematisch zu erfassen. Es wurde belegt, daß die Geburtshelfer selbst die Risiken setzen, wenn sie Geburten willkürlich einleiten oder lokale Betäubungen vornehmen, die — längst bekannt — zu Komplikationen führen. Und es wurde belegt, daß Kinder behindert waren, weil Ärzte es versäumt hatten, bei einer komplizierten Beckenendlage rechtzeitig einen Kaiserschnitt zu machen.

Die Verfechter der programmierten Geburt traten im Laufe der Jahre den Rückzug an. Anfang 1984 sahen sich das *Bundesgesundheitsamt* und die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* veranlaßt, auf die Risiken der Paracervikalblockade (PCB) hinzuweisen und sehr enge Grenzen für ihren Einsatz zu bestimmen. Der AKG-Vorstand veröffentlichte Anfang 1985 — gestützt auf die Auswertung zahlreicher Geburtsschadensfälle und die Diskussion mit Hebammen und ÄrztInnen — die Vorsorgebroschüre »*Wie kann ich mein Kind bei der Geburt schützen?*«, die in mehreren tausend Exemplaren vor allem an werdende Eltern verkauft wurde.

Die sachlich fundierte Kritik an der klinischen Geburtshilfe und die wachsenden Aufgaben bei der Unterstützung der Eltern zur Bewältigung des Lebensalltags brachten dem Verein auch entsprechenden Respekt und Anerkennung: Er wurde Mitglied im *Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband* und im Dachverband aller Behindertenorganisationen, der *Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.* Beide Verbände hatten jahrelang Vorbehalte wegen der kritischen Haltung des Vereins gegenüber der Ärzteschaft, wegen der offensiven und öffentlichen Kritik an Mißständen in Krankenhäusern und der mit großer Publizität geführten Gerichtsverfahren.

Und schließlich konnte ein AKG-Vertreter 1986 auf dem Kongreß der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* an einer

Podiumsdiskussion teilnehmen. Welche Ablehnung der AKG auch in Ärztekreisen bis dahin erfahren hatte, belegt ein Leserbrief von Prof. Berg, seinerzeit Chefarzt der Frauenklinik Erlangen-Nürnberg, im November 1984 in der Ärztezeitung: »Dieser sogenannte Arbeitskreis, der aus vorwiegend zufriedenen Patientinnen ›willenlose Opfer der Gynäkologen‹ machen will, wäre unschädlich, wenn er nicht publizistisch aufgewertet würde und zu wirklich unverdienten Ehren gelangte. ... Mit Bedauern hat der fachkundige Leser Ihrer Zeitung zur Kenntnis nehmen müssen, welchen breiten Raum Sie dieser ominösen Arbeitsgemeinschaft ›Kunstfehler in der Geburtshilfe‹ eingeräumt haben.«

Dieselben Eltern, die in den Jahren zuvor von Ärzten, Krankenhausprechern, selbst von Funktionären der Behindertenorganisationen einer Michael-Kohlhaas-Mentalität bezichtigt wurden, denen nachgesagt wurde, sie wollten mit dem Kopf durch die Wand, wurden nun respektiert und als kompetente Gesprächspartner ernstgenommen. Deutlich waren die Auswirkungen ihrer Arbeit auf die Geburtshilfe, auf die Rechtsprechung und die Gesundheitspolitik hervorgetreten. Dies blieb niemand verborgen.

Genau zu dieser Zeit war der Verein auch an die Grenzen seiner bisher im wesentlichen ehrenamtlichen Tätigkeit gelangt. In der Geschäftsstelle arbeiteten seit Mitte 1985 zwei Vollzeitbürokräfte und eine Aushilfskraft, ein Vorstandsmitglied leitete die zentrale Beratungs- und Dokumentationsstelle nebenberuflich, im übrigen arbeitete der Vorstand ehrenamtlich.

Für die Vorstandsmitglieder war die hohe zusätzliche Belastung über Jahre hinweg kaum durchzuhalten: Vorstandssitzungen, lokale, regionale und bundesweite Tagungen, Seminare, Aufgaben in der Außenvertretung des AKG gegenüber Ministerien und anderen Behörden, gegenüber Behindertenorganisationen, Krankenkassen und den Medien sowie die Aufgaben in der Beratung Betroffener brachten die Vorstandsmitglieder und deren Familien bis an und über die Grenzen der Belastbarkeit. Als nach jahrelanger Aufbauarbeit der Durchbruch geschafft war, um auf anerkannter Basis langfristige Ziele und Aufgaben anzustreben, brachen im Vorstand und im Verein unterschiedliche Vorstellungen, Differenzen und Meinungen auf über verschiedene zentrale Probleme:

- Sind eine Geschäftsstelle und eine zentrale Beratungs- und Dokumentationsstelle für Schwangerschafts- und Geburtsschäden als zentrale Einrichtungen des AKG erforderlich?
- Brauchen wir ein bundesweites Anwaltsnetz oder ist die Konzentration der Mandate auf wenige AnwältInnen sinnvoll?
- Wie kann die Arbeit auf regionaler und lokaler Ebene gefördert werden? Welche Bedeutung hat dabei eine Zentrale? Brauchen wir im Verein eine Delegiertenstruktur und Landesverbände? Welche Aufgaben können regionale Bezirks- und Kontaktstellen im Verhältnis zur Zentrale übernehmen?
- Soll sich der Verein auch in die Gesundheits- und Behindertenpolitik einschalten? Oder ist die Beschränkung auf die Beratung richtig?
- Soll und muß die Arbeit in der Zentrale professionalisiert werden? Oder reichen Bürokräfte zur Bewältigung der zentralen Aufgaben?
- Sollen Vorstandsmitglieder neben- oder hauptberuflich für den Verein tätig sein? Welche Bedeutung haben die Betroffenen für die Leitung der Zentrale?

Der Vorstand brach wegen der Überbelastung und des Verlusts der Vertrauensbasis auseinander, ohne daß diese Fragen geklärt wurden. 1987 beendete der Mitbegründer und 1. Vorsitzende seine Arbeit im Vorstand, ein Jahr später spaltete sich der Verein: einige Vorstandsmitglieder gründeten unter Federführung eines Rechtsanwalts die *Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter (BIG) e.V.* mit heute einigen hundert Mitgliedern.

Auch diese Abspaltung brachte keine Ruhe in den Verein: Der Versuch des AKG-Vorstands mit einem Anwalt als Geschäftsführer scheiterte nach knapp einem Jahr ebenso wie die Versuche einer kostenpflichtigen Fortbildung für Vereinsmitglieder. Die Erstellung eines Vereinsprogramms wurde abgebrochen, ebenso die Diskussion über neue Vereinsstrukturen. Der Aufbau eines bundesweiten Anwaltsnetzes wurde aufgegeben zugunsten der Konzentration der Mandate auf bestimmte Anwaltsbüros, zumindest soweit der Vorstand darauf Einfluß hatte.

Viel wichtiger noch: Das über Jahre entwickelte Selbstverständnis — die Eltern zu befähigen, selbständig dem Kunstfehlerverdacht nach-

zugehen; vor Ort Hilfen durch gleichartig Betroffene, durch engagierte Hebammen und Ärzte zu suchen; gegenüber der anwaltlichen Vertretung selbstbewußter Auftraggeber zu werden — all dies ging zunehmend verloren. Viele Mitglieder sahen als Folge dieser Vereinspolitik den Nutzen des AKG nur noch in einer Dienstleistungsfunktion bei der Klärung des Kunstfehlerverdachts, manche kritisierten ausdrücklich, daß die systematische Dokumentation und Auswertung von Schadensfällen aufgegeben wurde, daß dem Verein eine aufgabengerechte neue demokratische Struktur (Delegiertenprinzip/Bezirksstellen) fehlt und an einer Zusammenführung von AKG und BIG gearbeitet werden müsse, daß andere Vereine bessere Hilfen für die Bewältigung des Lebensalltags von behinderten Familien anbieten können und daß die Aufgaben in der Prävention von Geburtsschäden immer weiter vernachlässigt wurden. Initiativen einzelner Mitglieder wurden verbal noch unterstützt, aber kaum aktiv vom Vorstand getragen: so zum Beispiel ein Forschungsprojekt zum behindertengerechten Bauen oder Seminare über »Schadenersatz im Lichte der Würde behinderter Menschen und ihrer Familien« — Initiativen, die von einzelnen ehemaligen Vorstandsmitgliedern entwickelt und verantwortet, vom Vorstand jedoch wenig aufgegriffen und ausgewertet wurden.

Die Folgen für die Mitgliederentwicklung sind deutlich: Hunderte haben den Verein in den letzten fünf Jahren verlassen, einige hundert neu betroffene Eltern sind dem Verein beigetreten. Insgesamt ist die Mitgliederzahl nur wenig größer als 1987. Gleichzeitig ist die Nähe zur offiziellen Vertretung und zu wenigen Anwaltsbüros deutlich gestiegen.

Initiativen aus der Mitgliedschaft werden danach beurteilt, ob sie dem Ansehen des AKG in der Ärzteschaft, bei Juristen und Ministerien förderlich sind: Anfang 1992 veröffentlichten fünf Eltern, zugleich langjährige Mitglieder des AKG, den *Dortmunder Appell »Schluß mit falscher Demut und Bescheidenheit«*. Sie formulierten darin Forderungen von Eltern schwerst mehrfachbehinderter Kinder zur Schadenersatzproblematik und vielen anderen Fragen des Lebensalltags behinderter Familien. Der Vorstand bezichtigte in einer Stellungnahme die Eltern der Michael-Kohlhaas-Mentalität, sie würden »überzogene, unrealistische Forderungen« aufstellen, es gelte hingegen »bezüglich unserer Forderungen Augenmaß zu bewahren, um realistische Ent-



schädigungen zu erwirken«. Vergessen das noch 1987 als gemeinsame Auffassung Formulierte:

»Wenn wir uns als Elternorganisation an der Nahtstelle von Behindertenarbeit und Patientenschutz mit den Ursachen von Behinderungen auseinandersetzen, so müssen wir über Mißstände, Mängel und Fehlentwicklungen sowie menschenwürdige Strukturen in der Geburtshilfe sprechen; wenn wir uns über die Frage der Bezifferung von Schadenersatz und Schmerzensgeld auseinandersetzen, so geht es im Kern um die Frage, welche Rechte und Interessen den behinderten Menschen zustehen, welches Menschenbild wir selbst vom behinderten Menschen haben und welches Bild vom behinderten Menschen wir in der Öffentlichkeit durchsetzen wollen. Aus dieser Zielsetzung und aus diesem Anspruch ergibt sich die Notwendigkeit, uns in die Gesundheits- und Behindertenpolitik einzuschalten.«

\*

Fazit: Auch wenn in den letzten Jahren vielen Eltern und AKG-Mitgliedern geholfen werden konnte, dem Kunstfehlerverdacht erfolgreich nachzugehen, hat die Vereinsarbeit sich weit von dem Selbstverständnis entfernt, das in den Anfangsjahren entwickelt wurde. Der Verein ist immer stärker in der Gefahr, seine kritische Distanz zur Ärzteschaft und seinen Platz als kompetenter Mitstreiter um eine menschenwürdige Geburtshilfe und die Lebensbedingungen von behinderten Familien zu verlieren und zur Beute der Interessen weniger Anwaltsbüros zu werden.

# Der lange Weg der Patienteninitiative Hamburg e.V.

*Christoph Kranich*

Die Wurzeln reichen zu den Schicksalen einer großen Zahl von Menschen, die zwischen 1963 und 1981 vom Hamburger Orthopädie-Professor Dr.med. Dr.phil. Dr.rer.nat. *Rupprecht Bernbeck* operiert und verpfuscht wurden. Eingeleitet durch einen Artikel der ›Hamburger Morgenpost‹, begann im Januar 1984 eine beispiellose Flut von öffentlichen Anklagen gegen ihn und seine Abteilung. Der Patienteninitiative, die den Stein ins Rollen gebracht hatte, gehörten bald weit über 200 Patientinnen an, die sich durch schwere Behandlungsfehler geschädigt fühlten. Die aktivsten hatten sich bei Korrektur-Operationen in verschiedenen Krankenhäusern kennengelernt und ihre Leidensgeschichten ausgetauscht. Ihre nachbehandelnden Ärztinnen hatten immer wieder zu erkennen gegeben, daß sie den Pfusch des Professors bereits von vielen anderen Fällen kannten — aber keiner von ihnen hatte je Wirksames gegen den Kollegen unternommen; diese Aufgabe blieb den Geschädigten vorbehalten. Erst als sich fünf von ihnen zu einer Patienteninitiative zusammengeschlossen hatten, wurde die Öffentlichkeit aufmerksam.

Bei einem ersten Treffen forderten mehr als 100 ehemalige Bernbeck-Patientinnen unbürokratische Entschädigung sowie eine unabhängige Patientenbeschwerdestelle. Die Gesundheitsbehörde setzte eine Woche nach Bekanntwerden des Skandals eine ärztlich geleitete Kommission ein, die die Vorwürfe klären sollte. Kurz darauf gab sie — ohne vorherige Einwilligung der Betroffenen — die Krankenunterlagen der geschädigten Patientinnen an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover, an deren Verfahren sich Hamburg bis dahin nicht beteiligt hatte.

Nun folgte eine lange, zermürbende Zeit der Ungewißheit. Der Pressewirbel war verraucht, die Kommission arbeitete im Stillen, die Verantwortlichen schoben ihre Verantwortung hin und her. Die Patienteninitiative beriet die immer zahlreicher werdenden Betroffenen und führte monatliche Treffen durch, um sich gegenseitig zu

ermutigen, Erfahrungen auszutauschen und die Öffentlichkeit über den Fortgang der Ermittlungen zu informieren.

Erst ein Dreivierteljahr nach Aufdeckung des Skandals kam wieder Wind in den Blätterwald: Die »unabhängige« Kommission entlastete den Professor und hielt die ungeheuerlichen Behandlungsfehler für weitgehend »normal«. Wieder waren es die betroffenen Patientinnen und die kritische Presse, die entdecken mußten, daß der Leiter der Kommission ein enger Vertrauter Bernbecks und damit höchst befangen war. Nachdem offensichtlich wurde, wie schlampig und unsachlich die Gutachter geurteilt hatten, konnte die Forderung der Patienteninitiative nach einem unabhängigen Parlamentarischen Untersuchungsausschuß (PUA) durchgesetzt werden.

Erst zwei Jahre nach der ersten Veröffentlichung begann der »PUA AK Barmbek« mit seiner Arbeit. Die Zeugenanhörungen brachten das ganze Ausmaß des Skandals ans Licht der Öffentlichkeit. Der Ausschuß hörte neun Monate lang in 33 mehrstündigen Sitzungen 77 Zeuginnen, von den ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen Bernbecks über die Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung bis hin zu Bernbeck selbst. Die Berichte offenbarten nicht nur das Ausmaß an Selbstherrlichkeit der Ärztinnen, die Unerbittlichkeit der Hierarchie im Krankenhaus und die Gleichgültigkeit der informierten Verwaltungs- und Behördenleute, sondern vor allem auch das Gezänk zwischen CDU- und SPD-/GAL-Abgeordneten in dem nach Parteienproporz besetzten Ausschuß.

Nach fast einem Jahr wurde der Bericht veröffentlicht und erste Konsequenzen angekündigt. Die Ausschußmitglieder der regierenden SPD forderten die Einrichtung einer unabhängigen Patientenberatungsstelle, bessere Qualitätskontrolle ärztlicher Tätigkeit, Verbesserungen in der Arbeitsweise der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover, Reform der hierarchischen Führungsstruktur in den Krankenhäusern sowie eine Änderung der ärztlichen Berufsordnung, die bisher das Melden von Kollegen-Kunstfehlern verhinderte. Einig waren sich alle Parteien, daß für Patientinnen eine unabhängige Anlaufstelle geschaffen werden müsse.

### **Vom Aufbau zweier Konkurrenten**

Nun folgte wieder eine längere Zeit des Kämpfens. Die Erkenntnisse und Schlußfolgerungen der parlamentarischen Ausschußarbeit droh-

ten in zwei aufeinanderfolgenden Wahlkämpfen zerrieben zu werden. Das Haupthindernis für die Weiterarbeit der Patienteninitiative war jedoch, daß die Gesundheitssenatorin Christine Maring dem Vorstand der Hamburger Verbraucherzentrale angehörte und dieser zweifellos bekannten und angesehenen, aber doch als Vertreterin von Patienteninteressen bisher nicht profilierten Einrichtung die Aufgabe der Patientenberatung übertragen wollte. Die PatientenInitiative hatte sich inzwischen als eingetragener Verein konstituiert und beanspruchte selbst die aus öffentlichen Mitteln bezahlte Weiterführung dieser Aufgabe. Sie mußte sich mit allen Mitteln der Öffentlichkeits- und Lobby-Arbeit für eine Anerkennung ihrer fast vierjährigen, rein ehrenamtlich-engagierten Beratungsarbeit einsetzen und erreichte, daß ihr im Oktober 1987 vier ABM-Stellen bewilligt wurden. Die Verbraucherzentrale hatte bereits einen Monat früher mehrere ABM-Stellen zugesprochen bekommen und forderte, als Konzept und Beginn ihrer Beratungsarbeit feststanden, die PatientenInitiative zur ehrenamtlichen *Mitarbeit* im Rahmen *ihrer* Patientenberatung auf. Die PatientenInitiative konterte, *sie* habe jahrelang engagierte und fachkundige Unterstützung von Patienten geleistet und besitze daher die Kompetenz, diese Arbeit institutionalisiert und bezahlt fortzusetzen. Außerdem lehnte sie die Konzeption der Verbraucherzentrale ab, da dort nicht engagiert genug im Sinne der Patientinnen beraten werden solle, sondern von »Entlastung einer *vielleicht* angespannten Arzt-Patienten-Beziehung« die Rede war und mehr der »Diskurs *in* der (ärztlichen) Profession« verbessert werden solle als die Mündigkeit und Selbständigkeit der Patientinnen. Außerdem paßte die hierarchische Organisation der Verbraucherzentrale nicht so recht zum Ansatz von Selbstorganisation und Betroffenen-Orientierung bei der PatientenInitiative.

### Die Gründung der Beratungsstelle

So entstanden im Januar 1988 *zwei* Patientenberatungsstellen: Beide arbeiteten fast ausschließlich auf ABM-Basis, aber mit unterschiedlichen Konzepten. Die Verbraucherzentrale beschäftigte zwei Juristinnen und einen Medizinsoziologen und bot vorwiegend *rechtliche* Beratung an, während sie psychosoziale Probleme eher an andere Einrichtungen abzugeben versuchte; die PatientenInitiative stellte zwei Sozialpädagoginnen, einen Juristen und eine Verwaltungskraft ein und

versuchte, ratsuchende Patientinnen *ganzheitlich* zu beraten. Beide Einrichtungen beschäftigten außerdem Ärztinnen auf Honorarbasis im ›Hintergrund‹.

Die PatientenInitiative fand geeignete Räume, einen ehemaligen Laden in einem Wohngebiet, und konnte im Frühjahr 1988 ihre immer umfangreicher gewordene Beratungstätigkeit, die bis dahin im Wohnzimmer der Aktivsten unter den Bernbeck-Geschädigten stattgefunden hatte, in neutrale Räume verlegen.

Doch der nächste Schlag folgte umgehend. In mehreren Eingaben und Anträgen war die Gesundheitsbehörde aufgefordert worden, der PatientenInitiative doch ebenfalls, wie schon der Verbraucherzentrale, Haushaltsmittel als stabilisierende Basis zur Verfügung zu stellen. Eine solche Unterstützung wurde tatsächlich in Aussicht gestellt — aber gekoppelt an die Bereitschaft, sich ein Jahr lang der Begleitforschung eines der Hamburger Universität nahestehenden Instituts zu unterwerfen. Diese Auflage ließ befürchten, daß aus der Beforschung die »bessere« Beratungsstelle als Sieger hervorgehen und dann die andere, »schlechtere«, ausgetrocknet oder eingespart werden sollte. Und es war zu vermuten, daß von vorne herein die Verbraucherzentrale als die angeblich bessere ins Rennen gehen würde.

Doch ohne diese Bedingung zu akzeptieren, war die Zuwendung nicht zu haben. Die PatientenInitiative — gerade erst durch die Übernahme der Trägerschaft für ihre Beratungsstelle und die Einstellung von fünf Mitarbeiterinnen einer enormen Kraftprobe ausgesetzt — sah sich nun einer zusätzlichen Belastung gegenüber: dem ständigen, institutionalisierten Vergleich mit der ›Konkurrenz‹, mit der eine Zusammenarbeit nicht möglich schien, ohne die eigene Position ersatzlos aufzugeben.

Nach einem Jahr Patientenberatung unter verschärften Bedingungen bescheinigten die Forscherinnen wider Erwarten *beiden* Beratungsstellen die Existenzberechtigung: »Hohe Fallzahlen und beträchtliche Arbeitsüberlastung der beiden Hamburger Beratungsstellen signalisieren für die Hamburger Region einen Beratungsbedarf, der noch über die gegenwärtige Beratungskapazität beider Beratungsstellen hinausreichen dürfte.« Auch wurde gewürdigt, daß »beide Einrichtungen unterschiedliche Beratungsschwerpunkte — die PatientenInitiative im psychosozialen, die Verbraucherzentrale im rechtlich-

organisatorischen Bereich — wahrnehmen, die sich in Zukunft untereinander in günstiger Weise ergänzen könnten«.

Bei aller vorherigen Skepsis mußte das Ergebnis als gründliche und sachliche Arbeit über die Situation der Patientenunterstützung in Hamburg gewürdigt werden. Es entlastete die PatientenInitiative von der Angst, doch noch der Konkurrenz-Einrichtung, die von vorneher ein mit mehr als doppelt so viel festen Haushaltsmitteln ausgestattet war, geopfert zu werden. Die Mitarbeiterinnen konnten sich, in entspannterer Atmosphäre, der weiteren konzeptionellen und praktischen Ausgestaltung ihrer Tätigkeit widmen.

### **Die Beratung der PatientenInitiative heute**

Inzwischen arbeitet die Beratungsstelle seit mehr als vier Jahren und hat pro Jahr knapp 1.000 Erstkontakte. Manche Unterstützung dauert mehrere Jahre, beispielsweise wenn eine Patientin mit Hilfe der Beraterinnen einem Behandlungsfehlerverdacht nachgehen will oder komplizierte psychosoziale Probleme vorliegen. Die ratsuchenden Personen nehmen durchschnittlich etwa dreimal Kontakt zur Beratungsstelle auf, nur bei der Hälfte der Anliegen ist ein einmaliger Anruf oder Besuch ausreichend. Auch das Gutachten von 1989 hatte formuliert, es sei »davon auszugehen, daß die Beratungskontakte äußerst zeitaufwendig sind.«

Mitte 1992 ist die Beratungsstelle mit sechs Mitarbeiterinnen besetzt: zwei Sozialpädagoginnen, ein Psychologe, eine Juristin, ein Pädagoge sowie eine Verwaltungskraft. Drei von ihnen werden aus Haushaltsmitteln der Stadt Hamburg, die anderen über ABM- und Lohnkostenzuschuß-Programme finanziert. Die Beratung findet immer noch in dem vor vier Jahren angemieteten, 72 qm großen Ladenlokal statt. Telefonische und persönliche Beratungszeiten sind zwölf Stunden pro Woche, zusätzlich persönliche Sprechstunden nach Vereinbarung. Zu jeder Stunde Öffnungszeit müssen vier bis fünf Stunden unsichtbarer ›Hintergrundarbeit‹ hinzugerechnet werden. Die Erstberatung wird von den Sozialpädagoginnen und dem Psychologen geleistet, die Juristin berät die Mitarbeiterinnen bei besonderen Rechtsfragen.

Neben Klärung und Hilfe beim Verdacht auf Behandlungsfehler und Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen hat sich das Spektrum der Tätigkeiten ausgeweitet. Viele Patientinnen wenden sich auch an die Beratungsstelle mit der Bitte um Aufklärung

über ihre Rechte, um Orientierungshilfe im Gesundheitsbereich — beispielsweise bei der Suche nach »guten Ärztinnen«, bestimmten Therapieverfahren und anderen Einrichtungen — oder um Beschwerden über Mängel in der Gesundheitsversorgung loszuwerden. Die Beratungsstelle vermittelt oft auch Kontakte zwischen Patientinnen zur gegenseitigen Unterstützung oder zur Bildung von Patientengruppen.

Obwohl die Beratungsstelle der PatientenInitiative — neben der finanziell noch besser gestellten Abteilung Patientenberatung der Hamburger Verbraucherzentrale — die personell bestausgestattete Patientenstelle der BRD sein dürfte, kommen aber auch wichtige Aufgaben noch zu kurz:

■ Die Dokumentation der Einzelberatung führt noch nicht zu ausreichender Absicherung der Erkenntnisse über *Mißstände* im Gesundheitswesen.

■ Es fehlen fast völlig die Mittel, um erkannte *Mißstände* anzugehen. Die PatientenInitiative hat, außer Betroffene zu beraten, *keine Kompetenzen*.

■ Bei der Zusammenarbeit mit Presse und Öffentlichkeit werden meist skandalträchtige *Einzelschicksale* verlangt, deren Offenbarung in der Regel den betroffenen Patientinnen nicht zuzumuten ist oder von diesen nicht mitgetragen wird.

■ Ein zu großer Teil der Arbeitskraft muß immer noch in die Bemühung um den *Erhalt der Einrichtung*, um öffentliche Unterstützung, gegen die Kürzung von Geld und Leistungen investiert werden.

■ Die Arbeit orientiert sich immer noch vor allem *reaktiv* an der Linderung von Beschwerden und *Mißständen*. Wege zur *präventiven* Arbeit mit potentiellen Patientinnen sind noch kaum entdeckt.

■ Die *Aktivierung der Patientinnen* wird durch viele Faktoren erschwert:

- Sie sind es oft nicht gewöhnt, ihre gesundheitlichen Belange selbst in die Hände zu nehmen;
- Krankheiten, schwere Schicksale und Leidenswege schwächen ihre Kräfte zusätzlich;
- und schließlich werden Patientinnen noch viel zu oft von Ärztinnen und anderen Gesundheitsdienstleisterinnen gar nicht als eigenständige Subjekte ernstgenommen.

# Notwendigkeit und Grenzen der Patienten-Selbstorganisation

Pejo Boeck

Ist es eigentlich notwendig, an der *Patienten-Selbstorganisation* festzuhalten? Wofür soll es wichtig sein, daß Patientenschutz vor allem von den *Betroffenen* organisiert und inhaltlich entwickelt wird?

Zwei Überlegungen sind für diese Frage entscheidend. Die erste beschäftigt sich mit den geschädigten Patienten und deren Angehörigen, die zweite behandelt die Frage der Veränderbarkeit des Gesundheitswesens.

## Stellvertretend handeln oder Eigenaktivität fördern?

Patientenschutzarbeit kann zweierlei bedeuten:

- Entweder handeln einige wenige *stellvertretend*: sie besorgen für andere die Krankenunterlagen, sie untersuchen für andere vorliegendes Material, sie schreiben für andere an Institutionen, sie suchen für andere die geeigneten Rechtsanwälte aus und beantragen Finanzmittel oder Gutachten bei Krankenkassen, Rechtsschutzversicherern und Gutachterstellen.
- Oder die Mitglieder einer Patienteninitiative entwickeln konsequent die *Souveränität des Einzelnen* und *beraten gemeinsam* alltägliche und darüber hinausgehende Lebensfragen. Ihr Ziel ist dann, mit der neuen, anfangs oft bedrohlichen Situation leben zu lernen, ihren eigenen Weg zu finden, Identität zu gewinnen, Selbstbewußtsein und Kraft zu entwickeln, um etwa einen jahrelangen Rechtsstreit durchzustehen und die vielleicht völlig umgeworfenen Hoffnungen und Pläne für das eigene Leben als eine neue Chance positiv zu sehen und zu leben.

Kein Anwalt ist in der Lage, all das aufzufangen, was zum Beispiel Eltern bewegt nach der Geburt eines geschädigten Kindes. Angehörige sind ebenfalls meist überfordert, weil sie zu nah sind; und gegenüber Ärzten ist oft das Vertrauen verlorengegangen. Aber zu sehen, zu hören und zu erleben, wie andere Betroffene solche Lebenssituationen bewältigen, wie sie das Leben neu kennenlernen und positiv



gestalten, hat zahllosen Eltern Mut, Kraft und Hoffnung gegeben. Dieser *Rückhalt unter gleichartig Betroffenen* machte es vielen möglich, die eigenen Ängste, Schuldgefühle und Sorgen auszusprechen, weinen zu können, weil sie Verständnis spürten.

Haben Eltern erst einmal diesen Prozeß begonnen, so wird es ihnen nicht einfach eine moralische Verpflichtung, neu Hinzukommende zu beraten und zu unterstützen, sondern ein Anliegen um ihrer selbst willen. Sie können erkennen, daß sie sich weiterentwickelt haben, daß sie vorangekommen sind, daß sie Ängste, Krankheiten und Krisen besser bewältigen und Konflikte aushalten können. Die Vorbild-Funktion anderer ist eine wesentliche Hilfe für viele Neu-Betroffene, und sich selbst als Vorbild zu erleben, hat vielen weitere Kraft gegeben. Hier liegt die Berechtigung ehrenamtlicher, besser: freiwilliger und unbezahlter Arbeit.

Bei einer Studienreise nach Boston lernten wir Mitte der 80er-Jahre unterschiedliche Konzepte kennen, nach denen in der »Independent Living Movement«, einer US-amerikanischen Behinderten-Bewegung, gearbeitet wird. Einige Gruppen beschrieben ihr Konzept als »peer counseling«; andere sprachen von »peer advocacy«, ein Konzept, mit dem sich die deutschen Besucher stärker identifizierten. Es war ein Weg, den auch der AKG von Anfang an verfolgte: Wir Eltern schwerbehinderter Kinder brauchen sehr viel gegenseitige Beratung und Unterstützung, aber wir müssen uns auch dazu befähigen, unsere berechtigten Interessen — jeder für sich sowie gemeinsam nach außen — geltend zu machen. Während »peer counseling« nur den Aspekt der *Beratung* von Betroffenen durch Betroffene beinhaltet, will das »peer advocacy«-Konzept auch dafür sorgen, daß die Interessen und legitimen Rechte von behinderten Menschen auch gemeinsam vertreten und so weit wie möglich durchgesetzt werden. Der *politische* Anspruch wird hier also deutlich formuliert; der Zusammenhang zwischen den Lebensmöglichkeiten des Einzelnen und den politischen und gesellschaftlichen Verhältnissen wird bewußt hergestellt. Im AKG haben wir daher 1985 als Leitidee unserer Arbeit formuliert: »*Nichts ist so wichtig wie die gegenseitige Beratung, Unterstützung und gemeinsame Interessenvertretung der Betroffenen!*«

## »Der Einbruch kommt von außen!«

Dieser zweite zentrale Gedanke für die Selbstorganisation stammt von dem Philosophen, Theologen und Medizinkritiker *Ivan Illich*.

Der Gründungskern und einige weitere Mitglieder des AKG sahen von Anfang an ihre Aufgaben auch in der politischen Einflußnahme. So gelang es durch intensive Öffentlichkeitsarbeit, die programmierte Geburt als frauen- und kinderfeindlich zu brandmarken und entscheidend zu ihrem Verschwinden beizutragen. Wir erreichten, daß Kliniken mehr Ärzte und Hebammen einstellen mußten, und wir können es als unseren Erfolg ansehen, daß die bis Mitte der 80er-Jahre in der Geburtshilfe noch häufig eingesetzte Paracervikalblockade — eine lokale Betäubung, die häufig einen schweren Sauerstoffmangel des Kindes (zumindest mit-)verursachte — verboten wurde. Ähnliche Schritte unternahmen wir auch in juristischen Fragen.

Weder die programmierte Geburt noch die Paracervikalblockade, deren Risiken seit Ende der 60er-Jahre bekannt waren, wurden abgeschafft, weil die *Beschäftigten im Krankenhaus* dies für zwingend gehalten hatten. Hierarchische Strukturen, Abhängigkeitsverhältnisse und Bequemlichkeit, teils auch Gleichgültigkeit und Abstumpfung — oft eine Folge von Überforderung der Beschäftigten — führen dazu, daß Änderungen *in erster Linie von außen* erzwungen werden müssen. Ein herausragendes Beispiel dafür ist auch der Hamburger Bernbeck-Skandal, bei dem viele Beschäftigte jahrelang von den Orthopädie-Schäden wußten, ohne sie aufzudecken.

Die Verknüpfung von gegenseitiger *Beratung und Unterstützung* einerseits und gemeinsamer *Interessenvertretung* andererseits muß meines Erachtens bestimmendes Element jeder Patientenschutzarbeit sein.

## Wo liegen die Grenzen?

Es bleibt nach diesen Begründungen für die Notwendigkeit der Patienten-Selbstorganisation jedoch die Frage, warum es selbst Organisationen wie dem AKG und der Hamburger PatientenInitiative nicht gelungen ist, dauerhaft bedeutender zu werden.

■ Für die Patienten-Selbstorganisation muß von Anfang an darauf geachtet werden, daß die Entwicklung von Konzepten und Aufgaben Schritt hält mit der Beschaffung von *Geldmitteln*. Aus den Erfahrungen der USA-Fahrt habe ich gelernt, daß sich jedes Projekt, jede Initia-

tive im Bereich des Patientenschutzes von Anfang an gezielt und organisiert um die Beschaffung von Geldmitteln kümmern muß. Die besten Ideen und Konzepte der Selbstorganisation lassen sich nicht verwirklichen, wenn Finanzen und Personen fehlen. Die Bereitschaft der Menschen zu ehrenamtlicher Arbeit nimmt ab, und dafür gibt es gute Gründe. Aber leider ist es oft das wichtigste Merkmal gesellschaftlich dringend notwendiger Aufgaben, daß sie nicht oder schlecht bezahlt werden.

■ Auf der Leitungsebene solcher Organisationen müssen *Betroffene* tätig sein, die alle Möglichkeiten nutzen, um ihre Kompetenzen zur Umsetzung der Konzepte zu entwickeln: von organisierter Fortbildung bis dahin, daß Betroffene aus ihren bisherigen beruflichen Tätigkeiten aussteigen und hauptberuflich in solchen Organisationsformen arbeiten. Erst wenn die Betroffenen selbst sicherstellen, daß die verantwortliche Leitung in ihren Händen bleibt, ist es richtig, auch ausgebildete Fachkräfte einzustellen, die ohne diesen persönlichen Hintergrund professionelle Arbeit leisten.

Werden diese Bedingungen nicht beachtet, besteht die Gefahr, daß ausgezeichnete Initiativen an wachsenden Aufgaben wegen Überforderung zerbrechen oder zu Hüllen für spezifische Berufsinteressen werden.

# Von der Schwierigkeit zusammenzuarbeiten

*Clemens Müller + Christoph Kranich*

Patientenstellen wollen die Mitarbeit von Betroffenen fördern und unterstützen, wie in Abschnitt 1 ausgeführt. Die Beschäftigten sind aber meist keine Betroffenen; sie arbeiten nicht primär auf dem Hintergrund persönlicher Schädigung oder Erkrankung, sondern aus *politischer Überzeugung* und einer Art *Sinn für Gerechtigkeit*. Ihre Arbeit muß professionell und bezahlt sein: Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Tagungen, Projekte, Themenbände, das alles erfordert die ganze Kraft und ist auf Dauer nicht ehrenamtlich leistbar.

Ganz anders die Funktion Selbstorganisierter Patienteninitiativen: ihre unbezahlte Arbeit muß sich in der Regel auf die Formulierung von Forderungen, Beschwerden und Kritik beschränken. Damit erfüllen sie eine wichtige Funktion: sie setzen andere in Bewegung und geben Impulse — oft ohne sich selbst zu bewegen und zu verändern. Das ist gut so, denn sonst würden sie Gefahr laufen, ihre Authentizität aufzugeben, den Motor ihres Handelns.

Das *Formulieren* von Forderungen ist originäre Aufgabe der Betroffenen. Nur sie sind den Problemen so nahe, daß ihr Aufschrei authentisch und glaubhaft sein kann. Das *dialogische Vermitteln* an Politik und Verwaltung erfordert andere Energien, Personen und Methoden. Um auch hier dauerhaft wirksam zu werden, müßten sich Selbstorganisierte Patienteninitiativen öffnen und professionalisieren. Die Zusammenarbeit mit Nichtbetroffenen, das Einlassen auf dialogische Prozesse mit Politikern und Verwaltungsleuten kann aber den Charakter einer Initiative stark verändern — bis dahin, daß sie zu einer professionellen Patientenstelle wird, die im besten Fall die besonderen Kompetenzen Betroffener in ihre Arbeit integrieren kann.

Bei Selbsthilfegruppen-Mitgliedern ist manchmal eine Art *Hofierung* ihrer Krankheit zu beobachten: Kein Gespräch ohne ausführliche Darstellung der Krankengeschichte, des Krankheitsverlaufs, des aktuellen Forschungsstands und bestehender Heilungsmethoden. Dieses Vortragen (bzw. Vor-sich-her-Tragen, Überall-mit-hin-Tragen) der ei-

genen Krankengeschichte hat als Phase der Bewältigung des schweren Schicksals eine entscheidende identitätsbildende Funktion: Nach unendlichen Peinigungen, Einschränkungen und Herausforderungen durch die Ich-destabilisierende Krankheit ebnet die neu definierte Identität einen Weg, mit dieser Gesellschaft wieder offen in Kontakt zu treten.

Dieser Gedanke gilt auch für Mitglieder von Patienteninitiativen. Sie sind in doppelter Hinsicht gekränkt, destabilisiert und enttäuscht: Zuerst über ihre Krankheit, und zuletzt durch die Unfähigkeit und das Versagen der Medizin. Sie verfallen aber nicht in Resignation, Selbstmitleid oder Lethargie, sondern kehren Enttäuschung, Wut und Verdruss nach außen und kämpfen für die Veränderung der Zustände, die zu den furchtbaren Erfahrungen führten.

Gerade weil sie authentische Vertreter des Kampfes gegen persönliche *und* gleichzeitig politische Mißstände sind, erliegen sie aber besonders leicht der Gefahr, ihre Betroffenheit zu hoch zu hängen: so hoch, daß für sie die persönliche (Leids-)Erfahrung als einzig wahre, legitime Voraussetzung zur Beurteilung der Nöte von Betroffenen wird. Damit machen sie sich unerreichbar und versperren sich den Weg zur dialogischen Vermittlung zwischen Betroffenen und Professionellen der gesundheitlichen Versorgung. Dafür müßten sie sich vom *Mythos der Betroffenheit* befreien und Abstand von ihrer eigenen Geschichte nehmen. Das aber würde mit Sicherheit auf Kosten von Authentizität und Originalität gehen.

Vielleicht können und sollten die Mitglieder Selbstorganisierter Patienteninitiativen wegen ihrer unsäglich leidvollen Erfahrungen gar nicht konstruktive Dialoge anstiften, sondern *fordernd, irritierend, nörgelnd, warnend bleiben*? Patientenstellen müßten dann den anderen Part übernehmen: die Vermittlung der Anstöße von Betroffenen ins System der Gesundheitsversorgung.

Solche Arbeitsteilung erfordert aber von beiden Seiten die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und das Anerkennen der jeweiligen Aufgaben: Patienteninitiativen müssen professionell tätige Nichtbetroffene als Kooperationspartner akzeptieren, wenn es um die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen geht, und die MitarbeiterInnen von Patientenstellen müssen sich auf die persönliche Färbung einlassen, die die Mißstände des Gesundheitssystems jeweils in der konkreten Betroffenheit der Mitglieder von Patienteninitiativen annehmen.

# Qualitäts- orientierung und -bewertung im Gesundheitswesen

»Qualitätssicherung« wird wie ein Zauberwort von der Ärzteschaft immer häufiger im Munde geführt. Für die Patientin stellt sich aber viel mehr die Frage: Wie kann ich überhaupt eine *Orientierung* über die Qualität gesundheitlicher, vor allem medizinischer Dienstleistungen bekommen? Denn schließlich ist jede Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlung, für oder gegen eine bestimmte Ärztin und eine bestimmte Therapie eine *Wert-Entscheidung*, eine *Be-Wertung*, die zuallererst eine *Orientierung*, also einen Überblick voraussetzt. Nur wer mehrere Alternativen kennt, kann diese bewerten und dann unter ihnen auswählen.

»Der Arzt muß die Position der unnahbaren Autorität aufgeben und mit Rücksicht auf Unsicherheiten und fehlende Erkenntnisse seine Verantwortung mit dem Patienten teilen. ... Entscheidungen zwischen Alternativen unterschiedlicher Risiken und Chancen sind individuelle Wertentscheidungen (*value judgements*), die nicht mit medizinischem Sachverstand gefällt werden können, sondern ausschließlich von den Betroffenen selbst aufgrund der Beratung durch einen medizinischen Sachverständigen.« (Aus dem Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)

■ Deshalb fragen wir in diesem Abschnitt nur im einleitenden ersten Beitrag danach, was bereits für die *Sicherung* der Qualität im

Gesundheitswesen getan wird — zweifellos eine vorrangige Aufgabe der Anbieterseite, also der Ärzteschaft.

■ Im zweiten Beitrag geht es dann um die Frage, welchen Nutzen kritische Äußerungen oder Beschwerden von Patientinnen für die *Ärztin* haben können: Sind sie nur lästige Nörgeleien, oder kann die *Ärztin* sie als Anzeichen für eine Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses deuten und nach ihren eigenen Versäumnissen fragen, beispielsweise danach, ob sie ausreichend auf die psychosomatischen Aspekte der Patienten-Anliegen eingegangen ist?

■ Und zuletzt werden Anforderungen und Standards für eine bessere Einbeziehung der *Patientinnen* vorgestellt — Maßnahmen der Qualitätsorientierung und Qualitätsbewertung. Patientinnen wollen zuallererst wissen, ob da überhaupt eine Qualität existiert, die gesichert werden kann, oder ob diese zuerst noch entwickelt oder wesentlich verbessert werden muß.

# Was tun Ärzte für die Qualität der Gesundheitsversorgung?

*Hermann Schulte-Sasse*

Diskussionen über die Qualität der medizinischen Versorgung, vor allem über den Begriff »Qualitätssicherung«, sind in der bundesdeutschen Ärzteschaft bisher nicht üblich gewesen oder haben ein kümmerliches Randdasein geführt. Erst in jüngster Zeit hat sich die Situation gewandelt, und inzwischen ist des öfteren ein Beitrag zu Fragen der Qualitätssicherung in deutschen medizinischen Fachzeitschriften zu finden.

Dabei ist auffallend, wie weit das Spektrum der Meinungen in dieser Diskussion tatsächlich ist. Auffallend ist auch, daß im Gegensatz zu manchen anderen Diskussionsfeldern die unterschiedlichen Meinungen quer zu den sonst feststellbaren Bruchlinien in der ärztlichen Berufspolitik verlaufen. Die Diskussion um die Qualität ärztlichen Handelns mobilisiert ganz offenbar Ängste, denen als Widerpart eine Einsicht in durchschaubare Problemzusammenhänge und Lösungsmöglichkeiten bisher fehlt.

Manche Ärzte und Standespolitiker gehen dabei so weit, daß sie die Existenz eines Qualitätsproblems überhaupt leugnen. So hat der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Thomas, während eines vom Bundessozialministerium organisierten Symposiums zur Qualitätssicherung jeden Handlungsbedarf verneint und erklärt: »Die deutsche Medizin, die deutsche ärztliche Versorgung ist die beste auf der ganzen Welt, daran gibt es gar keinen Zweifel.«

Solchen euphemistischen Äußerungen stehen Ergebnisse entgegen, wie sie z.B. auf dem letzten Hausärztag vorgetragen wurden. Nach der Untersuchung eines Forscherteams der Universität Düsseldorf könnte die Einführung von Praxisstandards auf der Basis gesicherter medizinischer Erkenntnisse z.B. dazu führen, daß 40 % weniger Arzneimittel verordnet und 30 % weniger Operationen veranlaßt würden. Wie erheblich der Korrekturbedarf in der deutschen Medizin in der Tat ist, darauf haben auch die Ergebnisse der sogenannten Dortmund-Studie hingewiesen, in der über einen längeren Zeitraum das



Verordnungsverhalten einer größeren und repräsentativen Stichprobe von Dortmunder Ärzten ausgewertet wurde.

Die Dortmund-Studie wurde übrigens gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, der AOK Dortmund und den Arzneimittelkommissionen der deutschen Ärzteschaft und der Apotheker getragen. Während die Zeitschrift der Apotheker sie in ganzer Länge veröffentlichte<sup>1</sup>, wurde sie in der Ärzteschaft kaum zur Kenntnis genommen. Diese Ignoranz ist ein Beispiel für die mangelnde Bereitschaft der deutschen Ärzteschaft, sich bedingungslos selbstkritisch mit der eigenen Praxis zu beschäftigen. Der Berliner Internist Professor W. Dißmann, einer der Initiatoren des Berliner Herzzentrums, hat dies gemeinsam mit einem Mitarbeiter beklagt<sup>2</sup>: »Die Bereitschaft und Fähigkeit gerade deutscher Mediziner, die Angemessenheit, Effizienz und Konsequenzen des eigenen Handelns kritisch zu befragen — zu Virchows Zeiten einst hoch entwickelt — befindet sich heute auf einem Tiefpunkt.«

Auf diesem Hintergrund wird es kaum verwundern, daß bei uns bisher so wenig über Qualität und Qualitätssicherung anspruchsvoll diskutiert worden ist. Dabei hat die europäische Sektion der Weltgesundheitsorganisation bereits 1985 in ihrem Programm »Gesundheit 2000« die Mitgliedsstaaten aufgefordert, entsprechende Arbeitsgruppen einzurichten. In Deutschland blieb dieser Aufruf bis heute ohne Konsequenz. Allerdings steht nun zu erwarten, daß nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (SGB V) die Dinge in Bewegung kommen werden. Das Gesetz erklärt nämlich die »Sicherung der Qualität der Leistungserbringung« zu einer Pflichtaufgabe der Selbstverwaltungspartner, die alle medizinischen Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen hat.

## Was ist Qualität im Gesundheitswesen?

Um die Eigenheiten und besonderen Wege der Diskussion um die Qualität der Medizin besser verstehen zu können, ist eine begriffliche Differenzierung hilfreich. Es hat sich inzwischen eingebürgert, drei verschiedene Bereiche zu unterscheiden: Strukturqualität, Prozeßqualität, Ergebnisqualität. Die Teilnehmer am Gesundheitswesen sind von den einzelnen Bereichen unterschiedlich betroffen, und dies erklärt die Leidenschaft, sich selektiv nur mit einem Teil der Thematik

intensiv zu befassen und die anderen Teile mit Stillschweigen zu übergehen.

*Strukturqualität* umfaßt im Wesentlichen die strukturellen Voraussetzungen für das mehr oder weniger gute Funktionieren der Gesundheitseinrichtungen: Krankenhausbedarfsplan, bauliche Voraussetzungen, apparative und personelle Ausstattungen etc..

*Prozeßqualität* betrifft den Ablauf medizinischer Leistungen wie z.B. die technische Qualität von Röntgenapparaturen, die Zuverlässigkeit labormedizinischer Ergebnisse und pathologischer Befunde, aber auch arbeitsorganisatorische Abläufe wie z.B. Wartezeiten von Patienten in den Röntgenabteilungen.

*Ergebnisqualität* dagegen zielt auf das Endprodukt des medizinischen Leistungsgeschehens: Ist das Ziel des medizinischen Handelns erreicht worden? Ist das Ergebnis gut genug, könnte es besser sein?

Es liegt auf der Hand, daß Ärzte gern und intensiv über Strukturqualität reden und streiten, da sie in den Verantwortungsbereich von Politik und Krankenkassen fällt. Auch Bereiche der Prozeßqualität (Röntgen, Labor, Pathologie) fallen in die traditionelle Aufmerksamkeit der Ärzteschaft, nicht zuletzt durch klare gesetzliche Vorgaben. Dagegen tut man sich mit der Ergebnisqualität, wie bereits beschrieben, ausgesprochen schwer. Politik und Kassen reden weniger gern über Strukturqualität, stattdessen umso intensiver über Prozeßqualität (Stichwort: Wirtschaftlichkeit) und neuerdings auch eher zaghaft über Ergebnisqualität.

Dabei ist gerade die *Ergebnisqualität* der eigentlich interessante Teil der ganzen Qualitätsdiskussion. Für den Patienten ist schließlich entscheidend, ob er gut oder schlecht behandelt wurde, ob sein Gesundheitszustand z.B. nach Abschluß der Behandlung besser sein könnte oder ein Maximum des Erreichbaren darstellt. Für gute Ergebnisqualität sind Struktur- und Prozeßqualität zwar auch wichtige Voraussetzungen. Sie allein garantieren aber noch keine gute Ergebnisqualität.

Für Diskussionen um Ergebnisqualität ist eine besondere Schwierigkeit typisch. Während Struktur- und Prozeßqualität in der Regel mit harten, überprüfbaren Daten diskutiert werden können, mangelt es bei der Ergebnisqualität an solchen allgemeinverbindlichen Orientierungsgrößen. Die Qualität des Ergebnisses medizinischen Handelns

läßt sich nämlich nicht eindeutig feststellen. Was z.B. für den einen Experten gelungen ist, mag für einen anderen bei weitem nicht das Optimum sein. Und noch viel wichtiger: Was für Ärzte ein hervorragendes Ergebnis einer medizinischen Intervention sein mag, kann für den betroffenen Patienten einen unerträglichen Verlust an Lebensqualität bedeuten.

Auf diese Entwicklung muß sich die Ärzteschaft einstellen. Zu den notwendigen Veränderungen gehört auch die allgemeine innerärztliche Einsicht, daß die eigene Fortbildung, das Sichaneignen medizinischen Wissens, wieder in die eigenen Hände genommen werden muß, um die Objektivität und Angemessenheit der Fortbildungsinhalte zu gewährleisten. Aufgebrochen werden muß die vorherrschende Ausrichtung auf pharmakologische Lösungen bei weitgehender Vernachlässigung nicht-pharmakologischer Behandlungsweisen. Dazu allerdings wäre vonnöten, daß die korrumpierende Bindung der Fortbildungen an Pharmahersteller ein Ende findet. Die wachsende innerärztliche Opposition jedenfalls ist zu solchen Schritten bereit.

- 1 Pharmazeutische Zeitung 132. Jg. (1987) S. 14–23 + 1981–1990 und 133. Jg. (1988) S. 680–690 + 932–940
- 2 Wochenendbeilage der Süddeutschen Zeitung vom 20./21.04.1991

# Patientenbeschwerden — Mittel zur Qualitätsentfaltung

*Ellis Huber*

Mein Besuch in der Patientenstelle Zürich im Frühjahr 1979 gab den Anstoß, den ersten ›Gesundheitstag‹ in Deutschland 1980 in Berlin durchzuführen. Der *Patientenbewegung*, und nicht allein der Ärzteschaft, ist die heutige Mehrheit in der Ärztekammer Berlin zu verdanken.

Für die Berliner Ärztekammer sind Patientenbeschwerden ein unverzichtbares Mittel, um Qualität im Gesundheitswesen und in der Arzt-Patient-Beziehung zu entfalten. So wie das Fieberthermometer ein Instrument zur Messung der Temperatur im individuellen Körper darstellt, sind Patientenbeschwerden ein Instrument zur Messung des Fiebers in der Arzt-Patient-Beziehung oder im System des Gesundheitswesens. Beziehung ist Interaktion zwischen Personen; die Anliegen, die bei der Beschwerdestelle der Ärztekammer Berlin eingehen, verdeutlichen dies beispielhaft.

Frau Kruse schreibt z.B.:

»Ich hatte eine Hüftoperation und kam dann anschließend in eine Reha-Klinik und freute mich sehr, weil ich mir große Hilfe versprach. Man legte mich mit einer geistig verwirrten Frau zusammen. Ich konnte keine Nacht schlafen, weil die Patientin nachts rumgeisterte. Ich möchte dazu sagen, daß mir diese Frau in der Seele leid tat, aber ich selbst war zu angeschlagen, um das auffangen zu können. Mit mir wurde in dieser Zeit nichts getan. Nach einer großen Auseinandersetzung mit dem Arzt bekam ich abends große Schmerzen in der Brust. Die Schwestern holten einen Arzt, es wurde ein EKG gemacht, aber nichts gefunden. Wahrscheinlich wurde vermutet, ich simulierte. (Das ist meine Meinung). Die Ärzte jetzt propagieren schnelles Handeln. Es bestand darin bei mir, daß ich nach 20 Stunden auf die Intensivstation gebracht wurde. Man kann natürlich sagen: Sie leben ja noch. Aber wie? Kann nur sehr schwer laufen, keine einfachen Sachen machen usw., bin also auf fremde Hilfe angewiesen. Vielleicht können Sie ein solches Verhalten einmal zur Diskussion stellen.

Hochachtungsvoll...

P.S.: Wenn man uns aufklären will, sollte man dann nicht bei denen anfangen, die ja eigentlich dafür zuständig sind?«

Es ist schwierig, in der Arzt-Patient-Beziehung eine gemeinsame Verständigung auf beiden Seiten herzustellen. Ein kranker Mensch kommt zum Arzt, aus seinen sozialen Bezügen und mit seinem gesamten Lebenskontext — der Arzt reduziert das Problem auf einen defekten Körper und die Bedürfnisse des Patienten auf die Suche nach Körperdefekten. Der Patient will vom Arzt eine Deutung seiner Beschwerden in seinen Lebenszusammenhängen — der Arzt gibt sich mit einer Diagnose des biologischen Schadens zufrieden. Wo der Patient Hilfe und Unterstützung in konkreten Lebenssituationen sucht, bemüht sich der Doktor um fachlich korrekte Therapie. Wo der Patient — vielleicht trotz körperlicher, seelischer und sozialer Handicaps — eher Glück und Autonomie sucht, bemüht sich der Doktor im System unserer Gesundheitsversorgung darum, Normabweichungen auf der Körper-Maschinen-Ebene auszugleichen. Person (Patient) und System (Medizin) agieren also im Alltag des Gesundheitswesens ganz unterschiedlich und oft aneinander vorbei.

Wie geht die Ärztekammer Berlin mit Patientenbeschwerden um? Es gibt zunächst eine Beschwerdestelle, eine schlichte Verwaltungsstelle innerhalb der Ärztekammer; außerdem, gemeinsam mit dem Verbraucherverband organisiert, eine Patientenberatung, unabhängig von der Ärztekammer, aber in enger Zusammenarbeit. Und weiterhin gibt es die Schlichtungsstelle der norddeutschen und ostdeutschen Ärztekammern (siehe Abschnitt 5). Patienten können dort abklären lassen, ob eine rechtliche Auseinandersetzung vor einem ordentlichen Gericht Aussicht auf Erfolg haben wird, denn das Verfahren vor der Schlichtungsstelle setzt die Verjährungsfristen außer Kraft.

Die Ärztekammer Berlin bearbeitet vier bis sechs Beschwerden pro Arbeitstag. Die Hälfte sind Beschwerden über Abrechnungsvorgänge, ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung: In der kassenärztlichen Versorgung der Bundesrepublik wird oft die Optimierung der Abrechnung höher bewertet als die optimale Patientenbetreuung — dies spiegelt ein desolat organisiertes, an die Grenzen seiner inneren Struktur gelangtes Versorgungssystem. Die andere Hälfte sind Klagen über den Arzt. Die Ärztekammer führt etwa ein Beratungsgespräch pro Tag mit Patienten.

Ein Drittel der Beschwerden wird an die Schlichtungsstelle in Hannover weitergereicht. Für den Raum West-Berlin sind in den letzten Jahren etwa 30 Behandlungsfehler pro Jahr über die Schlichtungs-

stelle anerkannt worden, das entspricht ca. 30 Prozent der durchgeführten Verfahren.

## **Patientenbeschwerden innerhalb des Systems zu behandeln, ist komplex und schwierig.**

In der heutigen kassenärztlichen Praxis ist bei etwa einem Drittel der Patienten keinerlei körperliche Diagnose möglich; ein weiteres Drittel kommt mit psychosozialen oder psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, und nur beim letzten Drittel kann mit schulmedizinischen Methoden wirklich etwas diagnostiziert werden.

Warum gehen ältere Menschen zum Arzt? Das häufigste Symptom ist das allgemeine Schwindelgefühl. Mit diesem kann man viel Diagnostik und Therapie betreiben. Das teuerste Medikament der Krankenversicherung in der Bundesrepublik ist ein Gingkobaumextrakt: 360 Millionen DM werden dafür ausgegeben — wirklich viel im Vergleich zu den Nicht-Summen, die für Patientenstellen in der Republik zur Verfügung stehen... Dabei wären Patientenstellen ein gutes Mittel zur *sozialen Durchblutungsförderung* im Gesundheitswesen.

Das häufigste Problem, das in der kassenärztlichen Versorgung zu Krankschreibung führt, sind Rückenleiden. Ich zitiere aus dem Erfahrungsbericht eines praktischen Arztes, der die komplexe Situation verdeutlicht<sup>1</sup>:

»Wie oft sind Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Unterleibsbeschwerden, Schwindel und Übelkeit nur eine Reaktion auf die Lebensbedingungen. Trotzdem drängt der Patient oder die Patientin zur Überweisung, so mit Rückenschmerzen zum Orthopäden, mit Unterleibsschmerzen zum Gynäkologen oder zum Urologen usw. Nehmen wir als Beispiel einen Patienten mit Rückenschmerzen. Ein Angestellter, 45 Jahre, ungerechter und jähzorniger Vorgesetzter, zänkische Ehefrau, die sehr auf ihr äußeres bedacht ist und immer nach dem letzten Schrei der Mode gekleidet. Der Patient ist sehr aktiv in seiner Kirchengemeinde und wäre liebend gerne evangelischer Pfarrer geworden. Seine Rückenschmerzen ergeben bei der klinischen Untersuchung keinen wesentlichen pathologischen Befund. Die Bewegungen sind in allen Richtungen frei durchführbar, er hat keine ausstrahlenden Nervenschmerzen. Der Patient wünscht schließlich eine Überweisung zum Orthopäden. Dieser findet bei der klinischen Untersuchung ebenso wenig, führt aber eine Röntgenuntersuchung der gesamten Wirbelsäule durch. Es finden sich kleine Randzacken am 4. und 5. Lendenwirbel, die, so wird dem Patienten mitgeteilt, möglicherweise Zeichen eines Bandscheibenverschleißes in diesem Bereich sind, und diese Bandscheibe könnte dann die geklagten Beschwerden

auslösen. Außerdem stellt der Orthopäde fest, daß die Gegend der Niere etwas druckschmerzhaft ist, und empfiehlt das Aufsuchen eines Urologen. Spätestens jetzt beginnt die verhängnisvolle Lawine. Die Veränderungen an der Wirbelsäule sind eigentlich alterstypisch und sicherlich nicht der Grund für die Beschwerden. Der Patient hat jetzt ein Töpfchen, in das er seine Krankheit hineintun kann: den Bandscheibenschaden. Es folgt die Überweisung zum Urologen, es wird sonographiert, die Nieren mit Kontrastmittel geröntgt, die Blase gespiegelt, eine Vorsorgeuntersuchung gemacht. Es finden sich Veränderungen in einem Nierenbecken, die möglicherweise auf eine früher durchgemachte Nierenbeckenentzündung zurückzuführen sind, und eine minimal vergrößerte Prostata. Somit sind wieder zwei Erkrankungen dazugekommen, beide natürlich kontrollbedürftig. Wiedervorstellung in einem halben Jahr. Empfohlen wird noch eine Blutuntersuchung zum Ausschluß einer Zuckerkrankheit. Der nächste Schritt geht zum Internisten, der eine Erhöhung der Blutfettwerte findet, die mit Medikamenten behandelt wird. Das Resultat nach einigen Wochen: Bandscheibenschaden, eine kranke Niere, vergrößerte Prostata, erhöhte Blutfettwerte. Der Patient hat als Folge das Bewußtsein des drohenden Herzinfarktes, aufgrund der hohen Blutfettwerte, und der bald versiegenden Potenz, wegen der Prostatavergrößerung. Die Therapie: einmal täglich eine Tablette für die Prostata, zweimal täglich eine Tablette für die Blutfettwerte. Kurzum: der Dauerpatient ist geboren.

Aber die Rückenschmerzen sind nach wie vor vorhanden, der Chef ist weiterhin jähzornig und ungerecht, die Ehefrau weiterhin zänkisch und unzufrieden. Sie wird sicherlich noch unzufriedener sein, mit einem Mann, der jetzt zum Frühstück, Mittagessen und Abendessen seine Pillen schlucken muß und schon gewisse Verhaltensweisen des chronisch Kranken angenommen hat. Ein wirklicher Erfolg unseres modernen Medizinsystems.

Nach einem Jahr mühevoller Kleinarbeit nimmt der Patient heute keinerlei Medikamente mehr, hat eine neue Arbeitsstelle angenommen, Gespräche unter Zuziehung seiner Ehefrau haben die private Situation deutlich verbessert. Er ist jetzt zufrieden und gesund. Die Termine zu den jeweiligen Kontrolluntersuchungen hat er nicht mehr wahrgenommen.«

Dieses Beispiel macht deutlich, wie schwierig Qualitätsentwicklung in einem Gesundheitswesen ist. Es geht nicht nur um strukturelle Fortentwicklungen, sondern sehr viel mehr um eine kulturelle, inhaltliche Neuorientierung. Die Rückenleiden zeigen: Der neue Blick der Medizin müßte Selbständigkeit und Autonomie der betroffenen Menschen in ihren sozialen Bezügen fördern, und nicht die intakte Körper-Maschine. Die Aufgabe der ärztlichen Versorgung und der gemeinsamen Hilfe aller Gesundheitsberufe ist eine Art fallbezogenes Management, das Verbesserungen der individuellen wie sozialen Lebenslage für Menschen erreichen muß — und das trotz einer chroni-

schen Erkrankung, die nicht heilbar ist, oder trotz eines körperlichen oder seelisch-sozialen Handicaps. Kommunikations- und Beziehungssarbeit in der alltäglichen Praxis macht Qualität aus. Bei Patientenbeschwerden kann der Ruf nach der Perfektion körpermedizinischer Diagnostik und Therapie lauter sein als die Bereitschaft, gemeinsam mit dem Arzt an die Veränderung von Lebensverhältnissen zu gehen.

Auch hierfür ein Beispiel. Frau Mehlitz schreibt in einem Brief an die Ärztekammer:<sup>2</sup>

»Wegen einer Nagelbettentzündung bekam ich eines Nachts solche starken Schmerzen, daß ich zur Notaufnahme ins Krankenhaus fuhr, wo man mich gleich dabeihalt, um den Daumen unter Vollnarkose aufzuschneiden. Ich bekam eine Gipsschiene und ging noch zum Nachschauen ins Krankenhaus, bis man mir sagte, ich solle mich ab jetzt ambulant weiterbehandeln lassen. Weil ich nicht damit gerechnet hatte, bereits an einen Kassenarzt verwiesen zu werden, hatte ich keinen Krankenschein dabei, welchen von zu Hause zu holen ich nicht mehr geschafft hätte, da es freitags war und ich sonst die Praxisöffnungszeit nicht mehr erreicht hätte. Im Krankenhaus beruhigte man mich und sagte, es sei kein Problem, den Schein erst zum zweiten Besuch beim Arzt mitzubringen.

So war es denn auch, die Arzthelferin fragte nicht mal nach einem Pfand und schickte mich ins Behandlungszimmer. Nachdem ich mir die Gipsschiene selbst abgenommen hatte, kam der Arzt kurz in den Raum, warf einen flüchtigen Blick auf meinen Daumen, gab seiner Helferin die Order, ihn wieder fest zu verbinden und war schon fast wieder verschwunden, so daß ich ihm hinterherrufen mußte, ich hätte noch Fragen. Ich hatte Fieber, auch Schmerzen und Kälteschauer in Körperteilen, die nicht direkt mit dem Daumen zusammenhängen, hatte Fragen zur Art und Dauer der Behandlung und ob ich ins Ausland zu meiner Schwester fahren könnte (allein zu Haus war ich etwas hilflos). Meiner Ansicht nach normale Fragen eines Patienten. Die erste Frage wurde noch beantwortet, die zweite schon sehr genervt und so lapidar, daß ich damit gar nichts anfangen konnte. Bevor ich noch etwas sagen konnte, meinte er: »Keine weitere Frage ohne Krankenschein!« Entgeistert fragte ich, ob er das ernst meine; da blaffte er mich an, er sei doch kein Hampelmann und stelle sich hier umsonst hin! Es ist mir wichtig, meine Verärgerung an kompetenter Stelle zum Ausdruck zu bringen. Unter Umständen bin ich ja nicht die einzige.«

Der Arzt antwortet auf die Anfrage der Ärztekammer:

»Frau Mehlitz wurde von mir an dem Tag ordnungsgemäß behandelt. Es lag eine eitrige Entzündung am Daumen bei sehr guter Heilungstendenz vor. Obwohl sich zwei Schwestern und ein Arzt im Behandlungszimmer befanden, wollte sie sich selbst den Verband entfernen, um mögliche Schmerzen zu



vermeiden. Ich sah mir den Daumen an, klärte sie auf, daß die Infektion beherrscht wäre und daß ihr fieberhafter Zustand mit entsprechenden Symptomen auf eine Erkältung zurückzuführen ist und nicht von der überstandenen Infektion am Daumen kommen könne. Ein Gipsschienenverband sei nicht mehr erforderlich. Die Versicherte bestand aber darauf, die Gipsschiene weiterhin zu tragen, um ins Ausland zu fahren und sich von ihrer Schwester versorgen zu lassen. Als ich sie fragte, wie ich dann zu meinem Krankenschein kommen solle, sagte sie, daß sie im Krankenhaus auch keinen brauchte, und sie glaubte, bei mir wäre es genauso. Daraufhin entwickelte sich ein Gespräch. Ich wollte sie überzeugen, daß sie optimal behandelt worden ist, daß Ärzte auch nachts zu ihrer Verfügung gestanden haben und daß man nicht mehr verlangen könnte. Da sie angab, daß ich nur materielle Interessen hätte, habe ich ihr erklärt, daß ich gern auf ihren Krankenschein verzichte.

Sicherlich habe ich nicht allen Erwartungen der Patientin entsprochen, aber für langwierige Einzelgespräche sah ich keinen Anlaß, zumal die Erkrankung am Daumen keiner größeren Behandlung mehr bedurfte. In bezug auf fehlende Krankenscheine kann ich nur mitteilen, daß aufgrund meiner großzügigen Handhabung — trotz langjähriger Mahnungen bei fortlaufender Behandlung — mir am Ende des Quartals ca. 50 Krankenscheine immer fehlen. Dabei stört mich am meisten die Einstellung der Versicherten, die Krankenscheine wären nicht erforderlich.«

Die Kammer richtete ein zusammenfassendes Schreiben an beide Beteiligte. Einige Wochen später schreibt der Arzt erneut an die Kammer:

»In Ihrem Antwortschreiben an Frau Mehltz, das Sie mir als Ablichtung geschickt hatten, hätte ich mir gewünscht, daß Sie meine Interessen im Sinne meiner Standesvertretung besser unterstützen. Der Brief von Frau Mehltz ist eine Denunziation, üblicherweise hätte sie auch mit mir sprechen können. Daß ich nicht ganz den Erwartungen der Patientin entsprochen habe, kann mir nicht vorgeworfen werden. Sie hat meine Stellungnahme und meinen Behandlungsvorschlag abgelehnt und war sehr enttäuscht, daß ich ihr Krankheitssymbol, die Schiene, abnehmen wollte. Außerdem dürfte es nicht Sinn meiner Tätigkeit sein, allen Erwartungen der Versicherten Rechnung zu tragen. Trotzdem gebe ich Ihnen insofern recht: Wenn ich über die ganze Angelegenheit galant und damit auch sehr oberflächlich hinweggegangen wäre, hätte ich zwar wieder Ungerechtigkeiten schlucken müssen, das lange Briefeschreiben wäre mir aber erspart geblieben. Ich gebe Ihnen aber zu bedenken, daß aufgrund der täglichen Belastungen in der Praxis und der Anspruchshaltung der Patienten dies manchmal schwerfällt.«

Auch die Patientin schreibt nochmal an die Kammer:

»Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Bemühungen um meine Beschwerde bedanken. Daß Sie in diesem Fall keine Stellung beziehen können, ist selbstverständlich. Es ging mir auch nicht darum, gegen den Arzt in irgendwelcher

Form Maßnahmen einzuleiten, sondern es war mir wichtig, daß er von meiner Beschwerde Kenntnis erhält. Ich konnte diesen Vorfall einfach nicht reaktionslos vergessen.«

Diese Beschwerde ist durchaus typisch, die Reaktionsweise auf beiden Seiten ebenso. Sie machen Beziehungsmuster zwischen Arzt und Patient transparent; Grundmuster einer glückenden oder mißglückenden menschlichen Beziehung. Die Grundaussage, die sich aus den Beschwerden an die Kammer herausdestillieren läßt, ist die Aussage: »Mein Doktor nimmt mich nicht ernst.« Spektakuläre Fälle sind selten. Es geht meist um den Respekt vor der Person, um Zeitmangel und um Ignoranz und Arroganz von Ärzten in ihrer jeweiligen Arbeit und aufgrund ihrer ungünstigen Arbeitsbedingungen. Es geht aber auch um die Verletztheit und Unsicherheit von Ärzten ihrer eigenen Rolle gegenüber und um Angst vor Konflikten.

Das intensive Aufarbeiten von Patientenbeschwerden eröffnet die Chance, wie durch einen Seismographen die Brüche und Widersprüche des Gesundheitswesens zu erfahren. Fehlverhalten und Fehlorganisation im System der Gesundheitsversorgung lassen sich erkennen, transparent und sichtbar machen. Eine solche klare, ehrliche und eindeutige Diagnose ist der erste Schritt, um therapeutische Veränderungen im Gesundheitswesen umzusetzen. Die praktische Bearbeitung von Patientenbeschwerden beinhaltet oft eine zweite Krisenintervention; die Beschwerde ist immer auch der intensive Hilferuf eines Patienten. Sie macht eher zuwendungsorientierte ärztliche Intensivbetreuung notwendig als das Aufbauen von schriftlichen Auseinandersetzungen und ein Auftürmen von Aktenbergen.

Patientenstellen, Patientenbeschwerden sind wichtig. Hier ist Reden goldener als Schweigen. Nur wenn Patienten wie professionelle Helfer im System ihre Aufgabe angehen, können Krankenversorgung und Patientenbetreuung problemgerecht verbessert werden.

- 1 Berbuer, Edgar: Zwischen Ethik und Profit. Arzt und Patient als Opfer eines Systems. Königstein 1989 (Access)
- 2 Aus einem persönlichen Schreiben der Patientin an die Ärztekammer.

# Patientinnen beurteilen ÄrztInnen

## Ein Beispiel zur Anregung

*Christoph Kranich*

Der Kölner Frauengesundheitsladen »Hagazussa« führt seit 1986 eine Fragebogenaktion durch: Patientinnen beurteilen ihre FrauenärztInnen. Der Fragebogen ist in drei Abschnitte unterteilt: Fragen zur Organisation der Praxis, zur Atmosphäre und zur Behandlung. Er wurde in Zusammenarbeit mit der Frauen-Gleichstellungsstelle, dem Verband der niedergelassenen Ärzte, dem Berufsverband der Frauenärzte und der Bundesärztekammer erstellt. Er soll ausdrücklich als »Sammlung subjektiver Erfahrungsberichte« und nicht als objektive Wertung verstanden werden. Frauen, die eine FrauenärztIn suchen, können die Sammlung einsehen und selbst ihre Bögen dazugeben. Während die ÄrztInnen namentlich benannt werden, sind die Namen der beurteilenden Patientinnen nur dem Frauengesundheitsladen bekannt. Die ÄrztInnen werden benachrichtigt, wenn über sie ein Bogen in die Sammlung aufgenommen wird, und sie können die sie betreffenden Bögen einsehen.

Der Frauengesundheitsladen hat seine Erfahrungen nach gut drei Jahren schriftlich zusammengefaßt<sup>1</sup>. In dieser Zeit waren etwa 500 Fragebögen zu ca. 100 von 140 Kölner FrauenärztInnen eingegangen. Eine ähnliche Aktion hat der Gesundheitsladen Hamburg zusammen mit der Hamburger PatientenInitiative für HausärztInnen versucht<sup>2</sup>. Dort wurden jedoch, anders als in Köln, noch nicht genügend Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben, und eine Veröffentlichung für Rat-suchende läßt noch auf sich warten.

- 1 Frauengesundheitsladen Hagazussa (Roonstr. 92, 5000 Köln 1): Frauen-  
arzt/ärztinnen/Kartei. Erfahrungen, Auswertungen, Neue Impulse.  
Privatdruck 1989
- 2 Der Fragebogen, der nach dem Kölner Muster entwickelt wurde, ist ent-  
halten in der PatientenZeitung Juni 1992, erhältlich über die Patienten-  
Initiative Hamburg (siehe Adressen-Seite).

# Mündigkeit ohne Information ist Illusion!

*Christoph Kranich*

Als zentrale Begriffe für die Patientinnen haben sich *Information* und *Transparenz* herauskristallisiert. Nur wer *weiß* um ihren Zustand und um die Möglichkeiten der Hilfe, nur wer die Hilfs- und Unterstützungssysteme des ›Gesundheitswesens‹ durchschaut, kann mündige Patientin sein, kann ihr Schicksal, ihre Krankheit und ihre Heilung selbst in die Hand nehmen.

Zuallererst brauchen wir aber eine Klärung des Qualitätsbegriffs, der für Ärztinnen und Patientinnen häufig ganz unterschiedliche Inhalte hat.

## Was ist Qualität?

Für eine inhaltliche Füllung des Begriffs Qualität ist entscheidend, welches Menschenbild wir zugrundelegen. Wenn ich von der *Körpermaschine Mensch* ausgehe und Krankheit nur als deren Funktionsstörung ansehe, komme ich zu völlig anderen Schlüssen als wenn ich meinen Blick erweitere und versuche, den Menschen als *selbstbestimmte Persönlichkeit* und den Körper als wunderbare, oft rätselhaft bleibende Verbindung von Materie und Geist zu betrachten. Im erstgenannten Menschenbild ist Krankheit unerwünscht, der Körper reparaturbedürftig; in der zweiten Denkform kann Krankheit als Hinweis gesehen, kann Sinn und Zusammenhang entdeckt werden.

Im Verhältnis von Ärztin und Patientin hat in der Regel die Ärztin die Definitionsmacht und bestimmt, welcher Qualitätsbegriff gelten soll. Aber auch Patientinnen haben allzu häufig bereits das technische, maschinelle Menschenbild übernommen, das uns die populäre Naturwissenschaft immer noch vorgaukelt und an dem die Medizin immer noch hängt (Physik und Biologie sind längst viel weiter). Patientinnen haben zwar sehr häufig ein gefühlsmäßiges Gespür dafür, daß Ärztinnen nur einen Teil von ihnen sehen und sehen wollen, daß sie mehr sind als ihr kranker Körper; aber sie können diese intuitiv

empfundene Sichtweise meist nicht rational erklären oder gar der mächtigen Reduktions-Sicht der Ärztin entgegenstellen.

Dort, wo das technische Menschenbild Gültigkeit hat, ist Qualität relativ leicht meßbar und standardisierbar, z.B. bei Operationen. Schwieriger wird es im psycho-somatischen und psycho-sozialen Bereich. Dort präsentieren die Patientinnen in der Regel ungenaue, schwer definierbare gesundheitliche Probleme, und es geht weniger um körperliche Heilung als um Kommunikation, Begleitung, Lebensqualität... Dementsprechend sind hier auch kaum Qualitätsstandards entwickelt.

## Die subjektive Kompetenz der Patientin

In der Diskussion über Qualitätssicherung spielen in der Regel nur *harte Daten* eine Rolle, die an Meßplatten abzulesen sind; die Sicht der Patientin wird als »nur subjektiv« abgewertet. So gibt es ja auch Krankheiten, die *objektiv* sehr schlimm und bedrohlich sein können, die aber subjektiv noch gar nicht wahrgenommen werden, die Patientin fühlt sich gesund, etwa bei Krebs in frühen Stadien. Die objektive Seite muß also ernst genommen werden. Aber wie oft hat die Medizin auf der anderen Seite »objektiv« Erfolge, die *subjektiv* gar keinen Gewinn an Lebensqualität und Lebensfreude bringen oder sogar noch mehr Leid auslösen?

Eine Ärztin kann nur dann eine wirkliche *Helferin* für die Kranke sein, wenn sie deren subjektives Befinden ernst nimmt und in die Therapie-vorschläge einbezieht — bis dahin, daß sie der *Patientin* die Entscheidung für eine der vorgeschlagenen Therapie-Alternativen überläßt.

Diese *subjektive Kompetenz* der Patientin wird aber durch vielfältige Faktoren gebremst und verhindert:

- Allen voran ist die *Erziehung* zu nennen, die die Kinder noch heute oft nicht so sein läßt, wie sie sein und werden wollen, sondern die sie abrichtet und zu funktionierenden Rädchen in der großen gesellschaftlichen Maschine machen will.
- Auch den *Expertinnen* fehlt häufig die subjektive Kompetenz. Ärztinnen verstecken sich nicht selten hinter ihrem weißen Kittel, ihrer Berufsrolle, weil sie als Menschen kein wirkliches Gegenüber für die Patientin sein können. Auch sie haben ihre »Autonomie-Defizite«, können sie jedoch leichter verbergen als Patientinnen.

- Hinderlich ist auch, daß Kranke ausgegrenzt werden, Krankheit bekämpft und Gesundheit zum *Fetisch* erhoben wird. Hilfreich wäre, wenn Kranke öffentlicher und sichtbarer würden, wenn auch prominendere Gesellschaftsmitglieder in einer Art »coming out« öffentliche Bekenntnisse zum Leben mit ihrer Krankheit abgäben.

## Standards zur Qualitätsorientierung und -bewertung

### Aufklärung

- Zuallererst muß die *Ärztin oder Therapeutin* selbst über Qualität, Nutzen und Risiken verschiedener Therapie-Alternativen *informiert* sein.
- Patientinnen brauchen *Informationsmaterial*, in dem diese Aspekte verständlich, ohne medizinische Fachsprache ausgeführt werden und das neben den körperlichen auch die sozio-psycho-somatischen Zusammenhänge berücksichtigt. Diese Informationen müssen im persönlichen Gespräch mit der Ärztin ergänzt und konkretisiert, dem Wissensstand der Patientin gemäß übersetzt sowie auf den individuellen Menschen und seine Krankheit bezogen werden können.
- Zwischen diesen Informationen und der Entscheidung für ein Therapieverfahren muß, vor allem bei Operationen oder anderen einschneidenden Maßnahmen, der Patientin angemessene *Zeit zum Überlegen und Abwägen* eingeräumt werden.
- Patientinnen müssen das *Recht auf ein »Zweitgutachten«* bekommen, das heißt: sich sowohl Diagnose als auch Notwendigkeit, Nutzen und Risiko einer Therapiemaßnahme von einer zweiten Ärztin ihrer Wahl bestätigen zu lassen. Das verlangsamt ärztliches Handeln, macht es aber auch gründlicher und fundierter.

### Transparenz

- Alle im Gesundheitswesen Tätigen müssen ihre *Arbeit offen diskutieren*, kritisch bewerten und gemeinsam verbessern, z.B. in »Qualitätszirkeln«, Supervision und anderen Formen der Selbstkontrolle.
- Patientinnen muß *Struktur und Organisation des Gesundheitswesens* durchsichtig gemacht werden — bis hin zu Pflegeschlüssel, Pflegeform, Infektionsstatistiken usw.
- Patientinnen brauchen unabhängige Informationsquellen, Kontrollorgane und Beschwerdestellen, beispielsweise hauptamtliche und

unabhängige *Fürsprecherinnen im Krankenhaus*, deren Kompetenzen ausreichen, um Transparenz einzufordern, sowie unabhängige *Patientenstellen*, die als Wegweiser durch die Struktur der gesundheitlichen Versorgung dienen können.

■ Das Patientenrecht auf *Einsicht in die Krankenunterlagen* muß endlich im Bewußtsein aller Teilnehmerinnen am Gesundheitsbetrieb verankert werden.

■ Die *Abrechnung* zwischen Ärztin bzw. Krankenhaus und Krankenkasse muß für Patientinnen *durchsichtiger* werden. Patientinnen müssen wissen, was die Ärztin für sie abrechnet.

# Patienten- fürsprecherinnen im Krankenhaus

Patientinnen fühlen sich besonders hilflos und ausgeliefert, wenn sie im Krankenhaus liegen. Nicht die *Beziehung zwischen den Personen* Ärztin und Patientin steht im Mittelpunkt, sondern eine eher *funktionale, anonyme Abhängigkeit* der einzelnen Patientin von einer Großinstitution. Die Patientin scheint ihre Individualität mit der persönlichen Kleidung ablegen und mit dem Status oder der *Rolle* der Patientin vertauschen zu müssen; Ärztinnen und Schwestern treten der Patientin vorrangig als Funktionsträgerinnen, nur in zweiter Linie — wenn überhaupt — als Personen entgegen.

Eine Möglichkeit, die Stellung der Patientin im Krankenhaus zu stärken, sind sogenannte *Patientenfürsprecherinnen*. Sie sollen Ansprechpartnerinnen sein für alle Anliegen und Beschwerden von Krankenhauspatientinnen.

■ Bisher gibt es nur in fünf Bundesländern eine entsprechende gesetzliche Grundlage; in Bremen soll demnächst eine solche geschaffen werden, und in Hamburg gab es viele Jahre lang die Funktion der Patientenfürsprecherinnen als selbstgewählte Zusatzaufgabe der sogenannten »Deputierten« der Gesundheitsbehörde. Die Grundzüge der gesetzlichen Regelungen sowie ihrer Umsetzung in der Praxis, soweit wir ihrer habhaft werden konnten, stellen wir im ersten Kapitel dieses Abschnitts dar.

■ Als anschauliches Beispiel beschreibt eine Patientenfürsprecherin im zweiten Beitrag ihre Arbeit. Wir haben absichtlich ein sehr positives Beispiel ausgewählt, weil sich daran einerseits aufzeigen



läßt, wie nötig Patientenfürsprecherinnen im Krankenhaus sind, andererseits aber auch deutlich wird, welche wichtigen Aufgaben sie in ihrer Funktion gar nicht erfüllen *können*.

■ Im dritten Kapitel werden Forderungen wiedergegeben, die vorwiegend von Patientenfürsprecherinnen und Mitarbeiterinnen von Patientenstellen aufgestellt wurden, um die Funktion der Patientenfürsprecherin sinnvoller zu machen und in ein Gesamtkonzept der Patienten-Unterstützung zu integrieren.

# Patientenfürsprecherinnen in Theorie und Praxis

*Petra Förster + Christoph Kranich*

Gesetze und Verordnungen sind nur so gut wie die Praxis, die ihnen folgt. Deshalb betrachten wir zunächst die Vorschriften und anschließend die uns bisher bekanntgewordenen Formen ihrer Umsetzung.

## Theorie: die Formulierungen der Gesetze

In den Krankenhausgesetzen der Bundesländer Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland ist die Einrichtung von »Patientenfürsprechern« geregelt. Gemeint sind ehrenamtlich tätige, vom Krankenhausträger formal unabhängige Personen, die für ein oder mehrere Krankenhäuser zuständig sind und Anliegen und Beschwerden von Patientinnen entgegennehmen sollen. Meist bieten sie feste Sprechzeiten in einem eigenen Büro. Sie werden vom Kreistag oder Stadtrat gewählt und im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger bestellt (nur im Saarland werden sie direkt vom Krankenhausträger bestimmt). Manche Gesetze sehen vor, daß die Patientenfürsprecherinnen für Sachauslagen (in Rheinland-Pfalz auch für »Zeitversäumnis«) eine Entschädigung erhalten.

Die Patientenfürsprecherinnen dürfen nur mit dem Einverständnis der betroffenen Patientin tätig werden, dann aber sind sie auch berechtigt, sich nicht nur an den Krankenhausträger, sondern auch an die »zuständigen Behörden« oder gar (im Saarland) direkt an die Ministerin zu wenden. Das Krankenhaus ist zur Zusammenarbeit mit ihnen verpflichtet, muß ihrem Vorbringen nachgehen und ihnen Auskunft erteilen — in Hessen sogar »Zutritt« gewähren (unklar bleibt in dieser Gesetzesformulierung allerdings, wozu).

Im Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Rede von »Patientenbeschwerdestellen«, deren konkrete Ausgestaltung ist nicht geregelt. Die meisten Krankenhäuser haben ehrenamtliche Fürsprecherinnen installiert, die ähnliche Funktionen haben wie in den anderen bereits genannten Ländern.

## Die Praxis

Berichte der Patientenfürsprecherinnen zeigen, daß diese zunächst im Patienten-Interesse angelegt scheinenden Bestimmungen doch viele Haken und Ösen haben. Neben einer ersten Tagung zur Auswertung der Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen, zu der im Herbst 1991 auf Einladung des Bielefelder Gesundheitsladens etwa 60 Patientenfürsprecherinnen dieses Bundeslandes gekommen waren, fand im März 1992 zum ersten Mal ein überregionaler Austausch statt. Die Berichte bestätigen die Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen:

■ Patientenfürsprecherinnen haben es meist mit *kleineren Problemen des Krankenhaus-Alltags* zu tun: volle Aschenbecher, fehlende Seifenschalen, zu laute Mitpatientinnen oder Fernseher und auch mal unfreundliche Ansprache durch das Krankenhauspersonal. Größere Mißstände oder gar gravierende Behandlungsfehler werden ihnen gar nicht oder nur sehr selten bekannt. Charakteristisch war das Erlebnis in einer Arbeitsgruppe der Bielefelder Patientenfürsprecher-Tagung: Der Vertreter einer bundesweiten Initiative von Eltern, deren Kinder einen Behandlungsfehler bei der Geburt erlitten hatten, kannte mehrere nachgewiesene Kunstfehler-Fälle aus einem Krankenhaus. Der Patientenfürsprecherin dieses Hauses, die auch zur betreffenden Zeit schon tätig gewesen war und die ebenfalls an dieser Arbeitsgruppe teilnahm, waren beide Fälle noch nie zu Ohren gekommen!

■ Die geforderte *Unabhängigkeit* der Patientenfürsprecherinnen wird in der Praxis oft zur Farce: Natürlich ist die Klinikpastorin formal unabhängig — ihr Arbeitgeber ist die Kirche und nicht der Krankenhausträger. Auch die pensionierte Verwaltungsleiterin oder Chefärztin ist nicht (mehr) beim Krankenhausträger beschäftigt. Ob sie aber wirklich auch *im Sinne der Patientin* als unabhängig gelten können?

■ Oft müssen Patientenfürsprecherinnen mit starken *Widerständen* von seiten der Verwaltung und der ärztlichen Leitung kämpfen, wenn sie ihre Existenz im Krankenhaus bekannt machen wollen. Es verwundert nicht, daß keine Beschwerden eingehen — wenn die Patientinnen gar nichts von dieser Möglichkeit wissen...

■ In Nordrhein-Westfalen wollte die Landesregierung eigentlich *selbstständig tätige, unabhängige Patientenfürsprecherinnen* einrichten, um eine wirksame Kontrolle des Geschehens im Krankenhaus zu gewährleisten (siehe den folgenden Beitrag). Durch die Intervention interessier-

ter Kreise — insbesondere Kirchen, Ärztevertreter und Wohlfahrtsverbände — wurde eine weitgehende Entschärfung der gesetzlichen Vorschrift erreicht: Wo nicht durch glückliche Umstände hochmotivierte und -engagierte Personen diesen Posten bekommen, sind die sogenannten »Patientenbeschwerdestellen« zu zahnlosen Alibi-Kläffern geworden.

■ Als eine neue Mitarbeiterin einer nordrhein-westfälischen Patientenstelle die Patientenfürsprecherin einer großen Universitätsklinik anrief und um ein Treffen zum Erfahrungsaustausch bat, meinte die Angesprochene, sie müsse aber erst ihren Verwaltungsleiter um Erlaubnis bitten! — So wird die Forderung nach einer »unabhängigen« Beschwerdestelle in diesem Krankenhaus umgesetzt.

Diese wenigen Beispiele mögen verdeutlichen, daß in den genannten Krankenhausgesetzen bestenfalls ein *erster Anfang* für die gesetzliche Verankerung von Patienten-Interessen gemacht wurde — in vielen Fällen ist es viel weniger als das, nämlich bloße Verschleierung der äußerst schlechten Stellung der Patientin im Gesundheitswesen.

### **Ein anderes Modell: Hamburg**

Hamburg dürfte das erste Bundesland in Deutschland gewesen sein, dessen Krankenhauspatientinnen durch Patientenfürsprecherinnen unterstützt wurden. Schon Anfang der 70er-Jahre beschlossen die *Deputierten* der Gesundheitsbehörde, zusätzlich zu ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit als Beratungs- und Kontrollorgan der Behörde auch diese Aufgabe zu übernehmen, sozusagen als zweites Ehrenamt.

Die Hamburgische Verfassung sieht vor, daß Behörden durch fachkundige Bürgerinnen begleitet werden sollen. Diese »Deputationen« werden von den Parteien entsprechend ihrem Verhältnis im Parlament, der Bürgerschaft, zusammengesetzt. Deputierte sind keine Abgeordneten, gehören also nicht zur gesetzgebenden Macht, sondern haben Kontrollfunktion für die Regierung und ihre Verwaltung.

Für die Hamburger Gesundheitsbehörde gab es bis 1989 fünfzehn Deputierte. Sie waren aufgeteilt in drei Gruppen, jede zuständig für mehrere staatliche Krankenhäuser, wo sie vorwiegend mit dem Etat, mit Stellenplänen, mit der Einstellung leitender Ärztinnen und mit der Anschaffung von Großgeräten beschäftigt waren. Die ehrenamtlich tätigen Deputierten hatten monatlich einen Sitzungstermin zu

absolvieren; dazu kamen aber öfter weitere Termine, z.B. Ausschüßsitzungen oder Gespräche zur Einstellung von Chefärztinnen und vieles mehr.

»Es bedurfte schon einer gewissen detektivischen Arbeit, um mit den Patientenfürsprechern Kontakt aufzunehmen«, berichtet ein ehemaliger Deputierter. Ihre Namen seien zwar in einigen Patienten-Informationsbroschüren der staatlichen Krankenhäuser aufgeführt worden, aber erstens nicht in allen, und zweitens ohne Hinweis, welche Aufgaben und Möglichkeiten die Patientenfürsprecherinnen haben. So enthielt eine Broschüre der Gesundheitsbehörde aus dem Jahr 1982 — Titel: »Ratgeber für Patienten in Hamburger Krankenhäusern« — unter der Überschrift »Manches sehen Sie vielleicht anders« den Abschnitt:

»Haben Sie einmal Grund für eine Beschwerde, dann wenden Sie sich bitte zunächst an denjenigen, der Ihnen Anlaß für Ihre Unzufriedenheit gegeben hat. Erst wenn das nicht weiterhilft, sollten Sie sich an die Stationsleitung, den Chefarzt, die Krankenhausleitung oder den Krankenhausträger wenden.«

Kein Wort von den zuständigen Patientenfürsprecherinnen!

»Mit medizinischen Problemen bin ich ein einziges Mal befaßt worden«, erzählt eine frühere Patientenfürsprecherin. Auf die Frage, wieviele Patienten sich überhaupt an sie gewandt haben, sagt sie: »Das waren gar nicht so viele, einer im Monat höchstens, mehr nicht. Sehr häufig waren es psychische Probleme — häufiger wurde ich von Angehörigen angesprochen. Und meistens baten sie mich, nicht tätig zu werden, solange die Patienten noch im Krankenhaus lagen, weil die Angst hatten, daß da vielleicht Repressalien kommen.«

Der hochrangige Status der Deputierten als Kontrolleurinnen einer Behörde erleichterte ihnen, wenn denn einmal eine Beschwerde einging, die weitere Verfolgung der Mißstände im Krankenhaus-Alltag. »Wir hatten als Deputierte jederzeit zu allen Unterlagen und Personen Zutritt. Der Vorteil des Status als Deputierte und der langen Zeit meiner Tätigkeit war, daß ich die Mitarbeiter der Krankenhäuser kannte. Und als Ärztin kannte ich mich natürlich im Krankenhaus-Betrieb aus.« Oft habe sie sich direkt an den Chefarzt wenden und die Beschwerden aus der Welt räumen können.

Dieses »Hamburger Modell« kann uns lehren, daß der *hochrangige Status* der Deputierten eine gute Grundlage für Ansehen und Wirk-

samkeit der Patientenfürsprecherinnen ist. Andererseits kann von Menschen, die einen Beruf ausüben und zusätzlich zwei so anspruchsvolle Ehrenämter bekleiden, kein allzu großer Einsatz für die Patientinnen mehrerer Großkrankenhäuser erwartet werden!<sup>1</sup>

## Liegt die Zukunft in Bremen?

In Bremen gibt es noch keine gesetzliche Grundlage für Patientenfürsprecherinnen. Bisher existiert zwar auch schon in jedem Krankenhaus eine Beschwerdemöglichkeit, meist in Form eines »Kummerkastens«, den beispielsweise die Sekretärin der Verwaltungsleiterin wöchentlich leert, um Beschwerden innerhalb des Hauses abfangen zu können. Aber welche Unterstützung dürfen Patientinnen von einem wöchentlich geleerten Briefkasten erwarten? Sie brauchen einen *Menschen*, der Zeit für sie hat, der ihnen zuhört und ihre Anliegen ernst nimmt.

»Ich werde mich dafür einsetzen, daß für die Bremer Krankenhäuser in Zukunft Patientenfürsprecher gewählt werden«, sagte die Bremer Gesundheitssenatorin *Irmgard Gaertner*.<sup>2</sup> Eine »demokratische Legitimierung und Unabhängigkeit« war ihr dabei besonders wichtig. Die Rechte und Pflichten der Patientenfürsprecherinnen sollen in dem zukünftigen Landeskrankenhausesgesetz, das sich in Arbeit befindet, abgesichert werden.

Die Senatorin hat die Chance, aus den Erfahrungen der anderen Bundesländer zu lernen und wichtige Schritte in die Zukunft zu tun, indem sie die Forderungen, die im dritten Beitrag dieses Abschnitts aufgestellt werden, in ihr Vorhaben einbezieht.

- 1 Etwas ausführlicher wird das Hamburger Modell in der »PatientenZeitung« beschrieben, die von der PatientenInitiative Hamburg ca. 3–4 mal im Jahr herausgegeben wird (hier: Juni 1992). Die Anschrift steht in der Adressenliste am Ende des Bandes.
- 2 Pressemitteilung vom 1.4.1992 im Anschluß an die Tagung »Der mündige Patient...«, siehe im Anschluß an das Grußwort der Gesundheitssenatorin zu Beginn dieses Bandes.

# Die Patientenbeschwerdestelle des Städtischen Krankenhauses Solingen

Monika Püschel

Im gültigen Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 3.11.1987 steht unter § 5 *Patientenbeschwerdestelle*

»Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle.«

Im ursprünglichen Regierungsentwurf aus dem Jahr 1981 waren an dieser Stelle *Patientenfürsprecher* mit folgenden Aufgaben und Befugnissen vorgesehen (in § 5 Absatz 2 des Gesetzentwurfs):

»Der Patientenfürsprecher prüft die Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung, den Krankenhausträger und in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden. Im übrigen ist er zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Betriebsleitung, der Krankenhausträger und die zuständige Behörde sind verpflichtet, dem Vorbringen des Patientenfürsprechers nachzugehen und ihm die notwendigen Auskünfte zu erteilen.«

§ 5 Absatz 3 sollte dem Krankenhaus zusätzlich vorschreiben, daß den Patienten Name und Adresse des Patientenfürsprechers bekanntgegeben werden müssen.

In Solingen erging bereits im Jahr 1987, noch vor Verabschiedung des jetzigen nordrhein-westfälischen Krankenhausgesetzes, folgender einstimmiger Beschluß:

»Der Krankenhausausschuß empfiehlt dem Rat der Stadt Solingen, einen Patientenfürsprecher als Ehrenamt für das Städtische Krankenhaus nach Maßgabe dieser Vorlage einzurichten.

Aufgaben und Arbeitsweise des Patientenfürsprechers:

Der Patientenfürsprecher soll

- Anregungen, Beschwerden und Anliegen prüfen und gegenüber dem Krankenhaus vertreten,
- Konflikte verhindern helfen,
- Reibungen mindern,
- helfen und beraten.

Um diese Aufgaben zu erfüllen,

- hält er regelmäßig Sprechstunden ab,
- besucht er regelmäßig die Stationen,
- erhält er einen besonderen Briefkasten.

Der Patientenführsprecher erhält zur Erfüllung seiner Aufgaben den erforderlichen Raum im Krankenhaus nebst Telefon und die Möglichkeit, Schriftverkehr zu erledigen.

Ausschließliche Ansprechpartner sind die Mitglieder der Betriebsleitung und die Abteilungsärzte. ...

Beschäftigte des Krankenhauses können nicht zum Patientenführsprecher gewählt werden und auch nicht die Mitglieder seiner Organe. Der Patientenführsprecher wird auf Vorschlag von mindestens einem Fünftel der Ratsmitglieder durch den Rat gewählt. Seine Amtszeit beträgt vier Jahre.«

1988 faßte der Krankenhausausschuß den einstimmigen Beschluß, Frau Steinheuer und mich dem Rat zur Wahl vorzuschlagen. Am 8.9.1988 wurden wir vom Rat für vier Jahre gewählt, unser Amt traten wir am 1.10.1988 an. Provisorisch kamen wir in einem Besprechungsraum unter, so waren wir erstmal erreichbar. Anfangs, um im Haus bekannt zu werden, hatten wir vier Tage in der Woche Sprechstunde, jeweils zwei Stunden, aber das erwies sich schnell als zuviel. Seit April 1990 ist unser Büro mitten in der Eingangshalle fertiggestellt, in dem wir von allen Patienten, Besuchern sowie Personal und Ärzten gut zu erreichen sind. Wir haben eigene Briefbögen, Schreibmaschine und seit Februar 1991 ein Schreibtelefon zum Ausleihen an gehörlose Patienten, die so während des Krankenhausaufenthaltes mit ihrer Familie in Kontakt bleiben können.

Wir erstellten gleich zu Anfang ein Rundschreiben, das wir persönlich auf die Pflegegruppen verteilten und in den Gemeinschaftsräumen aushängten. Viel Zeit nahm unsere Vorstellungsrunde bei den Chefärzten in Anspruch, von denen wir sehr unterschiedlich, von freudig — »Das war aber auch Zeit!« — bis uninteressiert — »Wozu soll das gut sein?« — begrüßt wurden. Inzwischen gibt es Chefs, die ihre Patienten zu uns schicken, weil sie meinen, wir könnten uns besser um deren Anliegen kümmern.

Im März 1989 fragte uns der WDR, Studio Düsseldorf, ob wir für die »Aktuelle Stunde« einen Film über erste Erfahrungen machen würden. Mit Zustimmung der Betriebsleitung konnten wir einen ganzen Tag lang im Haus drehen. Daraus wurde ein 30-Sekunden-Spot, aber wir waren ja auch reichlich unerfahren. Durch mein dreijähriges



Ehrenamt bei den »Grünen Damen« (Ökumenische Krankenhaus-hilfe) kannte ich mich im Haus zwar recht gut aus, möchte aber betonen, wie gut es ist, zu zweit zu sein. Jeder von uns allein wäre wohl nicht weit gekommen und hätte den Mut verloren. Einige Zeit nach unserem Video fragte der gleiche Reporter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW nach, was das neue Gesetz gebracht habe. Der Mitarbeiter des Ministeriums zeigte sich wenig zufrieden mit der Wahrnehmung dieser Einrichtung. Teils seien sie falsch, also nicht neutral besetzt: sie würden von Seelsorgern der Einrichtungen, ehemaligen Ärzten, Stadtverordneten unter Angabe der Telefonnummer, sogar von pensionierten Mitarbeitern der Einrichtungen wahrgenommen. In der letzten Woche erreichte mich ein Anruf aus Gelsenkirchen, wo man den Sozialdienst überreden wollte, diese Funktion zu übernehmen. Wir wissen, daß es die wöchentliche Leerung von Kummerkästen gibt, obwohl die Patienten bis dahin schon entlassen sein können. In einem Fall ist das Büro im Verwaltungstrakt untergebracht, der Patient mußte erst über die Straße in ein anderes Gebäude. In Wuppertal ist in zwei Kliniken je ein Anrufbeantworter installiert, der einmal wöchentlich abgehört wird.

Bei der unterschiedlichen Wahrnehmung der Tätigkeiten in den Beschwerdestellen, die dem Ministerium so nicht gefallen und gefallen können, frage ich mich, warum bei mehr oder weniger Einsatz in Ehrenamtlichkeit das Ministerium es so schwer hatte, ein erstes Treffen der Patientenfürsprecher aus NRW im Herbst 1991 in Bielefeld zu bezuschussen, um den Gedankenaustausch zu ermöglichen und die Patientenfürsprecher zu motivieren. Die Caritas hatte im letzten November zu einem Gedankenaustausch nach Köln eingeladen, zu dem wir als »Städtische« kommen durften, weil der Fürsprecher des Katholischen Krankenhauses uns bat, für ihn den Termin wahrzunehmen: Wir hatten das Gefühl, daß bei einigen Fürsprechern mit viel Engagement einiges erreicht wurde. Es gab aber auch die Meinung, daß für »vier Fälle im Jahr« sich die Einrichtung nicht lohne.

Bei uns kamen im letzten Jahr 85 Beschwerden an, denen wir auch längerfristig nachgehen mußten. Die Gespräche in unserem Büro zeichnen wir nicht auf, wenn wir anschließend nicht tätig werden müssen. Es gibt also weit mehr Kontakte zu Patienten, die z.B. über ihre Operation, ihren Kummer oder über die Familie sprechen wollen. In manchen Wochen sind wir bis zu 20 Stunden im Haus. Kranken-

besuche, Gespräche mit einzelnen Abteilungen und Sprechstunde lassen sich zeitlich nicht vereinbaren. Auch auf Termine mit Ärzten müssen wir manchmal warten und eventuell extra kommen.

Zurück zu einem Punkt der Beschlußvorlage: Ansprechpartner sollten die Betriebsleitung und die leitenden Ärzte sein. Diese Regelung wurde aus praktischen Erwägungen schon nach wenigen Wochen geändert. Mit Einverständnis der Betriebsleitung können wir mit allen Stellen im Haus direkten Kontakt aufnehmen. Außer bei gravierenden Beschwerden wenden wir uns an die Ärzte und das Pflegepersonal, was zu besserem Einvernehmen führt, ohne die betreffende Person über Pflegedienstleitung oder den chirurgischen Direktor an den »Pranger« zu stellen. Bisher hat sich das nach unserer Erkenntnis noch nicht negativ für die Patienten ausgewirkt. Andersherum können auch Schwestern und Pfleger ihren Ärger über anspruchsvolle, überhebliche Patienten loswerden. Wo Menschen mit Menschen umgehen, gibt es Mißverständnisse, und da sollen wir helfen.

Noch etwas zu unserem Büro. Während der Sprechstunden steht unsere Tür immer offen, es sei denn, wir haben Besuch. Offen für alle. Jeder kann mal eben um die Ecke schauen, ohne Berührungs-, Schwellen- oder Klinkenangst. Wenn Patienten erst anklopfen müssen, so unsere Erfahrung, wird diese Tür zu einer erheblichen Mauer für beide Seiten.

Natürlich geben wir auch Informationen oder wir helfen bei Problemen mit dem Geldwechsler, den Telefonchips und beim Büchertausch, wenn die Bücherei nicht besetzt ist. Wir bekommen oft Besuch von den »Grünen Damen«. Von ihnen erfahren wir, welchen bettlägerigen Patienten wir helfen können, aber auch wenn das Pflegepersonal sich nicht versteht und die Patienten darunter leiden müssen. Ansprechpartner sind da die Abteilungspfleger. Gedankenaustausch haben wir mit Seelsorge und Sozialdienst. Aufgeschlossen stehen uns gegenüber Kassenwesen, Aufnahme, Information, Telefonzentrale, Technischer Dienst, Bettenzentrale, Küche, Diabetesberatung und Verwaltung. Dort haben wir einen Ansprechpartner, der uns hilft, wenn wir nicht mehr weiter wissen oder etwas brauchen.

Seitdem uns Patienten darauf angesprochen haben, daß es im Krankenhaus sehr langweilig ist, haben wir uns überlegt, daß es sinnvoll wäre, in der Eingangshalle Vitrinen mit wechselnden Ausstellungen

einzurichten. Der Plan liegt jetzt vor. Schulen, die Kinderabteilung im Krankenhaus sowie Museen haben uns ihre Mitarbeit zugesichert. Seit drei Wochen stellt zum ersten Mal in unserem Büro eine Solinger Künstlerin ihre Bilder aus.

Ein großes Problem ist, daß uns viele Mitarbeiter als eine Kontrollfunktion empfinden, ja meinen, daß wir sie bespitzeln und denunzieren. Diese Empfindung läßt sich nur durch wiederholte Gespräche auf den Stationen langsam abbauen.

Im Krankheitsfall können Kleinigkeiten zu großer Verärgerung führen, die dann nicht am Gesundheitszustand, sondern an Dingen festgemacht werden. So besorgen wir Kondensmilch statt »Kaffeeweißler« aus der Küche, sorgen dafür, daß kalter Kaffee auf den Stationen in die Mikrowelle kommt, kümmern uns um schlechte Matratzen und verknubbelte Kopfkissen oder wenden uns an die Hygienefachkraft, wenn irgendwo nicht ordentlich sauber gemacht wurde.

Ein Beispiel aus der Neurochirurgie: Nach Bandscheibenoperationen schimpften die Patienten über die schlechten Matratzen im Haus, die sie nachts nicht schlafen ließen. »Folterinstrumente!« hieß es. Der Professor schickte uns, wütend über das Haus und die Bettenzentrale, innerhalb kürzester Zeit dutzende Beschwerden. Auf Nachfrage in der Bettenzentrale erfuhren wir, daß es nur zwei geeignete Matratzen für 850 Betten gebe. Der Professor hat alleine 55 Belegbetten. Kurzfristig wurden zehn neue Matratzen mit Namensschild auf den Stationen verteilt. Es wurde ein reger Bettentausch daraus, der viel Zeit beanspruchte. Dem Krankenhausausschuß rechneten wir in unserem Jahresbericht die Kosten für das ganze Haus vor, und bald kamen auch neue Lieferungen. Nachdem wir uns mit dem Vorschlag durchsetzen konnten, grundsätzlich die besten Matratzen in den Operationssaal zu liefern, wo die größten Eingriffe gemacht werden, ist die Beschwerdeflut abrupt abgebrochen.

Wie erfahren wir von Beschwerden bettlägeriger Patienten? Meist wenden sich Angehörige an uns, weil sie sich nicht trauen, auf der Pflegegruppe selbst für eine Lösung der Probleme zu sorgen, und Angst haben, daß ihre Angehörigen darunter leiden müssen oder schlechter versorgt werden. Personal und Ärzte reagieren auf Vorwürfe oft sehr gereizt, fühlen sich angegriffen, es kommt zu merkwürdigen Auswüchsen. Zum Beispiel: Ein besorgter Ehemann möchte die

Stationsärztin sprechen, dabei sieht er sie in ihrem Zimmer sitzen und schreiben. Ein ›Zivi‹ sagt ihm aber, daß die Sprechstunde am Donnerstag sei und er könne dann wiederkommen. Es war in diesem Fall sehr schwer, zu vermitteln; mich erinnert so etwas an die Kunst des Seiltanzes.

Wie gehen wir mit Kunstfehlern um? Soll der Krankenhausträger intern einen Vergleich finden? Soll es an die Öffentlichkeit, wie das Patienten und Angehörige in ihrer ersten Wut oft fordern? Oder an die Lokalzeitung unter verstärkter Drohung mit BILD?

Wir haben uns zu Schweigepflicht und Datenschutz verpflichtet und können Betroffene in ihren Vorhaben bestärken, wenn wir der Meinung sind, daß die Grundlage nicht nur emotional, sondern medizinisch abgesichert ist, z.B. bei Körperverletzung. Uns sind zwar durch die Verpflichtung nicht die Hände gebunden, aber wir wollen und sollen neutral sein, können also nur Tips geben, an welchen Juristen oder Mediziner sie sich wenden können. Das unterscheidet uns grundsätzlich von den Patientenstellen, die außerhalb von Arztpraxen und Krankenhäusern arbeiten. Im Düsseldorfer Regierungsbezirk haben wir allerdings keine solche Patientenstelle. So bleibt uns nur, den Patienten aus dem Hintergrund zu stützen und zu stärken.

Ab und zu kommen Angehörige von verstorbenen Patienten zu uns in die Sprechstunde, die sich bitter über das Haus, die Ärzte und das Pflegepersonal beklagen: Zu spätes Erkennen der Erkrankung, laue Beschwichtigungen, keine Benachrichtigung zu Hause. Oder sie seien bei sorgenvoller Nachfrage vom Personal einfach abgewimmelt oder mit der Entschuldigung »Personalmangel« grob zurechtgewiesen worden. Es geht den Angehörigen nicht um juristische Beratung, sie fühlen sich nach dem Tod eines nahestehenden Menschen unverstanden und alleingelassen. »So früh mußte sie doch nicht sterben«, die Thrombose ist nicht erkannt worden, die Mutter an Lungenembolie gestorben, Weihnachten bei Notbesetzung im ganzen Haus... Es dauert Wochen mit Recherchen aus der Krankenakte, Gespräche mit dem Chefarzt und immer wieder telefonische Rücksprache mit der Familie, bis der Tod der Mutter langsam begriffen und angenommen werden konnte.

Zum Schluß etwas Allgemeines: Von vielen Patienten wird ihre Machtlosigkeit und Abhängigkeit gegenüber der Einrichtung Kran-

kenhaus bemängelt. Zur Angst vor dem Unbekannten kommt das Gefühl, die Eigenverantwortung an der Eingangstür abgegeben zu haben. Ärztliche Aufklärung und Befragung ist mit ›Fachismen‹ besetzt und wird deshalb in der fremden Umgebung nicht ausreichend verstanden. Die Patienten werden abgefragt, bekommen aber keinen Fragenkatalog an die Hand, in dem sie Notizen machen könnten und durch den sie auf die Fragen der Ärzte vorbereitet wären. Besonders ältere Menschen oder hilflos eingelieferte Personen ziehen sich in sich selbst zurück und fühlen sich unter Druck gesetzt. Nichtverstehen führt zu Abwehr und Aggressivität, womit Ärzte schlecht umgehen können, da sie meist unter Zeitdruck stehen.

Es gibt Patienten, die während eines Krankenhausaufenthaltes durch fast alle Disziplinen geschleust werden, frei nach dem Motto: »Es könnte ja etwas übersehen werden.« Es braucht schon einen mündigen Patienten, der sich dagegen wehrt. So treibt die Apparatedizin seltsame Blüten, die Kosten steigen immer weiter und dazwischen steht hilflos der »Mittelpunkt« Mensch!

Mein Wunsch wäre ein Arzt, den seine Patienten etwas angehen, der Krankheit nicht nur als Defekt des Körpers, sondern mehr als einen Hilferuf der Seele versteht. Ein Arzt, der fragt und beobachtet, braucht nicht Macht zu verkörpern, Hierarchien zu manifestieren. Es gibt in jeder Klinik Ärzte, die mit wenigen Worten vermitteln können, daß der Patient das Wichtigste ist. Ich meine zu spüren, ob die Ärzte medizinisch und privat mit ihrem Beruf zufrieden sind. Auch beim Pflegepersonal scheinen mir die, denen die Menschen mit ihrer Psyche wichtig sind, mit den hohen Anforderungen, die an den Beruf gestellt werden, besser zurechtzukommen.

# Wir fordern Patientenfürsprecherinnen oder »Patientenvertrauenspersonen« an jedem Krankenhaus!

Petra Förster + Christoph Kranich

■ Patientinnen brauchen nicht nur eine neutrale, vermittelnde *Stelle*, sondern *Menschen*, die für sie Partei ergreifen und sich als Anwalt der Betroffenen verstehen. Die »Fürsprecherinnen« sollten den Patientinnen ihre Anliegen nicht aus der Hand nehmen, nicht stellvertretend für sie denken und handeln, sondern sie sollten *Vertrauenspersonen* sein, denen die Patientinnen alle Anliegen, Wünsche und Beschwerden anvertrauen können, die sie bei Ärztinnen und Pflegenden nicht vorzubringen wagen. Das schwedische Wort »Ombudsman«<sup>1</sup> (den wir ergänzen müßten um die *Ombudsfrau*) trifft diese Aufgabe besser als der altmodische Begriff »Fürsprecherin«. Grundsatz für die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen sollte sein, Patientinnen in ihrer Mündigkeit zu unterstützen, so daß sie *selber* ihre Rechte wahrnehmen können.

■ Patientenfürsprecherinnen oder Patientenvertrauenspersonen sind in allen Bundesländern gesetzlich abzusichern.

■ Die Patientenvertrauenspersonen müssen *unabhängig* sein vom Krankenhaus und seinem Träger. Sie sollten von einem demokratisch legitimierten Gremium, etwa einem Parlament, gewählt, bestimmt oder bestätigt werden.

■ Sie brauchen hochrangigen *Status* und weitreichende *Kompetenzen*, um von Ärztinnen, Krankenhausträgern und der Öffentlichkeit ausreichend ernstgenommen zu werden, evtl. eine Anbindung an parlamentarische Gremien oder einen unabhängigen Status wie die Datenschutzbeauftragten. Sie müssen das Recht auf Einsicht in alle Unterlagen sowie Zutritt zu allen Stationen und Abteilungen haben. Das Krankenhaus und das Personal müssen zur Zusammenarbeit mit ihnen verpflichtet werden.

- Sie müssen ihre Arbeit *bezahlt*, nicht nur auf ehrenamtlicher Basis ausführen und im Krankenhaus an mehreren Tagen in der Woche für die Patientinnen sichtbar präsent sein.
- Sie benötigen ein Büro im Krankenhaus mit allem dazugehörigen Material (z.B. Telefon, Kopiermöglichkeit).
- Sie sollten in der Regel nicht aus kurativ-medizinischen *Berufen* stammen, aber Angehörige dieser Berufe sowie Juristinnen für fachliche Fragen im Hintergrund haben, z.B. die Mitarbeiterinnen örtlicher Patientenstellen.
- Sie sollten eng zusammenarbeiten mit unabhängigen, lokalen *Patientenstellen*, die für das gesamte Gesundheitswesen, also auch den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen, ähnliche Funktionen ausüben wie sie für die Krankenhäuser. Sie könnten sogar als Angestellte solcher unabhängigen Patientenstellen ihre Arbeit im Krankenhaus leisten.
- Sie müssen die Möglichkeit erhalten, sich regelmäßig *fortzubilden*, vor allem auf medizinischem, juristischem und psychosozialen Gebiet.
- Auch für psychiatrische Krankenhäuser sind Fürsprecherinnen einzurichten. Ihre Aufgabe stellt noch höhere Anforderungen, da Psychiatrie-Patienten einerseits durch die Einschränkungen, die ihre Krankheit mit sich bringt, größere Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Bedürfnissen haben, andererseits aber auch noch viel weniger für »voll« genommen werden als körperlich Kranke.

1 »Ombudsman [*schwed.*] *m*; -[s], -[s] (eindeutschend: Ombudsmann; -es, ...männer): in verschiedenen Ländern (wie Dänemark, Finnland, Neuseeland, Japan) ein vom Parlament beauftragter Vertrauensmann, der darüber zu wachen hat, daß der Bürger vor der Willkür der Behörden oder öffentlich-rechtlicher Körperschaften bewahrt bleibt.« (Duden-Fremdwörterbuch)

# Wege zum Patientenrecht

»Die seit alters übliche ›Sprachlosigkeit‹ des Arztes in spezifisch medizinischen Belangen ist zu überwinden und der Patient an den ihn betreffenden Entscheidungen zu beteiligen. Für den Patienten bedeutet dies die Wahrnehmung seines Rechtes auf Selbstbestimmung, für beide, daß der Patient die Verantwortung für die Entscheidung mitträgt.«

Mit diesen Sätzen markiert der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen in seinem neuesten Jahresgutachten die Notwendigkeit einer Entwicklung hin zur *mündigen Patientin*. Die bisherige Haltung der Ärztinnen bezeichnen die Gutachter als »benevolenten Paternalismus«, also so etwas wie ›wohlwollende Bevormundung‹, die mit dem Recht auf Selbstbestimmung der Patientin unvereinbar geworden sei: vor allem durch den medizinischen Fortschritt, »durch den Nebenwirkungen, Schäden und Risiken für Ärzte wie für Patienten erkennbar und beschreibbar wurden« — und, so wäre wohl hinzuzufügen, durch den auch die Gefahr solcher Nebenwirkungen und Schäden stark gewachsen ist.

»Zur Wahrnehmung der eingeräumten Rechte bedarf es eines aufgeklärten und mündigen Patienten, der bereit ist, die vermeintliche Geborgenheit der vertrauensvoll geschehenlassenden Patientenrolle zu verlassen und das Recht der freien Selbstbestimmung in oft folgenschweren Entscheidungen in eigener Verantwortung auszuüben und damit Mitverantwortung zu übernehmen.

An die Stelle des ›benevolenten Paternalismus‹ muß als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein ›Partnerschaftsmodell‹ treten. Darin gibt der Arzt vermöge seines medizinischen Wissens den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient mit Hilfe des Arztes seine Entscheidungen trifft.«



Zur Ausgestaltung einer solchen partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung, die im Prinzip sogar auf Grundlage der bestehenden Gesetze möglich sei, macht das Gutachten lesenswerte Vorschläge. Das Sachverständigengutachten beschäftigt sich mit den grundsätzlichen, »aus dem Selbstbestimmungsrecht folgenden Ansprüchen des Patienten im Falle einer medizinischen Behandlung« und meint, »Fragen der Schadensregulierung und des Haftungsrechtes könnten in einem späteren Gutachten aufgegriffen werden«. Es trifft sich, daß wir uns im Rahmen der Tagung »Der mündige Patient — eine Illusion?« gerade zu diesem hier ausgesparten Teilbereich der Patientenrechte Gedanken gemacht haben und sie in diesem Abschnitt zur Diskussion stellen können. Meistens kommen Patientinnen erst zur Beratung oder gründen Initiativen, wenn sie bereits durch medizinische Behandlung *geschädigt* wurden. Ihnen geht es nicht mehr nur darum, ihr Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl zwischen verschiedenen Alternativen einer Behandlung als informierte, mündige Patientinnen wahrnehmen zu können, sondern sie haben vorrangig ihr *Recht als Geschädigte* im Blick, also den Weg zu Schadensersatz und Schmerzensgeld, und erst in zweiter Linie dann auch den Wunsch nach zukünftig selbstbestimmter Behandlung und Betreuung.

Für die Betroffenen ist es außerordentlich schwierig, sich einen Überblick zu verschaffen über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Wege zu ihrem Recht als Geschädigte. Wir wollen in diesem Abschnitt Orientierungshilfen geben für Fachleute aus Beratungsstellen und Initiativen, für Anwältinnen und nicht zuletzt für Betroffene selbst. Da die Chancen der Durchsetzung von Rechtsansprüchen regional sehr unterschiedlich sind, lassen sich keine einheitlichen Empfehlungen aufstellen. Es ist aber erforderlich und auch möglich, grundsätzliche *Standards* zum Umgang mit Patientenrechten zu formulieren, für die hier Vorschläge gemacht werden..

- Der erste Beitrag gibt einen *Überblick* über die unterschiedlichen Wege und eine erste *Bewertung* ihrer Vor- und Nachteile.
- Im zweiten Beitrag wird die Arbeit der *Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern* anhand eines Beispiels verdeutlicht.

- *Zivilgerichtliche Verfahren* benötigen fundiertes Fachwissen von Patientin und Anwältin. Der dritte Aufsatz schildert die *Fallstricke*, die in einem solchen Prozeß für die Patientin bereitliegen.
- Schließlich wird die Frage untersucht, wie notwendig für Geschädigte eine *Fachanwältin* wäre, die sich dann z.B. auf Patientenvertretung spezialisieren könnte, so, wie sich manche Anwältinnen auf die Vertretung von Ärztinnen oder Pharma-Unternehmen spezialisiert haben.
- Die *Erfahrungen der Patientinnen* mit den Gutachter- und Schlichtungsstellen, ihre Anregungen und Kritikpunkte geben wir im letzten Artikel wieder. Daran anschließend stellen wir *Standards* für den Umgang mit Patientenrechten zur Diskussion — und hoffen auf rege Teilnahme und Rückmeldung der Leserinnen.

# Ärztfehler — was tun?

Barbara Hohnholz

Dem Patienten stehen, wenn er eine vom Arzt zu verantwortende fehlerhafte Behandlung vermutet, generell sechs Wege offen, sein Recht zu verfolgen. Dieser Artikel gibt eine kurze Einführung sowie Hinweise zur jeweiligen Nutzen/Risiko-Abwägung.

## Grundsätzliches

Vom Patienten wird grundsätzlich verlangt, vier Elemente plausibel zu machen, die seine Ansprüche begründen:

- einen Behandlungsfehler,
- einen dadurch verursachten Schaden,
- die Verantwortlichkeit des Arztes für diesen Schaden
- und zuletzt den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Handlung des Arztes und diesem Schaden.

Nur wenn diese vier »anspruchsbegründenden Tatsachen« zusammenkommen und im Verlauf des Verfahrens begründet werden können, ist mit einem Erfolg zu rechnen.

## Außergerichtliche Verfahren

### Regulierungsverhandlungen mit Haftpflichtversicherungen

Der direkte Weg ist nicht immer der kürzeste und einfachste — wie die Erfahrungen mit Haftpflichtversicherern zeigen. Um sich überhaupt Gehör zu verschaffen, muß der Patient seinen Verdacht auf einen Behandlungsfehler nicht nur äußerst gut begründen, er sollte dabei auch einen professionellen und entschlossenen Eindruck hinterlassen.

Wenn der Patient auf seine Rechtsschutzversicherung verweist, hat er sogar Chancen, die Haftpflichtversicherung des Arztes verhandlungsbereit zu finden. Erscheint der Schadensanspruch dem Versicherer berechtigt, bietet dieser häufig seine Mitarbeit an und läßt auf seine Kosten ein medizinisches Gutachten erstellen. In aller Regel formulieren Versicherer und Patient den Gutachterauftrag gemeinsam und wählen den Sachverständigen im gegenseitigen Einverständnis aus. Handelt es sich um einen komplizierten Fall mit Dauerschäden, sollte

der Patient den Versicherer vorher auffordern, den Anspruch *grundsätzlich* zu akzeptieren. Sonst kann es passieren, daß der gesamte Anspruch scheitert, weil ein einzelner Schadensposten abgelehnt wird. Nun kann der Patient nichts weiter einbringen als Geduld, denn auf die Dauer des Verfahrens hat er keinerlei Einfluß.

### Krankenkassen

Meist treten die Krankenkassen nur als Trittbrettfahrer auf dem Zug der Arzthaftung in Erscheinung. Hatten die Bemühungen des Patienten Erfolg und hält er ein rechtskräftiges Urteil gegen einen Arzt in den Händen, erinnert sich die Krankenkasse seiner und wendet sich an die Haftpflichtversicherung des Arztes, um ihre Ansprüche einzufordern.

Einige Krankenkassen fertigen aber auch schon im Falle eines Behandlungsfehler-*Verdacht*s kostenlos ein medizinisches Gutachten an. Dieser Einsatz für den Patienten ist jedoch an bestimmte Bedingungen geknüpft und steckt dem Patienten enge Grenzen. Falls der Schaden innerhalb einer ambulanten kassenärztlichen Behandlung entstanden ist, leiten Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen den Verdacht an einen internen Prüfungsausschuß weiter, der zu gleichen Teilen aus Krankenkassenvertretern und Ärzten zusammengesetzt ist. Die Ersatzkassen verfügen über beratende Funktion in einer Prüfungskommission, die ansonsten aus fünf Ärzten besteht.

Will der Patient wissen und mitbestimmen, unter welcher Fragestellung die Gremien seinen Fall prüfen, türmen sich Hindernisse auf. Das Einsichtsrecht des Patienten ist nicht geregelt, und Chancen, Einfluß auf das Verfahren zu nehmen, gibt es nicht. Weit entfernt von den Betroffenen prüfen die Krankenkassen häufig nur, was der Wahrung ihrer eigenen Interessen dient. Verhandlungsgegenstand sind nur die zusätzlichen Behandlungskosten, die der Krankenkasse entstanden sind. Der Patient wird auf die Rolle des Erstinformanten reduziert.

Grundsätzlich eröffnet § 66 des Gesundheitsreformgesetzes (Sozialgesetzbuch V) den Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Versicherten bei Schadensersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern direkt zu unterstützen. Doch in der Praxis machen bisher nur der Verband der Betriebskrankenkassen sowie gelegentlich auch einige AOKs den Patienten ein weitergehendes Angebot zur Kooperation.

Wenn Patient und Betriebskrankenkasse Interesse daran haben, einem Verdacht auf Behandlungsfehler nachzugehen, ist dies rein rechtlich ein ausreichender Grund, gemeinsam vorzugehen. Regreßansprüche auf Seiten der Krankenkasse sowie Ansprüche auf Erwerbsschaden, Sachschaden oder Schmerzensgeld seitens des Patienten bilden die Voraussetzung zu dieser »gegenseitigen Prozeßhilfe«.

Kommt es zu einer Zusammenarbeit, so verspricht die Betriebskrankenkasse, kostenlos ein Gutachten zu bestellen und zu überprüfen, welcher Rechtsweg sinnvoll ist. Bei einem Prozeß steht es ihr frei, zu entscheiden, ob sie sich an den Kosten beteiligt, diese ganz übernimmt oder selbst den Prozeß führt und die Interessen des Patienten kostenlos mitvertritt.

Nach erfolgreichem Rechtsstreit führt die Kasse die Auseinandersetzung mit dem Haftpflichtversicherer über Höhe und Umfang ihrer eigenen Ansprüche sowie der des Patienten. Es bleibt jedoch der Krankenkasse überlassen, dem Patienten die Kooperation anzubieten, der Patient hat darauf kein Anrecht.

Es gilt auch zu bedenken, daß das Schadensvolumen größer ist, wenn nicht nur der Patient seine Interessen geltend macht, sondern zusätzlich auch die Krankenkasse ihre Forderungen stellt. Das kann dazu führen, daß die Haftpflichtversicherung noch stärker bestrebt ist, die Entschädigung für den Patienten niedrig zu halten.

### **Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern**

Seit April 1975 haben sämtliche Landesärztekammern sogenannte *Gutachterkommissionen* oder *Schlichtungsstellen* eingerichtet (im folgenden nur noch »Schlichtungsstellen« genannt). Die größte, inzwischen zuständig für acht Bundesländer, befindet sich in Hannover.

Diese Kommissionen werden von den Ärztekammern, teils gemeinsam mit dem Verband der Haftpflichtversicherungen betrieben und finanziert — was nicht nur von betroffenen Patienten häufig kritisiert wird. Sie erstellen und finanzieren medizinische Gutachten für die Patienten. Die dreijährige Verjährungsfrist für Schmerzensgeldansprüche kommt durch die Antragstellung zum Stillstand. Für den Antrag genügt ein einfaches Schreiben, in dem der Verdacht auf Behandlungsfehler beschrieben und die Schlichtungsstelle aufgefordert wird, die Arbeit aufzunehmen.

Obwohl die Gutachten den Patienten nichts kosten, muß er in den meisten Fällen trotzdem in die eigene Tasche greifen: Das Verfahren ist für den Laien kompliziert und undurchsichtig. Da die Stellen primär auf schriftlicher Grundlage arbeiten, kann der Patient sein mangelndes Fachwissen nicht durch persönliche Darstellung des Schadens ausgleichen. Er ist darauf angewiesen, professionelle Unterstützung zu suchen und selbst zu finanzieren. Die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung kann er bestenfalls in der Verfahrensordnung finden, in der Praxis sucht er sie meist vergeblich. Und ob der Betroffene persönlich begutachtet wird und sich mündlich äußern darf, entscheidet dann allein die jeweilige Ärztekammer.

Nun muß der Patient auf das Gutachten warten, mitunter 15 Monate und länger. Doch die Erstellung des Gutachtens ist erst der zweite von fünf Schritten: Nach dem Antrag und dem Gutachten müssen nun das Votum der Schlichtungsstelle und die Regulierung folgen, möglicherweise betritt der Patient auch noch den Rechtsweg. Sobald das Gutachten vorliegt, bezieht die Schlichtungsstelle Position. Sie kann in ihrem Votum das Gutachten akzeptieren oder ablehnen. Wie auch immer das Votum ausfällt, es ist nicht bindend und beinhaltet noch keinerlei Aussage über die Höhe der finanziellen Ansprüche.

Wird das Votum von beiden Seiten akzeptiert, beginnen oft nervenaufreibende und langwierige Regulierungsverhandlungen. Sollte das Ergebnis der Schlichtungsstelle jedoch nicht den Erwartungen entsprechen, steht beiden Seiten weiterhin der Rechtsweg offen. Doch ist es wichtig zu bedenken, daß das Gutachten dort möglicherweise ausgewertet wird und weichenstellend für einen späteren Rechtsstreit ist. Richter im Zivilprozeß nutzen häufig die Gutachten vorausgegangener Schlichtungsverfahren für ihre Entscheidungsfindung.

Ist der Patient auf Prozeßkostenhilfe angewiesen, kann ein negatives Gutachten ihm den Rechtsweg erschweren. Wenn es zur Entscheidung über Prozeßkostenhilfe herangezogen wird, kann es Einfluß darauf ausüben, ob der Rechtsanspruch plausibel erscheint.

## **Gerichtliche Verfahren**

### **Zivilverfahren**

Das Verfahren vor einem Zivilgericht hat das Ziel, dem Patienten einen Ausgleich für seine Schäden zu verschaffen. Für die Entschei-

derung, derartige Ansprüche anzumelden, sprechen zunächst die Beweiserleichterungen, die von der Rechtsprechung entwickelt wurden. Wenn ein grober Behandlungsfehler vorliegt oder die ärztliche Dokumentation mangelhaft ist, kann sich unter Umständen die Beweissituation sogar umkehren, d.h. der Arzt hat in diesem Fall zu beweisen, daß er für den Schaden *nicht* verantwortlich ist.

Außerdem muß der Richter z.B. den medizinischen Geschehensverlauf möglichst exakt und detailliert ermitteln. Dabei ist es ein entscheidender Vorteil für den Patienten, daß das Gericht schriftliche und mündliche Informationen einholt. Stärker als in einem außergerichtlichen Verfahren kann der Richter die Macht des Sachverständigen begrenzen und ihn auf seine Rolle als Berater beschränken, um zu verhindern, daß er über medizinische Fragen hinaus auch rechtliche Zusammenhänge beurteilt.

Das Zivilverfahren birgt jedoch auch zahlreiche Nachteile in sich. Es fallen Anwalts-, Gerichts- und Sachverständigenkosten an, die schon bei einfachen Fällen in der ersten Instanz mehrere tausend Mark betragen können. Das immense Kostenrisiko kann reduziert werden, wenn der Patient nur Teile seiner Ansprüche anmeldet. Fällt das Gericht ein positives ›Teilurteil‹, bildet dies eine gute Grundlage, um die restlichen Ansprüche außergerichtlich durchzusetzen. Ansonsten bietet eine Rechtsschutzversicherung einen wichtigen Rückhalt.

Wer einen Zivilprozeß führt, muß finanziell und psychisch einen langen Atem haben, denn das Verfahren kann über mehrere Instanzen hinweg geführt werden und damit viele Jahre dauern. Während dieser Zeit erhalten die Patienten noch keine Entschädigung und müssen die zusätzlichen Kosten, die Krankheit und Prozeß fordern, alleine aufbringen.

### **Strafverfahren**

Im Mittelpunkt des Strafgerichtsverfahrens steht, wie der Name schon sagt, eine Bestrafung des Arztes durch staatliche Behörden. Der Patient braucht die mühselige Arbeit, den Behandlungsfehler-Vorwurf zu beweisen, nicht auf sich zu nehmen, denn nach der Erstattung einer Anzeige ermittelt die Staatsanwaltschaft. Als ›Herrin‹ des Verfahrens stehen ihr umfangreiche Möglichkeiten zur Verfügung: Sie vernimmt Zeugen, holt Gutachten ein und darf Unterlagen beschlagnahmen, z.B. die Stellungnahmen des Arztes gegenüber seinem Haft-

pflichtversicherer. Wenn die Staatsanwaltschaft Anklage erhebt, kann der Patient in der Hauptverhandlung als Nebenkläger auftreten. Dieser Status gibt ihm die Chance, auf den Prozeßverlauf mit einzuwirken.

Beim Strafprozeß geht es nicht um Schadensersatz und Schmerzensgeld. Spricht das Gericht jedoch ein rechtskräftiges Strafurteil aus, ist dies zugleich ein faktisches Vor-Urteil für eine anschließende zivilrechtliche Schadensregulierung. Dies gilt ebenfalls, wenn es unter Erfüllung bestimmter Auflagen und Weisungen zur Einstellung des Verfahrens kam.

Sobald die Staatsanwaltschaft auf den Verdacht eines Behandlungsfehlers hin ermittelt, richten sich die Augen der Öffentlichkeit auf den betroffenen Mediziner. Berührt der Fall eine grundsätzliche Problematik unseres Gesundheitssystems und ist zugleich brisant genug, um in die Medien zu gelangen, löst er Nachdenken, Kritik und vielleicht sogar Veränderungen aus — Veränderungen, die präventiv wirken.

Doch meist kommt es gar nicht so weit, denn in 80 % der Fälle wird das Verfahren eingestellt. ›Im Zweifel für den Angeklagten‹, dieser Grundsatz prägt den Umgang mit Beweismaterial und Zeugenaussagen. Auch kann der Patient, im Gegensatz zum Zivilverfahren, nicht auf Beweiserleichterung hoffen.

Noch ein weiterer Gesichtspunkt trägt entscheidend zur hohen Einstellungsquote bei. Da die Frage nach ›Schuld und Sühne‹ den Blickwinkel des Gerichts bestimmt, scheuen sich die Sachverständigen meist, Kollegen einen Behandlungsfehler zu bescheinigen.

Ein eingestelltes Strafverfahren wirkt sich für den Patienten in einem anschließenden Zivilprozeß oft nachteilig aus. Bei einem zivilgerichtlichen Verfahren kann die Strafakte zur Urteilsfindung ausgewertet und der bereits im Strafverfahren bemühte Sachverständige zur Erstellung des Gutachtens ausgewählt werden.

Parallel vor Straf- und Zivilgericht zu prozessieren, bringt ebenfalls keine Veränderung, denn die Zivilgerichte unterbrechen meist das Verfahren, um den Ausgang des Strafverfahrens berücksichtigen zu können.

So können lange Jahre vergehen. Es ist keine Seltenheit, daß allein der Prozeß in der ersten Instanz fünf Jahre dauert. Dann folgen unter



Umständen noch viele Jahre vor höheren Instanzen, der Prozeß vor dem Zivilgericht und die Schadensregulierung.

### **Berufsgerichtsverfahren**

Die Bedeutung des Berufsgerichtsverfahrens für den Patienten ähnelt der des Strafgerichts. Auch hier steht die Bestrafung des Arztes und nicht der Ausgleich eines Schadens für den Patienten im Vordergrund.

Bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler kann die zuständige Ärztekammer den Fall an ein Disziplinargericht weiterleiten. Verwarnung, Verweis, Geldbuße, Feststellung der Berufsunwürdigkeit und das Ruhen der kassenärztlichen Zulassung können als Sanktionen gegen den Arzt angewendet werden.

Vor dem Berufsgericht muß eine der anfangs genannten vier Voraussetzungen nicht unbedingt vorliegen: Auch wenn der ursächliche Zusammenhang fraglich bleibt, kann bei ärztlichem Fehlverhalten die Verletzung einer Berufspflicht angenommen werden. Denn auch bloßes Fehlverhalten kann das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und den Ruf des Arztes beeinträchtigen.

Während des Prozesses hat der Patient keinerlei Möglichkeit, Einfluß zu nehmen, und muß sich mit der Rolle des Informanten begnügen. Außerdem muß der Patient wissen, daß das Berufsgericht keineswegs *seine* Rechte schützen will, sondern dazu da ist, den Ruf des ärztlichen Berufsstandes zu erhalten. Der Patient oder die Patientin wird, wie im Strafprozeß, lediglich als Zeuge geladen und als Beweislieferant ge- (und gelegentlich auch miß-)braucht. Leider bestehen gegenüber dem normalen Strafprozeß Unterschiede, die sich zum weiteren Nachteil der Patienten auswirken können.<sup>1</sup>

- 1 Beispielsweise ist der Patient nicht berechtigt, eine Vertretung in den Gerichtssaal mitzunehmen, während der angeklagte Arzt der Zeugenvernehmung beiwohnen, den Patienten persönlich befragen und seinen Rechtsvertreter mitbringen darf. Außerdem können mehrere Vertreter der Ärztekammer sowie Ärzte in Ausbildung der Verhandlung beiwohnen. Die Angehörigen des Ärztstandes können also durchaus die Mehrheit der Anwesenden im Saal bilden, was für Patienten und vor allem Patientinnen unter Umständen äußerst verunsichernd wirkt.

# Die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern

## Alibi oder wirksames Instrument im Sinne des Patienten?

*Lothar Eberhardt*

In diesem Beitrag soll beispielhaft ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover dargestellt werden, damit diejenigen, die keine praktischen Erfahrungen mit den Schlichtungsstellen haben, sich ein plastisches Bild machen können. Das Verfahren ist wahllos aus vielen Fällen herausgegriffen worden und weder typisch noch regelhaft. In diesem Fall arbeitete die Schlichtungsstelle objektiv, verhältnismäßig zügig und in keiner Weise zu beanstanden. Natürlich gibt es auch andere Verfahren, in denen man mit der Tätigkeit der Schlichtungsstelle keinesfalls einverstanden ist, die Gutachten kritisiert oder danach noch einen Prozeß führt.

Ich habe die Interessen eines seinerzeit zwölfjährigen Jungen vertreten, der ›getobt‹ hatte und anschließend mit starken Schmerzen im linken Unterbauch dem Chirurgen eines Kreiskrankenhauses vorgestellt wurde. Der Arzt diagnostizierte eine Hodenprellung und entließ den Jungen nach zwei Tagen ohne weitere Behandlung. Vier Tage nach der Entlassung suchte der Junge mit seiner Mutter einen Urologen auf, der ihn sofort in ein anderes Krankenhaus verwies. Dort wurde bereits am nächsten Tag operiert: der linke Hoden mußte entfernt werden, da er mehrfach umgedreht und abgestorben war. Es handelte sich also, medizinisch ausgedrückt, um eine sogenannte ›Hodentorsion‹. Diese Komplikation ist in der Rechtsprechung und in der medizinischen Literatur einschlägig bekannt. Aus allen Urteilen und dort zitierten Gutachten der Sachverständigen ist zu entnehmen, daß eine unbedingte Operationspflicht besteht, wenn der Verdacht auf eine Hodentorsion nicht auszuschließen ist.

Auf der Basis dieser Rechtsprechung, untermauert durch die maßgeblichen Krankenunterlagen und eine ärztliche Beratung, wandten wir uns im Januar 1991 an den Oberkreisdirektor, Träger des Kreiskran-

kenhauses, und meldeten Haftpflichtansprüche an. Nach Rücksprache mit seiner Versicherung lehnte dieser die Ansprüche ab und verwies auf die Möglichkeit, die Schlichtungsstelle anzurufen.

Diese Situation, daß trotz eindeutigen Sachverhaltes, eindeutiger medizinischer Lehrmeinung und sogar einschlägiger Rechtsprechung Haftpflichtansprüche abgelehnt werden, ist nicht ungewöhnlich, wie ich leider aus langjähriger Erfahrung sagen muß.

Im Juli stellten wir daraufhin einen Antrag bei der Schlichtungsstelle. Da die Gegenseite dem Verfahren zugestimmt, ja es sogar selbst vorgeschlagen hatte, konnte das Schlichtungsverfahren zügig beginnen.

Eines der Merkmale sämtlicher Verfahren vor Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen ist der Grundsatz der *Freiwilligkeit*. Der betreffende Arzt oder Krankenhausträger ist keineswegs verpflichtet, an diesen Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Er hätte auch ablehnen können, mit der Folge, daß nur noch ein Prozeß übrig geblieben wäre. Umgekehrt ist natürlich auch der Patient keineswegs verpflichtet, ein vom Gegner vorgeschlagenes Schlichtungsverfahren zu akzeptieren. Er kann stattdessen ohne weiteres einen Prozeß wählen.

Nachdem sich die Schlichtungsstelle die Krankenunterlagen besorgt hatte, erklärte sie im September ihre Absicht, ein Gutachten in Auftrag zu geben. Sie schlug einen Gutachter vor und formulierte Fragen, die sich in diesem Fall auch auf unseren detaillierten Schlichtungsantrag bezogen. Dort hatten wir bereits mehrere Vorwürfe gegliedert dargestellt.

Als das urologische Gutachten im Februar 1992 vorlag, sandte es die Schlichtungsstelle beiden Parteien zu, die damit die Gelegenheit erhielten, innerhalb von vier Wochen zu dem Gutachten Stellung zu nehmen. Von unserer Seite war dies kaum erforderlich, da das Gutachten die oben bereits erwähnte herrschende Lehrmeinung in Chirurgie und Urologie umfassend bestätigte und zusammenfassend zum Ergebnis kam, daß hier ein fehlerhaftes Verhalten vorliegt, »beginnend mit der Untersuchung des Patienten, falsche Auslegung der Lokal- und der Allgemeinsymptomatik, sowie der Laborbefunde und daraus resultierend die fehlerhafte Behandlung«. Die Gegenseite reagierte nicht.

Im März schrieb die Schlichtungsstelle dem Oberkreisdirektor, daß sie sich dem Gutachten anschließe und ihr die Schadensansprüche

begründet erschienen. Sie empfahl, »die Frage einer außergerichtlichen Regulierung zu prüfen«. Damit war das Schlichtungsverfahren abgeschlossen.

An dieser Stelle kommt ein weiteres Grundprinzip der Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ins Spiel, nämlich das Prinzip der *Unverbindlichkeit*: So überzeugend das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens und des Gutachtens ist, die Gegenseite ist rechtlich nicht verpflichtet, die Aussage der Schlichtungsstelle zu akzeptieren. Natürlich gilt dies auch für den Patienten, der ebenfalls nicht verpflichtet ist, sich mit einem für ihn negativen Ergebnis zu begnügen. Beiden Seiten steht nach wie vor der Rechtsweg offen.

Früher habe ich unter anderem gerügt, daß gerade die Schlichtungsstelle Hannover meistens unbesehen das vorliegende Gutachten übernimmt, es also in ihrer eigenen Stellungnahme lediglich in Kurzfassung präsentiert und sich ihm zum Teil bedenkenlos anschließt. Diese Aussage kann ich, gerade unter Berücksichtigung der Fälle aus den letzten Jahren, nicht mehr aufrecht erhalten. Ich habe zahlreiche Verfahren erlebt, in denen sich die Schlichtungsstelle durchaus kritisch mit dem Gutachten auseinandersetzt und auch zum Teil diametral entgegengesetzte Auffassungen vertrat.

Dabei kann sich diese Unabhängigkeit von der Meinung des Gutachters auch negativ für den *Patienten* auswirken, wenn die Schlichtungsstelle das positive Gutachten des Sachverständigen nicht akzeptiert und sich in ihrem Votum gegen die Haftpflichtansprüche des Patienten ausspricht.

Wer lange Jahre Arzthaftpflichtfälle bearbeitet hat, kann in allen Bereichen genügend Beispiele von Fehlbeurteilungen der medizinischen und rechtlichen Zusammenhänge auführen: beginnend mit dem Arzt und dem Patienten selbst, weiter über die betreffenden Rechtsanwälte (wobei ich mich selbst keineswegs ausschließe), die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen und natürlich auch die Gerichte, die ebenfalls alles andere als unfehlbar sind. Doch ist mir in längerer Praxis kein Anhaltspunkt dafür bekannt geworden, daß sich die Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen generell einseitig zu Gunsten der Ärzte verhalten.

Das schließt aber nicht aus, daß ich in der Vergangenheit und wohl auch in der Zukunft zum Teil herbe Kritik an einzelnen Gutachter-

kommissionen und Schlichtungsstellen geübt habe und üben werde. Grund dafür ist auch, daß es gravierende Qualitätsunterschiede zwischen den regionalen Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen gibt. Ob man im Einzelfall als Rechtsanwalt dem Patienten ein Schlichtungsverfahren oder einen Prozeß vorschlägt, hängt nach meinen Erfahrungen von sehr vielen Umständen ab:

■ Zu berücksichtigen ist zum einen die *Kostensituation*. Ein Prozeß birgt ein nicht unerhebliches Kostenrisiko, das Verfahren vor der Schlichtungsstelle oder Gutachterkommission ist dagegen kostenfrei.

■ Darüber hinaus sind die *örtlichen Verhältnisse* ins Auge zu fassen. Es gibt, um dies offen zu sagen, Gerichte, deren fachliche Kompetenz auf dem schwierigen Gebiet des Arzthaftpflichtrechts derart schlecht ist, daß ich nahezu um jeden Preis ein Schlichtungsverfahren vorziehen würde. Durchweg handelt es sich dabei um nicht spezialisierte Gerichte, die zum Teil überfordert erscheinen.

In vielen Bereichen sehe ich, jedenfalls für meine Tätigkeit, im Verfahren vor der Schlichtungsstelle eine echte und brauchbare Alternative zu einem Prozeß. Allerdings will ich auch nicht verschweigen, daß mir die Haltung der Haftpflichtversicherer und der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger oft gegen den Strich geht, da diese immer häufiger dazu neigen, sämtliche geltend gemachten Haftpflichtansprüche, und seien sie noch so gut begründet, generell abzulehnen. Oft kann man sich dabei des Eindrucks nicht erwehren, daß sie das Schlichtungsverfahren nur vorschlagen, um den Regulierungszeitpunkt hinauszuzögern. Das kann aber nicht der Sinn dieser Verfahren sein.

# Gerichtliche Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen

*Wilfried Seehafer*

Wenn eine außergerichtliche Regelung der Streitigkeiten über mögliche Schadensersatzansprüche zwischen Ärzten oder Krankenhaus-trägern und Patienten scheitert, bleibt in vielen Fällen nur noch der Weg vors Gericht. Ungefähr 7–10 % aller Ansprüche werden gerichtlich geltend gemacht. In den folgenden Ausführungen geht es mir um einige typische ›Fehler‹, die klagenden Patienten bzw. ihren Rechtsanwältinnen gelegentlich unterlaufen.

Die Hauptfehler der Kläger bzw. ihrer Rechtsanwältinnen lassen sich in vier Gruppen unterteilen. Mit dieser Auflistung sind längst nicht alle möglichen Fehler erfaßt, die bei Arzthaftungsprozessen eine Rolle spielen können; es handelt sich vielmehr um häufig vorkommende und einfach vermeidbare Fehlertypen. Deshalb ist die Erläuterung dieser Fehler nicht als Checkliste für einen ›erfolgreichen‹ Haftungsprozeß zu verstehen.

## Unzureichende Aufarbeitung des Sachverhalts

Um einen Behandlungsfehler oder eine Verletzung der Aufklärungspflicht begründen zu können, muß die klagende Partei sich genaue Kenntnisse über den Ablauf der Behandlung verschaffen und folgendes rekonstruieren:

- Welche Behandlung fand statt?
- Warum wurde sie durchgeführt — gab es Alternativen?
- Welches Ziel wurde dabei verfolgt, und welche Risiken bestanden bei durchgeführter — bzw. nicht durchgeführter — Behandlung?

Erst nachdem sich die klagende Partei über diesen rein medizinischen Sachverhalt Klarheit verschafft hat, kann die Fehlerhaftigkeit der gewählten Behandlungsmethode begründet bzw. die Verletzung der Aufklärungspflicht dargelegt werden. Die Aufarbeitung des Sachverhalts setzt somit medizinischen Sachverstand voraus. Der jedoch ist in der Regel bei den Patienten (Klägern) und ihren Rechtsanwältinnen

nicht vorhanden, so daß diese wieder auf medizinische Sachverständige angewiesen sind.

Der gleichen Problematik stehen auch die Richter gegenüber. Wenn die Klage schlüssig vorgetragen wird, holen sie Gutachten von Sachverständigen ein. Da sie aber auch durch Auswahl und Befragung der Sachverständigen häufig überfordert sind, hat der Bundesgerichtshof angeregt, an den Gerichten Fachkammern für Arzthaftungssachen einzurichten; das wurde jedoch bisher leider noch nicht an allen Gerichten realisiert.

Für die klagende Partei in einem Arzthaftungsprozeß ist es sehr kostspielig, den medizinischen Sachverhalt im gerichtlichen Verfahren ›aufzuklären‹. Ist der Schuldvorwurf nicht berechtigt oder kann nicht bewiesen werden, muß die klagende Partei neben den Gutachterkosten auch die Gerichts- und Rechtsanwaltskosten der beklagten Partei tragen.

Die klagende Partei sollte sich deshalb überlegen, das Gutachten eines Sachverständigen einzuholen, bevor sie die Klage einreicht. So kann sie ihre unzureichenden medizinischen Kenntnisse ausgleichen und das Prozeßrisiko besser abschätzen. Dabei ergeben sich für den Patienten jedoch mindestens drei weitere Probleme:

- Für die klagende Partei und ihren Rechtsanwalt ist es nicht immer einfach, einen geeigneten Sachverständigen zu finden.
- Wurde ein geeigneter Gutachter gefunden, müssen ihm die richtigen Fragen gestellt werden. Davon hängt ab, ob seine Antworten präzise sind und sich auf die Fragestellungen beziehen, die für den Prozeß von Bedeutung sind. Das setzt aber voraus, daß die klagende Partei zumindest medizinische Grundkenntnisse besitzt.
- Die hohen Kosten für außergerichtliche Gutachten werden weder von den Rechtsschutzversicherungen noch im Rahmen der Prozeßkostenhilfe übernommen, sondern müssen vom Patienten sofort getragen werden.

Auf der anderen Seite werden häufig unsinnige Prozesse geführt, weil der Streitgegenstand nur unzureichend aufgearbeitet wurde. Aus meinen Untersuchungen ist mir ein sehr drastischer Fall in Erinnerung geblieben:

Die Klägerin verlangte vom Krankenhausträger Schadensersatz wegen einer nicht indizierten und fehlerhaft durchgeführten Magenoperation nach der

Billroth-II-Methode. Zur Begründung der Klage trug sie u.a. vor, die Operation sei fehlerhaft durchgeführt worden, weil der Operateur vier Fünftel des Magens entfernt habe. Bei der Beweisaufnahme stellte sich dann heraus, daß nicht 4/5, sondern fachgerecht nur knapp 2/3 des Magens entfernt worden waren. Die Annahme, 4/5 des Magens seien entfernt worden, beruhte auf einer Fehlinterpretation der medizinischen Befunde der Klägerin. Die Klage wurde abgewiesen. Die Klägerin mußte die gesamten Kosten tragen.

Hätte die Klägerin den Prozeß besser vorbereitet, wäre bereits durch das Studium der Krankenunterlagen klar geworden, daß gar kein fehlerhaftes Verhalten des Beklagten vorlag.

### **Unzureichende Begründung der Aufklärungspflichtverletzung**

Jeder ärztliche Eingriff in die körperliche und seelische Integrität ist eine Körperverletzung, die nur durch Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden kann. Rechtswirksam ist diese Einwilligung aber nur, wenn der Patient über Wesen, Umfang, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs aufgeklärt wurde. Diese sogenannte ›Selbstbestimmungsaufklärung‹ soll es dem Patienten ermöglichen, sein Selbstbestimmungsrecht auf körperliche und seelische Unversehrtheit gegenüber dem Arzt durchzusetzen.

Der Zeitpunkt der Aufklärung ist so zu wählen, daß der Patient noch ausreichend Zeit zum Überlegen hat und bei vollem Bewußtsein ist. Die Art der Aufklärung ist an keine bestimmte Form gebunden; aus beweisrechtlichen Gründen wird in der Regel die schriftliche Form gewählt. Der behandelnde Arzt bzw. der Krankenhausträger ist zur Dokumentation verpflichtet.

Wenn der Patient glaubhaft macht, er sei nicht hinreichend aufgeklärt worden und habe deshalb nicht rechtswirksam eingewilligt, trägt der Arzt die Beweislast für Aufklärung und Zustimmung des Patienten. Beruft sich der Arzt darauf, daß ein verständiger Patient auch nach vollständiger Aufklärung dem Eingriff zugestimmt hätte, so trägt er auch hierfür die Beweislast.

Selbst wenn die Behandlung nach den Regeln ärztlicher Kunst erfolgte, ist eine Haftung des Arztes denkbar, falls er die Aufklärungspflicht verletzt hat. Der Patient muß dann aber nachvollziehbar machen, daß er bei richtiger Aufklärung dem Eingriff zugestimmt hätte. Er muß außerdem beweisen, daß sein gesundheitlicher Schaden auf jenem



Eingriff beruht, über den er mangelhaft aufgeklärt worden ist. Diese differenzierte Darlegung der Aufklärungspflichtverletzung wird vielfach in Arzthaftungsprozessen nicht erbracht.

## Fehlende Feststellungsklage

In Fällen, in denen ein Anspruch auf Einsicht in die Krankenunterlagen geltend gemacht wird, ist es zweckmäßig und richtig, sich auf eine *Leistungsklage* zu beschränken. Geht es aber um Ansprüche auf Schadensersatz wegen einer Gesundheits- oder Körperverletzung, erscheint mir eine Leistungsklage alleine nicht ausreichend. Denn Dauerschäden oder auch später auftretende Komplikationen werden mit dieser Klage nicht erfaßt. Um den Anspruch auf Ersatz auch bei zukünftigen Schäden zu sichern, ist eine *Feststellungsklage* nach § 256 ZPO notwendig. Sie unterbindet auch die Verjährungsfrist der Ansprüche des Klägers. Dies wird von vielen Anwälten noch nicht ausreichend berücksichtigt.

## Unzureichende Begründung des Anspruchs auf Schmerzensgeld

Die Kläger in Arzthaftungsprozessen machen in der Regel vorrangig Ansprüche auf Schmerzensgeld (immateriellen Schadensersatz) geltend, weil die materiellen Schäden zum Teil durch die Sozialversicherungsträger abgedeckt werden. Der materielle Schaden kann aber bei bleibenden Gesundheitsbeeinträchtigungen — oder gar beim Tod des Patienten — den immateriellen Schaden um ein Vielfaches überschreiten.

Das Schmerzensgeld hat nach den Grundsätzen des Bundesgerichtshofs eine Doppelfunktion: Einmal soll es einen *Ausgleich* für Schäden darstellen, die nicht in Vermögenswerten gemessen werden können, und im übrigen soll der Geschädigte eine *Genugtuung* für das erfahren, was ihm vom Schädiger angetan wurde. In Arzthaftungsprozessen hat in der Regel die Funktion des Ausgleichs einen höheren Stellenwert als die der Genugtuung, weil ein besonderes, persönlich vorwerfbares Fehlverhalten seltener angenommen wird. Ein grober Behandlungsfehler, der mit schwerem Verschulden des Schädigers einhergeht, kann so zu einem höheren Ersatzanspruch führen.

Beim Ausgleich des immateriellen Schadens kommt es somit vorrangig darauf an, in welchem Maße das Leben des Geschädigten durch

den Schädiger beeinträchtigt wurde. Entscheidend für die Höhe des Schmerzensgeldes sind Größe, Heftigkeit und Dauer der Schmerzen, Leiden, Entstellungen und psychischen Beeinträchtigungen. Diese einzelnen Kriterien zur Begründung des Schmerzensgeldanspruches werden von den klagenden Parteien vielfach vernachlässigt, so daß ihnen nur ein Teil des geforderten Schmerzensgeldes zugesprochen wird. Oft sind die Schmerzensgeldforderungen aber auch so überzogen, daß die Klage teilweise abgewiesen wird. Dann muß sich der Kläger anteilig an den Gesamtkosten beteiligen, selbst wenn die Klage dem Grunde nach berechtigt war.

### **Zusammenfassung**

Wenn die Patienten im Vorfeld qualifiziert beraten werden, ist ein nicht unwesentlicher Anteil von Prozessen zu vermeiden. Dasselbe gilt für die Kosten.

Neben den Fehlern der Ärzte, die Hauptgegenstand von Arzthaftungsprozessen sind, werden wohl auch von Anwälten vielfach diverse Fehler begangen. Sie fallen den Klägern (Patienten) in der Regel gar nicht auf, weil sie nicht nur medizinische, sondern auch juristische Laien sind und auf den Rat der ›Spezialisten‹ vertrauen.

# Die juristischen Standards oder die Frage nach dem Fachanwalt

Wilhelm Funke

In den letzten 10 bis 15 Jahren ist viel über neue Wege in der Bearbeitung von Arzthaftpflichtsachen diskutiert worden. Die Ärztekammern richteten Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen ein. Diese wurden vielfach gelobt, weil sie — im Verhältnis zu der hinlänglich bekannten langen Verfahrensdauer vor den Zivilgerichten — relativ rasche Aufklärung versprachen. Ein besonderer Anreiz liege darin, daß sie für den Patienten kostenlos seien. Diese Stellen und Kommissionen wurden aber auch als Beschwichtigungsstellen heftig kritisiert: wegen ihrer Nähe zu den Schadensverursachern, wegen ihrer hohen Ablehnungsquote von durchschnittlich 70–80 % und wegen der mangelhaften Ausgestaltung ihrer Verfahren, bei denen die Patienten weniger Rechte haben als vor den Zivilgerichten. Es wundert daher nicht, daß immer wieder die Forderung nach institutionell *unabhängigen* Schieds- und Schlichtungsstellen erhoben wird. Auch die Krankenkassen, die ebenfalls finanziell von Behandlungsfehlern betroffen sind, werden aufgefordert, eigene Verfahren zu entwickeln und Patienten bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen.

Der Bernbeck-Skandal in Hamburg, der durch die Patienteninitiative der betroffenen PatientInnen bekannt wurde, hat einen hohen politischen Druck erzeugt. Neue Wege mußten gefunden werden, um diese mehr als 200 Verfahren möglichst weitgehend außergerichtlich aufzuklären und gegebenenfalls zu regulieren, was, von wenigen Ausnahmen abgesehen, auch gelungen ist. Die Besonderheit lag darin, daß alle medizinischen Gutachten noch einmal von einem Zweitgutachter auf Plausibilität geprüft wurden. Auf der rechtlichen Ebene wurde außerdem bei Meinungsverschiedenheiten die Beurteilung durch einen damit extra beauftragten Juristen eingeführt. Ob und inwieweit sich die Erfahrungen aus dem Bernbeck-Komplex, eventuell mit Ergänzungen, verallgemeinern lassen, ist sicherlich diskussionswürdig, läßt sich aber hier nicht so kurz darstellen.<sup>1</sup>

## Die Bedeutung juristischer Kompetenz

Es ist nicht allein eine medizinische Frage, ob ein Behandlungsfehler begangen wurde, sondern letztlich auch eine Rechtsfrage. Dies wurde bei der ganzen Diskussion um die Verbesserung von Verfahren im Interesse der Patienten zu wenig berücksichtigt. Man kann es nicht den Medizinerinnen überlassen, zu entscheiden, ob die gemäß § 276 BGB gebotene objektive Sorgfalt verletzt ist. So ist es nicht auf die Ausführungen der Sachverständigen, sondern auf die Rechtsprechung zurückzuführen, daß das Zurücklassen von Tupfern bei Operationen als Verletzung der Sorgfaltspflicht eingestuft und Sicherheitsmaßnahmen gefordert wurden.

Die Kostenfreiheit der bisher eingeführten Verfahren, die der Patient ohne Anwalt betreiben kann, entlarven sich aber unter Umständen für den Patienten als Behinderung, wenn er seine Schadensersatzansprüche durchsetzen will. Es stellt sicherlich keinen besonderen Reiz für einen Rechtsanwalt dar — auch wenn er auf Medizinschäden spezialisiert ist —, wenn ein Patient mit ablehnendem Bescheid einer Schlichtungsstelle in seine Kanzlei kommt und vorträgt, er sei damit nicht einverstanden, könne jedoch wegen seiner finanziellen Situation nur auf der Basis von Prozeßkostenhilfe einen Prozeß führen. Nun wissen wir, daß Prozeßkostenhilfe nicht nur Armut voraussetzt, sondern auch hinreichende Erfolgsaussicht, die mit dem ablehnenden Bescheid einer Schlichtungsstelle nicht begründet werden kann. Das Problem soll mit folgendem Beispiel beleuchtet werden:

Ohne anwaltliche Betreuung stellte der Vater eines Kindes einen Antrag bei der Schlichtungsstelle in Hannover. Sein Vorwurf lautete, bei seinem Kind, das wegen eines Hydrozephalus mit einem Ventilsystem versorgt war, sei es versäumt worden, eine Revisionsoperation wegen des Versagens des Ventilsystems rechtzeitig durchzuführen. Es sei dann zum Atemstillstand und zu einem bleibenden Hirnschaden gekommen. Nach Einholung eines Gutachtens teilte die Schlichtungsstelle dem Vater des Kindes abschließend mit, die Revisionsoperation sei in der Tat dringlich gewesen, aber wegen eines Infektes in den oberen Atemwegen habe man sich im Krankenhaus nicht zur sofortigen Operation entschließen können. Dies sei nach Auffassung des Gutachters auch vertretbar. Die während des Aufschubs der Operation erforderliche lückenlose Überwachung des Patienten sei erfolgt, so daß der Zwischenfall mit den bedauernden Folgen als schicksalhaft angesehen werden müsse.

Nachdem ich die Krankenakte zugezogen hatte, mußte ich allerdings feststellen, daß der Gutachter glatt gelogen hatte. Die Operation war nicht wegen des Infektes verschoben worden. Der Infekt war erst am dritten Tag aufgetreten. Hinsichtlich der angeblich lückenlosen Überwachung stellte ich in der Dokumentation der Krankenakte über 24-stündige Lücken fest. Dadurch fehlte eine stichhaltige Begründung für den Aufschub der Operation. Für derartige Dokumentationsmängel gelten, laut höchstrichterlicher Rechtsprechung, erhebliche Beweiserleichterungen, so daß ein Antrag auf Prozeßkostenhilfe riskiert werden konnte. In diesem Fall hat das zuständige Landgericht trotz des ablehnenden Bescheides der Schlichtungsstelle die hinreichende Erfolgsaussicht bejaht und Prozeßkostenhilfe bewilligt.

## Die Frage nach dem Fachanwalt

Sicherlich wird die juristische Beurteilung, ob Sorgfaltspflichtverletzungen vorliegen, durch medizinische Fragen vorgeformt. Dennoch muß der Vorwurf ärztlichen Fehlverhaltens generell unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung *juristisch* geprüft werden. Hiergegen wird nicht nur gelegentlich von Gerichten verstoßen, sondern auch von Rechtsanwälten, die nicht über genügend Fachwissen bei der Bearbeitung dieser komplizierten Materie verfügen. Das Problem soll mit folgendem Beispiel beleuchtet werden:

Ein Patient erlitt nach einer intraartikulären Injektion mit einem Spritzenwechsel im Kniegelenk eine Infektion mit schweren Dauerschäden. Zusammen mit einem Rechtsanwalt führte er ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle in Hannover durch. Der von dort beauftragte Gutachter kam zu dem Ergebnis, der behandelnde Arzt habe gegen die Hygienerichtlinien verstoßen und insoweit die Sorgfalt nicht beachtet. Es könne aber nicht festgestellt werden, ob der Verstoß gegen die Regeln die Ursache der Infektion sei. In der abschließenden Stellungnahme der Schlichtungsstelle wurde ebenfalls der Verstoß gegen die Empfehlung des Berufsverbandes bestätigt, aber Schadensersatzansprüche nicht für begründet gehalten, weil der Nachweis nicht zu führen sei, daß die Infektion auf den Fehler des Arztes zurückzuführen ist. Der vom Patienten beauftragte Rechtsanwalt wiederholte die Ausführungen der Schlichtungsstelle und teilte seinem Mandanten dann wörtlich folgendes mit: »Da uns ein weiteres Vorgehen wenig Aussicht auf Erfolg verspricht, haben wir mit gleicher Post Ihrer Rechtsschutzversicherung unsere Kosten aufgegeben. Wir beabsichtigen sodann, die Akte hier abzulegen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung. Wir bedauern, daß wir Ihnen hier nicht haben weiterhelfen können, hoffen jedoch, daß wir zu Ihrer Zufriedenheit tätig geworden sind....«

Mit genügender Fachkompetenz auf dem Gebiet der Bearbeitung von Arzthaftpflichtsachen hätte der betreuende Rechtsanwalt feststellen müssen, daß das Gutachten der Schlichtungsstelle unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung ohne weiteres ausreichte, um Schadensersatzansprüche für seinen Mandanten durchzusetzen. Im oben genannten Fall muß nämlich nicht der *Patient* den Nachweis führen, daß die Infektion auf einer Mißachtung der Hygienerichtlinien beruht, sondern der *Arzt* muß beweisen, daß die Infektion auch ohne den Verstoß gegen die Hygiene-Empfehlungen des Berufsverbandes eingetreten wäre. Dies kann ihm in der Regel nicht gelingen.

Natürlich können auch einem Rechtsanwalt, der sich auf Medizin-schäden spezialisiert hat, bei der Beurteilung Fehler unterlaufen. Das kann aber kein Argument gegen die Spezialisierung sein. Denn auch wenn einem erfahrenen Oberarzt auf seinem Fachgebiet Fehler passieren, kommt keiner auf die unsinnige Idee, für die Abschaffung des Facharztes zu plädieren mit der Begründung, ein Hausarzt oder Allgemeinmediziner könne ebenso gut eine komplizierte neurochirurgische Operation durchführen.

Haftpflichtversicherer, Ärzte und Krankenhäuser haben in der Regel ihre Anwälte, die sich über Jahre hinweg auf diese hochkomplizierte Materie spezialisiert haben. Oft steht auch noch geballte medizinische Kapazität zur Verfügung, um Ansprüche des Patienten abzuwehren. Faktisch gibt es also den Fachanwalt für den *Arzt*. Auch Landgerichte haben zunehmend Fachkammern, Oberlandesgerichte haben Fachsenate eingerichtet. Demgegenüber hat die Anwaltschaft den *Patienten* den Fachanwalt bisher versagt.

Damit auch Patienten der Zugang zu fachlich kompetenten Anwälten ermöglicht wird, muß die Schaffung eines Fachanwaltes für die komplizierte Materie des Medizinrechts gefordert werden, wie es ihn für Verwaltungsrecht, Arbeitsrecht und Sozialrecht längst gibt.

1 Ausführlich hierzu: Wilhelm Funke, siehe Literaturverzeichnis.

# Erfahrungen, Empfehlungen, Forderungen

Barbara Hohnholz + Clemens Müller

## Steinige Wege

Alle bisher beschriebenen Wege geben an, zum Recht des Patienten zu führen. Doch Patienten, die nach einem Behandlungsfehler losgehen, um Schadensersatz und Schmerzensgeld einzufordern, erleben mitunter eine Odyssee voller rechtlicher Finessen. Da sich die Mehrzahl der Betroffenen an Schlichtungsstellen und Zivilgerichte wendet, konzentrieren sich Kritik und Veränderungsvorschläge auf diese Verfahren.

Es ist jedoch unmöglich, ein einheitliches Bild dieser Wege zu entwerfen, denn die Qualität schwankt regional erheblich. Nur eine Gemeinsamkeit fällt immer wieder auf, sobald Betroffene berichten: die *mangelnden Partizipationsmöglichkeiten* für den Patienten. Insbesondere bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen haben die Patienten kaum Chancen, Einfluß auszuüben. Da es sich um ein schriftliches Verfahren handelt, in dem die Informationen aus den Akten geschöpft werden, kommt es nur in Ausnahmefällen zu einer mündlichen Verhandlung. Die Akten allein liefern aber nur sehr begrenztes Beweismaterial. Nicht selten enthüllt ein Blick in die Krankenakten Lücken an entscheidender Stelle. Nach der Erfahrung einiger Patienten erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, ein positives Gutachten zu erhalten, wenn sie persönlich begutachtet werden.

Damit das Verfahren vertrauenswürdig ist, muß für den Patienten mindestens das Recht und die praktische Möglichkeit bestehen, in seine Krankenakten Einsicht zu nehmen.

Der Verdacht eines Behandlungsfehlers erstreckt sich oft auch auf die Aufklärung im Vorfeld oder auf die Nachbehandlung. Im Votum der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sucht der Patient die Kritik an einer schlechten ärztlichen Aufklärung jedoch meist vergeblich. Und selbst wenn sie bestätigt wird, wird das nicht, wie im

Zivilverfahren, als Beweiserleichterung gewertet und führt nicht zur Umkehr der Beweislast.

Die Aufklärung ist nicht der einzige Aspekt, der den Blicken der Sachverständigen entgeht. Sobald die Fehler nicht allein bei dem Individuum Arzt liegen, sondern die Ursachen in *strukturellen Mängeln*, beispielsweise der Klinikorganisation zu finden sind, breiten sich Blindheit und Schweigen aus — ein Phänomen, das in der Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammern einen traurigen Höhepunkt erreicht. Es gibt keinerlei öffentlich zugängliche Publikationen, die die Ursachen und Konsequenzen von Behandlungsfehlern transparent machen.

Obwohl dies nur ein kleiner Ausschnitt der Probleme ist, die dem Patienten in diesem Verfahren entstehen, wäre es verkürzt, die bloße Abschaffung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu fordern. Bisher gibt es keinen wirklichen Ersatz für diesen Weg, der doch immerhin die Möglichkeit bietet, kostenlos zu einem medizinischen Gutachten zu kommen.

Auch die Prozesse vor Zivilgerichten stellen in ihrer jetzigen Form keine Alternative dar. Sie kosten den Patienten viel Geld, Zeit und Nerven. Dabei ist noch nicht einmal gewährleistet, daß das Gericht die notwendige fachliche Kompetenz besitzt, um die Behandlung des Arztes zu durchschauen und zu beurteilen.

Sowohl bei den gerichtlichen als auch bei den außergerichtlichen Verfahren ist es dringend an der Zeit, tiefgreifende Veränderungen zu fordern und durchzusetzen.

## **Standards bei Behandlungsfehler-Verdacht**

*Mündigkeit ohne Information ist Illusion!* Damit sich der Patient frei und kompetent für ein Verfahren entscheiden kann, benötigt er leicht zugängliches und gut verständliches Material, das ihn über die verschiedenen Wege aufklärt, seine Rechte durchzusetzen. Diese Informationen sollten von einer unabhängigen Stelle herausgegeben werden, um zu gewährleisten, daß sowohl Vorteile als auch Nachteile deutlich werden.

## **Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern**

Zuallererst muß eine neue Form von Schieds- und Schlichtungsstellen geschaffen werden, die wirklich als *unabhängig* gelten können. Sie dürfen nicht ausschließlich von denen betrieben werden, die die In-



teressen der mutmaßlichen Schädiger vertreten: den Ärztekammern und den Haftpflichtversicherern der Ärzte. Solche Gremien müssen eine ausgewogene Zusammensetzung bekommen — beispielsweise müßten auch Krankenkassen und Patientenstellen in ihnen vertreten sein. Erst wenn das Kriterium wirklicher *Unabhängigkeit* erfüllt ist, kann es auch sinnvoll sein, die Arbeit und Macht der Kommissionen zu erweitern. Das könnte unter anderem bedeuten, daß sie dann nicht nur Gutachten erstellen lassen, sondern auch die Höhe der finanziellen Ansprüche regeln.

Auch für die *bisherigen* Gutacherkommissionen und Schlichtungsstellen müssen folgende Mindestforderungen aufgestellt werden:

■ Es wird Zeit, daß die Arbeit der Schlichtungsstellen dem Patienten keine Rätsel mehr aufgibt, sondern ihm vorab in einer klaren und ausführlichen *Broschüre* dargelegt wird. Gleich zu Beginn des Verfahrens muß der Patient wissen, wo und in welchem Umfang er Einfluß ausüben kann. Dieser Informationsfluß darf bis zum Ende des Verfahrens nicht versiegen. Alle Schreiben sind so abzufassen, daß auch der Laie sie leicht verstehen kann. Der Patient sollte über jeden Arbeitsschritt auf dem Laufenden gehalten werden.

■ Auf Wunsch des Patienten muß die Kommission ihn persönlich anhören.

■ Die Höchstdauer des Verfahrens muß auf ein Jahr begrenzt werden. Um innerhalb dieses Jahres sowohl das Gutachten zu erstellen als auch den Konflikt zu schlichten, ist es notwendig, den Sachverständigen eine Frist von höchstens sechs Monaten zu setzen. Können sie diesen Zeitrahmen nicht einhalten, müssen sie die Gründe schriftlich darlegen.

■ Um zu verhindern, daß ein geringes Einkommen den Zugang zur Schlichtungsstelle verbaut, müssen lokale, unabhängige Patientenstellen geschaffen und unterstützt werden, die Patienten in Schlichtungsverfahren begleiten können. Außerdem muß die Schlichtungsstelle für Patienten, die in einer gerichtlichen Auseinandersetzung Prozeßkostenhilfe erhalten würden, auch den vom Patienten benannten Vertreter finanzieren.

■ Die Auswahl des Sachverständigen sollte im Einvernehmen von Patient und Schlichtungsstelle getroffen werden. Auch die Fragestellungen an den Gutachter müssen gemeinsam formuliert werden. Be-

vor die Kommission einen Beschluß faßt, muß das Gutachten durch die Hände des Patienten gehen. Ihm muß Zeit genug eingeräumt werden, das Gutachten zu prüfen und eine eigene Stellungnahme abzugeben.

■ Stehen sich zwei unterschiedliche Beschreibungen des Sachverhalts gegenüber, ist es sinnvoll, Zeugen zu vernehmen. Die Schlichtungsstellen sollten z.B. die Aussagen von Pflegepersonal und Assistenzärzten zur Wahrheitsfindung nutzen.

■ In den Unterlagen der Kommissionen ruhen Schätze zur Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Doch es wird sich nur dann etwas verändern, wenn diese Schätze entdeckt und offengelegt werden. Diese brisanten Fakten über Behandlungsfehler, ihre Ursachen und Folgen müssen ausgewertet und anonymisiert veröffentlicht werden.

### **Zivilgerichtliche Wege**

■ Anwälte brauchen fundierte Fachkenntnisse, um Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen. Ein geeigneter Weg wäre die Ausbildung zum Fachanwalt, die sich dabei an der Weiterbildungsordnung der Ärzte orientieren könnte (Assistenzzeit bei einem Fachanwalt und anschließende Ablegung von Prüfungen).

■ Auch die Gerichte selbst müssen ihre Kompetenz vertiefen. Dies ist möglich, indem Amtsgerichte und Landgerichte spezielle Kammern für Arzthaftpflichtverfahren einrichten.

■ Das Verfahren muß gravierend verkürzt werden. Es ist unzumutbar für den Patienten, bis zu zehn Jahre und länger auf ein rechtskräftiges Urteil zu warten. Der Sachverständige muß das Gutachten innerhalb einer Frist von sechs Monaten erstellen. Wenn er ohne schriftliche Begründung länger braucht, wird ein Ordnungsgeld in fünfstelliger Höhe verhängt.

■ War der geschädigte Patient zur Zeit des Verfahrens noch minderjährig, muß er die Chance erhalten, als Volljähriger seine Ansprüche erneut anzumelden.

■ Ein Vergleich darf nur abgeschlossen werden, wenn der Patient zuvor ausführlich über das Für und Wider dieses Vergleiches aufgeklärt wurde.

■ Patienten müssen darüber informiert werden, daß Abfindungen, die bisher unentdeckte Schäden einschließen, sich für den Patienten zum Nachteil auswirken können. Sie brauchen eine klare Auskunft, wie die Abfindung formal und inhaltlich aussehen muß, um den Weg offen zu lassen, neue Verhandlungen um Folgeschäden zu führen.

# Literaturseite

*Diese Liste enthält nur Hinweise auf Literatur, die in einem der Texte dieses Buches erwähnt wird und einigermaßen allgemein für das Thema Patienten-Unterstützung bedeutsam zu sein scheint. Eine ausführlichere Liste ist enthalten im Themenband »Patientenstellen« (siehe unten).*

*Eberhardt, Lothar: Selbstverständnis, Anspruch und Verfahrenspraxis der **ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen** — eine Untersuchung zur Rechtsstellung des Patienten, 1988 (Peter Lang Verlag)*

*Francke, Robert + Hart, Dieter: **Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation**. 1987*

*Funke, Wilhelm: **Arzthaftpflichtfälle aus anwaltlicher Sicht**. Erscheint voraussichtlich 1993*

*IGUS (Institut für Gesundheits-, Umwelt- und Sozialplanung e.V.): **Hamburger Patientenberatungsstellen**. Gutachten im Auftrag der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Juli 1989. Bezug über IGUS, Am Sande 1, 2000 Hamburg 11.*

**Patientenstellen.** Für eine wirksame Interessenvertretung von PatientInnen. GesundheitsAkademie Themenband 1, Bremen 1990. Bezug über GesundheitsAkademie (siehe Adressenseite).

Enthält eine ausführlichere Darstellung von Geschichte und Hintergrund der Patientenstellen, das vom Bremer Gesundheitsladen herausgegebene »Kleine Patienten-Rechte-ABC« sowie eine kommentierte Literaturliste mit den Rubriken »Ratgeber (nicht nur) für Patienten und allgemeine Bücher über Patientenrechte«, »Juristische Werke«, »Soziologische Werke« und »Datenschutz in der sozialen Arbeit«.

*Rappaport, Julian: **Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit**: Ein sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85, Tübingen 1985, S. 257–278.*

*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: **Jahresgutachten 1992**: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Baden-Baden 1992 (Nomos)*  
Sieben von 320 engbedruckten Seiten beschäftigen sich erstmals mit elementaren Patientenrechten.

*Seehafer, Wilfried: **Der Arzthaftungsprozeß in der Praxis**. 1991 (Springer)*

Pejo **Boeck**, Bielefeld: Mitgründer des Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG) e.V. und Vater einer geburtshilfegeschädigten Tochter. Berufsschullehrer.

Lothar **Eberhardt**, Hamburg: Rechtsanwalt.

Petra **Förster**, Bremen: Mitarbeit im Arbeitskreis Patientenrechte/Patientenschutz im Bremer Gesundheitsladen e.V., Zahnarthelferin, Studentin der Psychologie.

Wilhelm **Funke**, Hamburg: Rechtsanwalt.

Barbara **Hohnholz**, Bremen: Doktorandin der Jurisprudenz.

Ellis **Huber**, Berlin: Präsident der Ärztekammer Berlin, Arzt.

Christoph **Kranich**, Hamburg: Mitarbeiter der PatientenInitiative e.V. und im Gesundheitsladen Hamburg e.V.; Diplompädagoge.

Clemens **Müller**, Bremen: Selbsthilfe-Unterstützer im Bremer Gesundheitsladen e.V.; Diplompsychologe.

Monika **Püschel**, Solingen: Patientenfürsprecherin im Städtischen Krankenhaus Solingen.

Ruth **Rüegg-Dual**, Zürich: Leiterin der Patientenstelle Zürich.

Herrmann **Schulte-Sasse**, Bremen: Sprecher der Liste Gesundheit in der Ärztekammer Bremen; beratender Arzt bei der AOK Bremen.

Wilfried **Seehafer**, Bremen: Rechtsanwalt.

# Anschriften von Patientenstellen und Selbstorganisierten Patienteninitiativen

## Unabhängige Patientenstellen:

**PatientenBeratung der PatientenInitiative Hamburg e.V.,**  
Heidberg 42, 2000 Hamburg 60 ☎ 040/2796465

**Patientenstelle Bielefeld** im Gesundheitsladen,  
Mellerstr. 46, 4800 Bielefeld, ☎ 0521/133561

**Patientenstelle Köln** im Gesundheitsladen,  
Vondelstr. 28, 5000 Köln 1, ☎ 0221/328724

**Patientenstelle München** im Gesundheitsladen,  
Auenstr. 31, 8000 München 5, ☎ 089/772565

**Patientenstelle Zürich,**  
Hofwiesenstr. 3, CH 8042 Zürich, ☎ 01-3619256

**Patientenstelle Basel,**  
Hebelstr. 53, CH 4051 Basel, ☎ 061-2614241

**Patientenstelle Innerschweiz/Luzern,**  
St. Karli-Quai 12, Postfach, CH 6000 Luzern 5, ☎ 041-511014

**Patientenstelle Ticino/Tessin,**  
casa postale 1077, CH 6500 Bellinzona, ☎ 092-261128

## Patientenberatungs-Abteilungen der Verbraucherzentralen:

**VZ Berlin,** Bayreuther Str. 40, 1000 Berlin 30, ☎ 030/21907-232

**VZ Hamburg,** Große Bleichen 23, 2000 Hamburg 36, ☎ 040/35001486

## Selbstorganisierte Patienteninitiativen

*Da die hier genannten Initiativen in der Regel ehrenamtlich arbeiten und keinerlei staatliche Unterstützung bekommen, können Sie bei Anfragen nur mit einer Antwort rechnen, wenn Sie ausreichend Rückporto beilegen.*

**Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V. (AKG)**  
Rosental 23–25, 4600 Dortmund 1, ☎ 0231/525872 + 574846

**Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfeschädigter e.V.**  
(BIG), Nordseher Str. 30, 3060 Stadthagen, ☎ 05721/72372

**Patienteninitiative Vechta e.V.**, Alfred Hollinden,  
Arkeburger Str. 8, 2849 Goldenstedt, ☎ 04444/2557

**Patienteninitiative Osnabrück e.V.**  
Bonnusstr. 5, 4500 Osnabrück, ☎ 0541/52660

**Arbeitskreis Frauenselbsthilfe bei gynäkologischen Problemen**  
c/o Gesundheitsladen Hamburg e.V., Nernstweg 32  
2000 Hamburg 50, ☎ 040/3902190

**Bürgervereinigung kritischer Patienten e.V.**  
c/o Eva-Maria Khan, Postfach 1322, 5276 Wiehl, ☎ 02262/97239

**Patienteninitiative Bonn**  
c/o Otto Humburg, Postfach 180157, 5300 Bonn 1  
oder René Fakoussa, ☎ 02241/337679

**Patienteninitiative St. Georgen** (in Gründung)  
c/o I. Gleitsmann, Luisenstr. 45, 7742 St. Georgen, ☎ 07724/7772

**Bürgervereinigung Oberstdorfer Krankenhaus**  
Die Kontaktperson möchte ihre Anschrift nicht nennen, da sie die Flut  
der Anfragen leider nicht bewältigen kann.

*Außerdem noch eine Adresse aus dem Psychiatrie-Bereich:*

**Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen (FAPI)**  
c/o D. Kruse, Marienwerder Str. 33 b, 2000 Hamburg 71  
*FAPI-Nachrichten Bestelladresse:*  
Roland Goldack, Lange Str. 21 a, 3500 Kassel, ☎ 0561/36816

## Überregionale Kontaktadressen:

**Arbeitsgruppe Patientenstellen der GesundheitsAkademie e.V.**,  
Braunschweiger Str. 53 b, 2800 Bremen 1, ☎ 0421/4988634

**Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und  
Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)**,  
Albrecht-Achilles-Str. 65, 1000 Berlin 31, ☎ 030/8914019