

Einsicht und Information

Ergebnisse des Bremer Diskussionsforums „Charta der Patientenrechte“ im Institut für Gesundheits- und Medizinrecht¹

I.

Das vorliegende Papier ist ein Entwurf und eine Grundlage für die weitere Beratung und Konsensfindung. Es ist das Ergebnis eines einjährigen intensiven Diskussionsprozesses, das unter den Beteiligten des informellen Diskussionsforums konsentiert ist. Wir stellen das Ergebnis hiermit zur Diskussion. Es ist das Ziel, die gefundenen Ergebnisse in eine zukünftige Praxis sämtlicher bremischer Gesundheitsinstitutionen umzusetzen. Dieses Ziel soll durch die gemeinsame Selbstverpflichtung und die selbstverantwortete Umsetzung erreicht werden.

Am 19. Juli 1999 konstituierte sich auf Anregung des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (Prof. Dr. Dieter Hart, Prof. Dr. Robert Francke, beide Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen) das Diskussionsforum „Charta der Patientenrechte“, in dem Vertreterinnen und Vertreter nahezu sämtlicher Institutionen des bremischen Gesundheitssystems vertreten sind². Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zustimmung der Beteiligten am Diskussionsforum zu den Ergebnissen deren persönliche Meinung wiedergibt.

Anlass für die Initiative war ein einstimmiger Beschluss der 72. Konferenz der Gesundheits-senatorinnen und -senatoren und der Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder (GMK) vom 9./10. Juni 1999, das Dokument „Patientenrechte in Deutschland heute“ der Öffentlichkeit vorzulegen, das eine Bestandsaufnahme geltender individueller Patientenrechte enthält und auf einem Rechtsgutachten von Mitgliedern des Instituts beruht. Es war das Interesse der Initiatoren, das Thema der Patientenrechte unter den Akteuren in Bremen einer sachlichen Beratung zuzuführen und zu klären, ob und gegebenenfalls welche Chancen bestehen, das Projekt einer Charta der Patientenrechte im Lande Bremen einer Verwirklichung näher zu bringen.

Das Diskussionsforum „Charta der Patientenrechte“ legt heute die Ergebnisse eines einjährigen, außerordentlich sach- und konsensorientierten und erfolgreichen Beratungsprozesses der Öffentlichkeit vor. Im Laufe der Zeit hat sich das Diskussionsforum zu einer festen Institution entwickelt, die ihre Arbeit an weiteren Themen öffentlichen Interesses fortsetzen wird.

Die Beratungsgegenstände bezogen sich auf aktuelle, teilweise kontrovers diskutierte Themen im Bereich von Patientenrechten und insbesondere der Patienteninformation. Dass die Themen übereinstimmend und einstimmig behandelt wurden, ist der großen Sachnähe und

¹ Folgende Institutionen haben diesem Dokument zugestimmt: Ärztekammer Bremen – AOK Bremen/Bremerhaven – Arbeiter Ersatzkassen-Verband e. V., Landesvertretung Bremen – BKK-Landesverband Bremen – Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bremen – IKK-Landesverband Bremen – Kassenärztliche Vereinigung Bremen – Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. – Landesbeauftragter für den Datenschutz – Netzwerk-Selbsthilfe Bremen/Nordniedersachsen e.V. – PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bremen e.V. – Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e. V. – Universität Bremen, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht – Verband der Angestelltenkrankenkassen, Landesvertretung Bremen – Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen e.V..

² Folgende Personen haben an der Diskussion teilgenommen (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. U. Auerswald – Dr. K. Becker-Schwarze – W. Eggers – M. Fischer – Prof. Dr. R. Francke – Dr. M. Götz – Dr. J. Grote – Dr. M. Gruhl – Prof. Dr. D. Hart – W. Linder – J. Moroff – C. Müller – K. Nagel – E. Paul-Bauer – S. Söller – C. Sudeck – J. Wäcken – L. Wambach – G. Wenzel – F. Wölk – O. Woggan.

Konsensbereitschaft aller Diskussionspartner zu verdanken und in einer Zeit abnehmender Konsensbereitschaft und -fähigkeit nicht genügend hervorzuheben.

Das Diskussionsforum hat sich bisher insbesondere mit zwei *Themenkomplexen* beschäftigt:

- Einsichtsrechte von Patienten in die Krankenunterlagen (I.) und
- Patienteninformationssysteme (II.).

Beide Themen sind aus unterschiedlichen Gründen von hoher aktueller und praktischer Relevanz. Das erste Thema ist in der Medizin und in der rechtlichen Diskussion umstritten und auch in dem Dokument „Patientenrechte in Deutschland heute“ nicht abschließend behandelt. Das Forum ist zu übereinstimmenden Antworten auf wichtige Fragen gekommen. Das zweite Thema ist gegenwärtig in der Diskussion und wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Das Forum hat einen Rahmen für solche Informationssysteme entwickelt und prinzipielle Anforderungen an sie konsentiert.

Wir geben im Folgenden die Beschlüsse zu beiden Themen in der Reihenfolge ihrer Beratung wieder.

II. Einsichtsrechte

Die Einsichtnahme von Patienten in die Behandlungsunterlagen ist durch die haftungsrechtliche Rechtsprechung und das ärztliche Berufsrecht seit vielen Jahren als individuelles Recht gesichert. Der Patient kann dieses Recht ausüben, ohne dass er ein besonderes Interesse begründen müsste. Allerdings bestehen Unklarheiten hinsichtlich des Umfangs des Einsichtsrechts im Hinblick auf die Unterscheidung von objektiven und subjektiven Daten und in den Feldern der Psychiatrie und Psychotherapie. Zu beiden Punkten hat das Forum entscheidende Fortschritte einer gemeinsamen Beurteilung erreicht, die die Grundlage einer einheitlichen zukünftigen beruflichen Praxis in Bremen sein soll.

Unterscheidung von subjektiven und objektiven Daten:

1. Ärztliche Verdachtsdiagnosen sind einsichtsfähig. Die Unterscheidung subjektiv/objektiv ist insofern obsolet.
2. Die Unterscheidung subjektiv/objektiv spielt für die Behandlung im Krankenhaus keine Rolle. Aufgrund der Differenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist die Dokumentation im Krankenhausbereich soweit vergegenständlicht und objektiviert, dass man dort nicht von subjektiven Daten sprechen kann. Eine Begrenzung der Einsicht aufgrund dieser Unterscheidung ist dort nicht zulässig.
3. Verallgemeinert man die Ergebnisse zu 1. und 2., so ergibt sich, dass die gesamte behandlungsbezogene Dokumentation sowohl in ihrer technischen wie in ihrer kommunikativen Seite einsichtsfähig ist und insoweit die Differenzierung subjektiv/objektiv keine Rolle spielt. Der Behandlungsbegriff umfasst die Vorsorge, Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge.
Dieser in der Gruppe erzielte Konsens ermöglicht es, den auf der rechtlichen Ebene durch die verschiedenen Positionen als weitreichend erscheinenden Dissens erheblich zu verringern. Es wäre erfreulich, wenn man diesen Konsens als Leitlinie einer allseitigen zukünftigen Bremer Praxis zugrunde legen könnte.

Verweigerung der Einsichtnahme

1. Das Thema einer Verweigerung der Einsichtnahme wegen therapeutischer Gegengründe ist in der Praxis kein relevantes Problem. Der Bereich der Psychiatrie und der psychotherapeutischen Behandlung wird anschließend behandelt.

2. Als mögliche Begründung für die Verweigerung der Einsichtnahme in die Dokumentation kommen ausschließlich konkrete Gründe der Selbstgefährdung des Patienten in Betracht, also bei Bestehen von Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten in der ärztlichen Einschätzung.
3. Selbst in solchen Fällen muss vor der Verweigerung der Einsichtnahme eine kommunikative ärztliche Vermittlung des Inhalts der Dokumentation in Betracht gezogen werden.
4. Fragen der (nachträglichen) Einsichtsgewährung sind von Fragen der (vorherigen) behandlungsbezogenen ärztlichen Aufklärung zu trennen.
5. Außer im Bereich der Psychiatrie und der psychotherapeutischen Behandlung ist auch die Verweigerung der Einsichtnahme aufgrund persönlichkeitsrechtlicher Schutzinteressen des Arztes ohne praktische Relevanz.
6. Wenn die ärztliche Dokumentation genetische Informationen enthält, die auch Dritte betreffen (z. B. vererbliche Erkrankungen, mögliche zukünftige Erkrankungen im Familienkreis), legitimieren solche ‚Drittinteressen‘ nicht die Verweigerung der Einsichtnahme durch den Arzt gegenüber dem behandelten Patienten. Es ist in diesen Fällen grundsätzlich Sache des Einsichtnehmenden, mit der Information unter Beachtung der Drittinteressen („Recht auf Nicht-Information“) umzugehen.

Einsichtsrecht in der Psychiatrie und Psychotherapie

1. Die praktische Relevanz der Einsichtsgewährung in der Psychotherapie ist eher gering. Es ist aber nicht auszuschließen, dass das Verlangen nach Einsichtsgewährung in die Dokumentation zukünftig eine größere Bedeutung erhalten wird.
2. Die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Daten ist berufsrechtlich und in der zivilrechtlichen Rechtsprechung insofern von Bedeutung, als objektive Daten immer, subjektive Daten nur bei Einverständnis des Arztes einsichtsfähig sind. Es geht bei dem Recht auf Einsichtsgewährung regelmäßig nur um die Frage, ob vorprozessual Einsichtsrechte bestehen. Im Prozess kann auf Anordnung des Gerichts selbstverständlich die gesamte Dokumentation als Prozessmaterial herangezogen werden. Das Einsichtsrecht steht grundsätzlich nur dem Patienten zu.
3. Es besteht Einigkeit darüber, dass zur einsichtsfähigen Dokumentation, beispielsweise die Arztbriefe oder die erstellten Gutachten vor Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung gehören. Arztbriefe, vor der Behandlung erstellte Befunde und Epikrisen sind einsichtsfähig. Prinzipiell bestimmt der Patient, wer diese Unterlagen außer ihm einsehen darf. „Vertraulichkeitsstempel“ entbehren insofern einer rechtlichen Verbindlichkeit. Es ist auch zwischen dem Einsichtsrecht des Patienten und einer möglichen Einsichtnahme anderer Institutionen in die Dokumentation zu unterscheiden. Letzteres ist eine sozial- und datenschutzrechtliche Frage. Prinzipiell gilt, dass für solche Einsichtsgewährungen entweder eine gesetzliche Grundlage bestehen oder eine Einwilligungserklärung des Patienten vorliegen muss.
4. Zu den einsichtsfähigen objektiven Daten gehört beispielsweise auch die Dokumentation der Aufklärung über bestehende Behandlungsalternativen innerhalb und im Unterschied zu einer psychotherapeutischen Behandlung.
5. Das Einsichtsrecht in subjektive Daten (Aufzeichnungen) kann aufgrund von schützenswerten Interessen des Patienten, Interessen dritter Personen oder auch Interessen des Arztes eingeschränkt sein, weil die psychotherapeutische Behandlungsbeziehung stark persönlich geprägt ist und die Daten eine gesteigerte Sensibilität gegenüber der ärztlichen „Normalbehandlung“ aufweisen.
6. Von entscheidender Bedeutung für das Bestehen eines Einsichtsrechts ist der Zeitpunkt, zu dem es ausgeübt wird.

- a) Vor Beginn der Behandlung erstellte Befunde, Prognosen und therapeutische Behandlungsempfehlungen sind einsichtsfähig. Hier geht es insbesondere um die gutachterliche Überprüfung vor Kostenübernahme.
 - b) Nach Abschluss oder Abbruch einer Behandlung ist die Dokumentation prinzipiell in der Psychotherapie einsichtsfähig. Nach Abschluß heißt dabei Gelingen der Behandlung, Abbruch heißt endgültiger Abbruch der Behandlung bei diesem Therapeuten. Jede Einsichtsgewährung sollte von einer ärztlichen Information des Patienten über die Folgen der Einsichtsgewährung für eine mögliche Fortsetzung der Behandlung begleitet sein.
 - c) Die Einsichtsgewährung auch in die subjektiven Daten der Dokumentation stellt sich insbesondere während der Behandlung als problematisch dar. Die Einsichtsgewährung kann dazu führen, dass psychotherapeutische Behandlungsstrategien durch die Information nicht mehr weiterverfolgt werden können.
7. Wegen der komplexen möglichen Folgen der Einsichtsgewährung insbesondere in die subjektiven Aufzeichnungen, sollte die Einsichtsgewährung insgesamt an ein bestimmtes Verfahren des Vorgehens gebunden werden:
- a) Dem behandelnden Arzt steht ein gebundenes Ermessen für die Entscheidung zu, insbesondere in die subjektiven Aufzeichnungen Einsicht zu gewähren. Der Arzt hat sich bei dieser Entscheidung einerseits an den Persönlichkeitsrechten des Patienten auf Wissen um die Behandlung, andererseits an Patienten-Schutzinteressen zu orientieren. Solche Schutzinteressen sind insbesondere gegeben, wenn infolge der Information eine Selbstgefährdung des Patienten droht. Darüber hinaus hat der Arzt bei seiner Entscheidung Interessen dritter Personen zu berücksichtigen, die in die Behandlung einbezogen worden sind; solche persönlichkeits- und schutzrechtlichen Interessen dürfen nicht gefährdet werden. Die gebundene Ermessensentscheidung des Arztes kann auch eigene Interessen an der Erhaltung der therapeutischen Handlungsfähigkeit mit berücksichtigen; der Schutz vor einer möglichen haftungsrechtlichen Inanspruchnahme darf in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt werden.
 - b) Will der Arzt aufgrund solcher Überlegungen die Einsicht verweigern, sollte er überlegen, ob er sich mit dem Patienten auf eine Gewährung der Einsicht an eine neutrale Person einigen kann.
 - c) Ist eine solche Einigung weder tunlich noch möglich, kann der Arzt durch Abdeckung der subjektiven Aufzeichnungen die Einsicht in die objektiven Daten gewähren. Diese Einsicht in die objektiven Daten ist unstrittig.
 - d) Die Geltendmachung eines vorprozessualen Einsichtsrechts des Patienten gegenüber dem Arzt bedarf keines besonderen „Rechtsschutzinteresses“.
8. Dieses abgestufte Verfahren der Einsichtsgewährung mit dem gebundenen Ermessen des behandelnden Arztes gilt sowohl für die Psychotherapie wie die Psychiatrie.
9. Jeder Entscheidung über die Einsichtsgewährung kann und sollte ein Arzt/Patientengespräch über die Interessen an der Information und ihre möglichen Folgen vorausgehen. Die Einsichtsgewährung von einem solchen ärztlichen Wunsch abhängig zu machen, ist durch das gebundene Ermessen der Entscheidung des Arztes auch rechtlich legitimiert. Diese Möglichkeit erlaubt es dem Arzt insbesondere, den Patienten zu einer

Reflexion über die Tragweite der Einsichtsgewährung auch an Dritte zu veranlassen (Beispiel: Einsichtsgewährung bei Schufa-Auskünften).

10. Das Diskussionsforum ist sich darüber bewußt, dass ein Spannungsverhältnis zwischen Normativität, also Rechtslage und der Normalität der Versorgungssituation bestehen kann.

III. Thema Patienteninformationssysteme

Patienteninformation ist als Patientenaufklärung in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Voraussetzung der selbstbestimmten Patientenentscheidung und für das Gelingen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unverzichtbar. Patienteninformationssysteme müssen diesen Zusammenhang beachten und darauf ausgerichtet sein, der individuellen Kommunikation in der Arzt/Patient-Beziehung zu nutzen und zu dienen. Das individuelle Gespräch zwischen Arzt und Patient kann durch solche Informationssysteme vorbereitet und ergänzt, nie aber ersetzt werden. Diese Ergänzungsfunktion ist gleichzeitig ein wichtiges Qualitätskriterium für die Beurteilung von Patienteninformationssystemen.

Jenseits dieser individuellen Aufklärung sind Patienten, Versicherte und Bürger an allgemeinen Gesundheitsinformationen interessiert. Solche Informationen werden in den letzten Jahren vermehrt durch viele Akteure des Gesundheitssystems (Ärzte, Ärzteorganisationen, Krankenkassen, private Unternehmen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen) zum großen Teil auch via Internet angeboten. Um diese Informationssysteme geht es. Ihr Nutzen für die Informationsnachfrager hängt davon ab, ob sie die wichtigen und „richtigen“ Informationen in verständlicher Form bereithalten und dass die Informationsnutzer befähigt sind, die benötigten Informationen zu finden und deren Wert für sich beurteilen zu können. Beides scheint uns nicht ausreichend gewährleistet. Wir halten deshalb eine Steigerung sowohl der Qualität der Information als auch der Urteilsfähigkeit der Nutzer für wünschenswert und erforderlich. Die folgenden Vorschläge sollen dazu beitragen.

Zwei Arten von *Patienteninformationen* sind zu unterscheiden:

Erkrankungs- und behandlungsbezogene Informationen, die abstrakt die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten beschreiben (im Folgenden *Behandlungsinformationen*; (1)). Es geht um die abstrakte Information über eine nach dem letzten Stand der medizinischen Erkenntnisse gute Behandlung.

Navigatorinformationen (2), die Patienten die Auswahl der richtigen „Behandlung“ beim „richtigen“ Behandler ermöglichen. Es geht um diejenigen Informationen, die es dem Patienten ermöglichen, eine „richtige“ Entscheidung über die Wahl der guten Behandlung bei einem guten Behandler zu treffen.

Bei beiden Arten von Informationen geht es darum, den Patienten umfassende und richtige Informationen in verständlicher und leicht zugänglicher Form schnell zur Verfügung zu stellen. Es geht weniger um Fragen der Zentralisierung oder Dezentralisierung der Informationsmittel, als um die Frage, wie dem Patienten und dem Arzt Beurteilungskriterien an die Hand gegeben werden können, die es ihm ermöglichen, eine informierte und rationale Entscheidung über seine Behandlung im Vorfeld einer möglichen sowie während und nach der Behandlung zu treffen. Die Frage lautet: Nach welchen Bewertungskriterien kann der Patient angebotene Informationen auf ihre Validität überprüfen und die richtigen Informationen für sich herausfinden?

zu 1. *Behandlungsinformationen*:

Bezüglich der Behandlungsinformationen haben wir uns darauf verständigt, uns mit existierenden Qualitätsanforderungen an eine gute Behandlungsinformation zu beschäftigen. Als Grundlage für diese Diskussion haben wir uns unter anderem auf das Beurteilungstableau der ärztlichen Zentralstelle für die Qualitätssicherung (ÄZQ) „Wie lässt sich die Qualität von Gesundheitsinformationen beurteilen?“ verständigt, die auf den Regeln des DISCERN-Projektes beruhen. Der Sache nach geht es um die Beurteilungskriterien für und die Chancen einer evidenz-basierten Patienteninformation.

zu 2. Navigatorinformationen:

Bei den Navigatorinformationen sind zwei Fragen zu beantworten:

- Welche Informationen sind aus der Sicht von Patienten wünschenswert?
- Wie sind solche Informationen zu generieren und wie lassen sie sich bewerten?

Solche Navigatorinformationen können sich beziehen auf „kleine“ und „große“ Leistungsanbieter. In der jüngsten Zeit zeichnet sich eine Entwicklung ab, dass große Leistungsanbieter (z. B. Krankenhäuser) eher bereit sind, solche Navigatorinformationen zur Verfügung zu stellen als kleine. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Informationen über große Anbieter einen wirklichen Informationswert für Patienten nur dann haben, wenn sie gleichzeitig auf die kleineren Einheiten innerhalb z. B. des Krankenhauses heruntergebrochen werden können. Nicht nur die Information über das Krankenhaus als Organisation ist wichtig, sondern gleichzeitig die Information über die einzelne Krankenhausabteilung. Ob diese Differenzierung groß/klein aber wirklich trägt, lässt sich erst dann beantworten, wenn entschieden ist, welche Informationen aus der Sicht des Patienten wünschenswert sind und mit welchem Aufwand sie erstellt werden können. Auf eine Kurzformel gebracht lautet die Frage aus der Sicht von Patienten: Was erhalte ich wo von wem wie?

Zur Frage, welche Informationen aus Patientensicht wünschenswert seien, haben wir uns darauf verständigt, nach der bekannten Einteilung *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* vorzugehen.

Sowohl bei den Behandlungsinformationen wie den Navigatorinformationen sind wir übereingekommen, einen Kriterienkodex qualitativ hochwertiger Gesundheitsinformationen aufzustellen, der die Grundlage einer Bremischen Verständigung aller Informationsanbieter abgeben kann.

Als solche Kriterien der Beurteilung kommen in Betracht:

- Qualität der Information
 - Ziel
 - Reichweite, Verarbeitung anderer vorhandener Information, Konsistenz
 - Aktualität und Revision
 - Richtigkeit
 - Objektivität
 - Verständlichkeit
- Handhabbarkeit
- Arrangement
- Erreichbarkeit
- Kosten
- Nutzerinformation für die Handhabung.

Die Kriterien entsprechen weitgehend denen der ÄZQ.

Nochmals zu 1. Behandlungsinformationen:

Hinsichtlich der *Behandlungsinformationen* haben wir folgende Verständigungen erreicht:

1. Wir stimmten überein, dass für die Beurteilung der Qualität von Gesundheitsinformationen die von der ÄZQ aufgestellten Qualitätskriterien, die auf dem sogenannten „DISCERN-Instrument“ beruhen, eine gute Beurteilungsgrundlage darstellen und von allen Beteiligten akzeptiert sind. Die Grundlage für diese Übereinstimmung war die allgemein geteilte Zielsetzung, sowohl Patienten wie Ärzte zu befähigen, eine rationale Bewertung von gesundheitsbezogenen Informationen vorzunehmen. Es geht also darum, eine Beurteilungskompetenz zu entwickeln, die einerseits die Kommunikation zwischen Arzt und Patient fördert, andererseits nur sachangemessene Informationen zu verwenden und der eigenen Entscheidung zugrunde zu legen.
2. Wir waren uns ebenfalls darüber einig, dass es weder sinnvoll, noch wünschenswert, noch praktisch möglich ist, ein System der regulatorischen Zulassung für Gesund-

heitsinformationen zu errichten, sondern, dass es darum gehen muss, die Fähigkeit der Beurteilung von Gesundheitsinformationen zu fördern. Eine gewisse unterschiedliche Einschätzung bestand bei der Frage, ob und wie eine Zertifizierung von Gesundheitsinformationen und ihrer Systeme eingerichtet werden sollte. Einerseits wurde allseits die Einrichtung eines Zertifizierungssystems begrüßt, andererseits wurde zunächst die Frage uneinheitlich behandelt, ob es eine staatliche Regulierung in der Form einer Zulassung von autorisierten Zertifizierungsstellen geben sollte. Wir haben uns darauf geeinigt, abgestuft vorzugehen, zunächst die Qualitätsanforderungen für Zertifizierungen im Wege der Überzeugungsbildung festzulegen (Qualitätssicherung der Zertifizierung) und dann ggf. zu überprüfen, ob eine staatliche Zulassung der Zertifizierungsstellen aufgrund der gesammelten Erfahrung erforderlich ist. Wir waren uns auch darin einig, dass dieses Zertifizierungsproblem prinzipiell nicht auf bremischer, sondern auf bundesstaatlicher Ebene zu lösen ist.

3. Für den Fall einer Notwendigkeit für eine bremische Lösung, wird ein Zertifizierungsverfahren für angemessen gehalten, das die Beurteilungskompetenz der verschiedenen Beteiligten des bremischen Gesundheitssystems in einem diskursiven Verfahren zusammenführt. Die Gruppe unterstützt insofern überregionale Initiativen der Zertifizierung bei dafür kompetenten Institutionen (z. B. ÄZQ, DIMDI) und hält eine bremische Lösung nur im Ausnahmefall für wünschenswert und erforderlich.

Nochmals zu 2. Navigatorinformationen:

Hinsichtlich der *Navigatorinformationen* haben wir folgende Verständigungen erreicht:

1. Gerade bei den Navigatorinformationen stehen sich die prinzipiellen Autonomien von Informationsanbietern (z. B. Ärzte, Informationssysteme usw.) und Informationsnutzern gegenüber. Der Informationsanbieter entscheidet darüber, welche Informationen er anbietet, der Informationsnutzer (Patienten, Versicherte, Bürger) entscheidet darüber, welche Informationen er wie nutzen will. Die Entscheidung über die wünschenswerte Information ist also einerseits den Anbietern von Informationen und andererseits den Nutzern von Informationen überlassen. Was wünschenswerte Patienteninformation ist, entscheidet in einem Prozess der Abstimmung von Angebot und Nachfrage letztlich der Patient. Diese Entscheidung ist prinzipiell eine *individuelle* Entscheidung: Der Patient entscheidet darüber, welche Information für ihn wichtig und richtig ist. Insofern werden sich solche Informationssysteme am ehesten durchsetzen, die aus der Sicht von Patienten wichtige und richtige Informationen anbieten. Es ist selbstverständlich, dass solche Nutzerentscheidungen auch durch Leistungsproduzenten und gesellschaftlich beeinflusst sind. Dennoch wird es, wie schon vorangehend festgestellt und konsentiert, kaum möglich sein, die „Zulassung“ von Informationen durchzusetzen, sondern es geht darum, die Befähigung von Informationsnutzern zur Beurteilung von Informationssystemen zu entwickeln und zu steigern. Zu initiieren und zu unterstützen sind Zertifizierungsverfahren für Informationssysteme, die eine Qualitätssicherung der Information aufgrund des DISCERN-Projektes vornehmen und insofern die Qualität der Informationen im Gesundheits- und Medizinbereich erkennbar machen.
2. Das ärztliche Berufsrecht erlaubt die sachliche Information und verbietet die anpreisende Werbung. Ohne Zweifel ist die Abgrenzung beider voneinander schwierig und wird letztlich erst durch gerichtliche Entscheidungen getroffen. Dennoch gilt prinzipiell der Liberalitätsgrundsatz der Zulässigkeit sachlicher Informationen auch im ärztlichen Berufsrecht, das für den Krankenhausbereich jedenfalls nicht unmittelbar gilt.
3. Da im einzelnen nicht festlegbar ist, was wichtige und richtige Informationen sind, haben wir uns darauf geeinigt, anzugeben, welche Typen von Informationen in sachangemessenen Informationssystemen bereitgehalten werden sollen. Wir listen dies im Folgenden auf:
 - Qualifikationsbezogene Informationen (Strukturqualität)

- Informationen zu Leistungsdaten (Prozessqualität)
- Informationen zur Effektivität (effectiveness) von Behandlungen (Ergebnisqualität)
- Daten zur Qualitätssicherung durchgeführter Behandlungen (Qualitätssicherungssysteme)
- Daten über die Zertifizierung hinsichtlich der Qualität der Behandlung und der Information.

Es ist selbstverständlich, dass diese Informationen neutral, sachkundig und im Bemühen um Objektivität erfolgen sollen. Rechtliche Grenzen für eine vergleichende Information von ergebnisbezogenen Daten ergeben sich aus dem Heilmittelwerbegesetz und der Ergänzung des Heilmittelwerbegesetzes durch das Gesetz zur Regelung der vergleichenden Werbung.

4. Auf diese Weise könnten und sollten sich Informationsanbieter auf freiwilliger Basis das vergleichbare System der „Health Report Cards“ zunutze machen. Insofern könnte nach einer Bewährungszeit eine gewisse Standardisierung der Informationsangebote erfolgen.

IV.

Wir gehen davon aus, dass der bei den behandelten Fragen erzielte Konsens zukünftig zur Grundlage einer einheitlichen bremischen Praxis im vertragsärztlichen und im Krankenhausbereich werden kann. Wir glauben, dass das Diskussionsforum einen Beitrag zu einer verständigungsvollen gemeinsamen bremischen Praxis geleistet hat.

In Anbetracht der erzielten Verständigungen zwischen allen Partnern des Forums werden wir die Arbeit des Diskussionsforums fortsetzen und erwarten und erhoffen die Berücksichtigung und Umsetzung seiner Ergebnisse in der Praxis der bremischen Gesundheitsinstitutionen.

Mögliche zukünftige Themen werden die politische und rechtliche Verantwortung für individuelle und kollektive Gesundheitsentscheidungen und eine Charta der Pflegerechte sein.