

Stellungnahme der Sektion „Beraten, Informieren, Schulen“ (BIS) der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zum Patientenrechtegesetz¹

Bereits mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes¹ zum 26.02.2013 (BGBl I 277, 2013) beschäftigt sich die Sektion BIS (Beraten, Informieren, Schulen) der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) intensiv mit den dort niedergeschriebenen Gesetzesinhalten. Durch das Patientenrechtegesetz wurden die §§630a-h in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt, die den in der Vergangenheit nicht ausdrücklich normierten medizinischen Behandlungsvertrag als besondere Form eines Dienstvertrages regeln (Brudermüller et al. 2017:1011). Als systematische Zusammenführung zentraler Elemente des Behandlungs- und Haftungsrechts aus der Fülle heterogener Gesetzestexte bündelt das Patientenrechtegesetz - rekurrierend auf die Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2000/2001 - die Rechtsansprüche von Patienten zur Stärkung derer Position im nationalen Gesundheitssystem nun kompakt, transparent und leicht zugänglich in einem Gesetz (ebd., DBT 2012:10/36). Intention des Patientenrechtegesetzes ist es zudem, den Patient*innen Partizipation zu ermöglichen und darüber wiederum die Vertragsbeziehungen zu den Heilberufen zu stärken (DBT 2012:36). Dies ist zweifelsohne als wertvolle und begrüßenswerte Novellierung anzusehen, allerdings nimmt die Sektion BIS der DGP Anstoß an der Arztzentrierung und der damit einhergehenden mangelnden Einbindung der Berufsgruppe Pflege in diese neue Gesetzesfestschreibung. Resultierend aus den gegenwärtigen Entwicklungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz und den darin enthaltenen – ausdrücklich alle Angehörigen der Heilberufe sowie weitere Gesundheitsprofessionelle fokussierenden – Empfehlungen (vgl. dazu Schaeffer et al. 2018), hat sich die Sektion BIS dazu entschieden, dies nicht weiter unkommentiert zu lassen. Mit dieser Stellungnahme wird ein kritischer Begründungszusammenhang vorgelegt, welcher durch die Darlegung des bisherigen Geltungsbereiches des Patientenrechtegesetzes auf Reaktion der Fachöffentlichkeit weiterer Heilberufsangehöriger hoffen lässt. Zudem dient diese ausführliche Stellungnahme als Grundlage der Verfassung eines Eckpunktepapiers.

Die bislang vornehmlich in der Rechtsprechung erfolgte, selektive Fokussierung auf die Ärzteschaft aus der Gesamtheit der Heilberufsangehörigen (Brudermüller et al. 2017:1011) wird bedauerlicherweise nun durch das Patientenrechtegesetz nicht nur fortgeschrieben und bestärkt, sondern so auch gesetzlich untermauert. Diese Gegebenheit trägt der Stellung der Pflegeberufe im Gesundheitswesen nicht in hinreichendem Maße Recht, zumal in der Betrachtung der zurückreichenden sowie gegenwärtigen Studienlage doch insbesondere die Berufsgruppe der professionell Pflegenden hervorgehoben wird, wenn es im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen um Präsenz, Praxishäufigkeit und Kontaktdichte bewältigungsintendierter Unterstützungsgesuche versicherter Patienten, krankheits- /behinderungsbedingt hilfe- und pflegebedürftiger oder eingeschränkter Menschen und deren Angehörige geht (exempl. Müller-Mundt et al. 2000, Brieskorn-Zienke 2003, Abt-Zegelin 2006, Schaeffer/Moers 2011, SVR 2009/2012/2014, Büker 2015, Schaeffer et al. 2017/2018). An Dynamik gewinnt die Diskussion über diese fortgeschriebene Limitation insbesondere vor dem Hintergrund der jüngst veröffentlichten Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland und der dortigen, expliziten Hervorhebung als vulnerabel identifizierter Zielgruppen (Schaeffer et al. 2017/2018).

Zeitnah festigte sich daher das Anliegen der Sektion BIS, mit der Frage an die verantwortlichen Akteure heranzutreten, an welcher Stelle die Berufsgruppe Pflege ersichtlichen Einzug in diese Gesetzgebung hält. Basierend auf konstruktiven Vorschlägen für geeignete Anknüpfungspunkte zur Integration der Pflege in das Gesetz, lädt die Sektion BIS die Fachöffentlichkeit mit dieser Stellungnahme dazu ein, den

¹ Patientenrechtegesetz im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I 277, Nummer 9, 25.02.2013: Verfügbar unter: URL: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D'290380'%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1

novellierten Behandlungsvertrag unter den §§630a-h des Bürgerlichen Gesetzbuches und den darin niedergeschriebenen Gesetzauftrag als Kern dieser Gesetzgebung kritisch in den Blick zu nehmen. Dafür erscheint es unerlässlich, zunächst einige einleitende Ausführungen voranzustellen und Begrifflichkeiten hinsichtlich ihrer Bedeutung einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

In dem ausführlich kommentierten Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von PatientInnen der Bundesregierung (DBT 2012), welches dem aktuellen Patientenrechtegesetz zugrunde liegt, werden die als relevant erachteten Behandlungsakteure zwar explizit erwähnt, aber dort definitorisch nicht näher hinterlegt. Gemäß der aktuellen Rechtsprechung sind unter „Behandelnden“ (Palandt 2019: Vorb. v § 630a BGB) Dienstverpflichtende zu verstehen, die eine Behandlung zusagen, diese aber nicht zwangsläufig selbst durchführen müssen (Brudermüller et al. 2017:1011). Im Kontext dieser Stellungnahme ist es daher durchaus lohnenswert, einen vertiefenden Blick auf die jeweilige Definition der dort verwandten Begrifflichkeiten zu lenken und die anschließend aufgeworfenen Fragen auf sich wirken zu lassen:

„Leistungsträger“ in unserem Gesundheitswesen sind in der Regel rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (BMJV/Juris 2015:44), wie exemplarisch die gesetzlichen Krankenkassen, Unfallkassen, Pflegekassen, die Sozialhilfe sowie die Rentenversicherung. Auf die Leistungsträger soll in dieser Stellungnahme keineswegs der fokussierte Blick fallen, dennoch lassen sich bereits hier zentrale Fragen aufwerfen.

Warum wird innerhalb des Patientenrechtegesetzes nur die gesetzliche Krankenversicherung aus der Gesamtheit der Sozialversicherungen in Deutschland zugrunde gelegt? Können die Versicherten aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, aus der Unfallversicherung oder aus der Rentenversicherung heraus keinen Rechtsanspruch aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen geltend machen? Ist dies für Versicherte demzufolge rechtsfreier Raum? Liegt dies vielleicht an dem Begriff „Patient“, der dem Gesetzesnamen inhärent ist und stets mit der Medizin sowie dem 5. Sozialgesetzbuch assoziiert wird? Warum heißt es überhaupt Patientenrechtegesetz? Ist denn jeder, der Leistungen innerhalb des Sozial- und Gesundheitssystems nachfragt immer gleich „Patient“? Sind es nicht vielmehr in erster Linie Versicherte und in zweiter Instanz z. B. Klienten, Nutzer, Verbraucher, Unterstützungs- und Hilfesuchende oder aber Angehörige einer dieser Betitelungen?

All diese Fragen erscheinen vor dem Hintergrund des Gesamtkontextes eines Patientenrechtegesetzes unbedingt nachdenkenswert, aber schreiten wir unmittelbar weiter voran!

„Leistungserbringer“ in unserem Gesundheitssystem sind alle Anbieter, die im Rahmen der Sozialversicherungen Gesundheitsleistungen bereitstellen (BMJV/Juris 2018: 76ff., 2018b: 64ff., 2018c: 26ff., 2018d: 28f.). Dies sind exemplarisch Apotheken, Krankenhäuser und Schwerpunktkliniken, Medizinische Versorgungszentren, Rehabilitationskliniken und – dienste, einzelne niedergelassene Angehörige der Heilberufe aber eben auch stationäre und ambulante Pflegeinstitutionen. Abzugrenzen sind nach den Bestimmungen des Behandlungsvertrages im Patientenrechtegesetz die sogenannten Behandelnden gemäß §630a BGB, das heißt diejenigen, die die medizinische Behandlung auch faktisch durchführen (Brudermüller et al. 2017:1011).

Warum werden im Patientenrechtegesetz - mit Blick auf die Vielfalt an nationalen Gesundheitsleistungserbringern - vorrangig die Ärzte als Leistungserbringer in den Mittelpunkt gestellt und so explizit hervorgehoben? Warum ist das Patientenrechtegesetz so arztzentriert ausgerichtet?

Für das Patientenrechtegesetz wurden wechselseitige Ansprüche und Pflichten von Behandelnden und PatientInnen aufgrund ihres besonderen Beziehungsgeflechtes und eines bestmöglichen Interesseneinklanges zum Gegenstand des Behandlungsvertrages erhoben (DBT 2012: 21/36). Diese sind unter den §§630a-h in einem eigenen Untertitel des Bürgerlichen Gesetzbuches fortgeschrieben (DBT 2012:36, BGBL 2013). Um ergänzend zu dem Begriff Leistungserbringer zu erläutern, was dort genau unter dem Terminus der „Behandelnden“ verstanden wird, ist es aufschlussreich, die Ausführungen der Bundesregierung zur Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches genauer zu betrachten. Dort ist zu lesen: *„Die Regelungen zum Behandlungsvertrag sollen nicht nur ärztliche Behandlungen im Bereich der Humanmedizin erfassen, sondern gelten auch für Behandlungen durch Angehörige anderer Heilberufe wie psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Angehörige solcher Heilberufe, deren Ausbildung nach Artikel 74 Abs. 1 Nummer 19 des Grundgesetzes durch Bundesgesetz geregelt wird (Hebammen, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten u.a.) sowie für Heilpraktiker“*(DBT 2012: 52).

Ergo: Behandelnde sind Heilberufsangehörige, was wiederum bedeutet, dass dies nicht ausschließlich Ärzt*innen sind und somit müsste sich das Gesetz auch auf alle Heilberufsangehörige erstrecken und diese müsste demzufolge auch Erwähnung innerhalb dieser Gesetzgebung finden! Nach bisheriger Rechtsprechung fallen unter „Heilberufe“ nach Bundesrecht geregelte, staatlich anerkannte und nach Artikel 74 Abs. 1 Nummer 19 des Grundgesetzes zugelassene Gesundheitsfachberufe, deren Tätigkeit durch die Arbeit am und mit dem Patienten geprägt ist (Brudermüller et al. 2017:1011, BMG 2016). Angehörige der Heilberufe werden hierzulande in vielgestaltige Berufsgruppen differenziert: ärztliche Heilberufe, nicht ärztliche Heilberufe, Heilhilfsberufe, vollakademisierte Heilberufe sowie nicht- bzw. teilakademisierte Heilberufe (ebd.). Alle Heilberufe eint, dass ihre Berufsbezeichnung geschützt ist und infolgedessen eine Führung der Berufsbezeichnung nur mit einer Approbation oder einer Berufserlaubnis gestattet ist (BMG 2016). Folgerichtig werden hierunter zweifelsohne auch die Gesundheits- und Kranken-/KinderkrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen – also die Pflegeberufe geführt (Brudermüller et al. 2017: 1011, BMG 2016).

Ergo: Die Pflegeberufe weisen durch ihren Gesundheitsfachberufscharakter eine eindeutige Heilberufsangehörigkeit auf. Untermauert wird dieser Fakt durch die §§ 1 bis 3 des novellierten Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, durch die dort in §§ 4 & 5 niedergeschriebenen Heilbehandlungsbestandteile, die der eigenständigen pflegerischen Durchführungsverantwortung unterliegen (BGBL 2017:2582f.) sowie durch die in §14 hervorgehobene Möglichkeit der Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten (BGBL 2017:2586, BFSFJ/BMG 2018:20). Diese Gegebenheit wird durch die Inhalte der in Kraft getretenen Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2011/2012 nachhaltig gestützt (GBA 2012:3f.). Wenngleich die Debatte darüber zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und den Angehörigen der Pflegeberufe bislang auf wenig Konsens trifft, ist die Richtlinie nach wie vor in Kraft und die dahinterstehende Intention politisch unstrittig. Zudem könnte im Kontext der Novellierung des Pflegeberufegesetzes mit der expliziten Formulierung eigenständig verantwortlicher Aufgabenübernahmen in dessen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Dynamik in die stiller gewordene Diskussion kommen (BFSFJ/BMG 2018:20 sowie 50-76). Neben der vollständigen Substitution heilkundlicher Tätigkeiten gilt es mit Bezug auf das Patientenrechtegesetz aber ebenso den großen Bereich der Delegation ärztlich-heilkundlicher Tätigkeiten auf die Berufsgruppe Pflege in den Blick zu nehmen. Gemäß §28(1) SGB V gibt es delegationsfähige Leistungen im Rahmen der Heilbehandlung, deren korrekte Anordnung, Instruktion und Kontrolle zwar der Arztverantwortung unterliegen (BMJV/Juris 2018a), deren Übernahme- und Ausführungsverantwortung mit Blick auf die Gewährleistung der beruflichen Sorgfaltspflicht haftungsrechtlich allerdings eindeutig dem Bereich der Berufsgruppe der Pflege zuzuordnen ist. Zweifelsohne können in diesem Kontext Patientenrechte tangiert werden.

Die Sektion BIS vertritt die Meinung, dass die Diskussion darüber, ob die Pflege ein Heilberuf ist oder nicht, sich längst erübrigt haben sollte. Professionell Pflegende behandeln PatientInnen und stehen mit diesen in einer besonderen Beziehung zueinander.

Warum werden im Patientenrechtegesetz dennoch nur andere Angehörige der Heilberufe benannt, die zudem ausschließlich als Leistungserbringer im SGB V fungieren? Warum finden professionell Pflegende als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen keinerlei Erwähnung?

Bestehen nur im SGB V sowie hinsichtlich der benannten ärztlichen Berufsgruppe rechtliche Ansprüche, die Patienten geltend machen können?

Die Antwort der Sektion BIS darauf lautet Nein! Denn auch in anderen Behandlungskontexten kommen Rechte zum Tragen und professionell Pflegende sind ebenfalls an nicht unwesentlichen Stellen als Leistungserbringer im SGB V festgeschrieben, im Patientenrechtegesetz werden sie aber mit keinem Wort erwähnt. Neben dem tradierten Arzt-Patienten-Kontrakt sind gleichermaßen andere, gesundheits- sowie versorgungsspezifische Verträge von Relevanz. Auch Behandlungs-verhältnisse zwischen professionell Pflegenden und „Patienten“ fußen auf vertraglichen Regelungen, exemplarisch seien der Pflegevertrag im ambulanten Versorgungssetting, der Wohn- und Betreuungsvertrag oder der Versorgungsvertrag während der Krankenhausbehandlung erwähnt.

Der Ansicht der Sektion BIS nach sollte die Berufsgruppe Pflege als bedeutsamer „Behandler“ im Patientenrechtegesetz Berücksichtigung finden. Das Patientenrechtegesetz nimmt aber eine eindeutige Beschränkung vor: Unter Behandlung sei grundsätzlich die „Heilbehandlung“ zu verstehen, wenngleich es sich dabei nicht ausschließlich um die Behandlung einer Krankheit handeln muss (DBT 2012:17). Die vertragscharakteristische Leistung des Behandlungsvertrages ist hier simultan mit der medizinischen Behandlung durch Angehörige der Heilberufe gleichzusetzen und somit ausschließlich auf sie begrenzt (DBT 2012:18). Dies ist eine interessante Aussage, zumal es in der aktuellen Rechtsprechung keine legale Definition für die Termini „Heilkunde“ und „medizinische Behandlung“ gibt (Brudermüller et al. 2017:1011). Ausschließlich im Heilpraktikergesetz ist Heilkunde als jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen niedergeschrieben und wird so sehr weit gefasst (Gerst 2015). Folgerichtig ist die heilkundliche Behandlung nahezu jede im Gesundheitswesen verortete Tätigkeit, auf deren Definitionsbasis sich keine berufsgruppen- oder arbeitsbereichsspezifische Abgrenzung als tragfähig erweisen kann (ebd.). Nach bisheriger Rechtsprechung wird unter einer medizinischen Behandlung die Erbringung von Dienstleistungen für die Gesundheit eines Menschen (exemplarisch durch diagnostische, therapeutischen sowie edukative Interventionen) verstanden, die ärztliche oder heilkundliche Fachkenntnisse voraussetzt, um Krankheit, Leiden und Beschwerden zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern (Brudermüller et al. 2017:1011). Demzufolge findet sich auch hier keine ausschließliche Zentrierung auf die Ärzteschaft!

Dem Verständnis der Sektion BIS zufolge geht es im Kontext von Patientenrechten in der Versorgungspraxis mit Blick auf den dort vorherrschenden Professionenmix weniger um die singuläre Betrachtung spezifischer Versorgungsleistungen. Vielmehr sind die intensiven Interaktionen zwischen Patienten und den Angehörigen der Heilberufe in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen, was sich zudem nicht auf das SGB V beschränkt, sondern auch die anderen Sozialgesetzbücher einschließt. Um aber der gesetzlich akzentuierten Stellung des SGB V im Patientenrechtegesetz Rechnung zu tragen, werden nachfolgend die dort niedergeschriebenen Stellen expliziert, an denen die Interaktion zwischen den Heilberufsangehörigen Medizin und Pflege deutlich hervorgehoben sowie Anteile der Heilbehandlung pflegeprofessionell übernommen werden – Stichwort Kooperation und Delegation. Nach §11 Abs. 2 SGB V besteht „Anspruch auf Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung

oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“. Dies betrifft nicht nur das SGB V, sondern auch SGB IX und SGB XI mit den jeweiligen Leistungserbringern/Behandlern (BMJV/Juris 2018a:14). Nach §11 Abs. 4 besteht ein Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement, in das „die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen (sind); dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach §7a des Elften Buches zu gewährleisten (BMJV/Juris 2018a: 14).“ Hiermit wird wiederum dem §140a SGB V/92b SGB XI Rechnung getragen, der seinem Ursprung nach die Integrierte Versorgung im Zuge der Generierung einer organisierten Behandlungskette über die Grenzen der Sektoren sowie der Sozialgesetzbücher fokussiert (BMJV/Juris 2018a: 199f.; BMJV/Juris 2018b:79). Ergänzend ist hier §39 Abs. 1a zu benennen, worin ein Rechtsanspruch auf Unterstützung des Entlassungsmanagements geltend gemacht werden kann, im Zuge dessen eine Kooperation zwischen SGB V und SGB XI erfolgt (BMJV/ Juris 2016:48f.). Gemäß §39c besteht darüber hinaus sogar ein Rechtsanspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit entsprechend des §42 SGB XI (BMJV/Juris 2018a:51).

Infolgedessen geht es um die pflegeprofessionelle Heilbehandlung krankheits-/behinderungsbedingt und/oder hilfe- und pflegebedürftigkeitsbedingt eingeschränkter Menschen, die in Gestalt von Gesundheitsförderung, Prävention, Patienten- und Gesundheitsedukation sowie von Care-/Case- und Überleitungsmanagement in der Versorgungslandschaft erfolgt. Dementsprechend sind die vielgestaltigen Schnittmengen zwischen Medizin und Pflege aus dem SGB V heraus, in denen Rechtsansprüche zum Tragen kommen, unübersehbar. So trennscharf - wie im Patientenrechtegesetz expliziert- ist eine Abgrenzung zwischen den Leistungsträgern und –erbringern/Behandler im Versorgungsalltag schwer vorstell- und nachvollziehbar. Zudem ist dies mit Blick auf die politisch beständig postulierte Herstellung bestmöglicher Versorgungskontinuität auch als wenig sinnvoll zu erachten.

Stellt die bedarfsgerechte Herstellung von Versorgungskontinuität für „Patienten“ mit den damit assoziierten Behandlungsbestandteilen der beteiligten sowie miteinander interagierenden Angehörigen der Heilberufe nicht die eigentliche Heilbehandlung dar?

Das pflegerische Heilbehandlung aus dem SGB V heraus Bestandteil pflegerischen Alltags ist, lässt sich an weiteren Stellen aufzeigen: Nach §37 Abs. 2 SGB V erhalten Versicherte per Rechtsanspruch „...Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist (BMJV/Juris 2018a:47)“. Dieser Anspruch gilt „...auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des §43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (BMJV/Juris 2018a: 47).“ Im Rahmen der Delegation erfolgt die Übertragung ursprünglich dem ärztlichen Leistungsbereich zuzuordnender Tätigkeiten auf die Pflege, die sich in Gestalt der Durchführung speziell pflegerischer Tätigkeiten bei rechtlich relevanter Übernahme- und Ausführungsverantwortung darstellt. Ohne diese Delegationen, exemplarisch in Form der Übernahme der Verabreichung von Betäubungsmitteln und Injektionen, der Wundbehandlung, der Durchführung von Infusionstherapien und der Sondenernährung oder des Einbringens von Kathetern in die Harnblase etc., wäre der medizinische Versorgungsalltag schlichtweg nicht zu bewältigen (Gerst 2015). Zweifelsohne setzen all diese Tätigkeiten auf Seiten der Patienten eine informierte Einwilligung (StGB §228) sowie auf Seiten der Pflege die Erfüllung ihrer beruflichen Sorgfaltspflicht (Höfert 2016) voraus und finden somit keinesfalls im rechtsfreien Raum statt.

Auch auf Leistungen der Palliativversorgung nach § 37b entfällt ein Rechtsanspruch: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch

auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.(...)(sie) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen (BMJV/Juris 2018a:48)“. Abgerufen werden kann dieser Rechtsanspruch sowohl in stationären Hospizen als auch in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des §72 Abs. 1 des SGB XI (BMJV/Juris 2018a: 48). Es existiert gemäß SGB V auch ein Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativberatung, der 2010 bereits in der SAPV-Richtlinie des GBA festgeschrieben war und ebenso eine direkte Verbindung zum §7a SGB 11 aufweist (BMJV/Juris 2018a: 51). Im vorbenannten Kontext geht es um die pflegeprofessionelle Heilbehandlung krankheits-/behinderungsbedingt und/oder hilfe- und pflegebedürftigkeitsbedingt eingeschränkter Menschen in Gestalt von spezieller medizinischer Fachpflege (Palliativ- und End of Live Care sowie Patientenedukation). Dies legitimiert nach Ansicht der Sektion BIS die Berücksichtigung der Berufsgruppe Pflege als bedeutsame „Behandler im Rahmen der Heilbehandlung“ im Patientenrechtegesetz.

Konterkarierend zur Versorgungspraxis stellt sich allerdings eine weitere Ausführung im novellierten Behandlungsvertrag dar: *„Die neuen vertraglichen Regelungen sollen nur für Verträge gelten, die eine medizinische Behandlung zum Gegenstand haben. Sie sind insbesondere auf die spezialgesetzlich geregelten Verträge über die Erbringung reiner Pflege- oder Betreuungsleistungen nicht anzuwenden und gelten insbesondere auch nicht für Verträge im Geltungsbereich des Gesetzes über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (WBVG) (DBT 2012:17)“.* Demnach sieht das Patientenrechtegesetz offenkundig keine Integrierte Versorgung für unterstützungssuchende „Patienten“ über das gesamte Versorgungsspektrum - also von der Gesundheitsförderung über die Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege bis hin zur Palliation - des nationalen Gesundheitssystems vor.

Ist dies gesundheitspolitisch wirklich so gewünscht, wie es impliziert wird? Nimmt die große Berufsgruppe der professionell Pflegenden im Kontext der Erfüllung der Krankenhausbehandlung nicht auch zentrale, rechtswirksame Funktionen ein? Werden bei den therapiebedeutsamen behandlungs- oder palliativpflegerischen Interventionen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich keine Rechte flankiert und tangiert? Gelingt die Sicherstellung der Versorgung von chronisch krankheits- oder aber behinderungsbedingt hilfe- und pflegebedürftiger sowie gehandicapter Menschen im Sinne eines Versorgungskontinuums auch ohne die Einbindung der professionellen Pflege rechtskonform? Sind pflegebedürftige Menschen keine Patienten, wenngleich ihre Pflegebedürftigkeit doch zumeist krankheitsbedingt begründet ist?

Der Report „Rechte pflegebedürftiger Menschen“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZPQ 2018) hebt explizit hervor, dass die Rechte pflegebedürftiger Menschen in Deutschland tief in der Sozialgesetzgebung verankert sind und knüpft darüber an die UN-Behindertenrechtskonvention an (Igl 2018: 11). Pflegebedürftige werden heilkundlich schwerpunktmäßig von der Berufsgruppe der professionell Pflegenden „behandelt“ und sind in diesem Kontext mit Rechten ausgestattet. Im Zuge dessen ist das Recht auf gute Pflege in Deutschland gesetzlich festgeschrieben (Büscher 2018:58) und weil Gesundheit ein Menschenrecht ist, sind insbesondere von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen Rechtsträger, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung auf vielfältige Unterstützung professionell Pflegenden in der Durchsetzung dieser Rechte angewiesen sind (Mahler 2018:13 und 17). Diese Rechte stellen sich in Gestalt von Informations-, Beteiligungs- und Nutzungsrechten dar, im Zuge dessen sie als besonders schutzbedürftige Verbraucher gelten (Markus 2018:32; Schaeffer 2018:66).

Nicht ohne Grund ist für die vorbenannte Zielgruppe im Jahr 2005 die Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen (BMFSFJ 2014) - kurz Pflege Charta - erarbeitet worden, die seitdem als Maßstab würdevoller Pflege sowie von bedeutsamen Entscheidungsträgern als Rechkatalog, Richtlinie und Verhaltenskontext gilt und folglich als gesetzlich relevanter Referenzkontext fungiert (ZQP 2018). Die Pflege Charta formuliert explizit Qualitätsmerkmale und Ziele, die im Sinne einer guten Pflege von den in der Pflege Tätigen anzustreben und umzusetzen sind. Der Pflege kommt in der Charta

eine besondere Rolle zu. Artikel 4 thematisiert das Recht des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf eine „qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“ und hebt das Erfordernis der Kommunikation und Kooperation aller an der Pflege beteiligten Institutionen und Berufsgruppen hervor. Artikel 5 betont das „Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung“ für hilfe- und pflegebedürftige Menschen.

Auch die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ hebt die tragende Rolle der professionell Pflegenden für eine qualitativ hochwertige Versorgung sterbender Menschen hervor. Die Charta betont die Bedeutung einer Versorgung, die durch ein „multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten“ ermöglicht wird (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. et al. 2015:14). Zu diesem multiprofessionellen und interdisziplinären Team gehört die Pflege nicht nur bei der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, sondern auch in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Forschung im Palliative Care-Kontext.

Verliert die Charta der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mit den dort niedergeschriebenen Rechten durch das Patientenrechtegesetz nun an Bedeutung, weil die fokussierte Zielgruppe eher in anderen Bereichen der Sozialgesetzgebung als im SGB V angesiedelt ist? Warum zielt die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland mit ihren rechteinfordernden Leitsätzen wohl gleichermaßen auf die Berufsgruppe der professionell Pflegenden und nicht ausschließlich auf die Berufsgruppe der Ärzte ab?

Vor dem Hintergrund der Schilderungen der jüngsten Studienerkenntnisse zur nationalen Gesundheitskompetenz ist zugleich Anlass zur Besorgnis sowie zum Aufwerfen weiterer Fragen gegeben. In Deutschland verfügen nach aktuellen Erkenntnissen der repräsentativen, empirischen HLS-GER-Studie derzeit 54,3 Prozent der Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2017:40 und 96, Schaeffer et al. 2018). Bei den chronisch Erkrankten weisen sogar 72,7 Prozent eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und in der Gruppe der älteren Menschen ab dem 65. Lebensjahr sind es 66,3 Prozent (Schaeffer et al. 2017:44). Die hier hervorgehobenen Personen sind die vulnerablen Zielgruppen, die zum alltäglichen Klientel professionell Pflegender zählen. Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse für die Versorgungspraxis? Über eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu verfügen bedeutet exemplarisch, erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen aufzuweisen, Medikamentenbeipackzettel nicht in ausreichendem Maße verstehen zu können, gesundheitliche Belastungen/Krankheiten schlechter bewältigen zu können, Probleme mit dem Angehen von Herausforderungen der alltäglichen Gesundheitserhaltung sowie der individuell passgenauen Entscheidungsfindung zu haben, deutliche Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem aufzuweisen, bei Hilfesuchen keine geeignete Anlaufstelle auffinden zu können und entscheidende Probleme im Kontext der Kommunikation mit Gesundheitsprofessionellen zu zeigen (Schaeffer et al. 2017/2018). Das heißt, etwa 40 Millionen Menschen in Deutschland weisen erhebliche Schwierigkeiten auf, bedeutsame Gesundheitsinformationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen (Schaeffer et al. 2017:40 und 96, Schaeffer et al. 2018). Diese geringe Gesundheitskompetenz ist alarmierend – nicht ohne Grund ist die Etablierung eines Aktionsplans Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018) politisch so forciert worden - zumal das Vorliegen einer guten - und besser noch einer kritischen – Gesundheitskompetenz der Patienten eine bedeutsame und zugleich wesentliche Erfordernis für Patientenorientierung im Gesundheitssystem darstellt (Klemperer 2015:40f.). Gesundheitskompetenz ist daher nicht nur erwünscht, sondern wird vielmehr als essentiell erachtet, um individuell präferenzsensitive Angebotsselektionen und Behandlungsentscheidungen vornehmen zu können sowie diese dann, aktiv

und partizipatorisch, in einem Shared Decision Making – Prozess mit Gesundheitsprofessionellen in eine informierte Entscheidungsfindung zu überführen (Klemperer 2015:40f.).

Ergo: Eine gute – und besser noch kritische - Gesundheitskompetenz ist folgerichtig erforderlich, um sich als „Patient“ das Patientenrechtegesetz faktisch überhaupt zunutze machen zu können.

Sollte das Patientenrechtegesetz nicht eigentlich als Erleichterung zur Wahrung und Durchsetzung der Rechte von „Patienten“ fungieren? Will denn das Patientenrechtegesetz seinem Ursprung nach nicht auch mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen fokussieren? Warum fokussiert der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz in seinen Empfehlungen zur Förderung/Generierung von Gesundheitskompetenz wohl ebenso die Berufsgruppe Pflege und nicht ausschließlich die Berufsgruppe der Ärzte? Wer stellt mit welcher Begründung in Frage, dass auch im pflegerischen Kontext die gesundheitskompetente, informierte Einwilligung/Entscheidung von „Patienten“ im Kontext von Patientenorientierung im Gesundheitswesen von hoher Relevanz ist? Warum spielt diese Gegebenheit im Patientenrechtegesetz überhaupt keine Rolle?

Für die Arbeit am und mit dem Patienten möchte die Sektion BIS - mit Verweis auf die vorbenannten Studienerkenntnisse und aufgeworfenen Fragen - nun selektiv drei der im Patientenrechtegesetz formulierten (BGBL 2013) und der in den §§630c-h BGB festgeschriebenen Schwerpunkte aus der Gesamtheit hervorheben:

1. den Rechtsanspruch auf Information und Aufklärung, welcher die Basis für eine informierte Einwilligung/Entscheidung des mündigen Patienten bilden soll,
2. den Rechtsanspruch auf die Einsichtnahme in die Patientenakte sowie
3. die Beweislastpflicht der Behandelnden gegenüber der Patienten bei der Haftung für grobe Behandlungs- und Aufklärungsfehler.

Inhaltlich besteht keinerlei Kritik an diesen formulierten Schwerpunkten, ganz im Gegenteil, sie werden von der Sektion BIS - insbesondere mit Blick auf die geforderte Generierung von mehr Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz - sehr begrüßt, werfen allerdings zugleich die nachstehende Frage auf:

Wie soll ein „Patient“ in Ermangelung ausreichender Gesundheitskompetenz – bestenfalls im Shared Decision Making - Prozess - mündige, informierte Entscheidungen zu seinen Gunsten treffen und so seine diesbezüglichen Rechte aus dem Patientenrechtegesetz heraus geltend machen?

Die nachfolgend dargestellte Erkenntnis erhöht die Brisanz der voranstehenden Frage: Die Ärzteschaft - als singulärer Gesundheitsakteur - ist aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen sowie in Ermangelung pädagogischer, edukativer und psychosozialer Kompetenzen nicht in der Lage, die patientenorientierte Generierung von Gesundheitskompetenz in erforderlichem Maße zu erfüllen (Kofahl/ Trojan 2015:70). Infolgedessen wird die klare Empfehlung ausgesprochen, auf eine multidisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher gesundheitsprofessioneller Akteure im Sinne einer organisierten Behandlungskette zu setzen, um die Gesundheitskompetenz zu fördern (Kofahl/ Trojan 2015:70, Schaeffer et al. 2018). Gesundheitskompetenz wird zudem weniger durch alleinige, kognitive Förderinterventionen (wie z.B. Informations- und Wissenserweiterung) generiert, sondern vielmehr durch eine aktive und produktive Auseinandersetzung mit der Umwelt sowie durch das Erlernen fach- und problemspezifischer Skills entwickelt (Bitzer/Spörhase 2015:35, Abel et al. 2015, Quenzel/Schaeffer 2016). Soll bei den „Patienten“ ein hoher Grad an Empowerment erzielt werden,

gilt es eine gut ausbalancierte Kombination gesundheitskompetenzfördernder Interventionen zu berücksichtigen (Bitzer/Spörhase 2015:25, Abel et al. 2015, Schmidt-Kaehler et al. 2017, Kolpatzik et al. 2018, Schaeffer et al. 2018). Die Generierung von Gesundheitskompetenz ist stets mit edukativer Unterstützung zur Selbst- und Handlungsbefähigung sowie mit Alltagsbezug assoziiert und muss – den vorliegenden Studienergebnissen zu folge – dringlich zu einem zentraleren Bestandteil der Heilbehandlung erhoben werden. Vor diesem Hintergrund lädt Sie die Sektion BIS dazu ein, anhand der nachstehend aufgeworfenen Fragen die gegenwärtige Versorgungspraxis kritisch zu reflektieren.

All diese Aufgaben sind professionell Pflegenden als Heilberufsangehörigen schon immer inhärent und ihre Heilbehandlung wird- ebenso wie die ärztliche Behandlung - stets nach anerkannten fach-lichen

Wer übernimmt während der Krankenhausbehandlung oder in der häuslichen Umgebung bei Nachfragen der „Patienten“ die zielgruppenspezifische „Übersetzerfunktion“ im Anschluss an die Arztvisite oder das Arztgespräch? Wer händigt im Rahmen evidenzbasierter gesundheits- und patienten-/familienedukativer Interventionen Informationsmaterialien an die Hilfesuchenden aus? Wer führt durch Beratung und Schulung die anschlussfähige Befähigung der „Patienten“ zum Selbstmanagement ihrer Gesundheitsprobleme und Krankheitserfordernisse nach dem Einsetzen medizinertherapeutischer Maßnahmen durch? Wer begleitet „Patienten“ und Angehörige langfristig bei der Bewältigung gesundheitlicher Einschränkungen (Stichwort Fall- und Versorgungsmanagement)? Wer trägt Sorge für die unterstützenden Angehörigen? Wer übernimmt die Beratung zu sozialrechtlichen Ansprüchen oder Versorgungsmöglichkeiten, Behandlungsalternativen und komplementären Therapieangeboten der fokussierten Zielgruppe? Wer informiert über die Möglichkeit der Inanspruchnahme des persönlichen Budgets, von Beratungsgutscheinen, von Wiedereingliederungs- und/oder Teilhabeleistungen sowie über Nutzen und Vorteile von Schwerbeschädigtenausweisen im Kontext krankheits- oder unfallbedingter Behinderungen? Wer stellt den Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen her?

Standards im Sinne von Evidence Based Nursing und Best Practice auf der Basis von Studienkenntnissen und Expertenstandards durchgeführt (vgl. exempl. DNQP 2017a/b, 2015a/b, 2014, 2013, 2011, 2010, 2009)! Dennoch sind die damit assoziierten Rechtsansprüche und Pflichten zwischen den professionell Pflegenden auf der einen Seite und den „Patienten“ auf der anderen Seite im Patientenrechtegesetz offenkundig nicht von erwähnenswerter Bedeutung.

Dem Erachten der Sektion BIS zufolge existiert keine schlüssige Begründung dafür, warum die Pflege weder als Leistungserbringer, Behandelnde noch als Heilberufsangehörige namentlich Erwähnung im Patientenrechtegesetz findet. Auch stellt sich der Sektion BIS die Frage, ob die gegenwärtige Darstellung des Patientenrechtegesetzes das uneingeschränkte Einvernehmen der anderen Heilberufsangehörigen sowie weiterer Gesundheitsprofessionellen trifft. Für die Sektion BIS wirft das Patientenrechtegesetz vielfältige Fragen auf und bietet darauf wenig präzise, geschweige denn zufriedenstellende Antworten! Die Sektion BIS empfindet das Patientenrechtegesetz aufgrund der hier aufgezeigten Beschränkungen sowie der offensichtlichen Fixierung auf die Arzt-Patienten-Interaktion mit Blick auf die Rechtsklarheit und Rechtssicherheit unseres komplexen Gesundheitssystems als zu eindimensional und zu kurz greifend. Das Patientenrechtegesetz ist in dieser Form weder zeitgemäß noch alltagstauglich und verfehlt somit die ursprüngliche Zielsetzung dieser Gesetzesnovellierung.

Literaturverzeichnis

Abel, T./ Sommerhalder, K./Bruhin, E. (2015): Health Literacy / Gesundheitskompetenz. IN: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Online-Version. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/> [letzter Zugriff: 09.02.2019].

Abt-Zegelin, A. (2006): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift 59/1: 16-21. Verfügbar unter: URL: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/01/zegelin.pdf [letzter Zugriff: 15.02.2019].

BFSFJ/BMG (2018)(Hg.): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) auf der Grundlage der Ermächtigung in § 56 Absatz 1/2 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581). Verordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit. Verfügbar unter: URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Ausbildungs-_und_Pruefungs_Verordnung_Pflegeberufe_final.pdf [letzter Zugriff: 20.02.2019].

BGBl (2017): Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt online: Jahrgang 2017, Teil I, Nummer 49 vom 24.07.2017. Bonn. Bundesanzeiger Verlag. Verfügbar unter URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1519296035534 [letzter Zugriff: 22.02.2019].

BGBl I 277 (2013): Das Patientenrechtegesetz. Bundesgesetzblatt online. Jahrgang 2013 Teil I, Nummer 9 vom 25.02.2013: Bonn. Bundesanzeiger Verlag. Verfügbar unter: URL: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&tofc=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D'290380'%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1 [letzter Zugriff: 22.02.2019].

BMG (2016): Gesundheitsberufe: Was sind Gesundheitsberufe? Kategorien der Gesundheitsberufe, Geregelt Berufe. IN: Themen des Bundesministeriums für Gesundheit (Hg.). Verfügbar unter: URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html#c933> [letzter Zugriff: 15.02.2019].

BMJV/Juris (2018a): Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Gesetze im Internet: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert. Verfügbar unter URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf [letzter Zugriff: 21.02.2019].

BMJV/Juris (2018b): Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Gesetze im Internet: Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) SGB 11 Ausfertigungsdatum: 26.05.1994: zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert. Verfügbar unter: URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf [letzter Zugriff: 21.02.2019].

BMJV/Juris (2018c): Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Gesetze im Internet: Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) SGB 7 Ausfertigungsdatum: 07.08.1996:

zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert. Verfügbar unter: URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/SGB_7.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2019].

BMJV/Juris (2018d): Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Gesetze im Internet: Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch SGB IX) SGB IX Ausfertigungsdatum: 23.12.2016; zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert. Verfügbar unter: URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/SGB_IX.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2019].

BMJV/Juris (2015): Träger der Sozialversicherung: §29 Rechtsstellung. IN: Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) SGB 4 Ausfertigungsdatum: 23.12.1976; in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), zuletzt geändert durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757). PDF-Datei: S. 44. Verfügbar unter: URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_4/SGB_4.pdf [letzter Zugriff: 15.02.2019].

Bitzer, E.-M./ Spörhase, U. (2015): Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public Health-Perspektive. IN: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Health Literacy/Gesundheitsförderung - wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen: Dokumentation des Werkstattgespräches mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Gesundheitsförderung konkret. Köln. Band 20: S. 21-39.

BMFSFJ/BMG (2018): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter: URL: www.pflege-charta.de [letzter Zugriff: 31.01.2019].

Brieskorn-Zinke, M. (2003): Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung. IN: Pflege 16:2:66–74.

Büker, C. (2015): Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben professioneller Pflege. 2. überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Büscher, A. (2018): Recht auf gute Pflege. In: Rechte pflegebedürftiger Menschen Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) Verfügbar unter URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019].

Brudermüller, G./Ellenberger, J./Götz, I./Grüneberg, CH./ Herrler, S./ Sprau, H./Thorn, K./Weidenkaff, W./Weidlich, D. & Wicke, H. (2017)(Hg.): Palandt: Bürgerliches Gesetzbuch. Beck'sche Kurzkommentare. München: C.H. Beck oHG-Verlag: 76. Auflage.

DBT (2012)(Hg.): Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten Gesetzentwurf der Bundesregierung. IN: Drucksache 17/10488. 15. August 2012. Verfügbar unter URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf> [letzter Zugriff: 02.02.2019].

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.; Bundesärztekammer (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.

DNQP (2017a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 2. Aktualisierung.

DNQP (2017b): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2015a): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2015b): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück. 1. Aktualisierung.

DNQP (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.). Osnabrück.

GBA (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Fassung vom 20. Oktober 2011. Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012. Online verfügbar unter: URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2019].

Gerst (2015): Delegation und Substitution: Wer wann wo behandeln darf. IN: Deutsches Ärzteblatt:112(10): A-402/B-348/C-340.

Höfert, R. (2016)(Hg.): Von Fall zu Fall - Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A–Z. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag: 4. Auflage.

Igl, G. (2018): Pflegerechtliche Entwicklung in Deutschland. In: Rechte pflegebedürftiger Menschen Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) Verfügbar unter URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019]

Klemperer, D. (2015): Gesundheitsinformationen richtig anbieten und Kompetenzen fördern. IN: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Health Literacy/Gesundheitsförderung- wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen: Dokumentation des Werkstattgespräches mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Gesundheitsförderung konkret. Köln. Band 20: S. 40-46.

Kofahl, C./Trojan, A. (2015): Health Literacy und Selbstmanagement. IN: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Health Literacy/Gesundheitsförderung - wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen: Dokumentation des Werkstattgespräches mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Gesundheitsförderung konkret. Köln. Band 20: S. 61-77.

Kolpatzik, K./Schaeffer, D./Vogt, D. (2018): Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege. IN: Gesundheit und Gesellschaft: Beilage Wissenschaftsmagazin. Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) (Hg.). Jg. 18, Heft 2 (April). Seite: 7–14.

Mahler, C. (2018): Pflegerechtliche Entwicklung aus menschenrechtlicher Perspektive. IN: Rechte pflegebedürftiger Menschen Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) Verfügbar unter URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019].

Markus, K. (2018): Seitdem Pflegebedürftige als Verbraucher gesehen werden, hat sich das Tempo der Rechteentwicklung beschleunigt. IN: Rechte pflegebedürftiger Menschen Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) Verfügbar unter URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019].

Müller- Mundt, G. /Schaeffer, D. /Pleschberger, S. /Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation- (k) ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? IN: Pflege und Gesellschaft 5/2: 42-53.

Müller-Mundt, G. (2011): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./ Wingenfeld, K.(Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim und München. S.: 705-726.

Palandt, O. (2019) (Hg.): Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. München: C.H. Beck oHG-Verlag: 78. Auflage.

Quenzel, G. /Schaeffer, D. (2016) Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. DOI: 10.13140/RG.2.1.2509.1604 Verfügbar unter URL: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_GesundheitskompetenzVulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf [letzter Zugriff: 09.02.2019].

Schaeffer, D. (2018): Recht auf Information und Beratung. IN: Rechte pflegebedürftiger Menschen Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) Verfügbar unter URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019].

Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018) (Hg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart Verlag: Berlin: Verfügbar unter URL: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/nat_aktionsplan_gesundheitskompetenz.pdf [letzter Zugriff: 09.02.2019].

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften: AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft (Hg.) Bielefeld. Dezember 2016 – geringfügig überarbeitete Fassung vom 27. Februar 2017. DOI: 10.2390/0070-pub-29088450.

Schaeffer, D. /Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. IN: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim und München. Neuausgabe: S. 329-364.

Schmidt-Kaehler, S./Vogt, D./Berens, E.M./Horn, A./Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Universität Bielefeld Verfügbar unter URL: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf [letzter Zugriff: 09.02.2019].

SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. IN: Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.). Bonn/Berlin. Verfügbar unter URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2019].

SVR (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. IN: Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.). Bonn. Verfügbar unter URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2019].

SVR (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. IN: Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.). Bonn. Verfügbar unter URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2019].

ZQP (2018) (Hg.): Rechte pflegebedürftiger Menschen. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. Online verfügbar unter: URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_RechtePflegebedürftiger.pdf [letzter Zugriff: 07.02.2019].

ⁱ Juristische Beratung: Rechtsanwalt Klaus-Josef Segmüller, Radevormwald