

DIN EN 17398

ICS 11.020.10

Einsprüche bis 2019-08-07

Entwurf**Patientenbeteiligung bei der Gesundheitsversorgung –
Mindestanforderungen an die personenzentrierte Versorgung;
Deutsche und Englische Fassung prEN 17398:2019**

Patient involvement in health care –
Minimum requirements for person-centred care;
German and English version prEN 17398:2019

Anwendungswarnvermerk

Dieser Norm-Entwurf mit Erscheinungsdatum 2019-06-07 wird der Öffentlichkeit zur Prüfung und Stellungnahme vorgelegt.

Weil die beabsichtigte Norm von der vorliegenden Fassung abweichen kann, ist die Anwendung dieses Entwurfs besonders zu vereinbaren.

Stellungnahmen werden erbeten

- vorzugsweise online im Norm-Entwurfs-Portal von DIN unter www.din.de/go/entwuerfe bzw. für Norm-Entwürfe der DKE auch im Norm-Entwurfs-Portal der DKE unter www.entwuerfe.normenbibliothek.de, sofern dort wiedergegeben;
- oder als Datei per E-Mail an named@din.de möglichst in Form einer Tabelle. Die Vorlage dieser Tabelle kann im Internet unter www.din.de/go/stellungnahmen-norm-entwuerfe oder für Stellungnahmen zu Norm-Entwürfen der DKE unter www.dke.de/stellungnahme abgerufen werden;
- oder in Papierform an den DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed), 10772 Berlin, Saatwinkler Damm 42/43, 13627 Berlin.

Die Empfänger dieses Norm-Entwurfs werden gebeten, mit ihren Kommentaren jegliche relevanten Patentrechte, die sie kennen, mitzuteilen und unterstützende Dokumentationen zur Verfügung zu stellen.

Gesamtumfang 64 Seiten

DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed)

Nationales Vorwort

Dieses Dokument (prEN 17398:2019) wurde vom Technischen Komitee CEN/TC 450 „Mindestanforderungen in Bezug auf die Patienteneinbeziehung bei der personenzentrierten Versorgung“ erarbeitet, dessen Sekretariat von SIS (Schweden) gehalten wird.

Das zuständige nationale Normungsgremium ist der Arbeitsausschuss NA 063 BR „Beirat des DIN-Normenausschusses Medizin (NAMed)“ im DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed).

Um Zweifelsfälle in der Übersetzung auszuschließen, ist die englische Originalfassung beigelegt. Die Nutzungsbedingungen für den deutschen Text des Norm-Entwurfes gelten gleichermaßen auch für den englischen Text.

Patientenbeteiligung bei der Gesundheitsversorgung — Mindestanforderungen an die personenzentrierte Versorgung

Patient involvement in health care — Minimum requirements for person-centred care

ICS:

Deskriptoren

Inhalt

	Seite
Europäisches Vorwort	3
Einleitung	4
1 Anwendungsbereich	6
2 Normative Verweisungen	6
3 Begriffe	6
4 Schilderung des Patienten und dessen Erfahrung mit der Krankheit	9
4.1 Allgemeines	9
4.2 Anforderungen	10
4.2.1 Organisatorische Ebene	10
4.2.2 Patientennähe	11
5 Partnerschaft	11
5.1 Allgemeines	11
5.2 Anforderungen	12
5.2.1 Organisatorische Ebene	12
5.2.2 Patientennähe	12
6 Dokumentation, Pflegeplan und Informationsaustausch	13
6.1 Allgemeines	13
6.2 Anforderungen	13
6.2.1 Organisatorische Ebene	13
6.2.2 Patientennähe	13
7 Einbeziehung von Patienten und Öffentlichkeit in Management, Organisation und Konzeption	14
7.1 Allgemeines	14
7.2 Anforderungen	14
Anhang A (informativ) Fälle	16
A.1 Allgemeines	16
A.2 Nachsorge in der Primärversorgung	16
A.3 Zahnmedizin	17
A.4 Stillen	18
A.5 Einbeziehung von Patienten und Öffentlichkeit	19
A.6 Patient mit Psychose	21
A.7 Langzeitpflege	22
A.8 Frau mit Aphasie infolge eines Schlaganfalls	23
A.9 Kinderheilkunde	24
Anhang B (informativ) Patienteneinbeziehung auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Phasen der Gesundheitsversorgung	26
B.1 Allgemeines	26
B.2 Patienteneinbeziehung und personenzentrierte Versorgung	26
B.3 Partnerschaft in der personenzentrierten Versorgung und Verantwortlichkeiten	27
B.4 Ressourcen und Hilfsmittel	28
Literaturhinweise	30

Europäisches Vorwort

Dieses Dokument (prEN 17398:2019) wurde vom Technischen Komitee CEN/TC 450 „Mindestanforderungen in Bezug auf die Patienteneinbeziehung bei der personenzentrierten Versorgung“ erarbeitet, dessen Sekretariat von SIS gehalten wird.

Dieses Dokument ist derzeit zur CEN-Umfrage vorgelegt.

Einleitung

Dieses Dokument soll der Erleichterung der Patienteneinbeziehung und der Entwicklung einer Partnerschaft zwischen Patienten und dem Personal der Gesundheitsversorgung dienen. Die Patienteneinbeziehung und Partnerschaft gehen aus den Ressourcen, Kapazitäten, Wünschen und Bedürfnissen des Patienten hervor und sind vorrangig auf die Schilderung bzw. Erzählungen des Patienten, die partizipative Entscheidungsfindung, den Informationsaustausch sowie die Dokumentation auf der individuellen, operativen und strategischen Ebene ausgerichtet (siehe Anhang B.1).

Grundsatz

Dieses Dokument enthält die Mindestanforderungen für die Patienteneinbeziehung bei der Gesundheitsversorgung. Es soll die Partnerschaft zwischen Patienten und dem Personal der Gesundheitsversorgung bei der Gestaltung, Umsetzung und Beurteilung von Dienstleistungen vereinfachen. Das Dokument kann zur Unterstützung der Planung, Steuerung, Umsetzung und systematischen Beurteilung der täglichen Maßnahmen genutzt werden, um dem Patienten die Bewältigung seines Alltages zu ermöglichen und ihn in seinem eigenen Versorgungsprozess zu stärken. Darüber hinaus kann es genutzt werden, um die Patienteneinbeziehung auf systemischer Ebene zu fördern, wobei die Berücksichtigung der Perspektive des Patienten bei der Entwicklung, Umsetzung und Beurteilung der Dienstleistungen, Forschung und Konzepte im Bereich der Gesundheitsversorgung sichergestellt wird.

Dieses Dokument konzentriert sich auf die Patienteneinbeziehung bei der Gesundheitsversorgung. In vielen Situationen ist jedoch die soziale Fürsorge eng mit den Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung verbunden oder findet mit ihr gemeinsam statt. Dieses Dokument könnte daher als Leitfaden für die soziale Fürsorge im Zusammenhang mit den Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung angewendet werden.

Dieses Dokument gilt für alle Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung, z. B. in der Allgemeinmedizin, in Primärversorgungszentren, in Zahnarztpraxen sowie bei der häuslichen Pflege, Rehabilitation, Gesundheitsvorsorge und Langzeitpflege. Wenn die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden, sollte dies darüber hinaus auch die Familie und unterstützenden Netzwerke rund um die Patienten einbeziehen, etwa ggf. Bevollmächtigte und Vertreter der Patienten (siehe Anhang B).

Dieses Dokument kann vor, während und nach einem Beauftragungsprozess angewendet werden. Es liefert allen Beteiligten ein gemeinsames Verständnis für das Mindestmaß an Patienteneinbeziehung und ermöglicht die Einrichtung aller damit verbundener Prozesse und Strukturen hinsichtlich aller Aspekte des Kontaktes zwischen Patienten, Personal der Gesundheitsversorgung und Anbietern der Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung. Dies umfasst auch Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsstufen.

Das Dokument kann zur Schulung, Ausbildung und kontinuierlichen beruflichen Entwicklung von Gesundheitsdienstleistern genutzt werden (siehe Anhang B). Das Dokument kann mit der Patienteneinbeziehung verbundene Qualitätsaspekte unterstützen, etwa nach EN 15224.

Patienteneinbeziehung

Die effektive interprofessionelle Kommunikation, die den Patienten in die Weitergabe von Wissen einbezieht und ein gemeinsames Verständnis von Zielen und Selbstpflege-Strategien erzeugt, ist ein zentraler Aspekt bei der Optimierung der Versorgung. Der Gesundheitsdienstleister sollte günstige Bedingungen schaffen, um eine Partnerschaft mit den Patienten aufzubauen.

Eine Partnerschaft mit Patienten respektiert die Vertraulichkeit, Privatsphäre und ggf. notwendige Zustimmungen und beruht auf dem Konzept:

- von mindestens zwei Parteien, die den Patienten umfassen;
- der Weitergabe von Informationen und Wissen und der Berücksichtigung der Sichtweise des Patienten;
- des gemeinsamen Strebens nach einem Konsens über die Zielsetzung und Ergebnisse;
- eines Kontextes, in dem der Zugang zur Dokumentation vorhanden ist und es dem Patienten möglich ist, sich hinsichtlich des Pflegeplans und der Nachsorge einbringen zu können.

Personenzentrierte Versorgung

Die personenzentrierte Versorgung (PCC, en: person-centred care) ist ein Modell mit einem strukturierteren Ansatz, bei dem die Patienten an ihrer Versorgung, an Entscheidungsprozessen und an der Selbstpflege beteiligt sind. Eine Person hat Kapazitäten, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse und sollte deshalb bei ihrer Versorgung und Behandlung als Partner auftreten (dies kann in einigen Fällen auch Verwandte umfassen). Dies spiegelt das Verständnis wider, dass die Patienten aufgrund ihres Gesundheitswissens und ihrer gelebten Erfahrung Experten für ihren eigenen Zustand sind. Patienten sind Personen und sollten nicht einzig auf ihren gesundheitlichen Zustand reduziert werden, sondern vielmehr unter Anerkennung ihrer Rechte und Zukunftspläne in einer bestimmten Umgebung integriert werden. Die Patienten befinden sich folglich die meiste Zeit in einem Kontext außerhalb der Gesundheitsversorgung. Es besteht daher eine starke Veranlassung, die Ressourcen, Interessen, Bedürfnisse und Verantwortlichkeiten aller Patienten in Situationen, die sie selbst betreffen, anzuerkennen und zu unterstützen. Insbesondere bei einem lebenslangen Krankheitszustand bewältigt eine Person ihr Leben die meiste Zeit ohne ihren Gesundheitsdienstleister, was die Bedeutung der Ressourcen der Person bezüglich der Selbstpflege-Fähigkeiten aufzeigt. Die personenzentrierte Versorgung wird erleichtert, wenn das Personal der Gesundheitsversorgung mit den Personen, die Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, zusammenarbeitet und sich auf die Ressourcen und Bedürfnisse der einzelnen Personen und das, was für sie von Bedeutung ist, ausrichtet.

Die personenzentrierte Versorgung bedeutet ein gemeinsames Verständnis und die Übereinkunft über:

- 1) das, was für den Patienten tatsächlich von Bedeutung ist, um Versorgungsziele zu setzen, die berücksichtigen, was Gesundheit und Lebensqualität für die jeweilige Person bedeuten;
- 2) die auf der professionellen Beurteilung und Leitlinien beruhende Versorgung, die die evidenzbasierte Versorgung und nationale/lokale Routinen berücksichtigt (Beispiele siehe Anhang A).

Die Patienten und das Personal der Gesundheitsversorgung bestimmen und besprechen unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Präferenzen, klinischen Untersuchungen, Tests und Behandlungen sowie der praktischen, sozialen und emotionalen Auswirkungen ihrer Verfassung und Versorgung auf ihren Alltag die Probleme und Strategien in Zusammenhang mit der Verfassung des Patienten.

In einem Cochrane-Review über die zentralen Komponenten der personenzentrierten Versorgung (n = 19 000 Patienten) wurden bedeutsame Verbesserungen der Diagnosen, ein(e) verstärkte(s) Selbstwirksamkeit, Selbstpflege und Selbstmanagement der Versorgung festgestellt, wenn die personenzentrierte Versorgung angewendet wurde. Kontrollierte klinische Studien haben positive Ergebnisse hinsichtlich kürzeren Krankenhausaufenthalten, Kostenreduzierung, verbesserten Aktivitäten im täglichen Leben und bei Entlassungsprozessen, verstärkter Selbstwirksamkeit, Wissen über die Krankheit, eines verbesserten Gesundheitszustandes und einer verbesserten Lebensqualität bei der Pflege am Ende des Lebens aufgezeigt.

Obwohl die vorstehenden Ansätze häufig als Grundlage für die moderne Gesundheitsversorgung angesehen werden, gibt es Berichte über einen Mangel an Struktur, Wissen und Richtlinien zur Operationalisierung der Patienteneinbeziehung - etwas, das als grundlegendes Niveau einer hochwertigen Gesundheitsversorgung angesehen werden sollte.

1 Anwendungsbereich

Dieses Dokument legt die Mindestanforderungen fest, mit denen die Patienteneinbeziehung in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung möglich ist. Es verfolgt das Ziel, günstige strukturelle Bedingungen für die personenzentrierte Versorgung zu schaffen.

Es ist zur Anwendung vor, während und nach der tatsächlichen Versorgung durch das Personal der Gesundheitsversorgung vorgesehen und soll zur Anwendung durch den Patienten als Empfänger der Versorgung verfügbar sein.

Dieses Dokument ist ferner dafür vorgesehen, auf strategischer Ebene während der Beauftragung, Ausbildung und Überwachung zur Qualitätssicherung und -verbesserung sowie als Leitdokument für Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Rahmen der Vermittlung und Umsetzung der personen-zentrierten Versorgung angewendet zu werden.

2 Normative Verweisungen

Es gibt keine normativen Verweisungen in diesem Dokument.

3 Begriffe

Für die Anwendung dieses Dokuments gelten die folgenden Begriffe.

ISO und IEC stellen terminologische Datenbanken für die Verwendung in der Normung unter den folgenden Adressen bereit:

- IEC Electropedia: verfügbar unter <http://www.electropedia.org/>
- ISO Online Browsing Platform: verfügbar unter <http://www.iso.org/obp>

3.1

Versorgung

Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung, soziale Fürsorge oder eine Einbeziehung von beidem auch durch pflegende Angehörige

Anmerkung 1 zum Begriff: Ein pflegender Angehöriger schließt Personen wie Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn mit ein, die eine andere Person regelmäßig und kontinuierlich unentgeltlich unterstützen.

3.2

Dauer der Versorgung

Zeitspanne, über die eine Person die Versorgung in Anspruch nimmt, beginnend bei der ersten Anfrage oder beim ersten Kontakt zwischen Versorgungsbedürftigem und Versorgungsanbieter bis zur Beendigung dieses Zeitraums der Versorgung

3.3

Personal der Gesundheitsversorgung

Personen, die eigenständig oder als Angestellte von Gesundheitseinrichtungen oder -programmen beruflich in der Bereitstellung von Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung oder soziale Fürsorge tätig sind

3.4

Pflegeplan

Plan mit Hinblick auf die Bedürfnisse, Erwartungen, Ziele und Ressourcen, der vom Anbieter in einer Partnerschaft mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet wird

Anmerkung 1 zum Begriff: In einigen europäischen Ländern wird für Patienten mit langfristigem Bedarf an Gesundheitsversorgung durch die nationale Gesetzgebung ein individueller Pflegeplan bereitgestellt.

3.5

Kontakt

jede Interaktion oder Kommunikation zwischen Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung

Anmerkung 1 zum Begriff: Jede Interaktion schließt physische und nicht-physische Kommunikation ein, die durch assistive Technologie erleichtert wird.

3.6

Kontinuum der Versorgung

Bereitstellung und Beständigkeit der Versorgung über einen Zeitraum, der sich über alle Stufen und Intensitäten der Versorgung erstreckt

3.7

Dokumentation

Datensammlung über die Gesundheit und Gesundheitsversorgung eines Patienten, die auf der Schilderung des Patienten beruht

3.8

Gesundheitsversorgung

vom Personal der Gesundheitsversorgung unternommene Maßnahmen mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten und zu verbessern, Schaden und Krankheit zu verhindern, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verlangsamen und Schmerzen und Leiden zu lindern

3.9

Dienstleistung für die Gesundheitsversorgung

Dienstleistung, die die gesamte Bandbreite der Versorgung von der Förderung und Prävention bis hin zur Diagnose, Rehabilitation und Palliativpflege sowie alle Versorgungsstufen einschließlich der Selbstpflege, häuslichen Pflege, Gemeinweseneinbindung, Primärversorgung, Langzeitpflege und Krankenhauspflege umfasst, um während des gesamten Lebens ganzheitliche Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen

3.10

Gesundheitsstatus

physische und psychische Funktionen, Körperstruktur, persönliche Faktoren, Aktivität, Teilhabe und Umweltaspekte im Sinne ganzheitlichen Befindens einer zu versorgenden Person

3.11

interprofessionelles Team

aus Mitgliedern desselben Berufsstandes oder verschiedener Berufsstände bestehende Arbeitsgruppe mit unterschiedlichen und spezialisierten Kenntnissen, Fähigkeiten und Arbeitsweisen, die sich einem gemeinsamen Ziel, gemeinsamen Leistungszielen und einem gemeinsamen Ansatz widmen, für die sie gemeinsam verantwortlich sind

Anmerkung 1 zum Begriff: Begriffe wie interdisziplinär, interprofessionell, multiprofessionell und multidisziplinär werden häufig synonym verwendet.

3.12

Schilderung

eigene Darstellung des Patienten darüber, was für ihn in Bezug auf die aktuelle Situation, die bisherigen Erfahrungen und die zukünftigen Erwartungen von Bedeutung ist

3.13

Partnerschaft

Zusammenarbeit und gegenseitiger Respekt zwischen Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung

3.14

Patient

Person, die sich um Versorgung bemüht oder versorgungsbedürftig ist oder Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung oder soziale Fürsorge in Anspruch nimmt

Anmerkung 1 zum Begriff: In Situationen, in denen Patienten unfähig sind, ihre Interessen durchzusetzen, sollte ein Bevollmächtigter für deren Unterstützung oder Vertretung sorgen.

Anmerkung 2 zum Begriff: In einigen Versorgungseinrichtungen werden Patienten nicht als „Patienten“ bezeichnet, sondern als „Bewohner“, „Klienten“ usw.

Anmerkung 3 zum Begriff: Eine Person kann über eine Diagnose verfügen oder nicht.

3.15

Patienteneinbeziehung

Teilhabe des Patienten an seiner Versorgung auf organisatorischer und individueller Ebene

3.16

Bevollmächtigter des Patienten

Vertreter, der mit dem Patienten zusammen oder in dessen Namen im Sinne von Schilderungen, Entscheidungen und der Patientenversorgung handelt

Anmerkung 1 zum Begriff: Ein Bevollmächtigter des Patienten kann ein gesetzlicher Vormund sein, der mit einer versorgungsbedürftigen Person zusammen oder in deren Namen handelt, wenn diese Person unfähig ist, Entscheidungen zu treffen. Es kann ein gesetzlicher Vormund bestellt werden, der im Namen der Person handelt.

Anmerkung 2 zum Begriff: Zu Bevollmächtigten und Vertretern des Patienten zählen gesetzliche Vormunde, gesetzliche Vertreter, Verwandte, Patientenvertreter, Patientenanwälte sowie Rechtsvertreter und -koordinatoren.

Anmerkung 3 zum Begriff: Der Begriff Bevollmächtigter des Patienten kann in Abhängigkeit von der nationalen Gesetzgebung verschiedene Bedeutungen und rechtliche Kontexte haben.

3.17

Prozess

Satz zusammenhängender oder sich gegenseitig beeinflussender Tätigkeiten, der Eingaben zum Erzielen eines vorgesehenen Ergebnisses verwendet

[QUELLE: ISO 9000:2015, 3.4.1]

3.18

Einbeziehung der Öffentlichkeit

Beteiligung oder Versuch der Beteiligung der Öffentlichkeit oder Laien und/oder Organisationen an Entscheidungsprozessen und der Gestaltung von Konzepten

3.19

Qualität für die Gesundheitsversorgung

Grad, in dem die Gesundheitsversorgung Anforderungen bezogen auf definierte Qualitätsaspekte erfüllt

[QUELLE: EN 15224:2016, 3.11]

3.20

Lebensqualität

Empfinden des Patienten seines Lebens im Hinblick auf die körperliche Gesundheit, die psychische Verfassung, persönliche Überzeugungen, soziale Beziehungen und die Beziehung zu seiner Umwelt

3.21

Selbstpflege und Selbstmanagement

Verhalten und Handlungen einer Person, die ihre eigene Gesundheit und Versorgung betreffen, und die Fähigkeit, gesundheitsfördernde Tätigkeiten durchzuführen, bei Bedarf erleichtert durch eine Partnerschaft zwischen dem Patienten und dem Personal der Gesundheitsversorgung oder anderen Parteien

3.22

Dienstleistung

Ergebnis einer Organisation mit mindestens einer Tätigkeit, die notwendigerweise zwischen der Organisation und dem Kunden ausgeführt wird

Anmerkung 1 zum Begriff: In der Gesundheitsversorgung und sozialen Fürsorge kann die Dienstleistung durch einzelne Personen erbracht werden.

[QUELLE: ISO 9000:2015, 3.7.7, modifiziert – Anmerkung 1 zum Begriff wurde ergänzt.]

3.23

partizipative Entscheidungsfindung

Entscheidungsfindung in einer Partnerschaft zwischen Patient (3.14) und Personal der Gesundheitsversorgung

3.24

soziale Fürsorge

bereitgestellte Versorgung, die sich auf die Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben konzentriert

Anmerkung 1 zum Begriff: Der Inhalt der sozialen Fürsorge unterscheidet sich zwischen den Ländern Europas und kann in der nationalen Gesetzgebung geregelt werden.

4 Schilderung des Patienten und dessen Erfahrung mit der Krankheit

4.1 Allgemeines

Die Schilderung des Patienten ist von grundlegender Bedeutung, um dessen Ansichten und Ziele, Bedürfnisse, Präferenzen, Werte und Ressourcen sowie dessen Auffassung von der eigenen Rolle in der Versorgung zu bestimmen. Die Schilderung umfasst Informationen zu seinem Alltag, seiner Verfassung, seinen Symptomen, seinen Kenntnissen und seiner Auffassung von der Krankheit sowie seine Motivationen bzw. Ziele. Die Frage, was für ihn von Bedeutung ist, kann für den Patienten ein Ausgangspunkt sein, sich in Form einer Schilderung selbst als Person vorzustellen (siehe A.1). Die Schilderung sollte anschließend in einer gemeinschaftlichen, gleichberechtigten Partnerschaft zwischen dem Personal der Gesundheitsversorgung und dem Patienten münden, die den Patienten dabei unterstützt und in die Lage versetzt, an der Bereitstellung der Versorgung mitzuwirken.

Das Personal der Gesundheitsversorgung hört sich die Schilderung an und versucht, die Anforderung (von Gesundheitsdienstleistungen) jeder einzelnen Person zu verstehen. Dies kann eine Anforderung von

vorbeugender Versorgung oder die Erfahrung des Patienten mit einer Krankheit sein. Krankheiten und verschiedene Leiden können nach verschiedenen Kriterien beschrieben werden. Um zu verstehen, was Krankheit im Alltag bedeutet, sollte das Personal der Gesundheitsversorgung der Schilderung jedes Patienten aufmerksam zuhören. Es liegt in der Verantwortung des Personals der Gesundheitsversorgung, die Ziele des Patienten und den Umfang der Kenntnisse und Fähigkeiten sowie des Selbstvertrauens des Patienten, seine Gesundheit selbst zu handhaben, zu verstehen und diese Aspekte ggf. zu stärken und sicherzustellen, dass die entsprechenden Eingriffe und Dienstleistungen zur Unterstützung verfügbar sind (siehe Anhang A.3). Der zentrale Punkt besteht darin, zu verstehen, was eine Krankheit für die Person im täglichen Leben bedeutet. Dies muss der Ausgangspunkt für alle folgenden Eingriffe bei der Versorgung des Patienten sein. Durch eine Schilderung kann dies sehr gut erfasst werden, jedoch auch durch andere Kommunikationsmittel, die bei Patienten nötig sind, die keine zweckdienliche Schilderung bereitstellen können. Durch einen Interpretationsprozess anhand von Worten oder Beobachtungen gewinnt das Personal der Gesundheitsversorgung die benötigten Einsichten (Beispiel siehe A.7).

Um die Patienteneinbeziehung in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu erleichtern, müssen die folgenden die Schilderung und Erfahrung mit einer Krankheit betreffenden Schwerpunktbereiche berücksichtigt werden, um den Prozess zu steuern:

- interprofessioneller personenzentrierter Ansatz;
- Respekt für Werte, Präferenzen und geäußerte Bedürfnisse;
- körperliches Behagen;
- emotionale Unterstützung.

Eine funktionelle Kommunikation zwischen dem Personal der Gesundheitsversorgung und Patienten ist eine der Voraussetzungen für die Patienteneinbeziehung. Es muss berücksichtigt werden, dass beispielsweise sensorische oder kognitive Beeinträchtigungen, Bildungsunterschiede sowie sprachliche oder kulturelle Unterschiede die Kommunikation zwischen Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen können (siehe A.7).

In der Kinderheilkunde darf der Patient von einem Elternteil oder Vormund vertreten werden, der dabei helfen kann, seine Schilderung und Erfahrung mit der Krankheit zu formulieren. Es ist jedoch auch von grundlegender Bedeutung, Kinder und junge Menschen selbst dann so stark wie möglich in angemessener Weise in Besprechungen über ihre Versorgung zu involvieren, wenn es ihnen nicht möglich ist, eigene Entscheidungen zu treffen. Die Fähigkeit eines jungen Patienten, zu kommunizieren und so zu seiner Schilderung beizutragen und Entscheidungen zu treffen, hängt mehr von seiner Fähigkeit ab, Optionen zu verstehen und abzuwägen, als von seinem Alter. Es ist wichtig, dass die Beurteilung der Reife und des Verständnisses auf individueller Ebene erfolgt. Selbst ein sehr junges Kind ist in der Lage, bis zu einem gewissen Grad einen Beitrag zu leisten (Beispiel siehe A.8).

4.2 Anforderungen

4.2.1 Organisatorische Ebene

Die Organisation muss sicherstellen, dass:

- a) die Schilderung des Patienten im rechtlichen Kontext der ärztlichen Schweigepflicht unter den verbundenen Parteien in dem interprofessionellen Team schnellstmöglich sowie ggf. auch alle weiteren Prüfungen der Schilderung, die während der gesamten Dauer der Versorgung erforderlich sind, weitergegeben werden kann/können;
- b) die Umgebung dem Patienten die Möglichkeit bietet, sich vor dem Kontakt vorzubereiten, wenn die Situation für möglich gehalten wird (Hilfsmittel und Ressourcen siehe Anhang B.3);

- c) die zugeteilte Zeit des Personals der Gesundheitsversorgung die Besprechung und Untersuchung der Schilderung des Patienten ermöglicht;
- d) das Personal der Gesundheitsversorgung ausreichend ausgebildet ist, die Schilderung zu erhalten.

4.2.2 Patientennähe

Das Personal der Gesundheitsversorgung muss sicherstellen, dass:

- a) die Umgebung die Möglichkeit bietet, die Schilderung des Patienten zu erfassen und weiterzugeben, und gleichzeitig dessen Privatsphäre berücksichtigt (Hilfsmittel und Ressourcen siehe B.3);
- b) die Patienten bei jedem Kontakt und im Anschluss rechtzeitig die Möglichkeit haben, ihre Schilderung anzugeben;
- c) die Schilderung des Patienten Folgendes umfassen kann:
 - warum der Patient Hilfe in Anspruch nehmen möchte und wie sein tägliches Leben betroffen ist;
 - was der Patient als Wohlbefinden empfindet;
 - was die Ziele, Motivationen und Werte des Patienten im Hinblick auf den Prozess und das Ergebnis der Versorgung sind;
- d) ein alternativer Ansatz angewendet wird, um an die benötigten Informationen zu gelangen, wenn es nicht möglich ist, eine Schilderung zu erhalten (siehe A.7 und A.8).

5 Partnerschaft

5.1 Allgemeines

Die Anwendung eines interprofessionellen personenzentrierten Ansatzes, bei dem der Patient ein Partner des Teams ist, ist während des Kontinuums der Versorgung einschließlich der Übergänge zwischen Versorgungsstufen ein zentraler Aspekt der Versorgung. Alle beteiligten Fachpersonen einschließlich des Patienten sollten an den Entscheidungen bezüglich der Versorgung mitwirken. Um die Patienten-einbeziehung in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu erleichtern, müssen die folgenden Schwerpunktbereiche berücksichtigt werden, um den Prozess der Partnerschaft zu steuern:

- interprofessioneller personenzentrierter Ansatz;
- Koordination und Integration der Versorgung;
- Information;
- Kommunikation;
- kontinuierliche Weiterbildung.

5.2 Anforderungen

5.2.1 Organisatorische Ebene

Die Organisation muss sicherstellen, dass:

- a) Routinen und ein systematischer Zugang vorhanden sind, die es dem Patienten ermöglichen, kontinuierlich in den Entscheidungsprozess, die Nachsorge und die Überprüfung (wenn erforderlich) des Versorgungsprozesses während der Dauer der Versorgung einbezogen zu werden;
- b) durch eine systematische Struktur Zeit des Personals der Gesundheitsversorgung reserviert wird, in der eine Partnerschaft zwischen dem Patienten und dem Personal der Gesundheitsversorgung aufgebaut werden kann;
- c) in Situationen, in denen eine Partnerschaft aufgrund von der kognitiven bzw. körperlichen Verfassung, sprachlichen Hindernissen oder anderen Aspekten der Kommunikation nicht möglich ist, die Entscheidung des Personals der Gesundheitsversorgung ausdrücklich dokumentiert und schnellstmöglich mit dem Patienten überprüft werden muss.

5.2.2 Patientennähe

Das Personal der Gesundheitsversorgung muss sicherstellen, dass:

- a) das Verständnis und die Präferenzen des Patienten im Hinblick darauf, wie die partizipative Entscheidungsfindung umgesetzt wird, herausgearbeitet werden;
- b) die Motivationen, Werte und Ziele des Patienten ausführlich besprochen und Strategien zur Unterstützung der Ressourcen, Ziele, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten in den Pflegeplan eingearbeitet werden (siehe A.2 und A.3);
- c) der Patient und das Personal der Gesundheitsversorgung ein gemeinsames, einvernehmliches Verständnis von der Versorgung, dem Einfluss von Symptomen und möglichen Nebenwirkungen einschließlich der vorhersehbaren Folgen mangelnder Versorgung haben (siehe A.1);
- d) die Sorgen und Ängste des Patienten ausführlich besprochen und Strategien zur Minderung der Sorgen und Ängste des Patienten in den Pflegeplan eingearbeitet werden (siehe A.6);
- e) während der gesamten Dauer der Versorgung kontinuierlich partizipative Entscheidungsfindungsprozesse stattfinden und ggf. auch während Übergängen in der Versorgung bzw. im Kontinuum der Versorgung einschließlich der Selbstpflege und des Selbstmanagements der Versorgung;
- f) während des aktuellen Versorgungsabschnitts und ggf. auch während Übergängen in der Versorgung bzw. im Kontinuum der Versorgung ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Verantwortlichkeiten des Patienten und des Personals der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf den vereinbarten Pflegeplan vorhanden ist (siehe B.2);
- g) die Begrenzung von im Kontext der medizinischen Versorgung bzw. Pflege und der sozialen Fürsorge als möglich und realistisch angesehenen Ressourcen bzw. Ergebnissen besprochen wird und der Patient und das Personal der Gesundheitsversorgung ein gemeinsames Verständnis darüber erlangen. Wenn kein gemeinsames Verständnis bzw. keine Einigung bezüglich eines zentralen Aspektes des Versorgungsprozesses erlangt wird, müssen die gegensätzlichen Meinungen dokumentiert werden;
- h) alle Ressourcen einschließlich der Ausbildung und Informationen für den Patienten zur Erleichterung der Selbstpflege und des Selbstmanagements bereitgestellt werden.

6 Dokumentation, Pflegeplan und Informationsaustausch

6.1 Allgemeines

Dieser Abschnitt beschreibt die für den Informations- und Wissensaustausch erforderliche Dokumentation. Dies kann in Form eines Pflegeplans entweder über digitale oder traditionelle Medien mit dem Ziel, Informationen zu den Zielen, Präferenzen und Werten des Patienten im Rahmen des rechtlichen Kontextes der ärztlichen Schweigepflicht bereitzustellen, erfolgen.

Ein strukturierter Pflegeplan hat in einer Vielzahl von verschiedenen Krankenhaussituationen und während des gesamten Kontinuums der Versorgung positive Ergebnisse hervorgebracht. Der Pflegeplan wird besprochen und ggf. während des Kontinuums der Versorgung mit dem Patienten abgeändert. Das Finden und Dokumentieren gemeinsamer Entscheidungen sichert die Patienteneinbeziehung durch die Dokumentation der Schilderung in Form von Präferenzen, Überzeugungen und Werten des Patienten sowie die Einbeziehung in die Entscheidung über die Versorgung und Behandlungen ab (siehe A.2). Es ist auch wichtig hervorzuheben, dass die zentralen Aspekte die Mitgestaltung und der Informationsaustausch sind und nicht lediglich die Dokumentation.

Um die Patienteneinbeziehung in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu erleichtern, müssen die folgenden Schwerpunktbereiche berücksichtigt werden, um den Prozess der Dokumentation zu steuern:

- Zugang zu relevanten und verständlichen Informationen;
- Kommunikation;
- kontinuierliche Weiterbildung;
- Übergänge in der Versorgung;
- Kontinuität der Dokumentation.

6.2 Anforderungen

6.2.1 Organisatorische Ebene

Die Organisation muss sicherstellen, dass:

- a) Verfahren und ausreichend viel Zeit des Personals für die systematische Prüfung des Pflegeplans und ein dauerhafter Zugang des Patienten zu dem überarbeiteten Pflegeplan vorhanden sind;
- b) eine systematische Struktur vorhanden ist, durch die Zeit des Personals der Gesundheitsversorgung reserviert wird, um die Zusammenfassung der Schilderung zu dokumentieren und den Pflegeplan zu prüfen.

6.2.2 Patientennähe

Das Personal der Gesundheitsversorgung muss sicherstellen, dass:

- a) der Pflegeplan gemeinsam formuliert und dokumentiert wird und dem Patienten zugänglich ist;
- b) der Patient an der Beurteilung des Pflegeplans und der Entlassungsplanung teilnimmt;
- c) die Symptome, Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten systematisch und, wenn vorhanden, mit anerkannten Mitteln berücksichtigt und beurteilt werden;
- d) ausreichend Zeit zur Erarbeitung des Pflegeplans vorhanden ist.

7 Einbeziehung von Patienten und Öffentlichkeit in Management, Organisation und Konzeption

7.1 Allgemeines

Die Patienteneinbeziehung in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung bedeutet auch die Berücksichtigung der Sichtweise des Patienten auf allen strategischen Ebenen des Managements der Versorgung sowie in der Forschung, Entwicklung, Ausbildung und Konzeption. Dieser Kontext ist nicht auf den einzelnen Kontakt beschränkt, sondern kann auch die Struktur und Organisation der Versorgung im Verlauf des Kontinuums der Patientenversorgung umfassen. Die Einbeziehung von Patienten und Öffentlichkeit sollte demnach auf allen strategischen Ebenen des Managements sichergestellt werden, um die Sichtweise des Patienten bei den Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen (siehe A.4). Die Patienteneinbeziehung ist in dem dauerhaften Verbesserungsprozess während des gesamten Kontinuums der Versorgung, einschließlich u. a. der Medizintechnik-Folgenabschätzung, Gesetzgebung sowie Preis- und Vergütungspolitik, ein wichtiges Element.

Um die Einbeziehung von Patienten und Öffentlichkeit in Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung zu erleichtern, müssen die folgenden Schwerpunktbereiche berücksichtigt werden, um den Prozess zu steuern:

- interprofessioneller Ansatz;
- Patienteneinbeziehung;
- Übergänge;
- Zugänglichkeit;
- Kontinuität.

Dieser Abschnitt enthält einen Überblick über die Struktur, Verantwortlichkeiten und Ressourcen, die erforderlich sind, um am Versorgungspunkt durch Konzentration auf die für den Patienten und seine Verwandten wichtigen Ergebnisse die kontinuierliche Verbesserung und Weiterbildung sicherzustellen. Bei kleinen und mittleren Organisationen (SMO, en: small and medium size organisations) könnte die Anwendung einiger dieser Anforderungen ggf. im Kontext einer übergeordneten Gesellschaft oder eines Netzwerkes betrachtet werden. Die Anforderungen sind dennoch für die kleinen und mittleren Organisationen anwendbar.

7.2 Anforderungen

Management, Organisationen und politische Entscheidungsträger müssen Folgendes sicherstellen:

- a) einen interprofessionellen Ansatz für die Prozessbeurteilung und Qualitätsverbesserung auf der operativen und strategischen Entwicklungsebene einschließlich der Einbeziehung der Bevollmächtigten und Vertreter des Patienten;
- b) eine kontinuierliche Qualitätsbeurteilung der Prozesse und Konzepte im Hinblick auf die Patienteneinbeziehung;
- c) eine strukturierte Beurteilung und Nachbereitung der Messung der Lebensqualität von Patienten (PROM, en: patient reported outcome measurements) etwa anhand von Symptomen, körperlichem Funktionieren, Lebensqualität, Gesundheitszustand usw., sowie der Messung der Patientenerfahrungen (PREM, en: patient reported experience measurements) während der Versorgungsabschnitte und danach (siehe B.3);

- d) die Förderung und Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen für die Präsenz, Einbeziehung und ggf. Schaffung von Patientenorganisationen;
- e) die Ausbildung und kontinuierliche Weiterbildung im Bereich der Patienteneinbeziehung bzw. personenzentrierten Versorgung als Teil der Ausbildung von Mitarbeitern und Personal der Gesundheitsversorgung;
- f) die Schaffung von Strukturen für die kontinuierliche und systematische Qualitätsverbesserung im Hinblick auf die Patienteneinbeziehung (siehe A.4);
- g) die Überwachung der dokumentierten Pflegepläne, die Patientenziele und die partizipative Entscheidungsfindung umfassen, muss jährlich durchgeführt werden. Wenn die Ziele nicht erreicht werden, muss innerhalb des darauffolgenden Jahres ein Plan zur Verbesserung erarbeitet, operationalisiert und beurteilt werden.

Anhang A (informativ)

Fälle

A.1 Allgemeines

Dieser Anhang legt anhand von Beispielen und praxisnahen Ideen durch die Beschreibung von Fällen Erklärungen dafür dar, wie Patienten auf verschiedene Weise einbezogen werden können. Die Fälle können als Beispiele für die Anwendung dieses Dokumentes auf allen Ebenen der Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung herangezogen werden.

A.2 Nachsorge in der Primärversorgung

Herr G., ein 72-jähriger Geschäftsmann im Ruhestand und begeisterter Golfspieler, hatte vor 15 Jahren einen kleineren Herzinfarkt. Nachdem er sich von dem Infarkt erholt hatte, nahm er das Golfspielen bei guter Gesundheit wieder auf, bis er eines Tages kollabierte. Es wurde umgehend die Reanimation eingeleitet. Zum Einsetzen eines implantierbaren Cardioverter-Defibrillators wurde er in eine Spezialklinik überwiesen; eine erneute Angiographie seiner Koronarläsion zeigte jedoch auf, dass möglicherweise eine Koronararterien-Bypassoperation erforderlich war. Die Operation war einen Monat später geplant.

Herr G. war angesichts der bevorstehenden Operation sehr besorgt. Er war so beunruhigt über seinen Zustand, dass er es nicht wagte, kleinere Strecken zu Fuß zu gehen, und hatte das Golfspielen aufgegeben. In keiner der Aufzeichnungen wurden die Sorgen von Herrn G. bezüglich der Operation oder seine Präferenzen im Hinblick auf die Behandlung erwähnt. Stattdessen wurde er lediglich darüber informiert, dass er operiert werden würde, weshalb er annahm, es gäbe keine andere Möglichkeit.

Was kann getan werden, um die Patienteneinbeziehung in die Gesundheitsversorgung zu verbessern?

Im Hinblick auf die Schilderung des Patienten:

Durch die Schilderung ermittelt das Personal der Gesundheitsversorgung die Ziele, Bedürfnisse, Präferenzen, Werte und Ressourcen von Herrn G. Dies kann durch die Frage „Was ist Ihnen wichtig?“ erreicht werden. So kann Herr G. angeben, dass es ihm zur Wahrung einer guten Lebensqualität wichtig ist, körperlich aktiv zu bleiben und Golf zu spielen. Nach dem Erfassen der medizinischen Daten, verschiedener Behandlungsoptionen und Informationen von dem Patienten (Bedürfnisse, Präferenzen usw.) können das Personal der Gesundheitsversorgung und Herr G. zur Wahl der Behandlung fortschreiten: die partizipative Entscheidungsfindung.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 4.2.1 c): Die Organisation stellt sicher, dass ausreichend Zeit des Personals der Gesundheitsversorgung reserviert wird, um die Schilderung des Patienten zu besprechen sowie Mittel zu finden, um sich den Ressourcen und Bedürfnissen eines jeden Patienten anzupassen.

Im Hinblick auf die Partnerschaft zwischen Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung:

Ausgehend von der Schilderung ist bekannt, dass Herr G. eine Behandlung bevorzugt, die seine körperliche Mobilität so wenig wie möglich beeinflusst, und dass er es bevorzugen würde, nicht operiert zu werden, wenn die Möglichkeit besteht. Aus der Schilderung wurde außerdem deutlich, dass Herr G. keine Symptome wie Atemnot oder Schmerzen in der Brust aufwies. Dr. S. zog nach der Prüfung der Akte von Herrn G. den Schluss, dass sein Zustand nicht eindeutig auf eine Bypass-Operation hinwies und dass eine medikamentöse Behandlung eine umsetzbare Option darstellte. Nachdem die Ansichten des Personals der Gesundheitsversorgung und von Herrn G. angehört und die benötigten Informationen gesammelt und besprochen

worden waren, entschied sich Herr G. gegen die Operation und für die weitere Einnahme seiner Medikamente.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 5.2.2 c): Das Personal der Gesundheitsversorgung stellt sicher, dass der Patient und das Personal der Gesundheitsversorgung ein gemeinsames Verständnis von der medizinischen Versorgung, dem Einfluss von Symptomen und möglichen Nebenwirkungen einschließlich der vorhersehbaren Folgen mangelnder Versorgung haben.

Im Hinblick auf den Pflegeplan des Patienten:

Dr. S. versicherte ihm, dass er die Ärzte über ihre Besprechung in Kenntnis setzen würde, die Entscheidung von Herrn G. über die Behandlung sowie seine diesbezüglichen Präferenzen in seiner Patientenakte erfasst werden würden und zukünftige Optionen wie etwa eine Operation nach wie vor zur Verfügung stünden. Nach diesem Gespräch fühlte sich Herr G. deutlich erleichtert. Herr G. setzt seitdem seit drei Jahren seine medikamentöse Behandlung fort, fühlt sich gut und genießt ein aktives Leben ohne sein Herz betreffende Symptome.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 6.2.2 c): Das Personal der Gesundheitsversorgung stellt sicher, dass die Symptome, Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten systematisch und, wenn möglich, mit anerkannten Mitteln berücksichtigt und beurteilt werden.

A.3 Zahnmedizin

Herr B. hatte einige Jahre keinen Zahnarzt besucht, bis er sich wegen einer Lücke zwischen seinen beiden oberen Schneidezähnen Sorgen machte. Bei seinem Besuch bei Zahnarzt K. ergibt die durchgeführte Untersuchung, dass sich eine Parodontitis entwickelt hat, die mit Konkremententfernung und Wurzelglättung behandelt werden muss. Ferner sind einige andere Zähne kariös und bedürfen einer Behandlung mit Zahnfüllungen. Herr B. bittet darum, ohne Betäubung behandelt zu werden. Ohne nach dem Grund zu fragen, stimmt Zahnarzt K. zu.

In den nachfolgenden Jahren besucht Herr B. regelmäßig den Zahnarzt, um sich Wurzelglättungsbehandlungen zu unterziehen. Die Behandlung erfolgt stets nach dem Muster des ersten Termins: es wird keine Betäubung angewendet. Bei der Parodontitis stellt sich keine Besserung ein. Auch einige kurz zuvor eingesetzte Füllungen fallen heraus.

Was kann getan werden, um die Patienteneinbeziehung in die Gesundheitsversorgung zu verbessern?

Im Hinblick auf die Schilderung des Patienten:

Eines Tages beschließt Herr B., den Zahnarzt R. zu konsultieren, da die Behandlung durch Zahnarzt K. kein positives Ergebnis hervorgebracht hat. Er leidet unter Zahnfleischbluten, Mundgeruch und zwei abgebrochenen Zähnen, die zuvor Füllungen erhalten hatten. Herr B. erklärt, er wolle so behandelt werden, wie er es von der Praxis von Zahnarzt K. gewöhnt war: ohne Betäubung. Zahnarzt R. versucht, mit Herrn B. zu sprechen, um herauszufinden, warum der Patient seit so vielen Jahren freiwillig Schmerzen erleidet. Indem er sich die Zeit nimmt, mit dem Patienten zu sprechen, findet Zahnarzt R. heraus, dass Herr B. eigentlich Angst vor Injektionen und Nadeln hat. Herr B. erläutert die zugrunde liegende Ursache dafür, warum er eine Betäubung ablehnt und deshalb bei jedem Besuch der Zahnarztpraxis Schmerzen erlitten hatte.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 4.2.2 c): Das Personal der Gesundheitsversorgung stellt sicher, dass der Patient seine Schilderung einschließlich des Folgenden vorbereiten kann:

- warum der Patient Hilfe in Anspruch nehmen möchte und wie sein tägliches Leben betroffen ist;
- wie der Zustand sein tägliches Leben beeinflusst;

- was der Patient als Wohlbefinden empfindet und als seinen psychosozialen Status ansieht;
- was die Ziele, Motivationen und Werte des Patienten im Hinblick auf den Prozess und das Ergebnis der Versorgung sind.

Im Hinblick auf die Partnerschaft zwischen Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung:

Zahnarzt R. erklärt Herrn B., dass eine gute Behandlung nur mit einer Betäubung erfolgen kann. Die durch die Wurzelglättung in der Zahnfleischtasche hervorgerufenen Schmerzen sind so stark, dass sie zum Verkrampfen der Gesichtsmuskeln von Herrn B. führen, weshalb es unmöglich ist, eine ausreichende Wurzelglättung im unteren Bereich der Zahnfleischtasche durchzuführen.

Er stützt seine Erklärung mit Röntgenbildern der Zähne und Kieferknochen des Patienten und zeigt den Knochenschwund aufgrund der Parodontitis. Er erläutert außerdem Schritt für Schritt, wie die Injektion der Anästhesie erfolgt und dass Herr B. durch die örtliche Betäubung nichts fühlen wird. Zahnarzt R. beruhigt Herrn B. auch, indem er sagt, dass er seine Angst ausdrücken und ihn wissen lassen kann, wenn er Schmerzen hat oder ihm etwas Angst macht. Nachdem sowohl der Zahnarzt als auch der Zahnarzthelfer dem Patienten beruhigt haben, stimmt Herr B. der Behandlung mit Betäubung zu. Die Behandlung verläuft reibungslos und wird erfolgreich abgeschlossen.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 5.2.2 d): Das Personal der Gesundheitsversorgung stellt sicher, dass die Sorgen und Ängste des Patienten ausführlich besprochen und Strategien zur Minderung der Sorgen und Ängste des Patienten in den Pflegeplan eingearbeitet werden.

Im Hinblick auf den Pflegeplan des Patienten:

Zahnarzt R. erklärt mithilfe der Röntgenbilder, dass Herr B. auch kariöse Zähne hat und dass eine Behandlung dieser Zähne mit Betäubung in Erwägung gezogen werden sollte, da sie ansonsten in naher Zukunft Probleme verursachen würden. Der Patient stimmt zu und nach vier weiteren Terminen waren fünf Zähne mit Betäubung behandelt. Der Patient hat seine Angst vor Nadeln überwunden, worüber er sehr glücklich ist.

Im Laufe der nächsten sechs Jahre besucht der Patient den Zahnarzt R. nur zur jährlichen Kontrolle, bei der Zahnarzt R. auch regelmäßig eine Wurzelglättung durchführt. In dieser Zeit hat sich auch der Parodontalstatus verbessert und es sind keine Zahnfüllungen mehr herausgefallen. Herr B. versteht, dass seine einstmalige Angst vor Nadeln indirekt zu einer minderwertigen Behandlung geführt hat, die ihn dazu zwang, den Zahnarzt zum damaligen Zeitpunkt jeden Monat aufzusuchen. Inzwischen sind weder weitere Zähne abgebrochen noch Zahnfüllungen herausgefallen. Herr B. versteht, dass seine einstmalige Angst vor Nadeln in der Vergangenheit indirekt zu einer minderwertigen Behandlung geführt hat.

Diese Handlungen entsprechen der Anforderung aus 6.2.2 a): Das Personal der Gesundheitsversorgung stellt sicher, dass der Pflegeplan gemeinsam formuliert und dokumentiert wird und dem Patienten zugänglich ist.

A.4 Stillen

Frau B. ist in der 26. Woche mit ihrem ersten Kind schwanger. Mutter und Kind sind gesund und bislang verlief die Schwangerschaft gut. Im Alter von 20 Jahren hatte Frau B. aufgrund von Rücken- und Nackenbeschwerden eine Brustverkleinerung durchführen lassen.

Nach der Geburt möchte Frau B. gern stillen. Sie hat sich über die Vorteile des Stillens informiert und ist vollkommen überzeugt davon. Frau B. wird bewusst, dass ihre Entscheidungen der Vergangenheit und der Zukunft auch Auswirkungen auf ihr (ungeborenes) Kind haben. Bei einer Pränataluntersuchung fragt sie den Gynäkologen, ob es trotz ihrer Brustverkleinerung möglich sein wird, zu stillen. Der Gynäkologe glaubt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie erfolgreich stillen kann, gering ist. Er schlägt eine Alternative vor: die Flaschennahrung.