



Tätigkeitsbericht Patientenbeauftragte für Berlin 2008



Impressum

Herausgeber:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Büro der Patientenbeauftragten -
Brückenstraße 6
10179 Berlin

Tel.-Nr.: 030 / 9025-2010.

Telefax: 030 / 9025-2501

E-Mail: patientenbeauftragte@senguv.berlin.de

Homepage: <http://www.berlin.de/lb/patienten/index.html>

Redaktionsschluss:

August 2008

Inhalt, Layout und Gestaltung des Berichts insgesamt sowie einzelne Elemente sind urheberrechtlich geschützt.
Eine öffentliche Verwendung des Materialbands darf nur mit vollständiger Zitierung erfolgen.

Inhalt

1. Vorwort	7
2. Das Amt der Patientenbeauftragten für Berlin	8
3. Anfragen und Beschwerden	10
3.1 Angaben zu den Anfragen	10
3.2 Themenschwerpunkte der Bürgeranfragen.....	11
3.2.1 Orientierungshilfe im Gesundheitswesen	12
3.2.2 Gesundheitsreformen belasten Menschen mit niedrigem Einkommen.....	12
3.2.3 Neue Belastungen für PKV-Versicherte und Beihilfempfänger.....	14
3.2.4 Kostendruck und Verdichtung der Arbeit in den versorgenden Institutionen	14
3.2.5 Wartezeiten für gesetzlich Versicherte	15
3.2.6 Ungleichgewicht in der ambulanten fachärztlichen Versorgung	16
3.2.7 Patientenfragen rund ums Krankenhaus	17
3.2.7.1 Wartezeiten auch im Krankenhaus	17
3.2.7.2 Suche nach Spezialisten.....	18
3.2.7.3 Infektionen im Krankenhaus.....	18
3.2.7.4 Behandlungs- und Pflegefehler	18
3.2.7.5 Organisatorische Mängel und Sicherheit	19
3.2.8 Unzureichendes Versorgungsmanagement	19
3.2.9 Individuelle Gesundheitsleistungen	20
4. Schwerpunktthemen von Patienteninitiativen und -organisationen	22
4.1 Sektorentrennung und fehlende „echte“ integrierte Versorgung	22
4.2 Probleme einzelner Patientinnen und Patientengruppen	23
4.2.1 Rheuma	23
4.2.2 HIV / AIDS	24
4.2.3 Transsexualität	25
4.2.4 Assistenz für behinderte Menschen im Krankenhaus.....	25
4.3 Ambulante Behandlung im Krankenhaus.....	26
5. Anliegen von Akteuren der Gesundheitsversorgung	27
5.1 Bedarfsplanung und Facharztmangel in Berliner Bezirken	27
5.2 Hilferuf der Geronto-psychiatrischen-geriatrischen Verbände	29
5.3 Fehlende ärztliche Versorgung für Menschen in Heimen	30
6. Patientenberatung und -unterstützung	31
6.1 Zusammenarbeit der Beratungsstellen	31
6.2 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher.....	32
6.2.1 Fragebogenaktion bei Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in Berlin.....	32
6.3 PatientenForum Berlin - Information und Wissen für mündige Patienten.....	33
7. Kooperationen	34

7.1	Patienteninitiativen und –organisationen	34
7.2	Bereich ambulante ärztliche Versorgung	35
7.2.1	Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	36
7.2.2	Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin	36
7.2.3	Zusammenarbeit im zahnärztlichen Bereich.....	37
7.3	Übergangsversorgung Beispiel Onkologie	38
7.4	Bereich stationäre Versorgung	38
7.4.1	Prothesenskandal.....	38
7.4.1.1	Implementierung eines Endoprothesenregisters	39
7.4.2	Werbeplakat an der Charité.....	40
7.4.3	Rettungsdienste und Notfallversorgung.....	40
7.4.4	Partner Berliner Krankenhausgesellschaft.....	40
7.5	Bereich der Sozialversicherung	41
7.5.1	Krankenkassen	41
7.5.2	Sozialpartner und Sozialrecht.....	42
7.6	Patientenbeauftragte des Bundes	43
7.7	Landesbeauftragte	43
7.8	Zusammenarbeit mit Medien	44
8.	<i>Politische Schwerpunktthemen</i>	44
8.1	Patientenbeteiligung	44
8.1.1	Landeskrankenhausbeirat	45
8.1.2	Beteiligung Lenkungsausschuss Qualitätssicherung.....	45
8.1.3	Stärkung der Verfahrensbeteiligung	46
8.2	Qualität und Transparenz	47
8.2.1	Transparenzplattform „Gesundheit in Berlin“	47
8.2.2	Qualitätstransparenz im Krankenhaus.....	48
8.2.3	Vorschlag der Patientenbeauftragten für Berlin.....	49
8.2.4	Kooperation mit dem TAGESSPIEGEL beim Klinikführer	50
8.2.5	Krankenhausplanung.....	51
8.4.6	Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten in Heimen	51
8.3	Patientenorientierung im Berliner Krankenhausgesetz	52
8.4	Patienteninformation und Werbung	52
9.	<i>Vernetzung</i>	55
9.1	Gremien	55
9.2	Fachkontakte	57
9.3	Teilnahme an Veranstaltungen	58
9.4	Vorträge	58
9.5	Veröffentlichungen	59

1. Vorwort

Mit diesem Bericht nach weiteren zwei Jahren im Amt der Patientenbeauftragten für Berlin möchte ich einen Einblick in meine Arbeit, in die Art der Anfragen von Patientinnen und Patienten sowie die Formen der Zusammenarbeit mit Partnern geben.

Die vergangenen zwei Jahre haben deutlich gemacht, dass die Funktion einer Anlaufstelle für die politischen und fachpolitischen Belange der Patientinnen und Patienten in Berlin sinnvoll und notwendig ist. Sinnvoll, weil es nach wie vor eine Fülle von Sorgen, Problemen und Forderungen der Patientinnen und Patienten gibt, die es aufzugreifen gilt. Es macht Sinn, die Anliegen zu bündeln, um Abhilfe in Einzelfällen mit dem Verweis auf strukturelle Missstände begründen zu können. Es ist hilfreich, mit dem Amtsbonus einer politischen Vertretung beispielhaft individuelle Probleme anzugehen und damit auf die Struktur von falschen Versorgungswegen verweisen zu können.

Notwendig ist das Amt, weil nach den überwiegend positiven Erfahrungen der ersten beiden Jahre auch die Schwierigkeiten sichtbar werden, die auftreten, wenn es um das Beeinflussen der fest gefügten Interessen und Interessenskoalitionen im Gesundheitswesen geht. So kann ich durchaus inzwischen mit Fug und Recht behaupten, die Dicke der Bretter zu kennen, die mit einer solchen Tätigkeit angebohrt werden müssen. Ich räume ein, dass der eine oder andere Bohrer schon gebrochen ist. Aber: die Bohrmaschine ist kräftig, Bohrstifte lassen sich nachrüsten.

Zu den Bereichen gelungener Arbeit gehören z.B. die gute Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einzelner Beschwerdestellen und dem Qualitätsmanagement von Krankenhäusern, die lebendige Arbeitsteilung mit Beratungsstellen in Berlin und die aktive Kooperation mit Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen. Durch direkte Intervention in Einzelfällen konnte allein mit dem Gewicht des Amtes durchaus Konkretes für Patienten in Konfliktsituationen erreicht werden.

Zu den offenen Baustellen gehört die nach wie vor nur unzureichend realisierte Transparenz zur Qualität von Leistungen und Anbietern im Gesundheitswesen, die immer drängender werdende Ungleichbehandlung von Kassenpatienten und Privatversicherten beim Thema Wartezeiten und die zunehmende Disparitäten in der fachärztlichen Versorgung zwischen bürgerlichen und sozialstrukturellen eher schwachen Bezirken.

Aus der Vielfalt der Fragestellungen und Tätigkeitsbereiche wird ersichtlich, dass man in der Funktion einer Patientenbeauftragten nicht an allen Schrauben drehen kann, die für eine Veränderung im Sinne der Patientinnen und Patienten notwendig wären. Ich kann aber mit diesem Bericht auf die Breite der Themenfelder aufmerksam machen und damit eine Landkarte der Baustellen zeichnen. Dieser Bericht enthält daher eine Fülle von Beispielen der Anfragen und Beschwerden, die bei mir als Patientenbeauftragte landen. Sie mögen im Einzelfall banal erscheinen. Sie stehen hier jedoch als Beispiel, als Zeichen für all das, wo im Gesundheitswesen Hand angelegt werden muss.

Mein besonderer Dank gilt der Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Frau Lompscher und dem Staatssekretär Dr. Hoff für ihren Einsatz, ein solches Vorhaben aktiv zu tragen und dafür, dass ich zu jeder Zeit bei ihnen ein offenes Ohr gefunden habe. Danken will ich auch meiner Mitarbeiterin Frau Markau, ohne deren Unterstützung und kollegiale Zusammenarbeit das erhebliche Pensum an Arbeit nicht zu leisten gewesen wäre. Den Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen bin ich für ihr Vertrauen dankbar und möchte hervorheben, dass die Arbeit ohne die enge Verständigung mit ihnen sicher nicht so lebendig und produktiv gewesen wäre.

Karin Stötzner
Berlin, im Sommer 2008

2. Das Amt der Patientenbeauftragten für Berlin



Das Amt der Berliner Patientenbeauftragten geht auf eine Initiative der Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlins, Frau Dr. Heidi Knake-Werner zurück, die im November 2004 als erste eine Patientenbeauftragte auf Landesebene berufen und damit eine Vorreiterposition unter den Bundesländern übernommen hat.

Mit der neuen Legislaturperiode hat die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Frau Katrin Lompscher die Person Karin Stötzner für weitere fünf Jahre im Amt der Patientenbeauftragten bestätigt.

Die Patientenbeauftragte für Berlin – die Diplom-Soziologin Karin Stötzner - ist Ansprechpartnerin für Patientinnen und Patienten, Patienteninitiativen und -organisationen. Sie informiert und berät bei der Suche nach Hilfemöglichkeiten in Berlin und weist den Weg zu einschlägigen Beschwerdeinstanzen. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Beratung der Senatorin und der Gesundheitsverwaltung in Fragen, die Patientenbelange betreffen. Das Amt ist Mittlerinstanz zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen, zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Initiativen auf der einen Seite und den fachlich professionellen Akteuren wie ärztlichen Organisationen, Krankenkassen auf der anderen Seite.

Die Patientenbeauftragte dokumentiert Erfahrungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wertet die Anfragen und Themen so aus, dass sie für politische Veränderungen und für eine Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung nutzbar gemacht werden kann.

Mit dem Amt, das eine honorierte Nebentätigkeit ist, sind keine rechtlichen oder formalen Sanktionsmöglichkeiten (z.B. Anhörungsrechte) verbunden. Der Wirkungsrahmen ist durch die Bereitschaft zum Dialog, die Möglichkeit zur Veröffentlichung von Problemen und durch die enge Anbindung an die politische Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz gegeben. Die Benennung einer externen Expertin gewährleistet dabei die notwendige Unabhängigkeit.

Das Handlungsfeld der Patientenbeauftragten ist über einen Internetauftritt öffentlich:

<http://www.berlin.de/lb/patienten/>

Das Büro der Patientenbeauftragten, das bei Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz angesiedelt ist, ist erreichbar unter:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

- Patientenbeauftragte für Berlin -

Brückenstraße 6, 10179 Berlin

tel. Sprechzeiten: Mo - Fr 10:00 bis 14:00 Uhr

persönliche Sprechzeiten nach Vereinbarung

Telefonnummer 030 - 9025-2010

Telefax 030 - 9025-2501

E-Mail: patientenbeauftragte@senguv.berlin.de



Das Amt der Patientenbeauftragten für Berlin ist kein Auftrag, den eine Person alleine bewältigen kann. Es lebt von der lebendigen Zusammenarbeit mit Partnern und Institutionen. Da die aktuelle Besetzung des Amtes als externe Honorartätigkeit konzipiert ist, hängt die Leistungsfähigkeit der Anlaufstelle für Patienten wesentlich davon ab, dass das Büro durch eine Fachkraft (in Vollzeitbeschäftigung) ergänzt wird. Diese Arbeit wird von einer kompetenten Mitarbeiterin - Frau Katrin Markau – getragen. Sie stellt die notwendige Erreichbarkeit, die fachliche Verbindlichkeit und die kompetente Beantwortung von Anfragen sicher. Als eloquente Gesprächspartnerin

im fachlichen Dialog mit institutionellen Partnern und durch ihre Einbindung in die Lösung auch komplexer Projekte und Fragestellungen hat das zu sehr guten Kooperationsbeziehungen geführt, auf die das Amt bei der Bearbeitung von Beschwerden und der Klärung von fachlichen Anliegen zurückgreifen kann. Eine Vielzahl von Anfragen lässt sich nur in enger Abstimmung mit den Fachleuten in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz beantworten (z.B. zu Rechtsfragen, Kassenaufsicht, Krankenhausplanung, Diskriminierungsvorwürfen oder psychiatrischer Versorgung). Wenn von „Der Patientenbeauftragten für Berlin“ die Rede ist, muss also immer berücksichtigt werden, dass dies eine Teamleistung ist.

Unterstützt wird die Arbeit von Praktikantinnen und Praktikanten der Verwaltungsfachschule, der Gesundheitswissenschaften oder der Berlin School of Public Health sowie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pressestelle und der der Senatsverwaltung.



▲ Nancy Fuhrer



Anke Trefflich ►

Auch ihnen gilt ein besonderer Dank.

3. Anfragen und Beschwerden

Im Mittelpunkt der Arbeit der Berliner Patientenbeauftragten steht die Beantwortung von Anfragen und das Aufgreifen der Beschwerden von Berliner Patientinnen und Patienten. Täglich ist unter der Telefonnummer 030 – 90 25 20 10 eine Sprechzeit von vier Stunden für Bürgeranfragen eingerichtet. Darüber hinaus können für persönliche Gespräche Terminvereinbarungen getroffen werden.

Bei der Einrichtung des Amtes sind die politisch Verantwortlichen davon ausgegangen, dass das Netz von Beratungsstellen und Informationsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten in Berlin so dicht geknüpft ist, dass die Stelle eher als politische Instanz konzipiert werden sollte. An die Einrichtung einer Ombudsstelle mit eigenen Interventionsrechten – wie sie z.B. in Österreich oder den skandinavischen Ländern existieren – war nicht gedacht. Konkrete Patientenberatung sollte durch die Beratungsstellen direkt – z.B. die Patientenberatung der Berliner Verbraucherzentrale oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD (die durch die Krankenkassen finanziert wird) erfolgen. Trotzdem erreichen das Büro natürlich zahlreiche Anfragen, Beschwerden oder Bitten um Unterstützung von Bürgerinnen und Bürgern. Inzwischen ist klar, dass nur über dieses „offene Ohr“ für die Patientenbelange eine kompetente Interessenvertretung und Politikberatung möglich ist.

Mit großem Engagement leistet das Team der Patientenbeauftragten daher auch eine kontinuierliche Beratungs- und Vermittlungsarbeit, die von der schlichten Information zu einer Adresse bis hin zur Erläuterung von gesetzlichen Regelungen reichen kann. In Einzelfällen setzt sich die Beauftragte auch persönlich für spezifische Belange von Berliner Bürgerinnen und Bürgern ein. Aktiv wird sie insbesondere immer dann, wenn sich strukturelle Probleme abzeichnen und sich aus Einzelanliegen Versorgungsschwierigkeiten verallgemeinern lassen, die der fachlichen und politischen Intervention bedürfen.

3.1 Angaben zu den Anfragen

Monatlich werden etwa 100 Anfragen und Kontakte dokumentiert. In der Zeit von September 2006 bis zum Juni 2008 haben sich

2.024	Personen mit Fragen und Anliegen an das Büro gewandt.
151	Institutionen suchten den fachlichen Kontakt.

Die Dokumentation von Anfragen wird nicht nach Alter, Geschlecht oder auch Nationalität der Ratsuchenden erhoben. Dies würde zwar sicher hilfreiche Informationen liefern, wäre aber bei den verfügbaren Ressourcen zu aufwendig. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass sich Männer und Frauen in nahezu gleicher Zahl an die Beauftragte wenden.

Die Fragen der Patientinnen und Patienten selbst beziehen sich auf nahezu alle Themenbereiche, die im Gesundheitsbereich von Bedeutung sind. Es geht beispielsweise um

- Patientenrechte
- Verdacht auf Behandlungsfehler im ambulanten oder stationären Bereich
- Sozialversicherungsrecht / Gutachten

- Fragen zur Gesetzgebung im Gesundheitsbereich
- individuelle Gesundheitsleistungen
- Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Behinderung und Betreuung
- weiterführende Hilfsangebote

Etwa zwei Drittel der Ratsuchenden wenden sich telefonisch an das Büro. Der Anteil der schriftlichen Eingaben liegt daher bei einem Drittel. Die Korrespondenz über Mail-Post nimmt stetig zu. Dieser Weg wird aber im Moment vorrangig für die Kommunikation mit den Fachorganisationen und den Professionellen genutzt.

Die Anfragen kommen überwiegend aus Berlin. Es gibt aber auch Ratsuchende aus dem Berliner Umland und gelegentlich anderen Bundesländern, wo es die Institution der Patientenbeauftragten nicht gibt. Partner für Anfragen aus Brandenburg ist hier eine Mitarbeiterin im Gesundheitsministerium des Landes in Potsdam. Viele dieser Anfragen können zum Glück an die bundesweit agierenden Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung weitergegeben werden.

3.2 Themenschwerpunkte der Bürgeranfragen



Die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Katrin Lompscher mit der Patientenbeauftragten für Berlin Karin Stötzner im Gespräch

In allen Patientenberatungsstellen gibt es Schwerpunktthemen und Fragen, die besonders häufig gestellt werden.

Im Büro der Patientenbeauftragten für Berlin sind es vorrangig folgende Themen:

- Klagen über Wartezeiten
- Beschwerden zu verschobenen Terminen
- Aufklärung zu uneindeutigen Rechnungen
- Individuelle Informationsanliegen / Nachfrage nach Adressen und Anbietern
- Hilfe bei der Interpretation und Auslegung von rechtlichen Regelungen
- Klagen über unzureichende bzw. abgelehnte Versorgung
- Individuelle Beschwerden zu schlechten Erfahrungen
- Beschwerden über unfreundliche Behandlung
- Bitte um Hilfe und Unterstützung bei persönlichen Notlagen
- Orientierungsfragen zur Struktur der Gesundheitsversorgung (wer macht was besonders gut)
- Anfragen zur Teilnahme an Veranstaltungen / Bitten um Vorträge
- Initiierung von Fachkontakten zu Organisationen und Berufsverbänden

Auf einige soll nachfolgend exemplarisch eingegangen werden:

3.2.1 Orientierungshilfe im Gesundheitswesen

Zu den häufig gestellten Fragen gehört die Suche nach Spezialisten. Sie machen deutlich, dass noch immer die von den Patientinnen und Patienten gesuchten Informationen nicht in der Form zur Verfügung stehen, wie diese sie brauchen. Die Patientenbeauftragte legt Wert darauf, im Kontakt mit einschlägigen Institutionen und Standesorganisationen auf dieses Defizit hinzuweisen. Insbesondere gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mit ihrem Arzt-Such-System und gegenüber der Berliner Krankenhausgesellschaft drängt sie auf mehr und aussagekräftigere Information. (siehe Thema Transparenzplattform).

(...) Sehr geehrte Damen und Herren, ich hoffe, Sie können mir bei der Suche nach einem Arzt behilflich sein. Ich leide seit nunmehr anderthalb Jahren an Übelkeit mit gelegentlichen Brechattacken und Kreislaufzusammenbrüchen, meiner Hausärztin, die selbst Internistin ist, fällt (nach Prüfung von Blutwerten und Ultraschall ohne Befund) nichts mehr dazu ein. Eine Magenspiegelung wurde wegen Unverträglichkeit des Betäubungsmittels abgebrochen.

Ich würde jetzt, da die Beschwerden anhalten, sehr gerne noch einmal zu einem anderen, erfahrenen Internisten gehen, der optimalerweise selbst auch die Magenspiegelung unter besseren Bedingungen noch einmal wiederholen kann.

Wie kann ich in Berlin einen Internisten finden, der auf das Gebiet Magen spezialisiert ist bzw. wie erfährt man als Patient, welcher Arzt in Fachkreisen als renommiert gilt?

Gibt es ansonsten in Berlin eine Klinik, die für dieses Beschwerdebild ein spezielles Zentrum hat oder die für gute Ergebnisse auf diesem Gebiet bekannt ist? Gibt es Zentren für alternative medizinische Methoden, an die ich mich mit diesem Problem auch wenden könnte? (...)

(...) Mein Sohn, der gerade erwachsen geworden ist, hat ADHS und nun finden wir keinen Arzt, der ihn weiterbehandelt. Mehrere Ärzte haben uns schon abgewiesen. Wer kann einem denn Auskunft über Spezialisten geben, die junge Erwachsene behandeln? (...)

(...) Nirgendwo findet man in Berlin Informationen über Immunologen. Haben Sie eine Quelle, die mir weiterhelfen kann? (...)

(...) Ich brauche einen Gutachter, aber es ist nun wirklich nicht einfach, jemanden zu finden, der für mein Thema besonders qualifiziert ist. Aber da so viel davon abhängt, brauche ich Ihre Hilfe bei der Suche (...)

(...) Wo können wir als Rheumakranke unser Funktionstraining machen, wenn immer mehr Bäder schließen? (...)

3.2.2 Gesundheitsreformen belasten Menschen mit niedrigem Einkommen

Nach wie vor beziehen sich viele Anfragen und Bitten um Unterstützung auf das Problem zunehmender finanzieller Belastung angesichts der Vielzahl an Eigenbeteiligungen. Patientinnen und Patienten beklagen, dass sich die vielen Beträge wie Praxisgebühr, Eigenleistungen, Zuzahlungen, IGeL und Selbstzahlung von freiverkäuflichen Arzneimitteln addieren und in ihrer Gesamtsumme für sie kaum noch finanzierbar sind.

Es gibt einen Teil von Anruferinnen und Anrufern, die eine klare Forderung an den Staat, an das Sozialsystem auf umfassende und möglichst kostengünstige Versorgung unter Bezug auf „frühere Zeiten oder Regelungen“ richten. Es sind Hilfeerwartungen, die von einer „Rund-um-Versorgung“ ausgehen, die schon lange nicht mehr der Realität entspricht. Hier ist geduldige Aufklärung gefordert. Aber größer ist eindeutig der Teil an Ratsuchenden, der ganz offensichtlich mit den Eigenleistungen, die die letzten Gesundheitsreformen mit sich gebracht haben, nicht zurechtkommen. Sie verweisen darauf, dass sie notwendige Behandlungen nicht wahrnehmen können. Sie nennen Beispiele, wonach die Gesundheitskosten ihre Existenzbedingungen bedrohen. Es sind oft alte Menschen, deren Rente gering ist und die sich durch mehrere Erkrankungen besonders belastet fühlen.

(...) Ich bin seit 26 Jahren Dialysepatientin und beziehe für meinen Lebensunterhalt, neben meiner Rente auch Grundsicherung im Alter. Außerdem bekomme ich 62,78 Euro für ernährungsbedingten Mehrbedarf für Dialyse und Patienten. Es muss doch bekannt sein, dass diese Patienten, täglich einen besonders großen Bedarf an Lebensmitteln benötigen, die reich an Eiweiß und Vitamine sein müssen. Bedauerlicherweise ist dieser Bedarf, mit 2 Euro pro Tag unmöglich zu decken. Dieser Regelung besteht seit 1998, obwohl in den letzten 10 Jahren, haben sich die Lebensmittelpreise drastisch erhöht, sowie auch die Inflation. Ich beantrage schnellstens, die Summe für den ernährungsbedingten Mehrbedarf, mindestens auf 240 Euro monatlich zu erhöhen. (...)

(...) Hiermit stelle ich den Antrag auf Übernahme der Kosten für das Arzneimittel – Nebilet 5 mg. Begründung: ich leide an Hypertensive und koronarer Herzkrankheit. Zur Behandlung meiner Krankheit benötige ich tgl. bzw. laufend das Medikament NEBILET. Ohne Behandlung mit diesem Medikament kann keine Besserung meiner Gesundheit eintreten. Ich bin seit dem Januar 2008 von der Zuzahlung der Arzneimittel befreit und bin nicht in der Lage, dieses Medikament für 20,- Euro käuflich zu

erwerben, da ich Erwerbsunfähigkeitsrentner bin und einen Zuschuss zum Lebensunterhalt vom Jobcenter erhalte, für meine Lebensexistenz. (...)

(...) Ich habe eine chronische offene Wunde am Bein ...Salben werden nicht verschrieben, ich muss alles selbst bezahlen. Die sind aber so teuer, dass ich nicht mehr bezahlen kann. (...) Ich habe nur eine kleine Rente. Bitte helfen Sie mir. (...)

(...) Am 15. Juli musste ich auf meiner Reise in den Urlaub die Notaufnahme aufsuchen und 10 € Praxisgebühr bezahlen. Am Urlaubsort musste ich zur weiteren Behandlung einen praktischen Arzt aufsuchen. Dieser verlangte zum 3. Male im III. Quartal die 10 € Praxisgebühr. Er sagte mir, auf Antrag erhalte ich von meiner Krankenkasse das Geld wieder. Meine Krankenkasse in Berlin lehnte jedoch diesen Antrag auf Rückzahlung ab.

Für manche Leute mag das ja nicht viel Geld sein, aber bei mir fallen schon kleine Beträge sehr ins Gewicht (...)

Die stärkere - auch finanzielle - Eigenbeteiligung der Patientinnen und Patienten an den Kosten der Gesundheitsversorgung ist vom Gesetzgeber politisch gewollt und wird durch verschiedene Maßnahmen konkretisiert. Notwendig ist jedoch eine Überprüfung der Maßnahmen daraufhin, welche kumulierende Wirkung die Einzelleistungen auf die Gruppe der einkommens- und sozial schwachen Menschen hat.

Die existenziell werdende Dimension von Zuzahlungen wird sich sicher noch verschärfen, wenn mit dem Gesundheitsfonds 2009 die Beiträge für gesetzliche Krankenkassen unter Umständen steigen. Patienteninitiativen befürchten, dass der einheitliche Krankenkassenbeitrag nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsfonds Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II besonders belastet. Krankenkassen werden vermutlich mit dem Regelbeitragssatz nicht auskommen und dann Zusatzbeiträge erheben. Arbeitslose müssen diese evtl. zu leistenden Zusatzkosten für die Kasse von ihrem Arbeitslosengeld II bezahlen. Es bleibt zu fragen, ob der Großteil der Arbeitslosen über die notwendigen Kenntnisse verfügt, den von der Politik in einem solchen Fall vorgeschlagenen Kassenwechsel zu einer ‚billigeren‘ Kassen auch zu organisieren. Und es ist zu fragen, ob bei alten und chronisch kranken Menschen ein solcher Wechsel ohne Vorbedingungen überhaupt möglich bleibt. Selbsthilfegruppen bezeichnen es als ‚Skandal‘, dass Arbeitslose im Gegensatz zu ihren Zahlungsverpflichtungen jedoch keine Rechte haben, evtl. Boni oder Prämien ausbezahlt zu bekommen.

An die Politik geht die Aufforderung, besser über Sinn, Ziel und Zweck einzelner Maßnahmen zu informieren. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten versteht die Reformpolitik nicht mehr und kann damit den eigenen aktiven Beitrag im Sinne einer positiven Veränderung auch nicht leisten. Im Sinne einer stärkeren Patientensouveränität sind Angebote zu Information, Schulung, Interessenvertretung und für eine umfassende Beteiligung dringend erforderlich. Vor dem Hintergrund dieser Beschwerden muss die Forderung von 2006 wiederholt werden:

„Die Patientenbeauftragte für Berlin fordert eine Ausnahmeregelung für chronisch Kranke, die Bezieher von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II sind oder die Anspruch auf Grundsicherung haben. Für diesen Personenkreis müssen Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und privat finanzierte Heil- und Hilfsmittel bei der Berechnung der Zuzahlungsgrenze von 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr einbezogen werden.“

3.2.3 Neue Belastungen für PKV-Versicherte und Beihilfeempfänger

Auch privat Versicherte bekommen die Auswirkungen der Veränderungen im Gesundheitssystem zu spüren. Die Versicherer prüfen heute sehr viel genauer, ob verauslagte Kosten erstattet werden und sind bei weitem nicht mehr so großzügig wie noch vor Jahren. Hinzu kommt, dass die Leistungen der Beihilfe zunehmend an die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung angepasst und damit immer weiter eingeschränkt werden. Diese Änderungen sind zahlreich und für den einzelnen Patienten und auch behandelnden Arzt kaum zu überschauen.

(...) Ich lasse alle Einführungsfloskeln weg und komme gleich zum Punkt:

Mein Mann ist pensionierter Lehrer, wir sind also bei der Beihilfe und einer sündhaft teuren Privatversicherung, die allerdings auch immer den eingereichten Erstattungsanträgen nachkommt.

Anders bei der Beihilfe !!! Wir gehen zum Arzt, wenn es notwendig ist, vertrauen seinem oder ihren Behandlungswegen und erhalten gegebenenfalls Rezepte. Seit der „Gesundheitsreform“ stellen wir fast bei jeder Rechnung oder jedem Rezept fest, dass die Beihilfe einige Post nicht übernimmt, sprich, wir bleiben auf den Summen sitzen, denn die Apotheke hat bereits ihr Geld und der Arzt/in will sein Geld.

Wir haben bereits im Vorfeld mit den Ärzten gesprochen – sie sagen, dass die Beihilfe ihren Erstattungsmodus so schnell ändern/vermindert, dass sie, die Ärzte, nicht nachkommen; die Apotheken, denen es ja egal ist, von wem sie ihr Geld erhält, sagen immer, sie wüssten nicht so genau Bescheid, aber sie glauben, es würde erstattet; die

Beihilfe sagt, allen Ärzten und Apotheken lägen Listen vor, in denen die nicht erstattungsfähigen Positionen enthalten sind, die Ärzte und Apotheken sagen, sie hätten solche Listen nicht vorliegen und sie seien ihnen auch nicht bekannt ...

Toll, dazwischen stehe ich und frage mich, wie ich aus diesem Teufelskreis rauskommen soll Welchen Tipp geben Sie mir, wie ich dieses Problem lösen könnte ???

Ich erinnere mich, bei Einführung der „Gesundheitsreform“ Ihrer Worte, dass jeder medizinisch gut versorgt werden würde, dass sie in absehbarer Zeit die Krankenkassenbeiträge senken würden und dass Sie bei der Pharma-Industrie für bezahlbare Medikamente sorgen würden. Ach ja ???? Keinen dieser Punkte kann ich bis heute erkennen (...) Im Gegenteil – gestern hörte ich in den Nachrichten, dass sich die Krankenkassenbeiträge erhöhen sollen.

Nun gut oder besser gesagt schlecht, welche Problemlösung bieten Sie mir für meinen konkreten Fall an? (...)

3.2.4 Kostendruck und Verdichtung der Arbeit in den versorgenden Institutionen

Immer mehr Patientinnen und Patienten beklagen, dass nicht sie als Person mit ihrer Krankheit im Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens stehen, sondern offensichtlich die Kosten oder Entgeltregelungen von Behandlungsnotwendigkeiten den Vorrang haben. Sie verweisen darauf, dass das medizinische Personal und die Pflegekräfte z.B. im Krankenhaus keine Zeit mehr haben, weil überall Personal abgebaut wurde und dass man den Pflegekräften anmerkt, dass sie unter Stress stehen. Es bleibe kaum Zeit für Gespräche und heilende Zuwendung. Sie haben Sorge, dass Behandlungen aus Kostengründen nicht übernommen werden.

Der enorme Kostendruck in den letzten Jahren führt in den Krankenhäusern und Arztpraxen zu Auswirkungen, die die Patientinnen und Patienten spüren lassen, dass das System nach seinen und nicht nach ihren Mechanismen funktioniert.

(...) Ich hatte nach einer Schulter-OP im Klinikum XY starke Schmerzen in der Wade und vermutete daraufhin eine Thrombose. Die Pflegekräfte reagierten prompt mit Hochlagerung des Beins und piepten den diensthabenden Arzt an (Samstag). Dieser kam - trotz mehrmaligen Rufens und auch ständigen Nachfragens des Pflegepersonals - erst 12 Stunden später, tastete schnell ab und verschrieb Heparinsalbe. Eine umfassende Abklärung, wie Sono, folgte nicht. Ich war wütend und hilflos. Erst mein Hausarzt untersuchte mich später nach der Entlassung. (...)

(...) ich bin Patientin in der neurologischen Abteilung der Klinik XX - in der Muskelambulanz. Seit 4 Jahren habe ich Muskelschmerzen ohne Ende - kein Tag ohne Schmerzen. Bis heute aber keine klare Diagnose. Nun geht die Frau Dr. XY, die die Muskelsprechstunde/Muskelambulanz betreut hat... weg. Die Stelle wird ... auf Grund der Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen nicht neu besetzt. Das heißt, es muss sich Klinikintern jemand finden oder die Patientinnen und Patientenbetreuung in der

Muskelambulanz wird ganz eingestellt (in Berlin die einzige). Ein anderer Ansprechpartner wird mir momentan nicht benannt. Ich hänge jetzt total in der Luft, da ich nicht weiß, ob und wie es weitergeht.
Desweiteren könnten wegen der Sparmaßnahme 10 weitere Arztstellen nicht neu besetzt werden. Die verbleibenden Ärzte laufen auf dem Zahnfleisch. Ich finde diese Sparmaßnahmen auf Rücken von Patientinnen und Patienten und Ärzten einfach skandalös. Wo soll ich und andere Muskelkranke hingehen, wenn diese

Muskelsprechstunde aufgrund falscher Sparmaßnahmen eingestellt werden.?

Ich bitte Sie, schaffen Sie diesem Missstand endlich ein Ende!!!! Im Gesundheitswesen ist eine falsche Politik. Da wird am falschen Ende gespart. Auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten - die dann, wenn es ganz schlimm kommt - einfach früher sterben. Und auf dem Rücken der Ärzte und des Pflegepersonals, die oftmals doppelte Schichten leisten. (...)

3.2.5 Wartezeiten für gesetzlich Versicherte

Auffällig ist - auch in den Beschwerden im Büro der Patientenbeauftragten - die zunehmende Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten. Die Wartezeiten auf Diagnose- und Behandlungstermine werden immer länger und am Ende eines Quartals bekommen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten oft keine Termine mehr.

Die Zahl der Beschwerden im Büro der Patientenbeauftragten ist sicher zu klein, um eine repräsentative Aussage machen zu können, dennoch kann man aus der Zahl und der langsamen Steigerung der Anfragen zum Thema Wartezeiten auch für Berlin davon ausgehen, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mindestens doppelt so lange warten müssen wie privat Versicherte. Die Ergebnisse der Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie in Köln aus dem Frühjahr 2008 - wonach gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bis zu dreimal länger warten müssen - würden sich bei einer Wiederholung in Berlin vermutlich bestätigen lassen.

Geht man davon aus, dass der größte Teil des Einkommens von Kassenärzten aus dem Topf der gesetzlichen Krankenkasse kommt, ist diese Tendenz zur „Zwei-Klassen-Medizin“ nicht zu rechtfertigen. Der Argumentation der Ärzte, dass sie nach der berechneten Zahl von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Quartal alle anderen gesetzlich Versicherten „umsonst“ behandeln, muss entschieden widersprochen werden. Es geht nicht darum, für jede Behandlung eine bestimmte Summe an Entgelt zu erzielen, sondern um die Sicherstellung des Versorgungsauftrages. So lange das Einkommen der niedergelassenen Kassenärzte einen einträglichen Rahmen hat (z.B. im Vergleich zum Durchschnittseinkommen anderer Akademiker) - und den hat es noch für die überwiegende Mehrheit - kann und muss man über Arbeitsbelastung und Zeitdruck in der Behandlungssituation sprechen, nicht aber darüber, dass Ärzte Patientinnen und Patienten ‚kostenlos‘ behandeln.

In jedem Fall ist massiv zu kritisieren, dass das Abwimmeln von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nach dem Ausschöpfen des Budgets nicht mit einer konsequenten Überprüfung der Dringlichkeit der Behandlungsnachfrage einhergeht. In der Regel erfolgt die Abweisung nicht nach eingehender Klärung der Dringlichkeit durch die Ärzte sondern durch das Personal (Arztshelfer/in) schon am Tresen oder am Telefon.

(...) Patient bekommt trotz akuter Beschwerden Ende Februar erst einen Augenarzttermin Ende Juli. (...)

(...) Patientin braucht im April laut Aussage ihres behandelnden Arztes einen MRT-Termin weil sie starke Schmerzen hat, bekommt einen Termin Ende Juli. Einen Tag später gibt sie sich als Privatpatientin aus und bekommt den Termin innerhalb einer Woche. (...)

(...) Für eine Oberbauchsonografie bekommt Patient Ende März einen Termin für September oder einen früheren Termin, sofern er bereits ist die Behandlung privat zu bezahlen. (...)

(...) Mein Mann ist privat versichert und ich bin bei einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert. Wir sind beide beim selben Augenarzt in Behandlung. Mein Mann bekommt immer wesentlich schneller seine Termine. Neulich wurde unser Vorschlag, zusammen kommen zu wollen mit dem Argument abgelehnt, da das zwei verschiedene Sprechstunden sind. Selbst wenn mein Mann den späteren Termin nimmt, können wir nicht gemeinsam kommen. Wieso werden denn solche Unterschiede gemacht? (...)

(...) Auffällig ist, dass man immer zum Ende des Quartals, keine Termine mehr bekommt. Es heißt dann schon bei der Sprechstundenhilfe, dass das Budget erschöpft sei.

Aber was hat das Budget damit zu tun, dass hier Menschen sind, die Hilfe brauchen bei der Bewältigung ihrer Leiden? (...)

(...) Mir wurde von der das Gespräch annehmende Schwester inhaltlich Folgendes mitgeteilt: Leider können wir bis zum September keine Kassenpatienten mehr annehmen, da das Potential für Kassenpatienten bis zum September bereits ausgeschöpft ist. Auf meine Nachfrage wie es dann im September weitergehen würde, bekam ich zur Antwort, dass dann meine Frau auf eine Warteliste käme. Es besteht jedoch die Möglichkeit kurzfristig einen Termin für eine Privatbehandlung zu erhalten. Meine Nachfrage zum Preis ergab Kosten zwischen 40 – 50 € für die Untersuchung. Die habe ich nicht. (...)

(...) am heutigen Tag wurde ich mit akuten Schmerzen wieder nach Hause geschickt und das mit der

Begründung, dass ich nur Kassenpatient sei. Ich solle am Freitag mit viel Wartezeit noch mal wieder kommen (...)

(...) Mir hat neulich ein Arzt gesagt: „eigentlich sollte ich Sie gar nicht mehr behandeln, denn das mache ich jetzt schon ohne Bezahlung“. Er meint, ihm würde die Kassen nur die Hälfte der Patientinnen und Patientenbehandlung bezahlen, die er macht und wenn das so weiter geht, dann würde er aufhören. Das mag ja sein, aber ich finde, das gehört nicht in ein Gespräch mit Patientinnen und Patienten. Die können doch nichts dafür. Und zahlen tue ich eigentlich genug an meine Krankenkasse. (...)

(...) mein Hausarzt hat mir zur weiteren Diagnostik eine Überweisung für ein MRT gegeben. ich habe bereits in 12 (!) Praxen nachgefragt. Der nächstmögliche Termin ist im August zu haben – jetzt ist Juni. (...)

Es ist zu hoffen, dass diese offensichtlichen Ungleichbehandlungen nach der Umsetzung der neuen ärztlichen Honorarordnung und der Abschaffung der Budgets nach 2008 nicht mehr vorkommen. Dies gilt es aufmerksam zu beobachten.

3.2.6 Ungleichgewicht in der ambulanten fachärztlichen Versorgung

Offensichtlich ist eine eklatante Benachteiligung von chronisch kranken und alten gesetzlich versicherten Patienten, die dauerhaft teure Medikamente und Behandlungsmethoden angewiesen sind.

Die Auswertung der Anfragenstatistik zeigt, dass die Zahl der verweigerten Termine bei Fachärzten insbesondere in den Ost- und Randbezirken enorm zugenommen hat. Dieses Problem hat zwei Seiten: Auffällig ist, dass die in Aussicht gestellten Wartezeiten immer länger werden – bis zu mehreren Monaten. Und zum anderen finden Patientinnen und Patienten häufig keine versorgenden Ärzte mehr, wenn die bisherigen Haus- und Fachärzte ihren Vertragssitz aufgegeben haben. In manchen Bezirken wird beklagt, dass Arztpraxen von neuen Ärzten übernommen werden, aber nur kurz betrieben werden. Die Praxis wird in einen zentralen oder bürgerlichen Bezirk verlegt oder in ein Medizinisches Versorgungszentrum eingebunden. So fehlen immer öfter Fachärzte in Randbezirken. Die verbleibenden Praxen sind dann meist nicht mehr in der Lage, alle Patienten aufzunehmen.

Positiv ist allerdings, dass durch die Intervention des Büros der Patientenbeauftragten in Einzelfällen erreicht werden konnte, dass sich einschlägige Stellen (KV oder Ärztekammer) um Abhilfe bemüht haben. Dennoch muss das Problem politisch angegangen werden.

(...) Das ist hier in Rudow eine besonders schlechte Versorgung, es gibt hier nur einem Lungenfacharzt (...)

(...). Mein Mann muss nach seiner Knie-Op zur orthopädischen Nachsorge. In Hellersdorf nimmt die niedergelassene Orthopädin im Umfeld unserer Anlage für seniorengerechtes Wohnen seit Jahren keine neuen Patientinnen und Patienten mehr an. Mein Mann und ich können den weiten Weg in andere Stadtbezirke nicht bewältigen. Ein Auto haben wir nicht mehr (...)

Ich suche also einen Arzt, der mir ein Kassenrezept ausstellt. (...) finde ich in der KV-Liste leider keinen hier in der Nähe. Wie soll ich da mit meiner Geh-Schwäche da hinkommen? (...)

(...) Jetzt meine Hauptfragen: Können Ärzte in diesen Fällen die Behandlung rundweg ablehnen? Bei welchen Fällen ist eine Ablehnung überhaupt nur möglich? Wo sind die juristischen Grenzen? (...)

(...) Mein Mann ist wegen einer chronischen Erkrankung bei einem Neurologen in Behandlung. Er möchte gerne eine Zweitmeinung einholen und benötigt für den Termin in der nächsten Woche Infos über die derzeitige Behandlung (welches Medikament wurde wann in welcher Dosis gegeben). Seit nunmehr sechs Wochen bittet er um diese Daten. Gestern hat der Arzt ihm mitgeteilt, dass er die Notwendigkeit einer Zweitmeinung nicht sehe, ihm die Daten nicht geben und auch eine notwendige Überweisung nicht ausstellen werde. (...)

Siehe auch Kapitel 5.1

3.2.7 Patientenfragen rund ums Krankenhaus

Anfragen und Beschwerden zum Thema Krankenhaus beziehen sich nach wie vor auf die Themen:

- Wartezeiten und Patientenversorgung in den Rettungsstellen
- Auskunft über Qualität der Krankenhausversorgung
- Beschwerden über unzureichende Pflege
- Hygienemängel / Multiresistente Keime
- Einsichtsrecht in Patientenunterlagen / Herausgabe von Kopien
- Verdacht auf Behandlungsfehler
- Probleme bei der Entlassung / Ungeklärte Übergänge in die Nachsorge
- Umgang mit Sterben und Tod
- Rechnungslegung bei privat versicherten Patientinnen und Patienten

3.2.7.1 Wartezeiten auch im Krankenhaus

Während das Thema der langen Wartezeiten bei niedergelassenen Kassenärzten in der Öffentlichkeit inzwischen verbreitet ist, zeigt sich zunehmend, dass auch in Krankenhäusern gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten länger warten müssen als Privatversicherte.

In einer Studie der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr und der Technischen Universität Ilmenau vom April 2008 wurde publiziert, dass „(...) je nach Krankheitsbild (...) die gesetzlich Versicherten unterschiedlich lange auf einen Termin (warteten): Bei der Indikation "Knöchelbruch" mussten gesetzlich Versicherte mehr als doppelt so lange warten (131 % als privat Versicherte. Bei der Indikation "Herzkranzgefäßverengung" (Stenose) lag die Wartezeit noch 18 % und bei "Krebsverdacht" noch 5 % über den privat Versicherten. Während 41 % der privat Versicherten innerhalb einer Woche einen Termin erhielten, waren es bei den gesetzlich Versicherten nur 28 %. Zwei Wochen nach dem Anruf erhielten 73 % der gesetzlich Versicherten einen Termin, während der Anteil privat Versicherter bereits bei 81 % lag.“

Diese Tendenz zeigt sich auch in Anrufen und Briefen in Berlin. Die Gründe für die genannten Beschwerden sind nicht immer eindeutig erkennbar, aber offensichtlich werden gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten leichter „verschoben“ und andere Patienten vorgezogen. Es gibt sicher immer Notfälle, die eine andere Reihenfolge einer abgesprochenen Behandlung notwendig machen, aber auffällig ist, dass es meist die gesetzlich Versicherten sind, die „vertröstet“ werden.

(...) Obwohl ich einen seit Monaten vereinbarten Termin für eine Operation im Krankenhaus XY hatte, wurde mir heute kurzfristig abgesagt und darauf verwiesen, dass ich in der nächsten Woche einen neuen Termin bekäme. Ich habe mein ganzes Leben umgekrempelt und alles organisiert und nun soll ich wieder nach Hause gehen (...)

(...) Meine Mutter wurde heute wieder weggeschickt und man hat uns gesagt, dass die Behandlung heute nicht gemacht werden kann. Dabei hat sie mit ihrer Nesselsucht solche Schmerzen, dass wir alle schon mit ihr auf diesen Tag hingefiebert haben. Sie kann hier nicht zu Hause bleiben, das wissen die doch eigentlich auch. Wieso kann man denn so kurzfristig eine so lange geplante Behandlung

absagen? Sollen wir jetzt heute doch einfach dahin gehen und auf dem Termin bestehen? (...)

(...) Leider wurde dieser OP-Termin, wie noch drei weitere Termine, für die ich auch jedes Mal vorbereitet wurde, abgesagt. Am 31.10.07 wurde ich am Mittag unerwartet wieder nach Hause geschickt. (...)

(...) Mein Mann hatte immer diese massiven Schmerzen. Er wurde ins Krankenhaus geschickt und wieder entlassen. Erst bei seiner vierten Einlieferung in dieser Woche wurden dann endlich entsprechende Diagnoseverfahren eingeleitet. Verständlicherweise fühlt er sich dort mehr als schlecht aufgehoben und ich habe nun die Frage, ob er die Möglichkeit hat, darauf zu bestehen, in ein Krankenhaus seiner Wahl verlegt zu werden? (...)

3.2.7.2 Suche nach Spezialisten

Trotz einer Vielzahl von Klinikführern und der Kompetenz der einweisenden Ärzte, sind Patienten auf der Suche nach den Fachleuten für ihre jeweilige Krankheit. Insbesondere bei selbst wählbaren (elektiven) Behandlungen wollen Patienten selber eine Entscheidung treffen. Die Fragen hierzu machen deutlich, dass Multiplikatoren für die zunehmend komplexeren Behandlungsangebote und die Orientierung im wettbewerbsgesteuerten Gesundheitssystem notwendig sind.

(...) Ich muss mich am Knie operieren lassen. In der Zeitung steht doch, dass man dazu jetzt erfahren kann, welches Krankenhaus, das am besten macht. Ich habe einen Termin in dem Krankenhaus XY, soll ich dorthin gehen? (...)

(...) Sehr geehrte Frau Stötzner, wie in unserem Gespräch von mir dargestellt, würde ich gerne von Ihnen die Adresse einer medizinischen Einrichtung bzw. Adressen von Berliner Spezialisten erfahren, denen ich mein Anliegen vortragen könnte. Man ist alleine ja überhaupt nicht in der Lage eine so komplizierte Auswahl zu treffen. (...)

3.2.7.3 Infektionen im Krankenhaus

Zunehmend mehr Patientinnen und Patienten melden, dass sie sich im Krankenhaus mit resistenten Keimen infiziert haben, deren Behandlung äußerst schwierig ist, da handelsübliche Antibiotika kaum wirksam sind. Eine weiterführende ambulante Behandlung artet oft in eine Odyssee aus, da viele niedergelassene Ärzte ungern infizierte Patientinnen und Patienten behandeln. Dazu fehlt es an Wissen in der Stadt darüber, wer und welche Institutionen Menschen mit multiresistenten Keimen behandeln.

„Die MRSA-Infektionsraten in Deutschland steigen – von 1995 bis 2005 allein von 8 auf 20 %. Bei unseren nördlichen Nachbarn liegen die Raten bei lediglich 1 %. MRSA steht für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Richtlinien zur Prävention und Kontrolle von MRSA liegen in Form von Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes vor. Allerdings müssen sie auch umgesetzt werden, wenn die Infektionen deutlich reduziert werden sollen.“ (Quelle: EARSS Annual Report 2005).

(...) In der Zeit vom 26.10 bis 30.11.2006 befand ich mich wegen einer chronischen Osteomyelitis stationär im Krankenhaus XY. In der stationären Phase mit sechs chirurgischen Eingriffen zog ich mir eine MRSA-Infektion

zu. ... Offenbar wird die MRSA-Infektion allgemein so eingeschätzt, dass alle medizinischen Möglichkeiten zur Besserung meines Allgemeinzustandes entweder lebensgefährlich oder nicht aussichtsreich sind. (...)

3.2.7.4 Behandlungs- und Pflegefehler

Natürlich gibt es auch die Erfahrung konkreter Behandlungsfehler. Nicht immer sind sie so offensichtlich gleich erkennbar und für Patienten reklamierbar wie im unten genannten Beispiel:

(...) Ich wurde mehrmals hin und her verlegt und vertröstet und dann sollte die Operation jetzt überraschenderweise doch ganz schnelle stattfinden. Am 01.11.07 wurde ein Mitralklappenersatz vorgenommen, die Operation war sehr lange, da ich dreimal an die Herzlungenmaschine angeschlossen werden musste. Nach der Operation schien alles in Ordnung zu sein. Am 02.11.07 bekam meine Lebensgefährtin um 14:30 Uhr einen Anruf, dass ich wieder im OP bin, weil auf einem Röntgenbild ein Schatten einer Nadel gefunden wurde. Drei Stunden später bekam Sie vom Oberarzt ... die Information, dass Sie die Nadel

nicht gefunden haben, aber das sei ja gar nicht so schlimm! Die kapselt sich ab und ganz viele Menschen laufen mit Granatsplittern herum. (...)

(...) Nach der Krankenhausbehandlung ging es meiner Mutter viel schlechter: das Gesäß ist total durchgelegen, die Leisten und die Achselhöhlen sind wund und stark gerötet und am Kopf befindet sich ein faustgroßer blauer Fleck.(...)

3.2.7.5 Organisatorische Mängel und Sicherheit

Die Rückkopplung von Organisationsdefiziten - und seien sie auch noch so banal - werten viele Krankenhäuser als sehr hilfreich:

(...) bei der Entlassung wurde festgestellt, dass (...) Gegenstände unauffindbar sind ... Während die Kleidungsstücke verhältnismäßig einfach zu ersetzen sind, ist die Beschaffung einer neuen Zahnprothese mit einem kaum vorstellbaren Aufwand für eine 93-jährige Frau verbunden. (...)

(...) Obwohl uns auch mitgeteilt wurde, dass der Fall meiner Schwester abteilungsübergreifend behandelt werden müsste, fand und findet keine stations- oder krankenhausesübergreifende Kooperation und Koordination des Falles statt. Es kommt zu keiner ärztlichen Diagnose,

die dazu führen könnte, dass eine erneute, 4. Operation, vermieden wird. (...)

(...) war ich im Klinikum XY in stationärer Behandlung. Bisher (nach nunmehr 5 Monaten) ist noch immer kein Arztbrief bei meiner behandelnden Ärztin eingegangen Meine Ärztin hat mehrfach schriftlich den Arztbrief angefordert, leider ohne Erfolg. Ich wäre ich für Ihre Unterstützung in dieser Angelegenheit sehr dankbar. (...)

Eine Zusammenstellung der Beschwerden von Patientinnen und Patienten über ihre Behandlung im Krankenhaus zeigt, dass es bei keinem der Berliner Krankenhäuser besondere Häufungen gibt.

3.2.8 Unzureichendes Versorgungsmanagement

Die Liegezeiten in Krankenhäusern werden nach der Einführung von Fallpauschalen immer kürzer. Nach Operationen und der Behandlung schwerer Krankheiten sowie beim anschließenden Übergang in eine pflegerische Versorgung wird daher die Sicherstellung der notwendigen Anschlussmaßnahmen immer wichtiger. Der Gesetzgeber hat daher dafür Sorge getragen, dass Krankenhäuser und Krankenkassen sicherstellen müssen, dass die Übergänge geregelt sind und Patientinnen und Patienten angemessen weiterversorgt werden.

Insbesondere im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus ist daher ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll. Die jeweiligen Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und - unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse - eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherzustellen.

Dass eine solche Vorgabe sinnvoll und notwendig ist, zeigen zahlreiche Anfragen und Beschwerden zu diesem Thema:

(...) Meine Mutter 71 Jahre alt, stürzt am 7.5.08 und bricht sich den Oberarm. Sie kommt mit der Feuerwehr ins Krankenhaus und erhält dort 1.Hilfe. Da zurzeit keine Betten frei waren wurde sie dann entlassen mit einer Telefonnummer der Schulterambulanz, wo sie sich am nächsten Tag zwecks Weiterbehandlung melden soll. Am nächsten und übernächsten Tag ruft sie dort sehr oft an,

wird aber immer wieder getröstet "Versuchen sie es später noch mal, jetzt haben wir keinen Zeit ". Dann war Pfingsten, da ging gar keiner ans Telefon. Am Dienstag den 13.5.08 ging sie dann zum Orthopäden. Sie bekam einen Überweisung ins Krankenhaus am 15.5.08 und einen OP Termin am 16.5.08. Sie war also 8 Tage mit gebrochenem Oberarm zu Hause. (...)

Die Übergänge der medizinischen Versorgung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wie zum Beispiel die Bestimmungen zu anschließenden Behandlungen bei medizinischer Therapie, Rehabilitation oder Nachsorge, ergänzender Beratung, psychoonkologische Begleitung, Familienpflege oder Klärung von Fragen der Pflegebedürftigkeit bzw. der Schwerbehinderung sind zum Teil katastrophal geregelt. Dies zu verbessern, bedarf es einer Stärkung der Sozialdienste und der Verpflichtung zu einem aktiven Entlastungsmanagement. Inwieweit der neue § 11 Abs. 4 SGB V hier hilfreich sein kann, sollte aktiv diskutiert werden.

Welche Forderung haben Patientenverbände dazu →

Patientenverbände haben diese Regelung z.B. zum Anlass genommen, einen so genannten strukturierten Patientenbrief bei der Entlassung zu fordern. Die Kernidee ist die Bereitstellung aller notwendigen Informationen auch an die Patienten. Damit würde verbindlich und Transparenz hergestellt. In einem Dreijahresprojekt wurde ein " Patientenbrief" im klinischen Einsatz im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und in der orthopädischen Abteilung der Rheumaklinik Bad Bramstedt getestet, der dafür Vorbild sein könnte (Thorsten-Vitt/Rüther/Vitt: Der Patientinnen und Patientenbrief, Frankfurt 2007).

3.2.9 Individuelle Gesundheitsleistungen

Eindeutig ist der Trend zu einer - von Patientinnen und Patienten kritisierten - Entwicklung, Leistungen selber zahlen zu müssen. Mit dem Hinweis auf eine geänderte Regelung bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen werden Leistungen angeboten, die Patientinnen und Patienten „quasi“ kaufen können. Für Patientinnen und Patienten ist besonders problematisch, dass sie oft nicht unterscheiden können, ob es sich um eine unbedingt notwendige Leistung handelt oder ob die vorgeschlagene Untersuchung bzw. zusätzliche Behandlung eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) ist. Verunsichert sind Patientinnen und Patienten, weil ein Großteil der zum Selbstzahlen angebotenen Untersuchungen zu den Vorsorgeuntersuchungen gehört. Das Bedürfnis nach Früherkennung und erhöhter Aufmerksamkeit für gesundheitliche Risiken führt nicht selten zu einer schnellen Bereitschaft, die Kosten für die angebotene Leistung zu tragen.

Zu Beschwerden bei der Patientenbeauftragten kommt es meist dann, wenn Patienten sich zu diesen Leistungen gedrängt fühlen oder wenn sie feststellen, dass ihnen die Kosten zu hoch sind. Die vorgeschriebenen Verträge als Grundlage für IGeL werden oft entweder gar nicht vorgelegt oder - so schildern es Patientinnen und Patienten - so „unter der Hand“ oder „wie nebenbei“ unterzeichnet. Patienten wird damit nicht gleich bewusst, dass sie sich auch dagegen entscheiden könnten.

Hier zeigt sich, dass dringend eine bessere Aufklärung und Schulung von Patientinnen und Patienten notwendig ist, wie sie mit diesen neuen Entwicklungen umgehen können. Es kann nicht sein, dass ausgerechnet die schwächsten Partner in diesem Aushandlungsgeschehen zwischen den Interessen der Anbieter (Ärzte) und Kostenträger (Kassen) zerrieben werden.

Die Beschwerden beziehen sich z.B. auf:

- unzureichende Aufklärung über IGeLeistungen.
- Kosten wurden (trotz gesetzlicher Verpflichtung) nicht vorher abgestimmt
- Unklarheiten über das Preisgefüge bei IGeL:
- hohe Kosten von für kurze Behandlungen (z.B. 300 € für 6-minütige Augenarztbehandlung)
- Ausübung von Druck zur Inanspruchnahme der Angebote
- Zugang zum Augenarzt erst nach Zustimmung zur Augeninnendruckmessung
- Wiederholtes Ansprechen der Leistung, trotz mehrmaliger Ablehnung in einer Behandlungssituation
- Verlangen einer Unterschrift für das Ablehnen einer Leistung „auf eigene Gefahr“
- Erschleichung der Zustimmungserklärung, z.B. durch das „Unterschieben“ von Formularen zur Unterschrift ohne klare Erläuterung

(...) Für diese Leistung wurden mir 12,- EUR berechnet, die ich sofort zu begleichen hatte. Da ich mit der Behandlung der HNO-Ärztin zunehmend unzufrieden wurde, beschloss ich den Arzt zu wechseln.(...) Bei der Voruntersuchung der anderen Ärztin wurde ebenso ein Rhinotest durchgeführt, allerdings war dieser für mich diesmal kostenfrei. Warum? (...)

(...) Ich hatte einen Vorsorgetermin bei meinem Gynäkologen. Nachdem ich meine Chipkarte abgegeben hatte, erklärte die Schwester sofort, dass die Krankenkasse die Kosten für die wichtige Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Krebsvorsorge nicht mehr übernimmt und das jetzt 30 € kostet. Als ich ablehnte, sollte ich ein Formular unterschreiben. Auf meine Nachfrage weshalb ich wegen einer Privatleistung unterschreiben solle, die ich nicht wüsche, sagte sie: „Damit der Arzt aus der Verantwortung ist, wenn ihnen etwas passiert.“ (...)

(...) Beim Urologen ließ ich einen PSA-Test machen. Auf meine Nachfrage sagte mir die Schwester, dass der Test ca. 25 € kosten würde. Dann bekam ich die Rechnung. Darin wurden zusätzlich Laborkosten berechnet, so dass die Gesamtsumme fast 60 € umfasste. Hätte ich das vorher gewusst, hätte ich diesem Test nicht zugestimmt. (...)

(...) An der Anmeldung erhielt ich einen Zettel: Früherkennung des Grünen Stars – Patientenerklärung, obwohl auf meinem Überweisungsschein vermerkt war: Augendruckmessung wegen Diabetes mellitus. Als ich die Dame an der Anmeldung darauf ansprach, das dies aber extra verordnet sei und von der Krankenkasse dem Arzt vergütet wird, meinte sie nur: Schon lange nicht mehr und auch Sehstärkenbestimmung nicht und dies schon seit 5 Jahren. (...)

Beschwerden über „undurchsichtige Kostengestaltung“ bei Leistungen werden häufig über Augenärzte vorgetragen. Hier werden zwei Probleme benannt:

Einmal ist die Rede von einer Art „Eintrittsgeld“ zur ärztlichen Untersuchung. Berichtet wird von einer Art „Zwang“ zur regelmäßigen Augeninnendruckmessung als IGELeistung - noch vor dem Kontakt mit einem Arzt oder der Ärztin. Ohne Untersuchung und ohne Nachfrage, ob und wann die letzte Messung erfolgt, wird die Messung bei Patientinnen und Patienten zur Bedingung für die Vergabe eines Termins gemacht. Das ist in jedem Fall unzulässig. Oft wird gar nicht darauf hingewiesen, dass bei begründetem Verdacht auf eine Glaukomekrankung die entsprechende Untersuchung Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und vom Vertragsarzt über die Chipkarte abgerechnet werden kann. Ohne begründeten Verdacht empfehlen die Fachgesellschaften eine Untersuchung lediglich alle drei Jahre.

Nachdem der Gesetzgeber die Verordnung von Sehhilfen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen genommen hat, versuchen Ärzte auch die Diagnoseleistungen nicht mehr als Kassenleistung zu klassifizieren. Sie verlangen von Patientinnen und Patienten eine Verordnungsgebühr bei Verschreibung von Sehhilfen und die Übernahme der Kosten als Selbstzahlung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Bundesministerium für Gesundheit haben klargestellt, dass sowohl Diagnose als auch Verordnung von Sehhilfen Kassenleistungen sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin besteht aber darauf, dass für die Verordnung eine Gebühr zu zahlen ist. Die Senatorin Frau Lompscher hat zugesichert, die Frage aufsichtsrechtlich prüfen zu lassen.

Welche Forderung haben Berliner Patientenverbände dazu →

Patientenverbände setzen sich deswegen dafür ein, dass alle Individuellen Gesundheitsleistungen in einem Katalog veröffentlicht werden, damit Fachleute sie in einem Bewertungsverfahren kommentieren können und damit wenigstens Orientierungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten im Sinne einer autonomen Entscheidungsfindung möglich werden.

Unbedingt notwendig ist eine Aufklärung darüber, dass solche Leistungen nicht zur Voraussetzung von akuter Behandlung gemacht werden dürfen.

Patientinnen und Patienten müssen gestärkt werden, klarer auf einer transparenten Rechnungsstellung zu bestehen.

4. Schwerpunktthemen von Patienteninitiativen und -organisationen

Patienteninitiativen und Verbände chronisch Kranker, die sich an die Patientenbeauftragte wenden, thematisieren Versorgungsprobleme ihrer Mitglieder oder Klienten. Es geht um:

- Versorgungsprobleme einzelner Patientengruppen
- Folgen der Gesundheitsreform und Benachteiligungen
- Versorgung alter Menschen

Beispielhaft für diese Anliegen sollen hier drei Themen herausgegriffen werden:

4.1 Sektorentrennung und fehlende „echte“ integrierte Versorgung

Wenn Patientinnen und Patienten zwischen den einzelnen Sektoren wechseln, müssen viele ihre Behandlungsprozesse selbst organisieren und sind damit oft überfordert.

So schicken behandelnde niedergelassene Ärzte ihre Patientinnen und Patienten bei notwendiger weiterführender Diagnostik oder Spezialbehandlung nicht selten allein auf die Suche nach einem Facharzt oder Therapeuten. Als Laien können sie bei der Vereinbarung eines Facharzttermins nur bedingt auf die Dringlichkeit der gewünschten Behandlung verweisen und müssen - gerade als gesetzlich Versicherte - oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen, die kaum eine adäquate fachübergreifende Behandlung ermöglichen. Hier wäre eine verbindliche Verpflichtung für die vorbehandelnden Ärzte zur Vermittlung von Terminen sinnvoll. Wenn ein Kollege/in deutlich macht, dass Handlungsbedarf besteht, können viele unnötige Wartezeiten und Enttäuschungen vermieden werden.

Übergänge zwischen stationärer und nachgehender Behandlung funktionieren oft nicht und - so der Eindruck der Patientinnen und Patienten - jeder Bereich schaut, dass seine Interessen gewahrt werden. Beschwerden beziehen sich z.B. darauf, dass

- im Krankenhaus viele Diagnoseuntersuchungen der niedergelassenen Ärzte wiederholt werden,
- Krankenhäuser Behandlungen ablehnen, sich aber nicht um andere Anbieter kümmern,
- nach kurzen Liegezeiten im Krankenhaus Anschlussbehandlungen nicht verbindlich geregelt sind,
- sich die möglichen Kostenträger der Anschlussversorgung über die Kostenübernahme uneins sind,
- die Nachsorge durch Pflegedienste nicht klappt,
- sich zu wenig um die psychosoziale Weiterbetreuung gekümmert wird und
- das Angebot an spezifischen Angeboten zur integrierten Versorgung durch verschiedene Kassen zu unübersichtlich ist.

Patienten wünschen sich echte integrierte Versorgung, bei der sie mit ihrem Heilungs- und Hilfeanliegen der Ausgangspunkt für die Steuerung von Versorgungsprozessen sind. So lange es jedoch kein Gesamtbudget gibt, wird jeder Bereich auf seinen eigenen Interessen bestehen.

Dazu kommt, dass die meisten der zurzeit zwischen Kassen und Leistungsanbietern abgeschlossenen so genannten Integrationsverträge mit einer Behandlung entlang der individuellen Bedürfnisse nach ganzheitlicher Versorgung der Patienten wenig oder nichts zu tun haben.

Hintergrund: Um den Wettbewerb auch im Gesundheitsbereich zu fördern, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen das Recht eingeräumt, mit mehreren Partnern und Anbietern gesundheitlicher oder rehabilitativer Leistungen Verträge abzuschließen, mit denen die Sektoren überschritten werden sollen und in denen Zusatzleistungen vereinbart werden, die zu einer Qualitätsverbesserung beitragen sollen.

Bis 2008 wurden bundesweit insgesamt 5.114 Verträge zur Integrierten Versorgung gezählt, in die rund 3,94 Millionen Versicherte eingebunden sind. In Berlin sind es 188 Verträge für 206.664 Versicherte mit einem Vertragsvolumen von ca. 31 Millionen € (Stand: März 2008).

Das Problem dabei: Diese Einzelverträge, die - so die Zielsetzung der Politik - den Wettbewerb unter den Anbietern anspornen und die Qualität verbessern sollen, zersplittern die Versorgung und machen sie unübersichtlich. Die Verträge sind nicht öffentlich, Patientinnen und Patienten und Versicherte können nicht wirklich frei wählen und entscheiden. Die Verträge regeln oft nur das, was ohnehin als qualitätsgesicherte Leistung eigentlich üblich sein sollte und gelten oft nur für Teilbereiche der Versorgung. Damit ist aber der gesamte Diskurs um eine echte Integration und optimale Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Ärzten, Heilberufen, Reha-Einrichtungen usw. nicht mehr möglich.

Welche Forderung haben Patientenverbände dazu →

Notwendig - so die Diskussion der Patientenverbände - ist mehr Transparenz zu

- den Vertragsgegenständen
 - den vereinbarten Qualitätsbedingungen und Zusatzleistungen
 - zur Sicherstellung und Einhaltung von gesetzlichen Qualitätsverpflichtungen (IV-Verträge sind nämlich aus der gesetzlichen Qualitätssicherung herausgenommen)
-

4.2 Probleme einzelner Patientinnen und Patientengruppen

4.2.1 Rheuma

Wiederholt sind Aktive aus dem Patientenverband der Rheumakranken, aus Selbsthilfegruppen aber auch Einzelpersonen an die Patientenbeauftragte herangetreten, um auf die - aus ihrer Sicht - problematische Versorgung hinzuweisen. Mit zahlreichen Schreiben und Einladungen macht insbesondere die Rheuma-Liga Berlin auf Probleme aufmerksam. Sie verweist darauf, dass in Berlin nur 19 rheumatologische Internisten und 16 orthopädische Rheumatologen zur Versorgung von über 62.000 Patientinnen und Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Die Einführung der neuen ärztlichen Honorierung ab 2008 würde die Lage deswegen erheblich verschlechtern, weil die Vergütung von Patientenkontingenten im Quartal beschränkt werde, was dazu führe, dass nur 16 % aller rheumakranken Menschen in Berlin behandelt werden könnten. Die behandelnden Ärzte verweisen darauf, dass sie für die durchschnittlich 750-800 Patienten im Quartal nur etwa die Hälfte vergütet bekommen. Verschärft würde die Lage dadurch, dass hausärztlich internistische Rheumatologen seit 2008 ihre Leistungen nur zur Hälfte des bisherigen Honorars abrechnen können, wenn andere Hausärzte Patientinnen und Patienten überweisen.

Ich habe seit November 2007 wechselnde Gelenkschmerzen (...). Seitdem bin ich in „Behandlung“ bei einem Allgemeinarzt, einem Rheumatologen und einem Orthopäden. Die einzige Behandlung die ich z.Z. erhalte ist Cortison 5mg/Tag und gute Ratschläge. Ich soll doch nicht so pessimistisch sein und abwarten. (...)
Da bei Rheuma Früherkennung wichtig ist (...) habe ich mich bemüht, in den Frühsprechstunden der Rheumazentren Berlin-Buch oder in der Charité einen Termin zu erhalten. Bei beiden wurde ich abgewiesen, weil keine neuen Patientinnen und Patienten angenommen werden (...) Die Anrufe bei 7 (!) weiteren Rheumatologen waren ebenfalls erfolglos, da alle z.Z. keine neuen Patientinnen und Patienten aufnehmen.

Dazu passt die Kampagne „Rheuma ist behandelbar“ wie man vor ca. vier Wochen überall in der Stadt sehen und lesen konnte. Aber dies gilt wohl nur für Patientinnen und Patienten die entweder schon behandelt werden oder schon privat versichert sind. (...)
Kein Privatpatient müsste seit nunmehr fast fünf Monaten diese Schmerzen ertragen, würde die Ursachen bereits kennen und hätte mit Sicherheit schon eine Behandlung erhalten mit der er schmerzfrei wäre. (...) Ich habe Freunde, die privat versichert sind und weiß, wie gründlich deren Untersuchungen ablaufen und wie kurzfristig dort Termine bei Ärzten vergeben werden.

Welche Forderung haben Berliner Patientenverbände dazu →

Mit einer Resolution zur Sicherstellung von Früherkennung und Versorgung rheumakrankter Menschen in Berlin fordern Vertreter des Berufsverbandes der Rheumatologen, des Regionalen Rheumazentrums und der Rheuma-Liga, dass rheumatologische Praxissitze nicht von der Kassenärztlichen Vereinigung an Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verkauft werden sollten (was im April in Berlin geschehen sei). Es ist bei einem Praxisverkauf nicht sichergestellt, dass das MVZ künftig eine rheumatologische Versorgung anbietet.

Ein modellhaft geschlossener Vertrag mit der AOK Berlin solle von allen Krankenkassen als Strukturvertrag oder Abschluss eines Integrierten Versorgungsvertrages übernommen werden, damit nicht die AOK Berlin allein die Last der Versorgung für alle Krankenkassen und die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung trägt.

4.2.2 HIV / AIDS

Berliner Ärzte haben das Büro der Patientenbeauftragten darauf angesprochen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin beabsichtigt, die Sonderpauschale zur Vergütung von Ärzten zu kürzen, die sie bisher als Zusatzleistung für die Versorgung von HIV- und AIDS-Betroffenen abrechnen können. Diese Sondervergütung wurde bisher mit einem Mehraufwand für Beratung und Therapiebegleitung begründet. Die große Zahl der Aids-Patienten aus Berlin und auch aus Brandenburg sowie die gewandelten Behandlungsmöglichkeiten machten aber, so die KV, eine Änderung erforderlich. Die betroffenen Ärzte (etwa 20 in Berlin) befürchten eine Verschlechterung der Versorgung, weil die Behandlung von AIDS-Patientinnen und -Patienten als nicht mehr kostendeckend eingestuft würde. Wegen der großen Gefahr von Resistenzen bei falscher Anwendung von Medikamenten müsse man sogar mit einem Anstieg oder einer Beschleunigung der Sterblichkeit rechnen, argumentieren die Ärztevertreter.

Die Deutsche Aids-Hilfe empfiehlt als Antwort Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung darüber, dass der auf Bundesebene ausgehandelte Rahmenvertrag für eine Integrationsversorgung umgesetzt werden sollte. Danach würden nur noch solche Ärzte eine Sondervergütung bekommen, die bestimmte Qualitätsstandards erfüllen. Die Kassenärztlichen Landesvereinigungen wollten das bisher aber nicht realisieren. Außerdem, so die Aids-Hilfe, müssten die Kassen in ihren Verhandlungen mit dem Land Brandenburg Vorgaben für eine bessere medizinischen Behandlung der AIDS-Patienten in Brandenburg machen, damit eine Entlastung in Berlin erfolgen kann. In der politischen Diskussion ging es darum, ob es hier um (wie auch immer berechnete) Einkommensinteressen einer bestimmten Gruppe von Ärzten geht oder um eine entscheidende Verschlechterung der Versorgung.

Deutlich wird an diesem Beispiel auch, dass für viele Fragen der Versorgung nur sehr unzulängliche Statistiken und auswertbare Zahlen vorliegen. So kann der Zusammenhang von AIDS-Patienten und notwendiger ärztlicher Versorgung zurzeit kaum konkret benannt werden. Nach Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, der Aids-Hilfe und der Senatorin Lompscher wurde vereinbart, das Thema im Auge zu behalten.

4.2.3 Transsexualität

Während Rheumakranke zu einer der größten Patientengruppen gehören, gibt es andere Patientinnen und Patienten, die mit ihren Anliegen und Fragen zu einer Minderheit gehören, aber ebenfalls eindringlich auf ihre Not aufmerksam machen. Zu ihnen gehören z.B. Transsexuelle. Sie empfinden, das ihnen bei der Geburt zugewiesene Geschlecht als nicht bindend. Sie sind unglücklich in ihrem aktuellen Körper und streben nicht selten eine Geschlechtsumwandlung an. Soziale Ausgrenzung, Diskriminierung und Ignoranz führen im Alltag immer wieder zu Problemen der Betroffenen. Und sie treffen bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche auf zahlreiche Widerstände. Mit dem Leben als transsexuelle Person und insbesondere auf dem steinigen Weg der Geschlechtsumwandlung machen sie vielfältige und nicht selten - wie sie berichten - schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. In zahlreichen und umfangreichen Beschwerdevorgängen beschreiben sie besonders folgende Problembereiche:

- schwierige Suche nach kompetenten Behandlern
- langwierige Prüfverfahren bei den gesetzlichen Krankenkassen vor Kostenübernahme
- Probleme mit - für ihre Anliegen - unzureichend qualifizierten Gutachtern und Sachverständigen die für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. die Gerichte arbeiten
- Verweigerung von Weiterbehandlungen und die Missachtung der Therapiehoheit von Fachärzten
- Ignoranz von Krankenhausmitarbeiter/innen und medizinischem Personal sowie von Behörden und Institutionen, die z.B. trotz einer nachgewiesenen Namensänderung und Verwendung eines Ergänzungsausweises von der dgti e.V.(Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.) nicht akzeptieren und respektieren, dass es sich um eine andere geschlechtliche Person handelt

In enger Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen kann man hier versuchen, mit empathischem und parteilichem Nachdruck für die Interessen dieser Personengruppe einzutreten. Das hat die Patientenbeauftragte gemeinsam mit dem Verein Transidentitas in kleinen Schritten versucht.

4.2.4 Assistenz für behinderte Menschen im Krankenhaus

Die besonderen Probleme von Menschen mit Behinderung in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten werden - auch im Büro der Patientenbeauftragten - zurzeit von Behindertenvertretern mit großem Nachdruck beschrieben und Abhilfe eingefordert. (siehe auch Landeskrankenhausbeirat im November 2007). Genannt werden:

- bauliche Mängel in Krankenhäusern und Arztpraxen
- fehlende Unterstützung und Kostenübernahme der persönlichen Assistenz im Krankenhaus
- finanzielle Probleme bei der Abstimmung der Kostenträgern
- keine ausreichenden barrierefreien Angebote in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- keine Gewährleistung von Vorsorgeuntersuchungen für Behinderte
- schlechte Schulung des Personals
- unzureichende Transparenzinformation über behindertengerechte Versorgung (Was ist wo möglich?)

In Abstimmung mit dem Behindertenbeauftragten und einschlägigen Verbänden wird das Büro der Patientenbeauftragten sich insbesondere um Transparenzinformation zu diesem Thema kümmern: Was gibt es, wer ist ansprechbar?

Auch zu Fragen der Versorgung behinderter Patienten in der ambulanten Versorgung gibt es Kontakte und Anfragen. Der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber wurde mehrmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Informationen im Arzt-Such-System zur Versorgung von Menschen mit Behinderung und zu behindertengerechten Praxen noch nicht ausreichend sind. Zugesichert wird aber durch die KV Berlin, dass in einzelnen Problemfällen bei der Suche nach Ärzten direkte Hilfe erfolgen wird. Bei der konkreten Anfrage zu Praxen für geistig behinderte Kinder z.B. konnte schnelle Information gegeben werden.

4.3 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Nachdem der Gesetzgeber auf Bundesebene vorgegeben hat, die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fließender zu gestalten und die Behandlung besonderer Patientengruppen auch in Ambulanzen der Krankenhäuser zu ermöglichen, haben zahlreiche Patientenverbände den Faden aufgenommen und ihre eigenen Vorstellungen an eine Ausgestaltung dieser neuen Versorgungsmöglichkeit formuliert. Mit dem neu geschaffenen § 116 b SGB V werden den Krankenhausträgern für die Durchführung der ambulanten Behandlung aber auch Qualifikationsvoraussetzungen (durch Qualitätssicherungs-Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses) vorgegeben. Die Konkretisierung legt fest, welche sächlichen und personellen Anforderungen an die interdisziplinäre Versorgung gestellt werden.

Insbesondere Verbände von Betroffenen seltener Erkrankungen haben sich hier aktiv an der Diskussion beteiligt. Bis April 2008 wurden z.B. für folgende seltene Erkrankungen Konkretisierungen beschlossen: Marfan-Syndrom, Mukoviszidose, Hämophilie, Pulmonale Hypertonie, Morbus Wilson, Tuberkulose, Multiple Sklerose und Primär sklerosierende Cholangitis.

Hier ein Beispiel für Patientinnen und Patienten mit dem Marfan-Syndrom:

Ein Krankenhausträger kann bei der Krankenhausplanungsbehörde des Landes einen Antrag auf Bestimmung auf ambulanten Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V für eine seltene Erkrankung stellen, wenn für die Behandlung des Marfan-Syndroms folgende Voraussetzung erfüllt werden:

Qualitätssicherungs-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Überprüfung der Hygienequalität.

Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V für Langzeitelektrokardiographie, Ultraschallvereinbarungen, Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, Kernspintomographie-Vereinbarung und Richtlinien für die Laboratoriumsuntersuchungen müssen eingehalten werden.

Darüber hinaus gilt: Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom soll in einem interdisziplinären Team erfolgen. Das Team muss von einem

Kardiologen, ggf. Kinderkardiologen oder Kardiochirurgen geleitet werden. Im interdisziplinären Team des Krankenhauses hat gleichzeitig ein Kardiologe, ggf. ein Kinderkardiologe und ein Kardiochirurg aus den entsprechenden Abteilungen des Krankenhauses ständig verfügbar zu sein. Die Einbindung eines Orthopäden in dieses Team kann ggf. auch durch vertragliche Vereinbarungen zur Kooperation mit niedergelassenen orthopädischen Fachärzten oder der entsprechenden Fachabteilung anderer Krankenhäuser erfolgen. Zusätzlich sind folgende Abteilungen im gleichen Krankenhaus mit einzubinden: Augenheilkunde, Pädiatrie, Neonatologie, Gynäkologie, Pulmonologie, Genetik, Sozialdienst, Psychosomatik. Diese zusätzlichen Fachdisziplinen können alternativ durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten oder anderen Krankenhäusern eingebunden werden. Das Krankenhaus muss mindestens 50 Marfan-Patientinnen und -Patienten pro Jahr ambulant behandeln.

Diskutiert haben die Verbände und die in ihnen organisierten Betroffenen:

- mit welchem Nachdruck man auf Mindestmengen für die Behandlung bestehen soll,
- wie man sich zur Frage des so genannten Facharzt-Vorbehalts stellen muss. D.h.: Ist für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus eine Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt notwendig?
- Welche Bedeutung die Verzahnung der Behandlung durch Niedergelassene außerhalb der Krankenhäuser hat?

Da Patientinnen und Patienten mit schweren und seltenen Erkrankungen in besonderer Weise auf die Erfahrungen mit der Betreuung von seltenen Erkrankungen angewiesen sind, ist eine Bereitschaft zur Verlagerung von Leistungen, die bisher von niedergelassenen Ärzten erbracht wurden in Krankenhausambulanzen groß. Sie hoffen darauf, dass das hoch spezialisierte Wissen der Experten aus dem stationären Bereich direkt in die ambulante Betreuung einfließt. Sie wollen vermeiden, mit einer seltenen Erkrankung von einem Arzt betreut zu werden, der wenig und kaum Erfahrung in der Betreuung mit der jeweiligen Erkrankung hat.

Was Patientenverbände dazu diskutieren →

So vorteilhaft von vielen Aktiven in Patientenverbänden die neuen Regelungen des § 116b SGB V gesehen werden, so tauchen doch einige Fragen zur Abstimmung und Anpassung unterschiedlicher Anforderungen an die Qualitätssicherung der Behandlungsangebote auf.

Ambulant tätige Ärzte einerseits und Krankenhäuser andererseits müssen zurzeit unterschiedliche Qualitätskonzepte und Anforderungen erfüllen. Welche Anforderungen der jeweiligen Bereiche gelten in der neuen Versorgungsform Ambulante Versorgung im Krankenhaus?

Gefordert wird eine stärkere Patientenorientierung in der Qualitätssicherung. Das bedeutet die Definition von Indikatoren, die auf den gesamten Versorgungsprozess gerichtet, aufeinander bezogen sind (Integration) und die die Perspektive der Patientensicherheit für den Prozess besonders berücksichtigen. Die sanktionsbewährten Elemente des ambulanten Bereichs (regelmäßige Hygienekontrollen, Prüfungen der Qualifikationserfordernisse der Ärzte/innen) müssen in den stationären Sektor übernommen werden und umgekehrt müssen für den ambulanten Bereich Indikatoren für eine Vergleich der Leistungsanbieter erarbeitet werden.

Notwendig ist dann jedoch auch, dass die Versorgungsversprechen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus eingehalten werden. Beschwerden weisen darauf hin, dass das nicht immer der Fall ist:

(...).Sehr geehrte Damen und Herren, das Klinikum XY rühmt sich mit einer ambulanten Patientenversorgung zu Fachgebieten, bei denen mir nach sehr häufigen Versuchen, diese in Anspruch nehmen zu wollen, doch Zweifel hinsichtlich der Existenz dieser Angebote kommen. ... Telefonisch wird man mit einer Bandansage konfrontiert, die die Patienten bittet, sich in einem anderen Monat nochmals zu melden. ... Meine steten Versuche in der vorgegebenen Zeit einen telefonischen Kontakt herzustellen ist mir in den zur Verfügung stehenden 1,5 Stunden nie gelungen, ich hatte eher den Eindruck, dass der Telefonhörer für diese Zeit zur Seite gelegt worden ist (...)

(...) Mit meiner Augenverletzung hat mich meine Augenärztin an die Ambulanz im Krankenhaus XY verwiesen. Anfänglich fühlte ich mich dort gut aufgehoben. je öfter ich jedoch die Behandlung fortsetzen musste und immer neue Termine bekam, musste ich feststellen, dass das auch große Nachteile hat. Man muss in der Ambulanz wesentlich länger warten als bei meiner Augenärztin. Immer wird man von anderen Ärzten behandelt, die sich natürlich nicht auf die Vorbehandlung stützen können bei ihrer Beratung. Man erzählt also alles immer von vorne. Man fragt sich, was auf den Behandlungsunterlagen steht. Es ist sogar vorgekommen, dass sie sich widersprechende Empfehlungen gegeben haben (...)

5. Anliegen von Akteuren der Gesundheitsversorgung

5.1 Bedarfsplanung und Facharztmangel in Berliner Bezirken

Einen Großteil der Beschwerden von Berliner Patientinnen und Patienten zur ärztlichen Versorgung beziehen sich - wie schon beschrieben - auf Ungleichgewichte in der Facharztversorgung einzelner Regionen. Vorgetragen wird, dass insbesondere in den Ost- und Randbezirken zunehmend mehr Fachärzte ihre Praxen aufgeben und in westliche Bezirke umziehen oder ihre Zulassung an ein Medizinisches Versorgungszentrum übertragen. Das als solches wäre ja noch nicht problematisch. Faktisch ist aber damit nicht gewährleistet, dass die Facharztversorgung an dem alten Standort gewährleistet ist. So kommt es zu sehr langen Wartezeiten bei den verbleibenden Fachärzten und zu einer zunehmenden Überlastung der Ärzte an den alten Standorten. Als auffällige Regionen für Beschwerden mit zu langen Wartezeiten bei Fachärzten sind beispielhaft zu nennen:

Marzahn-Hellersdorf	Hautärzte, Neurologen und Psychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
Lichtenberg	Augenärzte, Rheumatologen, Orthopäden
Hohenschönhausen	Orthopäden

Gespräche mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin zur Frage einer bewussten Steuerung zur Vermeidung von Unterversorgung verliefen sehr unbefriedigend. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin verweist darauf, dass Berlin ein einziger Versorgungsbereich ist und dass eine Fahrstrecke zu Ärzten in einem anderen Bezirk zumutbar ist.

Einmal abgesehen davon, dass es für junge berufstätige Menschen durchaus zumutbar ist, in einen anderen Bezirk zu fahren, ist dieser Verweis auf andere Bezirke aber für folgende Gruppen äußerst problematisch:

- ältere und in ihrer Bewegung beeinträchtigte Menschen,
- Menschen mit sehr geringen Einkommen (wegen der zusätzlichen Fahrtkosten),
- gesundheitlich beeinträchtigte Menschen (z.B. nach schweren Operationen).

Eine „echte“ Unterversorgung, die die KV über den Landesausschuss veranlassen würde, einer veränderte Bedarfsplanung zu berücksichtigen, wäre erst bei einer Unterversorgung im Hausarztbereich von 75 % und bei Fachärzten von 50 % gegeben. Das liege bisher nicht vor.

Dieses Problem wurde außerdem mit Vertretern der politischen Parteien, insbesondere den Sozialdemokraten (AG Sozialdemokraten im Gesundheitswesen) und der Linksfraktion erörtert. Es müssen dringend Vorschläge für Maßnahmen diskutiert werden, wie der Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für bestimmte benachteiligte Bezirke sichergestellt werden kann. Zu klären ist auch, ob man mit den Krankenkassen in den Dialog darüber treten kann, wie diese in ihren Versorgungsverträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung stärkeres Gewicht auf Ausgleichsmechanismen für dieses Problem legen können.

Zu kritisieren ist hier jedoch, dass ein völlig überholtes Konzept für die Bedarfsplanung zugrunde gelegt wird und dass nur die Arztsitze selber gezählt werden und die konkrete Erreichbarkeit. Wenn, was zunehmend häufiger vorkommt, am Ende des Quartals eine Praxis geschlossen wird (das Budget ist „erschöpft“) zählt die Praxis zwar in der Bedarfsplanung als Vorhaben, das Angebot fehlt aber.

Fachleute, Politiker und die Patientenbeauftragte fordern daher →

- Eine offensivere politische Diskussion um die Definition des so genannten Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztliche Vereinigung.
- Eine Debatte über Unter- und Fehlversorgung, die z.B. die tatsächliche Erreichbarkeit der Praxen zugrunde legt,
- Eine stärkere Einflussnahme darauf, dass Sicherstellungszuschläge für die Ärzte, die in unterversorgten Regionen bleiben wollen, auch gezahlt werden.
- Eine andere Auslegung der Zulassungsordnung, die bei einer Verlegung eines Arztsitzes Bedingungen vorgibt, die eine dem Bedarf entsprechende Versorgung gewährleistet.
- Verhandlungen mit Krankenkassen, die im Rahmen möglicher Vertragsmodelle zur Integrierten Versorgung örtliche Schwerpunkte setzen könnten.
- Verhandlungen darüber, dass bei einem Arztsitzwechsel zwar die Zulassung, aber nicht das Budget abwandert.
- Diskussionen darüber, wie bei der Festlegung von Versorgungsgraden die Bemessungsgrundlagen aktualisiert werden könnten und wie die neueren demographischen Entwicklungen dabei berücksichtigt werden könnten.
- Eine Diskussion darüber, wie bei einem Verkauf einer Arztpraxis nicht nur die Versorgungsinteressen des verkaufenden Arztes, sondern auch die Versorgungsinteressen eines Bezirks zum Tragen kommen und eine
- stärkere Berücksichtigung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der medizinischen Regionalplanung.

5.2 Hilferuf der Geronto-psychiatrischen-geriatrischen Verbände

Mitarbeiterinnen des Gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbundes Tempelhof haben sich an die Patientenbeauftragte mit der Bitte gewandt, bei der Lösung immer wieder auftretender Probleme zu helfen, die beim Übergang von der stationären Versorgung im Krankenhaus in die pflegerische Betreuung auftreten. Sie sind beispielhaft und symptomatisch für die ungelösten Probleme in einem System, das zunehmend mehr von finanziellen Restriktionen bestimmt ist und in dem jeder Akteur mit großer Sorgfalt darauf achtet, dass seine „Zuständigkeitsvorgaben“ auch eingehalten werden.

In der AG „Fallbesprechung“ treffen sich Mitarbeiter aus verschiedenen Einrichtungen und Diensten, die mit der Versorgung und Beratung älterer Menschen zu tun haben zum interdisziplinären Austausch. Vor allem von den Mitarbeitern der ambulanten Pflegestationen wurde berichtet, wie schwierig die Zusammenarbeit mit Ärzten, Ämtern und Krankenkassen in Bezug auf medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit geworden ist. Insbesondere wurden fünf verschiedene Mängel beschrieben, zu denen jeweils mehrere Praxisbeispiele aufgeführt werden konnten, von denen wir Ihnen exemplarisch berichten wollen:

(...) Ein Patient wird nach mehrwöchigem stationären Aufenthalt aus der Klinik entlassen. Nach einem epileptischen Anfall mit Sturzfolge ist er inkomplett querschnittgelähmt. Vor dem Krankenhausaufenthalt war der Herr lange nicht in ärztlicher Behandlung weil es keine Notwendigkeit gab. Der Klinik ist bekannt, dass der Patient keinen Hausarzt hat und gibt ihm Medikamente für drei Tage mit. Die ambulante Pflegestation wird informiert, dass sie den Patienten versorgen soll und einen Hausarzt für ihn suchen soll.

Die Mitarbeiter der Pflegestation bemühen sich sofort, einen Hausarzt zu finden, der bereit ist, Mitte Dezember einen neuen Patienten aufzunehmen, weil dieser dringend Medikamente benötigt. Die meisten Arztpraxen haben keine Kapazität und ihr Budget ist erschöpft. Von einer Praxis wurden die Mitarbeiter der Pflegestation ausgelacht. Zwei Arztpraxen wären bereit gewesen den Patienten aufzunehmen wenn er in die Praxis kommt. Aufgrund seiner Behinderung ist er jedoch auf einen Rollstuhl angewiesen und kann nur in einem Tragestuhltaxi oder einem Krankentransport zu der Praxis kommen. Das Taxiunternehmen braucht jedoch vor dem Transport die Bewilligung der Krankenkasse, die Krankenkasse braucht eine Transportverordnung vom Arzt und der Arzt kann diese nicht ausstellen, wenn er den Patienten vorher nicht gesehen hat. Das Ergebnis ist, dass der Patient weder die von der Klinik empfohlene Medikation einnehmen kann, noch adäquat medizinisch versorgt werden kann.

(...) In einem weiteren Fall wurde eine Patientin nach einer Oberschenkelfraktur aus dem Krankenhaus entlassen. Auch sie benötigt verschiedene Medikamente, unter anderem Schmerzmedikamente. Zudem benötigt sie Heparininjektionen. Die Pflegestation versuchte sofort, entsprechende Rezepte und Verordnungen von der Hausärztin zu bekommen. Diese verweist darauf, dass die erbetenen Medikamente bei dem behandelnden Orthopäden bestellt werden müssen. Dieser informiert die Pflegestation, dass er die Medikamente nicht verschreiben kann, so lange er die Patientin nicht gesehen hat. Einen Termin kann er ihr aber erst 14 Tage später geben. Es folgten diverse Telefonate zwischen der Pflegestation und den beiden Arztpraxen, die zu keinem anderen Ergebnis führten. Letztendlich erklärte sich ein Facharzt für Rheumaerkrankungen, bei dem die Patientin vor über einem Jahr in Behandlung war, bereit, die Rezepte auszustellen um zu verhindern, dass sie erneut stationär aufgenommen werden muss. Weder der behandelnde

Orthopäde, noch die Hausärztin sahen sich in irgendeiner Form in der Verantwortung. Sie waren auch nicht bereit, miteinander zu kommunizieren.

Dem Entlassungsbericht der Klinik ist zu entnehmen, dass die Patientin das Bein noch nicht belasten durfte. Den Termin bei ihrem Orthopäden musste die Patientin zur Sicherung der weiteren Behandlung unbedingt wahrnehmen. Es ergab sich die gleiche Problematik, wie im vorab geschilderten Fall: Der Orthopäde hatte sie das letzte Mal vor dem Krankenhausaufenthalt gesehen und konnte keinen Transportschein ausstellen, die Krankenkasse konnte nicht bewilligen, die Krankentransportfirmen konnten den Auftrag nicht annehmen. Nach vielen Telefonaten erklärte sich ein Krankentransportunternehmen bereit, den Transport zu übernehmen, wenn sie beim Orthopäden einen entsprechenden Transportschein bekommen.

Einige Wochen später erhielt die Patientin von dem Krankentransportunternehmen eine Rechnung über diesen Transport zum Orthopäden über 98,- Euro. Es stellte sich heraus, dass die Krankenversicherung rückwirkend eine Beförderung im Tragestuhltaxi bewilligt hat, nicht aber einen Krankentransport.

Das Krankentransportunternehmen kann die von der Kasse bewilligte Leistung nicht abrechnen. Weder der Arzt, noch der Pflegedienst konnten im Vorfeld absehen, ob ein Transport im Tragestuhltaxi ausreichend gewesen wäre (abgesehen davon war diese Möglichkeit vorher gar nicht bekannt). Nach Auskunft der Krankenversicherung muss die Patientin die Differenz zwischen Krankentransport und Tragestuhltaxi nun selbst bezahlen. (...)

(...) Ein weiteres schwieriges Unterfangen sind Transporte zum Arzt, wenn die gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (Pflegestufe 2 oder das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis). Häufig kommt es vor, dass Menschen nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe 2 erfüllen, dennoch auf einen Rollstuhl oder Rollator angewiesen sind, Hilfe beim Treppensteigen benötigen und sich nur in Begleitung außerhalb ihrer Wohnung bewegen können. Die Bearbeitungszeiten für Anträge auf Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis können Monate betragen, häufig wird erst nach sechs Monaten mit der Bearbeitung begonnen, mit der Begründung, dass sich der Gesundheitszustand bis dahin wieder bessern könnte. In dieser Zeit ist es zwar möglich, den Sonderfahrdienst für Menschen mit Behinderungen zu

nutzen, jedoch ausdrücklich nicht für Arztbesuche. Da nur noch wenige Fachärzte bereit sind, Hausbesuche zu unternehmen, kommt es häufiger zu Situationen, in denen Patientinnen und Patienten Arztpraxen aufsuchen müssen. Wenn Pflegedienste sich in solchen Fällen bereit erklären, Patientinnen und Patienten zu dringend erforderlichen Arztterminen zu begleiten, benötigen sie für die Kostenübernahme grundsätzlich vorab die Bewilligung des Sozialamtes. Einige Sozialämter fordern eine Ablehnung der Krankenversicherung, welche es in schriftlicher Form nur nach Einreichen einer Krankentransportverordnung gibt. Diese kann, wie beschrieben, jedoch in einigen Fällen

erst beim Arztbesuch ausgehändigt werden. Um dringend erforderliche medizinische Behandlungen der Patientinnen und Patienten zu sichern, sind somit die Pflegedienste gefordert, Begleitungen zum Arzt durchzuführen, ohne zu wissen, ob die Kosten erstattet werden. Die Arbeit, die mit einer Kostenübernahme verbunden ist, steht hier unserer Auffassung nach in keinem Verhältnis zu der Vergütung – wenn es überhaupt zu einer Vergütung der Leistung kommt. (...)

„Abschließend - so schreibt der Arbeitskreis - möchten wir noch einmal auf die Schwierigkeit aufmerksam machen, für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung Medikamente zu bekommen – vor allem am Ende eines Quartals.“

Gleiche Erfahrungen wurden mit der Verordnung von Physiotherapie gemacht. Auch hier müssen sich Patientinnen und Patienten bis zum folgenden Quartal gedulden, bis ihnen dringend erforderliche Therapien verordnet werden können. Für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ist es oft schwer zu verstehen, dass die Verantwortung für diese Missstände nicht vordergründig bei den ambulanten Pflegestationen zu suchen ist. Es ist nur schwer zu vermitteln, dass Pflegedienste in diesen Angelegenheiten an Grenzen stoßen, die scheinbar auf gesetzlichen

Grundlagen basieren und dem Heilungsprozess der Patientinnen und Patienten entgegenstehen. Des Weiteren sind es letzten Endes auch die Mitarbeiter der Pflegedienste, die diese Situationen aushalten müssen und viel Zeit investieren, Lösungen zu finden. Zunehmend entsteht der Eindruck, dass Ärzte und Fachärzte sich aus finanziellem Druck der Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten entziehen (müssen?).“

Da es immer häufiger solche oder ähnliche Erfahrungen gibt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Situation zunehmend ratlos gegenüberstehen, hat sich der Arbeitskreis im Interesse der Klienten und Patienten um Rat und Unterstützung an die Patientenbeauftragten gewandt. Vereinbart wurde, solche und ähnliche Erfahrung auch in einem Vernetzungstreffen mit gerontopsychiatrischen-geriatrischen Arbeitskreisen in anderen Bezirken zu organisieren und danach mit Verantwortlichen aus Politik und einschlägigen Institutionen nach Systemproblemen und möglichen Lösungen zu suchen.

5.3 Fehlende ärztliche Versorgung für Menschen in Heimen

Aktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegediensten, aus dem Landespflegerat und von Angehörigenverbänden beklagen mit großem Nachdruck die oft unzureichende medizinische Versorgung alter Menschen in Heimen.

(...) Drei Tage nach der Weigerung eines niedergelassenen Arztes meine 84jährige Mutter wegen Druckgeschwüren im Pflegeheim aufzusuchen, habe ich meine Mutter in das XY Krankenhaus bringen lassen. Dort wird sie gegenwärtig wegen diverser offener Druckgeschwüre, u.a. einer besonders ausgeprägten und tiefen Stelle im Bereich des Steißbeines, stationär behandelt. Meiner Mutter litt im Pflegeheim unter starken Schmerzen, eine größere Druckstelle an einer Hüfte scheint sich in den Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt geöffnet zu haben – kurzum: eine drei Tage früher erfolgte

adäquate Behandlung bzw. Einweisung in ein Krankenhaus hätte meines Erachtens meiner Mutter unnötiges Leiden erspart. Zu diesem Zeitpunkt muss die offene, tiefe Stelle am Steißbein längst feststellbar gewesen sein (...)
Als betreuende Angehörige eines hilflosen, pflegebedürftigen Menschen kann ich das Verhalten des um Konsultation gebetenen Arztes nicht nachvollziehen und ich halte es für meine Pflicht, dieses zu reklamieren. (...)

Alte Menschen in Pflegeeinrichtungen würden häufig nicht angemessen versorgt, wenn sie medizinische Hilfe benötigen. Angehörige und Heimbeiräte nennen es zum Teil „skandalös“, wenn es nicht gelingt für Pflegebedürftige einen Facharzt anzufordern. Die Facharztsuche für die Versorgung von Hautleiden, augenärztliche Untersuchungen oder zahnärztliche Behandlung im Heim erfordern oft viel Aufwand von Seiten des Pflegepersonals. Ist die fachärztliche Hilfe nicht gewährleistet, wird auf den Kassenärztlichen Notdienst zurückgegriffen oder aber es wird eine Krankenhauseinweisung notwendig. Vor allem Allgemeinmediziner übernehmen die Behandlung in Pflegeheimen. Aber immer weniger der Niedergelassenen wollen diesen Teil des allgemeinen Versorgungsauftrags übernehmen und fordern eine bessere Vergütung dieser Leistung und eine Ausweitung des Berliner Projekts. Im Rahmen dieses Modellprojektes wird die ärztliche Betreuung für Versicherte der AOK Berlin und der IKK Brandenburg und Berlin in Heimen durch fest angestellte Ärzte übernommen, die verpflichtet sind, mit einem niedergelassenen Arzt zusammenzuarbeiten.

Träger von Pflegeheimen bestätigen in einer Erhebung der Senatsverwaltung für Soziales aus dem Jahr 2007, dass die Versorgungsqualität im Berliner Projekt besser ist. 34 von 37 befragten Projektheimen, in denen Einrichtungen mehr als 3000 Menschen versorgt werden, sind mit der hausärztlichen Betreuung der Bewohner zufrieden.

Welche Forderungen haben Patienteninitiativen und Angehörige dazu →

Fachleute fordern daher ebenso wie Angehörige eine **Ausweitung des Berliner Projekts Heimärzte** auch auf andere Krankenkassen und setzen auf die Möglichkeit der Verankerung von Heimärzten im Pflegeweiterentwicklungsgesetz. Erste Ansätze gibt es dazu im § 119 b PFWG. Die Patientenbeauftragte unterstützt diese Forderung und hat dies auch in öffentlichen Veranstaltungen z.B. des Berufsverbandes der Pflegekräfte unterstrichen.

Mit einer Eingabe als Petition an das Abgeordnetenhaus (Dezember 2007) will der „Arbeitskreis Altersfragen Charlottenburg – Wilmersdorf“ eine bessere „Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten mit Medikamenten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus“ erreichen. Der Arbeitskreis wünscht klare Vorgaben für das Entlassungsmanagement, da aus Kostengründen oft nicht die notwendigen Medikamente bereitgestellt werden. Das Büro der Patientenbeauftragten ist dabei um Unterstützung gebeten worden. Da dies eine Forderung ist, die auch von anderen Patientengruppen immer wieder gestellt wird und angesichts der komplexen Zuständigkeiten muss geklärt werden, wie im Rahmen der Diskussionen um ein gutes Entlassungsmanagement und um integrierte Versorgung hier Fortschritte möglich sind.

6. Patientenberatung und -unterstützung

6.1 Zusammenarbeit der Beratungsstellen

Berlin verfügt über ein kleines, aber funktionsfähiges Netz an Patientenberatungsstellen. Dazu gehören:

- die Patientenberatung der Verbraucherzentrale Berlin
- die Unabhängige Patientenberatung Deutschland - UPD (Büro des VdK Berlin)
- die Patientenberatungsstelle der Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung dieser Beratungs- und Beschwerdestellen mit dem Büro der Patientenbeauftragten funktioniert gut. In unregelmäßigen Abständen finden gemeinsame Arbeitstreffen statt, bei denen ein Austausch über aktuelle Themen und Probleme von Patienten und ihre Lösungsmöglichkeiten erfolgt.

Ein Beispiel für die Abstimmung zu aktuellen Themen war die Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung Anfang 2008. Aus der Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und Beratungsstellen für Menschen mit besonderem sozialem Hilfebedarf (Obdachlose oder Drogenabhängige) wurde ersichtlich, dass viele in Frage kommende Personen dieser Pflicht nicht nachkommen können. Mit einer **gemeinsamen Presseerklärung** über die Pressestelle der Senatsverwaltung hat der Arbeitskreis auf die Fallstricke der neuen Regelung aufmerksam gemacht.



▲ Besuch bei der Unabhängigen
Patientenberatung – v.l.n.r. Frau Arik, Frau
Stötzner, Herr Rötten

6.2 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

Das Berliner Krankenhausgesetz sieht vor, dass in jedem Bezirk für jedes Krankenhaus Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher durch die Bezirksversammlungen gewählt werden. Die Fürsprecher und sachkundigen Personen (für den Bereich psychiatrische Versorgung) sind ehrenamtlich tätig und unabhängig. Ihre Rechte beschränken sich auf die Rolle der Ansprechpartner im Krankenhaus. Sie verfügen nicht über weitere Interventionsmöglichkeiten. In ihren Berichten beschreiben sie die Situation und die Ergebnisse ihrer Arbeit einmal jährlich. Daraus geht hervor, dass ihre Einflussmöglichkeit sehr stark von der Bereitschaft der Verantwortlichen und der Ärzte in den Kliniken abhängt. Die Zusammenarbeit wird aber in der Regel als positiv beschrieben.

In der Zusammenarbeit mit den Berliner Patientenfürsprechern ging es vor allem darum, wie gewährleistet werden kann, dass das fachliche Profil dieser ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den notwendigen Anforderungen entspricht. Die Patientenbeauftragte hat im Rahmen der Novellierung des Berliner Krankenhausgesetzes vorgeschlagen, dass die Benennung in allen Bezirken an eine Ausschreibung gebunden wird und diese mit fachlichen Kriterien verknüpft wird. Damit wird eine langjährige Forderung des Arbeitskreises der Berliner Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher aufgegriffen.

6.2.1 Fragebogenaktion bei Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in Berlin

Dennoch verfügt das Büro der Patientenbeauftragten über zu wenige Informationen über die strukturellen Arbeitsbedingungen der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Aus diesem Grund hat das Büro eine Befragung dieser ehrenamtlich Tätigen auf den Weg gebracht, mit der folgende Informationen erhoben werden:

- 1 Infrastruktur für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus
- 2 Information über die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Krankenhaus
- 3 Arbeitsmöglichkeiten
- 4 Ansprechbarkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher
- 5 Inanspruchnahme der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher
- 6 Themenfelder der Anregungen und Beschwerden
- 7 Umgang mit Patientenbeschwerden
- 8 Zusammenarbeit und Einbindung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

6.3 PatientenForum Berlin - Information und Wissen für mündige Patienten

Mit dem rasanten Wandel in der Struktur der medizinischen Versorgung (Privatisierung, Konzentration von Leistungen, Wettbewerb, Aufbrechen der Sektorengrenzen, Marktorientierung, neue Behandlungsmethoden, Rationierungsdebatten) werden Patienten zunehmend vor ganz neue Herausforderungen gestellt. Sie wollen und müssen immer mehr Entscheidungen selber treffen, sie brauchen mehr Wissen und Information, um das für sie jeweils richtige Angebot zu finden und um im Dialog mit behandelnden Ärzt/innen souveräne Partner sein zu können. Patienten wollen sich auch in fachpolitische Debatten einmischen und ihre besondere Kompetenz aus eigener Betroffenheit in Gremien und politische Entscheidungen einbringen. Dafür brauchen sie Wissen.

Versorgung muss patientenorientiert sein. Patientenorientierung steht für Autonomie, Mitsprache, Selbstverantwortung und Selbstmanagement.

Eine patientenorientierte Politik muss daher einen Rahmen auch für Qualifizierungsprozesse und den patientenpolitischen Dialog schaffen. Berlin braucht ein Patienten-Forum. Um dies zu realisieren ist die Patientenbeauftragte eine Kooperation eingegangen mit

- Gesundheit Berlin e.V. - Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und der
- Berlin School of Public Health an der Charité

Gemeinsam wollen sie dazu beitragen, das partizipative Handeln im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu fördern. Voraussetzungen dafür sind leicht erreichbare und verständliche Informationen. Die Patientenvorlesungen oder Diskussionsveranstaltungen möchten Wissen über Public Health relevante Themen vermitteln, Informationen weitergeben, die für ein souveränes Agieren bei Behandlungsentscheidungen notwendig sind, aktuelle Diskussionen zur Gesundheitsversorgung aufgreifen und Kompetenz vermitteln für eine souveräne Orientierung von Patienten im System. Gefördert werden soll der Dialog zwischen Professionellen und Patientinnen und Patienten.

Die Veranstaltungsreihe zum gesundheitlichen Verbraucherschutz soll verschiedene Aspekte der Patientenmündigkeit beleuchten und somit eine Diskussion organisieren, der in Berlin bisher keine Bühne geboten wurde. Die Teilnehmenden können aus sehr verschiedenen Bereichen kommen: Patienten bestimmter Krankheitsbereiche neben Mitgliedern aus Selbsthilfegruppen, Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern, Vertreterinnen und Vertretern von Patientenverbänden und interessierte Professionellen. Themen einer ersten Forums-Reihe werden z.B. sein:

- Gemeinsam entscheiden - Shared decision-making - Erfolgskonzept für eine Arzt-Patient-Interaktion ?
- Brauchen wir studierte Patienten? - Zum Modell der Patientenuniversität
- Patientenbeteiligung bei der Arzneimittelzulassung
- Kosten-Nutzen-Bewertung bei medizinischen Leistungen - zwischen Patientenwohl und Rationierung
- Behandlungsfehler – Welche Möglichkeiten haben Patienten auf den aktuellen Rechtsgrundlagen?
- Patientenverfügung in kritischen Situationen am Lebensende - Welche ethischen Entscheidungen kommen auf Angehörige zu?



7. Kooperationen



Da das Amt keine Interventionsrechte hat, gewinnt es seine Kraft vor allen daraus, dass die Patientenbeauftragte auf funktionierende Kooperationsbeziehungen zurückgreifen kann. Deshalb geht ein erheblicher Teil der Arbeit in den Aufbau und die Pflege dieser Kontakte.

7.1 Patienteninitiativen und –organisationen

Die Arbeit der Patientenbeauftragten stützt sich auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen chronisch Kranker oder Behinderter, mit Patienteninitiativen auf Bundes- und Landesebene und auf den Austausch mit Aktiven im Bereich der Gesundheitspolitik.

Berlin ist eine Stadt mit einer sehr lebendigen Struktur an Patientenorganisationen und Vereinen, Gruppen und Projekten. Die Mehrheit von ihnen versteht sich als Selbsthilfeszusammenschluss. Zu fast allen großen Krankheitsbildern (Krebs, Rheuma, Parkinson, Multiple Sklerose, Schlaganfall usw.) gibt es Verbände und Gruppen, die als Interessenvertreter und Lobbyisten, als Dienstleister und Beratungsinstanzen und zum Teil auch als Fachverbände auftreten. Die Partnerdatei weist **310 landesweit tätige Dachorganisationen** auf, die allerdings sehr unterschiedlich groß sein können.

Während die Deutsche Rheuma-Liga LV Berlin z.B. von knapp	7.800 Mitgliedern ausgeht,
nennen z.B. die Landesverbände der	
Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft LV Berlin	2.243,
der Schwerhörigen-Verein Berlin e.V.	425,
die Interessensgemeinschaft künstliche Niere	
und Transplantation (IKN Berlin e.V.)	400,
die Deutsche Heredo-Ataxie-Gesellschaft (DHAG)	60,
die Fördergemeinschaft Junger Diabetiker e.V.	183
oder die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.	351 Mitglieder.

In jedem Fall ist die Zahl der von ihnen beratenen, betreuten und vertretenen Patienten und Angehörige um vieles größer. Der Rückgriff auf das Erfahrungswissen der in diesen Verbänden aktiven Betroffenen ist für die Arbeit unentbehrlich. Daneben gibt es etwa **1000 Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder kaum benannt werden können.**

Ohne den regelmäßigen Kontakt z.B. **zur Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V.** als Dachverband der Organisationen chronisch Kranker und Behinderter und dem mehrmals im Jahre stattfindende Berliner Selbsthilfeforum mit mehr als 100 Partnern hätte die Arbeit im Amt keinen Boden.

Das Plenum der **Berliner Selbsthilfeverbände und Initiativen chronisch Kranker und Behinderter** ist eines der wichtigsten Foren zur Abstimmung von politischen und fachlichen Fragen mit den organisierten Patientinnen und Patienten. Das **Forum chronisch kranker und behinderter Menschen** trifft sich viermal im Jahr. Themen im Berichtszeitraum waren:

- Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Krankenkassen
- Beratung von Patientinnen und Patienten
- Änderungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach den Reformen im Gesundheitswesen
- Patienteninteressen und Pharmaindustrie
- Was bedeutet das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) ?

Regelmäßige **Kontakte mit Selbsthilfeorganisationen und Patienteninitiativen** sind die Grundlage und Legitimation für die Arbeit der Patientenbeauftragten. In Mittelpunkt dieser Kontakte standen zuletzt

- Eingaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Prothesenregister)
- Konsequenzen und Folgen der letzten Gesundheitsreform
- Suche nach zugelassenen Reha-Ärzten
- Assistenz für Behinderte im Krankenhaus

7.2 Bereich ambulante ärztliche Versorgung

Anfragen und Beschwerden zum Thema ärztliche Versorgung bei der Patientenbeauftragten für Berlin beziehen sich auf folgende Aspekte:

- Verweigerungen von Behandlungen
- Verweigerung von Verschreibungen wegen Überschreitung des Budgets
- Lange Wartezeiten bei Terminvergabe, vor allem bei Fachärzten
- Bevorzugung von Privatpatienten
- Wohnortnahe Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen
- Suche nach kompetenten und spezialisierten Ärztinnen und Ärzten
- Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen
- Unklarheiten mit privatärztlichen Rechnungen
- Einsichtnahme in Patientenunterlagen
- Recht auf Zweitmeinung
- Intransparenz bezüglich der Notwendigkeit und Kosten individueller Gesundheitsleistungen
- Unzulängliche Information und Aufklärung
- Fragen zu Überweisungen und Praxisgebühr
- Patientenquittungen

Eine große Zahl von Beschwerden bezieht sich auch auf die zunehmend eingeschränkten Leistungen der ärztlichen Versorgung. Patientinnen und Patienten klagen, dass Ärzte nicht mehr die gewohnten Medikamente oder Heilbehandlungen verschreiben und dies mit begrenzten Budgets begründen.

7.2.1 Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Regelmäßig finden gemeinsame Sitzungen von Patientenbeauftragter und dem Vorstand der KV Berlin statt. Angesprochen wurden die umseitig genannten Probleme mit Wartezeiten, Facharztversorgung, Abweisung von Patienten, Privilegierung von Privatpatienten. Die KV legte umfangreiches Zahlenmaterial vor. Der Vorstand verweist auf die unzulänglichen Budgets für Medikamente und ärztliche Versorgung und betont die überproportionale Häufung von schwer chronisch Kranken in Berlin (insbesondere AIDS- und Krebspatienten), für die die Kassen nicht die notwendigen Mittel zur Verfügung stellen. Daher müssten „Regelpatienten“ nachrangig behandelt werden. Die Patientenbeauftragte hat mit Nachdruck kritisiert, dass mit dieser Argumentation Patientengruppen gegeneinander ausgespielt werden und mit Ressentiments gegen AIDS-Patientinnen und Patienten Stimmung gemacht wird.

Angesprochen wurden auch Hinweise auf so genannte ‚kick-back-Zahlungen‘ (Ärzte bekommen Geld für Überweisungen). Indirekt wurde zugegeben, dass es solche Fälle gibt, aber darauf hingewiesen, dass die KV bei Absprachen zwischen Leistungsanbietern und z.B. Berufsverbänden wenig unternehmen kann.

Gegenstand der Diskussion waren auch die Bemühungen von Optikern Augenuntersuchungen in Schulen anzubieten. Abgestimmt wurde auch die Einarbeitung von Patientenanliegen in das Arzt-Such-System auf den Internetseiten der KV.

Einzelbeschwerden, die im Büro der Patientenbeauftragten vorgebracht werden und den vertragsärztlichen Bereich betreffen, werden in einem direkten Kontakt mit der Kontaktstelle in der KV bearbeitet. Die Zusammenarbeit funktioniert gut. So konnten in Einzelfällen schnell spezielle Fachärzte vermittelt werden, Beschwerden zu Vertragsverletzungen aufgeklärt und weiterführende Kontakte zu Fachfragen vermittelt werden. Die Zusammenarbeit ist offen und konstruktiv. Diese positive Erfahrung bleibt festzuhalten, auch wenn es in den beiden zentralen Fragen des Umgangs mit Wartezeiten für gesetzlich Versicherte und der Verlagerung von Facharztpraxen in die westlichen Stadtteile von der KV kein Entgegenkommen gab. Weder konnte bei der Diskussion um das Spannungsverhältnis Budget und Versorgungsauftrag noch zum Thema Bedarfsplanung und Facharztversorgung eine Einigung im Sinne der Patientinnen und Patienten erzielt werden.

7.2.2 Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin

Ein Teil der Fragen von Patientinnen und Patienten bezieht sich auf berufsrechtliche Aspekte. Diese sind in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer zu klären. Dazu gehören

- Verweigerung von Behandlungen
- Verletzungen der Aufklärungspflicht
- Diskriminierungen in der Behandlungssituation
- Verletzung der Intimsphäre
- vermutete Behandlungsfehler
- Nichterstellung von Befundberichten

(...) ich wende mich an Sie, da Sie zur Patientenbeauftragten von Berlin berufen sind und ich Hilfe in Bezug auf eine Fehlbehandlung benötige. ... Ich war 2001 bei einem Hautarzt in Behandlung, der eine Hautveränderung auf meiner Nase, als sog. Alterswarze diagnostizierte und nur oberflächlich entfernte, die Behandlung habe ich als kosmetische Behandlung privat bezahlen müssen.

Dabei ließ er keine histologische Untersuchung des entfernten Gewebes vornehmen und machte auch keine Aufzeichnung Foto oder Skizze o.ä. des behandelten Hautareals. ... Die neue Ärztin sagte, das sie eine Kürettage vornehmen wolle, das wurde auch durchgeführt, bei der anschließenden histologischen Untersuchung, stellte sich heraus, das es weißer Hautkrebs, ein Basaliom war. (...)

(...) Um eventuellen Irritationen vor zu beugen, informierte ich über eine bestehende HIV-Infektion. Zur Vervollständigung erfragter Angaben erklärte ich weiterhin, dass mir von Seiten meines behandelnden Onkologen, Hausarztes und der Ärzte im AVK dringend geraten wurde, mich bei einer anderen diabetologischen Praxis vorzustellen, um über eine Therapieveränderung zu beraten.

Nach dieser recht ausführlichen Vorstellung erhielt ich von Ihrer Angestellten die Information, dass diese Rücksprache mit einer der Ärztinnen halten müsste, ob eine Terminvergabe möglich sei. ... Zwei Tage später befand sich auf meinem Anrufbeantworter die Nachricht, dass ich bitte von meinem Hausarzt eine Überweisung mit dem Zusatz der Behandlungsdringlichkeit per Fax vorlegen möge. Dies tat ich umgehend mit dem Erfolg, dass keine Reaktion seitens der Praxis erfolgte. Somit tätigte ich am Freitag den 29.02.2008 ein erneutes Telefonat. Das Ergebnis war, dass immer noch kein ärztlicher Entscheid über eine Behandlungsmöglichkeit vorliegt und ich am Montag eine Entscheidung mitgeteilt bekäme.

Der Montag verstrich und tatsächlich wurde ich Dienstag, leider wieder via Anrufbeantworter, informiert, dass eine Faxabfrage an meinen Hausarzt geschickt wurde und erst nach Ausfüllen, Rücksendung und Bewertung dieses Fragebogens entschieden werde, ob ich behandelt werde

oder nicht. Über diese Vorgehensweise war ich äußerst verärgert und griff erneut zum Telefon. ... Zwei Tage später befand sich auf meinem Anrufbeantworter die Nachricht, dass ich bitte von meinem Hausarzt eine Überweisung mit dem Zusatz der Behandlungsdringlichkeit per Fax vorlegen möge. Dies tat ich umgehend mit dem Erfolg, dass wiederum keine Reaktion seitens der Praxis erfolgte. Somit tätigte ich am Freitag den 29.02.2008 ein erneutes Telefonat. Das Ergebnis war, dass immer noch kein ärztlicher Entscheid über eine Behandlungsmöglichkeit vorliegt und ich am Montag eine Entscheidung mit geteilt bekäme.

Der Montag verstrich und tatsächlich wurde ich Dienstag, leider wieder via Anrufbeantworter, informiert, dass eine Faxabfrage an meinen Hausarzt geschickt wurde und erst nach Ausfüllen, Rücksendung und Bewertung dieses Fragebogens entschieden werde, ob ich behandelt werde oder nicht.

Auf meine einfache Frage: „werde ich jetzt behandelt oder nicht“ konnte immer noch nicht geantwortet werden! Daraufhin beschwerte ich mich unmissverständlich und bestand auf einer Antwort. Diese lautete dann: „die Ärztin wird sich mit Ihnen persönlich in Verbindung setzen“, womit ich mich auch zu frieden gab.

Leider warte ich immer noch auf diesen Rückruf!!! (...)

7.2.3 Zusammenarbeit im zahnärztlichen Bereich

Beschwerden gegen eine - aus Sicht der Patientinnen und Patienten - schlechte Versorgung durch Zahnärzte sind häufig und werden nicht selten mit großer emotionaler Betroffenheit vorgetragen. Es erweist sich für diese Beratungen als sehr hilfreich, dass die Zahnärztekammer (ZÄK) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) eine eigene Beschwerdeinstanz geschaffen hat, die eine neutrale Überprüfung der Vorhaltungen möglich macht. In der Regel nehmen die Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer diese Möglichkeit in Anspruch. Trotzdem kommt es vor, dass auch diese Möglichkeit das Problem nicht zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten lösen kann. Beschwerden mit zum Teil massiven Vorwürfen - bis hin zum Missbrauch - erfordern viel Zuwendung in der Beratungssituation. In Einzelfällen kann dann auf die Beratungsstelle „Seele und Zähne“ verwiesen werden. Hier wurde zusammen mit Zahnärztekammer und Psychotherapeutenkammer eine Anlaufstelle für Menschen geschaffen, die im Rahmen einer Zahnbehandlung mit seelischen Nöten zu kämpfen haben.

Und schließlich gibt es auch im Bereich der Zahnbehandlung immer wieder Beschwerden bezüglich unangemessener Rechnungsstellung und der Bitte um Unterstützung bei der Überprüfung. Die vom Gesetzgeber veranlassten neuen Regelungen zur Kostenübernahme bei Zahnersatz haben auch hier in Einzelfällen zur Verunsicherung von Patientinnen und Patienten beigetragen.

Hervorgehoben werden muss hier, dass die Zusammenarbeit von Patientenbeauftragter und Zahnärztekammer bzw. Kassenzahnärztlicher Vereinigung sehr positiv ist und in nahezu allen Fällen eine intensive Recherche zum Sachverhalt erfolgte und viel Engagement bei der Suche nach Lösungen für die Patientinnen und Patienten aufgewandt wird.

7.3 Übergangsversorgung Beispiel Onkologie

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie hat die Patientenbeauftragte ein Problem aufgegriffen, das immer wieder von Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen angesprochen wird: Die unzureichende Information und Unterstützung bei dem Wechsel aus dem Krankenhaus in die Nachsorge.

Der Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie ist ein Zusammenschluss aus bezirklichen, überbezirklichen sowie unabhängigen Krebsberatungsstellen oder Therapeuten in freier Praxis, der seit vielen Jahren zum Thema Beratung, Begleitung und Betreuung von Menschen mit Krebs arbeitet. Seine Mitglieder machen immer wieder die Erfahrung, dass Versorgungslücken in der Begleitung und Unterstützung zum Beispiel von Krebspatientinnen und -patienten auftreten. Die Übergänge oder die Abstimmung z.B. zwischen medizinischer Versorgung an der Schnittstelle stationärer und ambulanter Behandlung, die Regelung anschließender Behandlungen zur medizinischen Therapie, der Rehabilitation oder Nachsorge, ergänzender Beratung, psychoonkologischer Begleitung, Familienpflege oder die Klärung von Fragen der Pflegebedürftigkeit bzw. der Schwerbehinderung sind oft nicht optimal. Vor allem aber fehlt nicht selten die Anregung zu psychosozialer Hilfe.

Allgemein erleben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialdiensten und den Beratungsstellen der Bezirke, dass die Patientinnen und Patienten zu wenig Informationen erhalten und sich in ihrer Situation allein gelassen fühlen. Ganz offensichtlich ist es notwendig, Aufklärung und Beratung zu Hilfeangeboten wiederholt zu geben, da in der stressbedingten Situationen der Konfrontation mit der (nicht selten lebensbedrohlichen) Krankheit während der Klinikbehandlung, die Informationsaufnahme nur eingeschränkt gewährleistet ist.

Deshalb haben der Arbeitskreis und die Patientenbeauftragte für Berlin ein Informationsblatt zusammengestellt, das kompetente Ansprechpartner nennt, um eine Lücke in der Informationskette zu schließen. Dieses Informationsblatt gibt Auskunft über die wichtigsten Anlaufstellen zur Nachsorge im Bereich der onkologischen Versorgung. Nach einer Kooperationsanfrage der Patientenbeauftragten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wurde es möglich, dieses Informationsblatt den niedergelassenen Ärzten zukommen zu lassen.

7.4 Bereich stationäre Versorgung



Im Berichtszeitraum wurde die Besichtigung und der Kontakt zu den Krankenhäusern weiter fortgeführt – so z.B. bei der Eröffnung des Krankenhauses Hedwigshöhe in Köpenick, zum St. Hedwig Krankenhaus, Dominikus Krankenhaus, HELIOS Klinikum Buch, Ev. Waldkrankenhaus, Unfallkrankenhaus Marzahn. Dazu gehörte auch ein Treffen mit Herrn Bovelet und der neuen Geschäftsführung von Vivantes.

◀ Besuch im Krankenhaus Hedwigshöhe - Karin Stötzner im Gespräch mit Kardinal Sterzinsky, Erzbischof von Berlin und Geschäftsführer Christian Dreissigacker

7.4.1 Prothesenskandal

Im Berliner Krankenhaus St. Hedwig ist es 2007 bei der Implantation von Kniegelenks-Endoprothesen zu schwerwiegenden Verwechslungen gekommen. Betroffen sind 47 Patientinnen und Patienten, bei denen die implantierten Gelenkprothesen gewechselt werden müssen, was für die Betroffenen erhebliche körperliche und psychische Belastungen bedeutet. Darüber hinaus wurde der Vorwurf laut, dass möglicherweise ein Hüft-Endoprothesenmodell, das nachweislich durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten brüchig wird, trotz Kenntnis dieser Tatsache weiter implantiert wurde.

Das Büro der Patientenbeauftragten stand für betroffene Patientinnen und Patienten als Anlaufstelle für mögliche Anfragen und Beschwerden zur Verfügung. Um die Systematik der Beantwortung von Anfragen zu gewährleisten wurden die Ratsuchenden in Abstimmung an die Hotline der Patientenberatung der Verbraucherzentrale verwiesen, die - mit einer Juristin besetzt - vor allem Fragen zum Beschwerdeverfahren und möglichen Ansprüchen auf Schadenersatz und Schmerzensgeld beantwortet hat. In enger Kommunikation mit dem Krankenhaus hat die Patientenbeauftragte dafür Sorge getragen, dass die Information und Unterstützung der Betroffenen optimal erfolgte. Das Büro wurde kontinuierlich informiert.

Während der 15. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wurde die Patientenbeauftragte im Rahmen einer Anhörung um eine Stellungnahme zum Sachverhalt gebeten.

7.4.1.1 Implementierung eines Endoprothesenregisters

Am 12. Dezember 2007 gab es auf Initiative von Staatssekretär Herrn Dr. Hoff eine Anhörung von Experten zu diesem Thema. Es wurde diskutiert, welche Möglichkeiten es für die Einführung eines nationalen Endoprothesenregisters gibt. Mit der krankenhausesübergreifenden Dokumentation von Informationen über Produkte, angewandte Verfahren, Indikationen und Komplikationen könnte ein solches Register eine Risikoreduktion bis zu 25 % bringen. Dies würde einen erheblichen Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten bedeuten. Zudem würden die Kosten, die dadurch eingespart werden, genügen, um ein Register zu finanzieren. Es bestand Einigkeit darüber, dass die Entscheidungskompetenz über die Einrichtung eines Registers auf der Bundesebene bzw. beim Gemeinsamen Bundesausschuss liegt, dass es aber wichtig ist, die Bundesländer für das Verfahren zu gewinnen.

Neben den Beiträgen zu Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern, zu Aspekten des Datenschutzes und der Einbindung in bestehende Verfahren der Qualitätssicherung, wurde auch die Position der Patientenbeauftragten vorgetragen: Patientenverbände fordern schon seit geraumer Zeit ein nationales Register für Medizinprodukte und daher auch ein Endoprothesenregister. Die Verbände auf Bundesebene haben daher im Herbst 2007 (nach Bekanntwerden der Vorfälle in Berlin) einen Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingebracht, der die Einführung eines Prothesenregisters im Rahmen der externen Qualitätssicherung wieder auf die Prioritätenliste setzen soll. Vorgeschlagen wird die Anbindung des Registers an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), um eine Verknüpfung mit bereits bestehenden Dokumentationserfordernissen zu ermöglichen.

Für Patientenverbände ist die Einführung von Medizinprodukteregistern vor allem aus Gründen der Patientensicherheit von Bedeutung. Die Vielzahl von Prothesen auf dem Markt, die ständige Einführung neuer Produkte, die bisher noch relativ einfachen Rahmenbedingungen für die Zulassung neuer Implantate sowie eine fehlende Übersicht der Hersteller zu Wirkungsgrad und Zuverlässigkeit der Produkte machten es notwendig, hier systematische Informationen zusammenzutragen. Zahlreiche Beispiele unzulänglicher und nur sehr zögerlicher Informationspolitik von Herstellern bei erkannten Schwächen einzelner Produkte und das Fehlen kontrollierter Studien zu Einführung neuer Verfahren und technischer Innovationen hat bei Betroffenenverbände zu der Forderung geführt, dass Patientinnen und Patienten nicht die „Versuchskaninchen“ sein dürfen. Die so genannten Innovationsrisiken dürfen nicht auf den Rücken der Patientinnen und Patienten abgewälzt werden. Mit einem Register, das auch als Referenzdatei konzipiert ist, könnten z.B. Fälle wie in Berlin u.U. vermieden werden.

Schließlich ist das Register für Endoprothesen auf nationaler Ebene auch als Beitrag zur Stärkung der Patientenrechte wichtig. Patientinnen und Patienten sind in dem milliardenschweren Geschäft der Medizinprodukte das schwächste Glied. Frühe und schnelle Informationen über mögliche Komplikationen und notwendige Revisionen können bei Patientinnen und Patienten Schmerzen und Leid verhindern. Wenn man bedenkt, dass es sich bei Endoprothesenpatienten meist um ältere Menschen handelt, für die mögliche Schäden besonders belastbar sind und deren Durchsetzungsfähigkeit im Schadensfall oft nicht sonderlich groß ist, besteht auch die Hoffnung, dass bei evt. notwendigen Schadensregulierungen bessere Ausgangsbedingungen für Patientinnen und Patienten bestehen könnten.

7.4.2 Werbeplakat an der Charité

Auf Grund mehrerer Beschwerden von Patientinnen und Patienten und zahlreicher Anfragen aus dem politischen Raum hat die Patientenbeauftragte mehrmals den Kontakt mit der Charité aufgenommen. Die vorgetragene Kritik bezieht sich auf die Punkte:

- Das Großplakat vernebelt (und verdunkelt) das Raumlicht und wirkt auf die Stimmung negativ.
- Die Beleuchtung des Plakats ist zu aufdringlich und das künstliche Licht zu lange eingeschaltet.

In ihrem Schreiben an den Vorstand der Charité bat sie, in zukünftigen Verhandlungen mit dem Werbeträger folgende Patientenangelegenheiten mit zu berücksichtigen:

- Reduzierung der Beleuchtungszeiten (von jetzt 5 Uhr bis 23 Uhr) um mindestens 4 Std. weniger.
- Die Werbeplakate sollten immer eine helle Grundfarbe haben (besonders oft wurde Kritik an den schwarzen Plakaten - z.B. von Opel - vorgetragen).
- Blinkende Effekte sind zu vermeiden.
- Sicherstellung einer vollständigen Verdunklungsmöglichkeit in den Zimmern nicht erst dann, wenn sich die Patientinnen und Patienten beschweren.

Im Ergebnis dieser Interventionen wurden lichtdichte Gardinen angeschafft und in den besonders belasteten Zimmern zur Verfügung gestellt. Im Rahmen dieser Aktivitäten wurde das Bettenhochhaus der Charité zweimal aufgesucht und die erste Probegardine besichtigt. Von Seiten der Charité wurde darauf verwiesen, dass die Erlöse aus dem Riesenposter dabei helfen, „(...) die innere und äußere Sanierung und Verschönerung des Bettenhochhauses zu finanzieren. (...) Eine Änderung der Beleuchtungszeiten ist auf Grund des geltenden Vertrages (...) nicht möglich.“

7.4.3 Rettungsdienste und Notfallversorgung

Auffällig ist, dass viele Beschwerden zur Situation in den Rettungsstellen der Berliner Krankenhäuser eingehen. In Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Gesundheit fand daher im Juni 2008 ein Erfahrungsaustausch mit den Berliner Aufnahmehospitälern und der Fachabteilung statt. Dort wurde diskutiert, was man voneinander lernen kann und wie die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch verbindliche Standards und Leitlinien für die Notfallversorgung verbessert werden kann. Es wird im Herbst eine weitere Veranstaltung zu diesem Thema geben.

7.4.4 Partner Berliner Krankenhausgesellschaft

Die Berliner Patientenbeauftragte hat den Kontakt zur Berliner Krankenhausgesellschaft gesucht. So fand dazu ein Gespräch mit der Geschäftsführung und dem Vorstand der BKG statt. Mit Nachdruck wurde auf die Notwendigkeit einer übergreifenden Informationsplattform hingewiesen. Vereinbart wurde, dass die Berliner Patientenbeauftragte eine Zusammenstellung mit Anforderungen an eine solche Transparenzplattform zur Verfügung stellt. Die Berliner Krankenhausgesellschaft signalisiert eine Prüfung und macht deutlich, dass der Wunsch für eine kontinuierliche Zusammenarbeit besteht. Vertreter der BKG arbeiten in der Steuerungsgruppe für die Transparenzplattform mit.



▲ Karin Stötzner mit Frau Jakolow-Standke bei einem Vortrag im Unfallklinik Marzahn

7.5 Bereich der Sozialversicherung

7.5.1 Krankenkassen

Das Amt der Patientenbeauftragten wurde zu einem Zeitpunkt geschaffen, zu dem sich die rechtlichen und formalen Grundlagen im Bereich der Leistungsgewährung durch Krankenkassen entscheidend geändert haben. Das hat sich auch im Berichtszeitraum nicht geändert. Nach wie vor gehen zahlreiche Anfragen zum Leistungsangebot der gesetzlichen und auch der privaten Krankenkassen ein. Auffällig ist, dass eine Kostenübernahme für viele Leistungen – wie z.B. stationäre Rehabilitationen, Fahrtkostenübernahme oder die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln – erst auf vehementes Nachfragen der Versicherten genehmigt wird. Oft ist ein Widerspruchsverfahren notwendig. Ermessensspielräume werden kaum noch ausgeschöpft.

(...) Am XXXX legt ich schriftlich Widerspruch gegen die Änderung der Windelversorgung ein. Ich hatte zwischenzeitlich bereits einige Windelmodelle erprobt, von denen aber kein Modell mich geeignet war. Bei allen Erprobungen war Urin ausgelaufen – und zwar weil alle Modelle weit unter der Saugleistung meiner bisherigen Windeln lagen. Ich hatte inzwischen in Erfahrung gebracht (...), dass Pauschalen für die Windelversorgung eingeführt wurden

und das diese Pauschalen nicht für Windeln mit höherer Saugleistung ausreichen. D.h., die Versicherten müssen enorme Eigenanteile zahlen. Ich bitte um dringende Beratung in Bezug auf mein Recht auf Berücksichtigung des Einzelfalls und eine unabhängige Beratung über Inkontinenzhilfen.

Eine Vielzahl von Beschwerden bezieht sich weiterhin auf die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Die Gutachter entschieden vorrangig per Aktenlage, der Umgang mit den Versicherten sei oft unfreundlich und herablassend, auch bei eindeutiger gesundheitlicher Einschränkung würden Versicherte als arbeitsfähig eingestuft.

(...) mit meinem Schreiben möchte ich Sie auf folgendes Problem aufmerksam machen: Den Umgang mit Patienten im Rahmen der Begutachtung durch den MDK Berlin-Brandenburg e.V. ... Dieser Arzt hatte weder die Unterlagen noch den Befundbericht des behandelnden Arztes gelesen, erfragte keine Anamnese, stellte eine Frage, unterbrach mich ziemlich schnell bei der Beantwortung, hatte eine arrogantes Auftreten ... – kurzum, nach 7 Minuten stand sein Ergebnis fest: ... Aufgrund des ärztlich erstellten Gutachtens endet ihre

Arbeitsunfähigkeit ... Ich legte Widerspruch ein. ... 2. Untersuchung beim MDK bei Frau Dr. X. Diese wusste nichts von einer Zweitbegutachtung. Sie untersuchte mich, verfügte über medizinische und soziale Kompetenz. Sie trat höflich und freundlich auf. Ergebnis: Die Arbeitsunfähigkeit besteht weiter und endet am XXX. Viele Menschen besitzen durch Ihre Erkrankung gar keine Kraft, um sich zu wehren. (...) Akteneinsicht wurde mir ... nur zögerlich und verspätet über meinen behandelnden Arzt gewährt. (...)

Über die Fragen der Patientinnen und Patienten wird deutlich, dass viele Krankenkassen ihre Versicherten nur unzureichend informieren und beraten. Viele Kassen haben vor Ort überhaupt keine Ansprechpartner mehr, Versicherte müssen schwierige Antrags- oder Widerspruchsverfahren aus der Ferne per Telefon, Fax oder Brief klären.

(...) Ende Januar.2008 bekam ich als Patient mit Multipler Sklerose zu meinem Reha-Antrag von der KKH die Information, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mir eine 3-wöchige stationäre Behandlung im Neurologischen Behandlungszentrum Greifswald genehmigt. Diese Maßnahme sollte im Zeitfenster von einer Woche (Anfang Februar .2008) beginnen. Ich erhielt jedoch weder Informationsmaterial, noch Hinweise zur Anreise, nur eine Info, wann ich mich dort vorstellen solle.

Wie sich später herausstellte, war weder das Personal, noch die Ärzteschaft über mein Krankheitsbild informiert. Mit MS-Patientinnen und Patienten hatte man dort keine Erfahrung und war sogar verwundert, dass ich eine Reha antrat und keine wie von Ihnen vermutete Anschlussheilbehandlung. Wie sich nach der Frage des Arztes für Physiotherapie „Wegen welchen Unfalles ich denn in dieser Klinik wäre?“ herausstellte. Auch mir war weder bekannt noch geläufig, dass eine beantragte Reha mit spezifischen Kenntnissen und Behandlungen entsprechend meines Krankheitsbildes in einem

Krankenhaus mit überwiegend Schlaganfallpatienten behandelt wird. Was noch die Frage aufwirft, warum man mit meinem Krankheitsbild nicht in eine Reha-Klinik mit MS-Schwerpunkt bzw. in eine direkte Fachklinik für MS geschickt wird. Dieses hätte bei sorgfältiger Auswahl der Rehaeinrichtung die Folge, dass auf längere Sicht Kosten eingespart werden könnten und man könnte auch vielem Ärger aus dem Weg gehen. (...)

(...) Ich habe anschließend meine Krankenkasse, die XY direkt, kontaktiert und auch hier nachgefragt, in welcher anderen HNO Praxis sie die Behandlungskosten inkl. Lasereinsatz übernimmt bzw. welcher Alternativbehandlung von der Kasse übernommen wird. In der HNO Praxis in Neukölln wurde mir versichert, dass der komplette Eingriff inkl. Lasereinsatz von der Krankenkasse übernommen würde. Welche alternativen Behandlungsmethoden übernommen werden, konnte /wollte man mir nicht sagen, ich bekam nur die Auskunft,

dass Laserbehandlungen grundsätzlich keine Kassenleistung wären. (...)

(...) Meine Krankenkasse konnte mir keine Auskunft geben. Deshalb lautet meine Bitte an Sie, herauszufinden und mir mitzuteilen, ob es eine im Land Berlin vorgesehene Möglichkeit gibt, die den bei mir leider vorhandenen besonderen negativen medizinischen Indikatoren, die durch das Vorhandensein einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte hervorgerufen wurden, (wie z.B. die verminderte Oberkieferknochensubstanz, das Nichtvorhandensein von mehreren Zähnen im Vergleich zu "gesunden" Menschen, usw.), dahingehend Rechnung trägt, einen Anteil der von mir zu tragenden Zahnersatz- und Behandlungskosten zu übernehmen bzw. einen öffentlichen finanziellen Zuschuss zu leisten und mir auf diesem Wege zu helfen. (...)

Die Zusammenarbeit der Patientenbeauftragten mit den benannten Kooperationspartnern in den Geschäftsführungen der Krankenkassen funktioniert sehr gut. Oft ist über den „kurzen Weg“ eine Klärung möglich.

Für die weitere Zusammenarbeit mit den Berliner Krankenkassen wurde z.B. nach dem Wechsel in der Leitung beim VdAK im Januar 2008 ein Gespräch mit Frau Leyh (Leiterin der Landesniederlassung Berlin) geführt.

7.5.2 Sozialpartner und Sozialrecht

Patientenanliegen beschränken sich nicht allein auf den gesetzlichen Rahmen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V), sondern schließen auch Fragen ein

- zum Schwerbehindertenrecht,
- zu Problemen in Gutachterverfahren,
- und Einsichtsrechten in Gutachten,
- Möglichkeiten zur Hinzuziehung von Zeugen bei Begutachtungen und
- Benachteiligung von Behinderten in der medizinischen Versorgung.

In Folge der Änderungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) gab es eine hohe Anzahl von Anfragen zum Schwerbehindertenrecht, da die Einstufung als Schwerbehinderter eine besondere Rolle bei der Anerkennung als Chroniker spielt. Dies wiederum hat eine besondere Bedeutung für die Festsetzung der Zuzahlungsgrenze.

(...) Das Versorgungsamt hat meinen Antrag auf Nutzung der Behindertenparkplätze abgelehnt. Was kann ich dagegen tun? (...)

(...) Seit mehr als einem Jahr warte ich nun schon auf die Bearbeitung meines Widerspruchs, obwohl inzwischen alle Unterlagen vorliegen. Von den Mitarbeitern des Versorgungsamtes werde ich nur getröstet. (...)

(...) Da ich körperlich und seelisch sehr angeschlagen bin und große Schwierigkeiten beim Entkleiden habe, begleitete mich eine Bekannte. (...) Die Gutachterin verweigerte meiner Begleiterin den Zutritt zum Behandlungsraum. Ist das rechtmäßig, wenn ich mir eine Begleitung wünsche? (...)

Zur Klärung dieser Fragen besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachabteilungen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der nachgeordneten Institutionen, so dass ein Großteil der Anliegen geklärt werden konnte.

7.6 Patientenbeauftragte des Bundes



▲ Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mit Karin Stötzner

Das Amt der Patientenbeauftragten ist ohne eine enge Einbindung in die fachlichen und politischen Debatten der Akteure im Gesundheitswesen nicht denkbar. Eine Zusammenarbeit besteht - neben den bereits beschriebenen Kooperationen - auch mit der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Frau Helga Kühn-Mengel. Das Berliner Amt ist der Landespartner der Bundesbeauftragten. Im Berichtszeitraum haben mehrere Treffen mit ihr stattgefunden. Es wurde eine kontinuierliche Zusammenarbeit und der Austausch wichtiger Informationen vereinbart.

Die Patientenbeauftragte für Berlin unterstützt nachdrücklich das Vorhaben der Bundesbeauftragten, eine Gesetzesinitiative zu starten, mit der der Rahmen für einen Behandlungsvertrag für Patienten auf den Weg gebracht werden soll. Sie nahm als Gast an den jährlich stattfindenden Tagen der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher teil.

7.7 Landesbeauftragte

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit den Berliner Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung Herrn Martin Marquard und dem Landesbeauftragten für Psychiatrie Herrn Heinrich Beuscher.

Bei vielen der an das Büro der Patientenbeauftragten herangetragenen Probleme gibt es thematische Überschneidungen, so dass sich eine enge und unbürokratische Zusammenarbeit als sehr hilfreich erwiesen hat. Thematische Schwerpunkte der Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeauftragten waren:

- Suche nach Spezialeinrichtungen für behinderte Patienten
- Klärung rechtlicher Ansprüche von behinderten Patienten
- Auseinandersetzungen mit Kostenträgern
- Strukturefordernisse für eine behindertengerechte ärztliche Versorgung sowohl bei niedergelassenen Ärzten wie im Krankenhaus
- Assistenz im Krankenhaus
-

Thematische Schwerpunkte der Zusammenarbeit mit dem Beauftragten für Psychiatrie waren:

- psychiatrische Patienten in Heimen für alte Menschen
- Beschwerden von psychisch Kranken über Gutachten
- Beschwerden über Betreuungen
- Qualitätsaspekte psychiatrischer Versorgung

Außerdem bringt die Patientenbeauftragte ihre Erfahrungen in eine Arbeitsgruppe ein, die sich mit der Implementierung von Besuchskommissionen in psychiatrischen Einrichtungen im Land Berlin beschäftigt.

7.8 Zusammenarbeit mit Medien

Eine sinnvolle Politik für die Interessen der Patientinnen und Patienten ist ohne eine enge Zusammenarbeit mit Medien nicht möglich. Mit Presseerklärungen, Interviews und Radiobeiträgen wurden aktuelle Themen in die Öffentlichkeit gebracht. Einige Beispiele seien hier genannt:

- Zusammenarbeit von Patientinnen und Patienten mit Pharmafirmen (Interview DER SPIEGEL)
- Interview Deutschlandfunk
- Umsetzung der Pflicht zur Krankenversicherung (Presseerklärung)
- Prothesenskandal im St. Hedwig Krankenhaus (Interview in der Berliner Abendschau)
- Beschwerden über zu lange Wartezeiten in Rettungsstellen (Fernsehbeitrag in ‚hart aber fair‘ - rbb)
- Einführung einer Notfallgebühr der KV für AOK-Notfallpatienten (Presseerklärung)
- Interview mit Selbsthilfezeitung zu Verträgen der Integrierten Versorgung
- Interview mit Berliner Morgenpost zum Thema Krankenhaushygiene
- Live-Interview in der Berliner Abendschau (rbb) zum Prothesenskandal im St. Hedwig Krankenhaus



8. Politische Schwerpunktthemen

8.1 Patientenbeteiligung

Es gehört es zu den Zielen der Patientenbeauftragten, sich für eine angemessene Patientenbeteiligung in den Gremien des Berliner Gesundheitswesens einzusetzen. Mit der Benennung der nach wie vor einzigen Patientenbeauftragten eines Bundeslandes und mit der Einbindung dieser in relevante Gremien des Gesundheitswesens (z.B. Landesgesundheitskonferenz, Landeskrankenhausbeirat, Lenkungsausschuss Qualitätssicherung) nimmt Berlin nach wie vor eine besondere Rolle ein.

Seit dem Jahr 2004 hat der Gesetzgeber auf Bundesebene die Patientenbeteiligung im SGB V förmlich geregelt und den maßgeblichen Verbänden zur Vertretung von Patienteninteressen (nach § 140g SGB V) das Recht eingeräumt, in wichtigen Institutionen mit zu beraten. Neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Bundesebene sind in den Ländern Beteiligungsrechte in den Landesausschüssen sowie den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gesetzlich verankert. Patientinnen und Patienten haben hier Rechte im Sinne der Beratungsbeteiligung, aber noch keine Entscheidungskompetenzen.

Die maßgeblichen Verbände zur Vertretung von Patienteninteressen haben für die Umsetzung dieser Beteiligungsrechte auf Bundesebene den so genannten Koordinierungskreis der Patientenverbände gegründet, für den es inzwischen auf der Länderebene - so auch in Berlin - entsprechende Gremien gibt. Die Koordinierungskreise benennen einvernehmlich Vertreterinnen und Vertreter oder so genannte sachkundige Personen. Nachdem sich Vertreter von Institutionen im Gesundheitswesen (z.B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen) anfänglich schwer getan haben mit der Einbindung von Patientinnen und Patienten, läuft das

inzwischen auch in Berlin reibungslos. Getragen wird dieser Aufgabenbereich der Teilhabe vor allem von ehrenamtlich tätigen Aktiven aus Selbsthilfeorganisationen. Themenbezogene Benennungen sind in nahezu allen Fällen möglich, da es für fast alle wichtigen Themenfelder aktive und kompetente Selbsthilfegruppen und -verbände gibt.

Welche Forderungen haben Patientenverbände dazu →

Die Patientenverbände auf Bundes- und Länderebene haben deswegen im Mai 2008 vereinbart, die Diskussion um eine Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung anzustoßen. Hier geht es einmal um die Ausweitung in Richtung Entscheidungsbeteiligung an Verfahrensfragen und die Ausweitung auf weitere Gremien.

Vor dem Hintergrund dieser Debatten und auf Grund eigener Erfahrung als Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Patientenbeauftragte auch für Berlin Vorschläge für eine Ausweitung der Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten gemacht:

8.1.1 Landeskrankenhausbeirat

Bisher ist nur die Patientenbeauftragte auf Vorschlag der damaligen Senatorin für Gesundheit und Soziales Frau Dr. Knake-Werner und des Staatssekretär Herrn Dr. Schulte-Sasse als Sachkundige in den Beirat berufen worden. Das Berliner Krankenhausgesetz sieht vor, dass die Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit neben den Krankenhäusern und Krankenkassen weitere Vertreterinnen und Vertreter von relevanten Organisationen in den Beirat berufen kann (z.B. die Ärztekammer Berlin und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin). Auch ohne eine förmliche Änderung des Landeskrankenhausgesetzes könnte auf dieser Grundlage auch eine größere Zahl von Patientinnen und Patienten in die Fachdiskussion eingebunden werden. Eine Ausweitung der Plätze wäre also auf Anweisung der Leitung des Hauses ganz einfach möglich.

Eine Ausweitung der Patientenbeteiligung im Landeskrankenhausbeirat ist zum jetzigen Zeitpunkt deswegen auf der Tagesordnung, weil sich die fachpolitischen Debatten zunehmend mehr um strukturelle Fragen der Versorgung insgesamt drehen. So ist z.B. die Diskussion um die ambulante Versorgung in Krankenhäusern nach § 116 b SGB V für einzelne Patientengruppen von großer Bedeutung. Sie haben mit ihren Vorschlägen und ihrer Erfahrungskompetenz zur Festlegung der Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich beitragen können.

Festlegung der Beteiligungsrechte

Vorschlag: Anhörungs- und Mitberatungsrechte, keine Entscheidungskompetenzen
-> zu klären ist, ob auch Antragsrechte eingeräumt werden sollen.

Festlegung der Informationsrechte

Vorschlag: Einladungen müssen dem Büro der Patientenbeauftragten rechtzeitig zugehen, so dass ein förmliches Abstimmungs- und Benennungsverfahren zur Auswahl der Vertreter möglich ist.

8.1.2 Beteiligung Lenkungsausschuss Qualitätssicherung

Darüber hinaus setzt sich die Patientenbeauftragte für eine Ausweitung der Patientenbeteiligung in anderen Gremien ein, die nicht in der Verfügungshoheit der Senatsverwaltung liegt. Das ist insbesondere die Beteiligung von zusätzlichen Patientenvertreterinnen und -vertretern im Lenkungsausschuss Qualitätssicherung (getragen von den Krankenkassen und der Berliner Krankenhausgesellschaft).

Bis zum Sommer 2008 sind vor diesem Gremium jedoch bereits zwei Anträge dazu gescheitert.

8.1.3 Stärkung der Verfahrensbeteiligung



Zusätzlich ist es sinnvoll, z.B. über Initiativen in der Gesundheitsministerkonferenz oder über den parlamentarischen Weg aktiv zu werden, um weitere Optionen der Patientenbeteiligung auf einen gesetzlichen Weg zu bringen.

Dazu heißt es in dem Papier der Patientenverbände →

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen behandelten Fragen nur einen Teil der für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevanten Themen umfassen. Weitere Beteiligungsoptionen auf Bundes-, aber insbesondere auf Landesebene sind dort einzuräumen, wo die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung versorgungsrelevante Vereinbarungen aushandeln. Je nach Gegenstand kann hier zwischen Entscheidungs-, Beratungs- oder Verfahrensbeteiligung differenziert werden. Dazu gehören u.a.:

- Rahmen- und Gesamtverträge (§§ 82 SGB V ff.) sowie weitere Vereinbarungen zur finanziellen Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen auf Landesebene,
- Strukturverträge (§ 73 a SGB V), Verträge zur hausarztzentrierten (§ 73 b SGB V) oder besonderen ambulanten ärztlichen (§ 73 c SGB V) sowie zur integrierten Versorgung (§§ 140 a SGB V ff.),
- Vereinbarungen und Institutionen zur ambulanten und stationären Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene

Ferner ist auch eine verbesserte Transparenz und Partizipation im Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzustreben, weil hier die für die Versorgung relevanten Vergütungsfragen behandelt werden.

Im Bereich der Pflegeversicherung werden erst durch die aktuellen Reformbemühungen entsprechende Beteiligungsrechte eingeführt. Die partizipationsrelevanten Aspekte sind dabei insbesondere:

- Kriterien und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität,
 - Aktualisierung und Implementierung von Expertenstandards,
 - die Durchführung von Qualitätsprüfungen sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse.
-

8.2 Qualität und Transparenz

8.2.1 Transparenzplattform „Gesundheit in Berlin“

Schon 2006 hat die Landesgesundheitskonferenz Berlin die von der Patientenbeauftragten für Berlin erarbeiteten und von der AG Gesundheitsziele mitgetragenen Konzeptüberlegungen für ein Gesundheitsportal zu Berliner Angeboten im Gesundheitswesen als Grundlage für ein Transparenzprojekt angenommen. In ihrem Beschluss heißt es: Zur Umsetzung des Ziels Transparenz und nutzerfreundliche Information zum Leistungsangebot und zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Berlin (Aufbau einer ‚Plattform Gesundheit in Berlin‘) unterstützt die LGK die Ziele der Arbeitsgruppe und die genannten Strategieempfehlungen und setzt für die Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Partnern eine Steuerungsgruppe ein.

Das Portal, das in die Internetseite des Landes Berlin unter berlin.de eingebunden wird, soll keine eigenständige neue Datenbank aufbauen, sondern wird im ersten Schritt vor allem bestehende Datenbanken und Internetseiten miteinander verknüpfen. Die Portalseite muss eine modellhafte nutzerfreundliche Führung durch die Informationsfülle aufweisen, damit schon auf der Nutzeroberfläche dem Bedürfnis nach übersichtlicher, schneller und umfassender Information Rechnung getragen werden kann.

Dafür ist eine kontinuierliche Beteiligung der relevanten Akteure als Partner und deren Zusage zur Pflege ihrer jeweiligen Fachinformationen erforderlich. Das Projekt wird deshalb von den maßgeblichen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens gemeinsam getragen und von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unterstützt. Um die Zusammenarbeit der Partner bei der Umsetzung der Plattform zu koordinieren und die Einhaltung der übergreifenden Standards zu gewährleisten, setzt die LGK eine Steuerungsgruppe ein. Diese

- trägt Wissen über vorhandene Informationsangebote in Berlin zusammen und benennt den zusätzlichen Informationsbedarf (Ziel: Nutzung vorhandener Angebote - Minimierung des Zusatzaufwandes),
- entwirft ein Pflichtenheft für die Gestaltung der Internetseiten (Vergleichbarkeit, leichte Handhabung, klare Verweisungslogik, Multiplikatorenorientierung, Verlässlichkeit),
- führt eine Anhörung von Anbietern durch, die eine solche Plattform gestalten könnten und eruiert den Kostenaufwand,
- formuliert die Vorlage zur Beschlussfassung in der LGK,
- stellt sicher, dass Kriterien für ein ausgewogenes Informationsangebot formuliert werden (Anbieter-Nutzer, gewerblich-gemeinnützig, professionelle und Laiensicht, große Anbieter und kleine Akteure usw.).

Die Steuerungsgruppe für die Umsetzung hat im Berichtszeitraum mehrmals getagt und ist in der konzeptionellen und thematischen Abstimmung um einiges weitergekommen. Einzelne Partner haben ihre „Textbausteine“ geliefert. Unterstützt wird das Projekt zurzeit durch eine Honorarkraft, die bei den Partnern die erforderlichen verbindlichen Kontakte sichert und nach Qualitätskonzepten der unterschiedlichen Leistungsanbieter fragt. Die Reaktion von Akteuren des Berliner Gesundheitswesens ist durchaus positiv.

8.2.2 Qualitätstransparenz im Krankenhaus

Zu einem der Dauerthemen der Arbeit der Patientenbeauftragten für Berlin gehört das Bemühen um Qualitätstransparenz im Bereich Krankenhäuser. Dieses Projekt, das nach wie vor sehr viel Zeit bindet, gehört zu den Erfahrungen, die zeigen, wie schwierig es ist, geplante Ziele umzusetzen, wenn die Partner andere Interessen verfolgen.

Berlin verfügt über ein komplexes Leistungsangebot im Gesundheitswesen, das eine hohe Versorgungsqualität und große innovative und wirtschaftliche Potentiale aufweist. Es mangelt jedoch an gebündelter Information darüber, wer was mit welcher Qualität wo anbietet. In Berlin fehlt sowohl eine zentrale übersichtliche Zugangsinformation für Bürgerinnen und Bürger als auch eine Vergleichsmöglichkeit zu Angeboten und Leistungen, die insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Kompetenz und Qualität eine souveräne und fundierte Wahlentscheidung möglich macht. Die Patientenbeauftragte hat sich daher zum Ziel gesetzt, zur Herstellung von mehr Leistungstransparenz auf der Basis vorhandener Qualitätsinformationen in einer nutzerfreundlichen Internetinformation beizutragen. Ein Gesamtprojekt „Transparenzplattform“ soll in mehreren Teilschritten realisiert werden

Der Anlass hier tätig zu werden sind die Fragen von Patientinnen und Patienten. Diese sind auf der Suche nach aussagefähigen Informationen zu den Angeboten der Krankenhäuser.

(...) ich hoffe, Sie können mir bei der Suche nach einem Arzt behilflich sein. Ich leide seit nunmehr anderthalb Jahren an Übelkeit mit gelegentlichen Brechattacken und Kreislaufzusammenbrüchen, meiner Hausärztin, die selbst Internistin ist, fällt (nach Prüfung von Blutwerten und Ultraschall ohne Befund) nichts mehr dazu ein. Eine Magenspiegelung wurde wegen Unverträglichkeit des Betäubungsmittels abgebrochen. Ich würde jetzt, da die Beschwerden anhalten, sehr gerne noch einmal zu einem anderen, erfahrenen Internisten gehen, der optimalerweise selbst auch die

Magenspiegelung unter besseren Bedingungen noch einmal wiederholen kann.

Wie kann ich in Berlin einen Internisten finden, der auf dem Gebiet Magen spezialisiert ist bzw. wie erfährt man als Patient, welcher Arzt in Fachkreisen als renommiert gilt?

Gibt es ansonsten in Berlin eine Klinik, die für dieses Beschwerdebild ein spezielles Zentrum hat oder die für gute Ergebnisse auf diesem Gebiet bekannt ist? Gibt es Zentren für alternative medizinische Methoden, an die ich mich mit diesem Problem auch wenden könnte? (...)

Diese Fragen bleiben meist noch unbeantwortet. Nach wie vor existiert keine Weiterentwicklung der Krankenhausdatenbank der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG), in der alle Informationen der Qualitätsberichte und der gesetzlich vorgegebenen vergleichenden Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ausgewertet werden. Die Berliner Krankenhausgesellschaft verweist auf ihr geplantes Portal der Landeskrankenhausgesellschaft (DKTIK), das im Jahr 2008 veröffentlicht werden soll.

Ein vom Initiativkreis der Berliner Krankenhäuser (Moderation: Patientenbeauftragte Berlin) vorgeschlagenes Modell zur Entwicklung von Ergebnisindikatoren aus Routinedaten, welches auch von der BKG im Berliner für einen Antrag beim Berliner Masterplan übernommen wurde, liegt wegen fehlender Finanzierungsmöglichkeiten jedoch auf Eis.

Die Berliner Situation zur Krankenhaustransparenz ist nicht ganz einfach. Obwohl es von einzelnen Krankenhäusern und Trägern immer wieder Kritik am Klinikführer des Berliner TAGESSPIEGEL gab und gibt, hat sich dieses Projekt inzwischen doch soweit etabliert, dass alle Krankenhäuser ihre Daten regelmäßig der Zeitung zur Verfügung stellen. Leider liegen die Übersichten des Klinikführers nicht in einer ansprechenden und leicht verständlichen Version im Internet vor. Hier lag der Ansatzpunkt der Patientenbeauftragten. Die Kritik am Klinikführer des Tagesspiegel durch die Krankenhäuser hat zwei Aspekte: Einmal der aufwendige Prozess einer Lieferung von Daten, die sich an Druckterminen und nicht an Dokumentationserfordernissen der Krankenhäuser orientiert und zum anderen die Vorbehalte zur Veröffentlichung von Ergebnisdaten aus dem so genannten BQS-Verfahren, dem die Datenvollständigkeit, die Aussagefähigkeit bei kleinen Fallzahlen und die fehlende Risikoadjustierung vorgeworfen wird. Qualitätsexperten einzelner Krankenhäuser kritisierten, dass die Ergebnisse

vor der anschließenden Bewertung durch das zuständige Qualitätsbüro (Strukturierter Dialog) veröffentlicht werden.

Der Initiativkreis Krankenhäuser und die Patientenbeauftragte haben daher einen Vorschlag gemacht, aus diesem Dilemma heraus zukommen. Auf Initiative des Staatssekretärs für Gesundheit Herrn Dr. Hoff im Dezember 2007 gelang es die Krankenhäuser erneut an den Tisch zu holen. Vorgelegt wurde ein Vorschlag, mit der Veröffentlichung der im BQS-Verfahren generierten Ergebnisindikatoren zu beginnen und sie in Analogie zum Krankenhausspiegel Hamburg im Rahmen der Transparenzplattform zu veröffentlichen. Die Hamburger Darstellung ist vorbildlich im Bezug auf die Patientenverständlichkeit und die Darstellung des Verfahrens und der Indikatoren. Sie kann in dieser Form erheblich zum Verständnis der Indikatoren bei Patientinnen und Patienten beitragen (www.hamburger-krankenhausspiegel.de).

Die Kollegen in Hamburg waren zur Zusammenarbeit bereit und haben angeboten, die Berliner Partner ausführlich über die Entwicklung der Plattform, die erforderlichen Arbeiten und Routinen sowie über den finanziellen Rahmen zu informieren. Dazu haben sie die Berliner Verantwortlichen nach Hamburg eingeladen. Mit diesem Vorschlag sollte ein Verfahren implementiert werden, das auf den Tabellen und Ergebnissen des gesetzlichen Verfahrens aufsetzt (die beim Qualitätsbüro Berlin jährlich fertig vorliegen) und daraus eine Routine macht, die den Krankenhäusern keine zusätzliche Arbeit zu Übermittlung und Überprüfung von Daten bereitet. Notwendig wäre lediglich die schriftliche Zustimmung der Häuser zur Übermittlung der Daten vom QBB an das Internetportal.

8.2.3 Vorschlag der Patientenbeauftragten für Berlin

Berlin kann als Modellstadt im Bezug auf Transparenz im Krankenhausbereich angesehen werden. Es gibt eine große Bereitschaft zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit Partnern, die die Transparenz erhöhen wollen. Angesichts zahlreicher paralleler Ansätze wird es vermutlich jedoch nicht zu einer Vereinheitlichung der Konzepte in einer einzigen Transparenzplattform kommen.

Möglich ist aber die Erarbeitung von Teilmodulen für Internetportale, die als Bindeglied zwischen den verschiedenen Anbietern denkbar sind, die die Patientenperspektive bei der Darstellung der Indikatoren und Ergebnisse und deren Nutzbarkeit durch Patienten in den Mittelpunkt stellen. Diese Module, die sich sehr eng an der Fragestruktur der Patienten und deren konkreter Entscheidungssituation orientieren, müssen so konzipiert werden, dass sie in verschiedene Portale eingebunden werden können.

Informationsmodule:

1 Patientenverständliche Übersetzung zu den gesetzlich vorgegebenen Qualitätsindikatoren (BQS)
Ziel der Übersetzung der Indikatoren und des gesetzlichen Verfahrens zur vergleichenden Qualitätssicherung ist es, Patienten einzuführen in die Logik der Qualitätsdarstellung und die Vermittlung von Wissen darüber, dass man und wie man nach Qualität fragen kann. Die Übertragung versteht sich als Beitrag zur Aufklärung und zur Verbreitung der Kompetenz von Patienten. Nur wer versteht, worum es geht und welche Logik hinter bestimmten Begriffen steckt, kann die Informationen auch anwenden.

2 Vollständige Abbildung der BQS-Ergebnisdaten in einer Vergleichsliste
Die Veröffentlichung einer „Übersetzung“ von BQS-Indikatoren als Beitrag zur Aufklärung hat nur dann Sinn, wenn die Ergebnisse auch abgebildet werden. Deshalb ist der zweite Baustein in den geplanten Modulen der eigentlich wichtigste: Eine Portalseite zum Vergleich der Berliner Krankenhäuser nach den BQS-Indikatoren.

3 Handreichungen für das Auswahl- und Aufklärungsgespräch vor notwendigen Behandlungen

Als konkrete Hilfe und Unterstützung für Patienten sollen in einem weiteren Modul die Indikatoren und Ergebnisinformationen in Patientenfragen übertragen werden.

Die weitere Übersetzung des Verfahrens versteht sich als Unterstützung für die Situation, für die die Patienten vermutlich die Vergleichsinformationen brauchen: Das Gespräch mit den behandelnden Ärzten.

Neben den erläuternden Texten soll dabei für jede Behandlung ein Fragebogen für Patienten entwickelt werden, mit dem diese sich bei Vorbereitung ihres Krankenhausaufenthaltes durch gezielte Fragen an ihren möglichen Partner in der Behandlung vorbereiten können. Diese Erläuterungen können sowohl eigenständig als Dokumente für Patienten zur Verfügung stehen, als auch in den verschiedenen Internetapplikationen genau dort als Zusatzinformation hinterlegt werden, wo Patienten Ärzte für spezifische Krankheiten suchen.

4 Druckversion von Auswahlinformationen als Handzettel für Patienten

Anforderung an dieses Modul ist, dass zu einer ausgewählten Liste von Krankenhäusern bezogen auf eine bestimmte Operation die patientenverständlichen Informationen über Qualitätsbeurteilung zu dieser Operation in optisch ansprechender Form dargestellt und gedruckt werden kann.

5 Rückkopplung mit Patientenverbänden

Chronikerplattform zur kombinierten Suche nach Behandlungsangeboten

Mit dem letzten Modul sollen weitgehend fehlende spezifische Informationen für chronisch kranke Patienten mit ihrem komplexerem Informationsbedarf ergänzt werden. Zusätzlich sollen die Informationen aus dem Bereich der Selbsthilfe mit den vorliegenden Informationen auf Datenbasis zu Krankenhausqualität verknüpft werden.

Für chronisch kranke Menschen ist die Suche nach geeigneten Behandlern im Krankenhaus oft eine besondere Herausforderung. Patienten stehen stets vor der Frage, welche Klinik sowohl für die Behandlung ihrer chronischen Krankheit als auch für die Behandlung eines akuten Bedarfs (z.B. der Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes) gleichermaßen gut geeignet ist. Die Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind als Basis gut geeignet, auch solche Kombinationsabfragen durchzuführen. Angebote derart bestehen derzeit aber noch zu wenig.

In Zusammenarbeit mit Selbsthilfeverbänden könnte in diesem Modul erarbeitet werden, welchen konkreten Informationsbedarf die Betroffenen haben und die Informationen des Krankenhauses mit Informationen aus Selbsthilfeinitiativen (z.B. über die Selbsthilfedatenbank Berlin) verknüpft werden. In den aktuellen Angeboten fehlen die Verknüpfungen von Dateninformationen über Krankenhausqualität mit den Beratungsangeboten von Selbsthilfegruppen.

8.2.4 Kooperation mit dem TAGESSPIEGEL beim Klinikführer

Unabhängig von den sehr wechselvollen Diskussionen der Krankenhäuser um die „besten“ und „richtigen“ Klinikvergleiche, besteht eine enge Zusammenarbeit der Patientenbeauftragten mit dem TAGESSPIEGEL bei der Umsetzung des Klinikführers.

In Abstimmung mit Herrn Bach, dem verantwortlichen Redakteur, wurde z.B. eine Liste mit Fragen zur Patientenorientierung in den Vergleich aufgenommen. Hier zeigt sich allerdings, dass Zusatzfragen zu besonderen Patientenangelegenheiten so konkret formuliert sein müssen, dass sie zu trennscharfen Antworten führen. Die Abstraktheit der Fragen im ersten Durchlauf hat gezeigt, dass zu viele Häuser Fragen z.B. nach einem etablierten Beschwerdemanagement natürlich mit „ja“ beantworten. Wie man erfassen kann, ob das Beschwerdemanagement tatsächlich den Erwartungen der Patientinnen und Patienten entspricht, bedarf der methodischen Weiterentwicklung.

8.2.5 Krankenhausplanung

Einen anderen Weg geht die Abteilung für Krankenhausplanung der Senatsverwaltung für Gesundheit. Sie veröffentlicht, welche Kliniken welche Operationen (zunächst Krebs) wie häufig vornehmen. Grundlage für die Daten zu 21 Tumordiagnosen sind Erhebungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom Jahr 2006. In Säulendiagrammen ist dargestellt, wie viele vergleichbare Operationen bei einer bestimmten Diagnose in einem Krankenhaus innerhalb eines Kalenderjahres vorgenommen wurden.

Die Patientenbeauftragte unterstützt diesen Weg, da mit den Angaben aus den Abrechnungsdaten Informationen zur Verfügung gestellt werden können, die die Qualitätsberichte bisher nicht abbilden.

8.4.6 Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten in Heimen

Die Patientenbeauftragte arbeitet beim Runden Tisch Pflege der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales mit. Mit der so genannten Transparenzoffensive will die Senatorin Dr. Knake-Werner erreichen, dass die Berliner Pflegeeinrichtungen erstmals und freiwillig einen Qualitätsbericht zu Leistungen der Pflegeheime vorlegen. Das in einer Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses vorgelegte Konzept, hat im Dezember 2007 zur Veröffentlichung der Berichte auf der Internetseite der Senatsverwaltung geführt. Die Patientenbeauftragte ist Mitglied in dieser Arbeitsgruppe.

Um in diesem Prozess auch die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer einzubringen, wurde durch die Zusammenarbeit mit SEKIS eine weitere Arbeitsgruppe initiiert, mit der Anforderungen aus Betroffenenicht zusammengetragen wurden. Diese AG hat unter Beteiligung von 22 Mitgliedern von Seniorenvertretungen und Selbsthilfegruppen inzwischen viermal getagt und einen Katalog vorgelegt, der den Charakter eines Qualitätsleitfadens hat.

Treffen der Arbeitsgruppe ▼

Mit ihm werden Wünsche als Checkliste vorgetragen, die es den Heimen ermöglichen könnten, ihre eigenen Informationsangebote dahingehend zu überprüfen, ob sie den Erwartungen zukünftiger Nutzerinnen und Nutzer entsprechen. Im Rahmen dieses Prozesses fanden auch Gespräche mit MDK-Mitarbeitern statt, mit denen die mögliche Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung solcher Anforderungen diskutiert wurde.



Die vom Arbeitskreis erarbeiteten Anforderungen an die Qualitätstransparenz wurden im Herbst an alle 300 Pflegeeinrichtungen in Berlin verschickt. Als Konsequenz daraus ist ein Modellvorhaben mit den Pflegeeinrichtungen entstanden. Zwei große Träger haben sich dazu bereit erklärt, die Checkliste für eine Überprüfung ihrer Angebote und Informationen zu nutzen und gehen offen in den Dialog mit der Arbeitsgruppe:

Das Forum für Senioren der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und
der Verband der Privatkanneanstalten Berlin-Brandenburg e. V.

Im Juni 2008 wird es den ersten Workshop zwischen Einrichtungsleitern und Vertretern des Arbeitskreises geben. Fragen nach der Sicherstellung der medizinischen Versorgung werden dabei eine große Rolle spielen.

Das Büro der Patientenbeauftragte ist darüber hinaus Partner eines Projektes im Rahmen der Berlin School of Public Health. Eine Studentin überprüft die Ergebnisse der Transparenzoffensive und die Vorlagen der Qualitätsberichte auf ihre Übereinstimmung mit den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer.

Durch regelmäßige Kontakte mit Herrn Dr. Gallon - als Verantwortlichem der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales - wurde sichergestellt, dass die Brücke zwischen den verschiedenen Vorgehensweisen gebaut ist. Ziel ist die Verknüpfung dieses Diskurses mit dem Vorhaben Transparenzplattform „Gesundheit in Berlin“. Das Engagement in diesem Themenfeld rechtfertigt sich durch zunehmende Nachfragen zu „guten Pflegeheimen“ und vereinzelt Beschwerden über schlechte Pflege in Heimen.

8.3 Patientenorientierung im Berliner Krankenhausgesetz

Die Patientenbeauftragte schlägt im Rahmen der Novellierung des Berliner Krankenhausgesetzes Folgendes vor: In § 24 sollten in die Vorgaben zur Patientenversorgung in Berliner Krankenhäusern Regelungen aufgenommen werden, wie

- ein verbindliches verantwortungsvolles Entlassungsmanagement, welches den Erfordernissen einer ganzheitlichen integrierten Versorgung Rechnung trägt. Dazu gehören Konventionen für eine schnelle schriftliche Information an die Akteure der Weiterbehandlung, verantwortliche geregelte Überleitung in anschließende Versorgungsstrukturen ebenso wie die Berücksichtigung psychosozialer Betreuungsangebote.
- Maßnahmen für ein umfassendes Risikomanagement und eine Fehlervermeidungskultur,
- eine Stärkung des Pflegebereichs, die der großen Bedeutung der pflegerischen Leistungen Rechnung trägt,
- Maßnahmen zur Vermeidung von Versorgungsengpässen (z.B. an Wochenenden und in Notfallstationen) und
- angemessene Rahmenbedingungen für eine Palliativversorgung und den Umgang mit Sterben und Tod.

8.4 Patienteninformation und Werbung

Die Information von Patientinnen und Patienten zu Leistungen und Produkten im Gesundheitsbereich ist ein nahezu unüberschaubares Feld. Das Bedürfnis von neutraler und unabhängiger Stelle über Krankheiten und ihre Behandlung, über Methoden und medizinische Verfahren, vor allem aber über Medikamente und ihre Wirkung informiert zu werden, ist enorm.

Ein beachtlicher Teil der Fragen im Büro der Patientenbeauftragten bezieht sich z.B. auf verschriebene Arzneimittel bzw. auf Wirkungsweise der zunehmend häufiger verordneten Ersatzpräparate. Aufgrund der immer zahlreicheren Rabattverträge von Krankenkassen mit einzelnen Arzneimittelherstellern und der Verpflichtung an die Ärzte, preisgünstige Medikamente zu verordnen, sind Patientinnen und Patienten verunsichert über die immer wieder wechselnden „Pillen“. So fordern Patientinnen und Patienten bestimmte Medikamente von denen sie überzeugt sind oder von denen sie erfahren haben, dass sie „gut sein sollen“. Die Qualität und die Quellen der Informationen sind sehr unterschiedlich. Obwohl die meisten der Fragen in diesem Feld von den behandelnden Ärzten und Apothekern in Umfeld zu beantworten wären und von ihnen beantwortet werden sollten, suchen Patientinnen und Patienten nach anderen Informationsquellen.

(...) Ich habe jetzt jahrelang immer das Medikament XY verschrieben bekommen. Seit einiger Zeit verschreibt mein Arzt mir das nicht mehr. Immer wenn ich mit dem Rezept in die Apotheke komme, kriege ich eine andere Schachtel. Aber die verfrage ich nicht so gut. Es hat aber keinen Zweck, mit meinem Arzt darüber zu reden, der hat immer keine Zeit und wird ganz unruhig, wenn ich wieder damit anfangen. Ich verstehe das aber nicht und außerdem weiß ich gar nicht, was das eigentlich ist und warum das jedes Mal anders wirkt. Das kann doch eigentlich nicht sein. (...)

(...) In der Zeitung habe ich gelesen, dass das XY in meinem Fall das Beste wäre. Wer kann mir denn dazu etwas sagen? (...)

(...) Mit meiner besonderen Hormonausstattung verfrage ich die normale Pille nicht. Meine Ärztin hat mir immer diese hochdosierte Pille XY verschrieben. Das macht sie jetzt nicht mehr. Jetzt muss ich das auf einmal selber zahlen. Bei der anderen, da wird mir immer schlecht, aber

ich kriege die nicht. Wer kann mir denn mal erklären, was da wie wirkt und warum ich das nicht verfrage. (...)

Sehr geehrte Damen und Herren, als Großmutter einer 16jährigen Enkeltochter bin ich in großer Sorge. Im August 2007 wurde sie das erste Mal HPV geimpft, seitdem ist nichts mehr wie es war. Es fing mit einer Nabelzyste, Übelkeit und Durchfall an, und wurde mit jeder Impfung schlimmer. Seit der dritten Impfung leidet sie nicht nur unter Übelkeit und Durchfall, sondern unter einem starken Ekzem sowie einer starken Neurodermitis, alles begleitet von starkem Juckreiz. Die Magen- und Darmspiegelungen waren negativ und die Ärzte ratlos. Seit gestern wird sie mit einer Lichttherapie behandelt. Das Schlimmste ist, dass sie nicht mehr in die Schule gehen kann, und somit ihre Prüfung nicht beenden kann, und dadurch auch ihre Lehrstelle verlieren wird.

... Wer kann uns helfen, wer kommt für die Folgen auf?... Bevor so ein Medikament auf den Markt kommt sollte es genügend erprobt sein. (...)

Hilfreich ist hier die kompetente und engagierte Beratung der Patientenberatungsstelle des Pharmakologischen Instituts der Universität Dresden, die auch Teil der Unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V sind. Aber die Fragen machen zugleich auf ein Problem aufmerksam, dass Patientenverbände zur Zeit sehr intensiv diskutieren: Wie kann Patienten- und insbesondere Medikamenteninformation als seriöse und neutrale Auskunft zur Verfügung gestellt werden. Das Feld ist deswegen von großer Bedeutung, da die Wirtschaftsunternehmen im Pharmabereich mit massiven Investitionen versuchen, ihre Informationen - ihre Werberbotschaften - direkt an die Kunden, die Patientinnen und Patienten zu bringen. So sind Selbsthilfeorganisationen seit geraumer Zeit einem massiven Werben zur Zusammenarbeit ausgesetzt.

Mit Anfragen an die Patientenbeauftragte, wie sie zum Versuch der Pharmafirmen stehe, auf EU-Ebene das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente mit einem Recht zur Patienteninformation durch die Hersteller auszuhebeln, ist das Thema auch auf dieser Ebene angekommen. Die Patientenbeauftragte für das Land Berlin hat sich der gemeinsamen Stellungnahme der BUKO Pharma-Kampagne, der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, der Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW) Deutschland, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP) vom 7. April 2008 angeschlossen.

Patientenverbände diskutieren und fordern dazu →

Gemeinsam mit Patientenverbänden und Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und den Patientenvertreterinnen und -vertretern im gemeinsamen Bundesausschuss wurden die Vorschläge der EU-Kommission, der Pharmaindustrie weitgehende Rechte zur direkten Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zu geben, diskutiert. In den Reihen der anerkannten Organisationen auf Bundesebene (nach § 140f SGB V) besteht weitgehend Einvernehmen darüber, dass die Vorschläge der EU-Kommission entschieden abzulehnen sind. Der Vorschlag der EU-Kommission lehnt zwar die Freigabe der Werbung ab und will „objektive, qualitativ hochwertige und nicht-werbliche Information“ zulassen. Er läuft jedoch letztlich darauf hinaus, Patientinnen und Patienten im Sinne eines Arzneimittelherstellers einseitig zu beeinflussen, womit eine Freigabe der Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel durch die Hintertür eingeführt wird.

„Vielleicht haben Sie schon gelesen: Die EU-Kommission plant, das Direktwerbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel aufzuheben. Zukünftig soll es den Herstellern dieser Medikamente erlaubt sein, Patientinnen und Patienten ("Verbraucher") direkt anzusprechen. Wie das in der Praxis aussieht, können Sie sich auf einer beigefügten Kopie anschauen. Das war eine Anzeige in der US- Zeitschrift "Time", Dezember 17, 2007, gleich nach dem Deckblatt auf den Seiten 2 + 3 (als Doppelseite) und Seite 4 - noch vor der Inhaltsübersicht! Sie können sich vorstellen, dass diese Anzeige in dem weltweit verkauften Magazin sehr teuer gewesen sein muss.

Und Sie können sich sicherlich auch vorstellen, wer solche Anzeigen bezahlt: Das Medikament, das die Patientinnen und Patienten hier bei ihrem Arzt nachfragen sollen, kostet in Deutschland für vier Wochen 1.822,57 Euro. Die Firma Wyeth betreibt in Deutschland für Psoriasis-Patientinnen und Patienten eine kostenlose Telefon-Hotline, ein aufwendiges Internetportal mit hochrangigen Experten und gibt verschiedene Hochglanzbroschüren zu dem Thema heraus. Alles in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, d.h. am Arzt vorbei. Andere Pharma-Hersteller sind ähnlich aktiv!

Diese Strategie wird hin und wieder sogar öffentlich gemacht: Dazu der Senior Manager von GlaxoSmithKline, Dr. Jochen Drechsel: Wer, wenn nicht die forschenden Pharmaunternehmen, solle denn die „Informationshoheit“

über Medikamente wahrnehmen? Ziel sei es, den "asymmetrischen Kommunikationsprozess im Arzt-Patienten-Verhältnis" aufzuweichen. Schließlich habe der Arzt überhaupt keine Zeit zu informieren und würde sich sowieso als „Halbgott in Weiß“ präsentieren. Die Pharmaindustrie dagegen hätte das Potential, den Patientinnen und Patienten „verständliche Informationen zur Verfügung stellen“ (Veranstaltung "Web 2.0 meets Pharma" am 10.10.2007 in Berlin). Was in diesem Konzept noch fehlt, ist die direkte Werbemöglichkeit für einzelne Präparate!

Wenn sich die Patientinnen und Patienten erst einmal daran gewöhnen, diese kostenlosen Informationen zu bekommen, werden sie sich nicht so schnell noch anderweitig informieren. Wenn dann das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel aufgehoben wird, ist der Patient vollkommen den Werbe-Psychologen ausgesetzt und wird seinen Arzt und die Krankenkasse entsprechend bedrängen.

Notwendig sind Initiativen der Selbsthilfeverbände dagegen ...“

Schreiben der Psoriasis Selbsthilfe -
Arbeitsgemeinschaft an Selbsthilfegruppen.

Die anerkannten Patienten- und Selbsthilfeverbände warnen daher vor einer Umsetzung des Vorschlags der Kommission. Patientinnen und Patienten brauchen nicht mehr interessengeleitete Informationen zu Arzneimitteln, sondern bessere Informationen von neutraler und sachkundiger Seite. Das bedeutet faire und ausgewogene Information über Vor- und Nachteile einer pharmakologischen Therapieform im Vergleich zu anderen pharmakologischen oder nicht-pharmakologischen Therapieformen. Sie muss aus verlässlichen Quellen stammen, verständlich formuliert und leicht zugänglich sein.

Welche Forderungen haben Patientenverbände dazu →

Die Aufrechterhaltung des Verbots der Verbraucherwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel einschließlich des Verbots so genannter Informationsangebote durch die Industrie.

Eine stärkere Kontrolle und Ahndung von Verstößen gegen geltendes EU- und nationales Recht.

Die Bereitstellung von verständlichen vergleichenden Informationen über Arzneimittel durch unabhängige Einrichtungen.

Eine bessere Vernetzung und finanzielle Stärkung der bestehenden unabhängigen Informationsangebote.

Eine Registrierung aller Studien in einem öffentlichen Register sowie die Veröffentlichungspflicht aller zu einem Medikament durchgeführten Studien.

Die unverzügliche Meldung unerwünschter Arzneimittelereignisse an die zuständige Oberbehörde sowie die Aufnahme in eine öffentliche Datenbank.

9. Vernetzung

9.1 Gremien

Die Patientenbeauftragte arbeitet in Gremien oder mit Fachleuten zusammen, die für eine Patientenorientierung hilfreich sind:

Arbeitskreis Berliner Patientenberatungsstellen

Unregelmäßiges Treffen zum Austausch der Patientenberaterinnen und -berater

Arbeitskreis Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

Unregelmäßiges Treffen zum Austausch der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

Arbeitsgruppe zur Implementierung von Besuchskommissionen

Der Psychiatriebeauftragte des Landes Berlin Herr Beuscher hat im Zusammenhang mit der Novellierung des Berliner Heimgesetzes eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Vorschläge für ein Modell für Besuchskommissionen in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung machen soll. Die Patientenbeauftragte ist Mitglied dieser AG, die bisher sechsmal getagt hat.

Selbsthilfeforum chronisch Kranker und behinderter Menschen

Abstimmungsforum der Berliner Patienteninitiativen zwei- bis dreimal im Jahr

Landesgesundheitskonferenz Berlin

Die Patientenbeauftragte ist berufenes Mitglied im Plenum, dem Entscheidungsgremium und benanntes Mitglied im Vorbereitenden Ausschuss. Mitarbeit in der AG Gesundheitsziele, Teilnahme am Workshop zur Weiterentwicklung der Konferenz. Wegen des aktuellen Schwerpunkts der LGK „Gesundheitsförderung für Kindern“ ist die Einbindung der Patientenbeauftragten zurzeit nur selten.

Landeskrankenhausbeirat Berlin

Im Berichtszeitraum fanden 2 Sitzungen des Gremiums statt. Die Patientenbeauftragte ist bisher die einzige Patientenvertretung in diesem Gremium, hat sich aber mit einem eigenen Antrag an die Senatorin Lompscher dafür stark gemacht, dass die Beteiligung auf andere Patientenverbände und Vertreter/innen ausgeweitet wird.

Lenkungsgremium Qualitätssicherung Krankenkassen - Krankenhäuser (nach § 137 SGB V) zur Umsetzung der Qualitätssicherung bei Krankenhäusern

Die gesetzlichen Vorgaben für Krankenhäuser nach § 137 SGB V, die Qualität ihrer Leistungen einem externen Vergleich zu unterziehen, erfolgt vor allem in einer Gegenüberstellung ausgewählter Ergebnisse einzelner Krankenhäuser mit dem Bundesdurchschnitt. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Abweichungen von definierten Referenzwerten auf der Landesebene mit den Krankenhäusern in einem so genannten Strukturierten Dialog besprochen werden. Diesen Prozess der Ergebnisbewertung koordiniert auf Landesebene das Lenkungsgremium Krankenkassen-Krankenhäuser, der bisher ohne Patientenbeteiligung arbeitete.

Patientenbeauftragte ist bisher die einzige Patientenvertretung in diesem Gremium, hat aber (in Abstimmung mit der Landesvereinigung Selbsthilfe) bereits mehrmals Anträge auf Ausweitung der Beteiligung gestellt – leider bisher erfolglos.

Steuerungsgruppe Transparenzplattform

Zu den Schwerpunktprojekten der Patientenbeauftragten gehört die Umsetzung einer Transparenzplattform „Gesundheit in Berlin“, die Informationen zu Leistungsanbietern und Leistungsangeboten im Gesundheitswesen mit Qualitätsinformationen verbinden will.

Dieser Prozess wird durch eine Steuerungsgruppe begleitet, in der u.a. folgende Institutionen vertreten sind:

- Berliner Krankenhausgesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen Berlin
- Ärztekammer Berlin
- Verbände sonstige Heilberufe (z.B. Physiotherapeuten)
- Verband der Hebammen
- Gesundheit Berlin - Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung

Die Steuerungsgruppe tagt mindestens viermal im Jahr.

Plenum Runder Tisch Pflege

Die Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales Frau Dr. Knake-Werner hat - nach massiven öffentlichen Skandalen in Berliner Pflegeheimen 2007 eine so genannte Transparenzoffensive Pflege gestartet. Im Mittelpunkt dieser Qualitätsinitiative steht der Runde Tisch Pflege mit relevanten Vertreter/innen aus Einrichtungen und Trägern. Einen Sitz hat die Patientenbeauftragte, um die Belange der medizinischen Versorgung und der Nutzer/innen dort einzubringen. Hauptziel ist die Veröffentlichung eines freiwilligen Qualitätsberichts von Pflegeheimen.

Arbeitskreis Transparenz in der Pflege

Erarbeitet werden die Vorgaben für einen solchen Freiwilligen Qualitätsbericht in der AG Transparenz in der Pflege, in der die Patientenbeauftragte mitarbeitet.

Arbeitskreis Pflegequalität aus Nutzerperspektive

In Ergänzung dazu hat die Patientenbeauftragte eine Arbeitsgruppe initiiert, die das Thema parallel dazu ausschließlich aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer bearbeitet. Das Ergebnis ist ein eigener Katalog mit Anforderungen an die Qualitätsberichte aus „Kundenperspektive“.

Forum Sozialpolitik der Berliner Senioren

Fragen der medizinischen Versorgung älterer Menschen, die Forderung nach einer altersgerechten Ausbildung von Ärzten und die zum Teil problematische Situation in Berliner Heimen sind Themen, zu denen sich der sozialpolitische Arbeitskreis der Berliner Senioren und die Patientenbeauftragte auf eine Zusammenarbeit verständigt haben. Soweit dies zeitlich möglich ist, ist eine regelmäßige Teilnahme der Patientenbeauftragten an den Sitzungen verabredet.

Besonders kritisch wird immer wieder die unzulängliche Versorgung von Pflegeheimen durch niedergelassene Ärzte und fehlendes Betreuungspersonal in Heimen thematisiert.

Patientenbeirat der KBV

Zweimal im Jahr bietet der Vorstand der KBV den Beiratsmitgliedern eine Dialogmöglichkeit zu aktuellen versorgungspolitischen Fragen.

Koordinierungskreis Patientenvertreter/innen

AK der anerkannten Verbände im Gemeinsamen Bundesausschuss

Frau Stötzner ist Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Alle zwei Monate tagt der Koordinierungskreis der Patientenverbände nach § 140f SGB V.

9.2 Fachkontakte

Ein politisches Amt wie das der Patientenbeauftragten lebt vom Kontakt mit Akteuren in der Gesundheitsversorgung. Der Informations- und Erfahrungsaustausch mit Partnern schafft die Basis und das Wissen für eine sachkundige Interessenvertretung.

→ Beispiele für Fachkontakte

Parteien:

Gesundheitspolitische Sprecherinnen der SPD
Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
Fraktion die LINKE
Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Soziales der Grünen
Gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen
Verbraucherpolitische Sprecherinnen von SPD und Die Linke

Patienteninitiativen (Auswahl):

Tinnitus-Liga	Vorstellung der Arbeit der Patientenbeauftragten
Rheuma-Liga	Versorgungsprobleme von Rheumapatienten
Osteoporose Verband	Grußwort zum Jahrestag
Berliner Leberring	Grußwort 10 Jahre Jubiläum
Leitung der Dt. Krebshilfe	Patientenberatung im Bereich Krebs in Berlin
Marfan Hilfe	Patientenanliegen an die ambulante Versorgung im Krankenhaus
Krebselbsthilfegruppen	Koordinierung der Beratung für Gruppen und Krebspatienten
Selbsthilfe Prostatakrebs	Information zu Möglichkeiten der Patientenbeteiligung

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):

Vorstellung des Projektes Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich ärztlicher Versorgung

Bereich Krankenhäuser

Dr. von Cossel	Sana-Kliniken
Prof. Ganten	Charité
	Planungen zu einem Zentrum für Krebselbsthilfegruppen an der Charité
Prof. Dr. Diefenbacher	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
	Aspekte der Versorgung psychisch Kranker
Leitungsteam	Dominikus Krankenhaus
	Gespräch mit Klinikleitung und Qualitätsmanagement
Dr. Jochum	Ev. Waldkrankenhaus
	Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Prävention für Kinder

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Herr Krüger	Referent für Gesundheit im Masterplan
	Transparenzprojekte im Masterplan Gesundheit Berlin
Herr Dr. Jonitz	Ärztammer Berlin
Herr Dr. Dix	Berliner Datenschutzbeauftragter
	Abstimmung zum Endoprothesenregister, Vorbereitung Expertenanhörung
	Abstimmungstreffen der ‚Beteiligten-Verbände‘ zur Institution nach §137a SGB V
Frau Redmer	Internetportal Stadtplan Gesundheit

Qualitätssicherung in der Pflege

Frau Beikirch - Deutscher Pflegerat

Abstimmung zur Strategie der Beteiligten in der stationären Qualitätssicherung

Dr. Gallon - Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales

Transparenzoffensive in der Pflege

Projektpraktikum mit Berlin School of Public Health

Herr Woppen - Leiter des Bereichs Seniorenforum und Pflegebereich von Vivantes

Absprache über Modellvorgehen zur Umsetzung der Qualitätsanforderungen der Betroffenen an Pflegeeinrichtungen

Frau Wilke-Kross - MDK Berlin-Brandenburg

Frau Michels - Berliner Landesverband der privaten Kranken und Pflegeanstalten.

Internationale Kontakte

Besuch von Gesundheitswissenschaftlerinnen aus Österreich

Patientenbeteiligung in Deutschland und Österreich

Wirtschaftsverbände

Podiumsdiskussion - Berliner Wirtschaftsgespräche e.V.

Felicitas Weiss - Konzepte zur Umsetzung der Telemedizin

9.3 Teilnahme an Veranstaltungen

- Informationsveranstaltung des Berliner TAGESSPIEGEL zur Realisierung des Berliner Pflegeführers
- Fachtag der AOK zum Thema Patientenrechte
- Informationsveranstaltung der Bertelsmann Stiftung zur Weißen Liste und zum Modell der Patientenbefragung im Klinikführer
- Hearing zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz
- Frühlingsempfang DKG
- Klinikeinweihung Helios-Kliniken in Berlin Buch
- Gesundheitskonferenz Lichtenberg 2006
- Gesundheitskonferenz Marzahn-Hellersdorf 2008
- KBV-Tagung Patientenorientierung im KV-System

9.4 Vorträge



- Nationale Qualitätskonferenz von BMG und GemBa im Mai 2007:
- Anforderungen an die Beteiligung von Patientinnen und Patienten bei der Qualitätsentwicklung
- Nationale Pflegekonferenz zur Verabschiedung des 6. Expertenstandards für die Pflege (April 2007):
- Bedeutung von Qualitätsstandards in der Pflege aus Patientensicht
- Fortbildung der Berliner Ärztekammer zum Qualitätsmanagement
- Vortrag: Anforderungen an das ärztliche Qualitätsmanagement aus Patientenperspektive
- Qualitätssymposium im Unfallkrankenhaus Berlin

- Erwartungen von Patientinnen und Patienten an die Qualität im Krankenhaus
- BQS-Ergebniskonferenz 2006
- Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
- BQS-Ergebniskonferenz 2007
- Weiterentwicklung der Transparenzkonzepte im Pflegebereich
- Podiumsdiskussion „Qualität in der Pflege“ des Dachverbandes der Pflegeberufe
- Heimbewohner und Angehörige erwarten mehr Informationen
- Expertenworkshop Qualitätskonzepte Berliner Krankenhäuser
- Vorstellung der verschiedenen Transparenzkonzepte zur Krankenhausversorgung in Berlin
- 7. KTQ Forum: Patientenorientierung im Krankenhaus
- Was bedeutet Patientenorientierung im Zertifizierungsverfahren
- Nationaler Qualitätskongress (November 2007)
- Anforderungen an die Patientenbeteiligung
- Moderation Berliner Krankenhauseseminar TU Berlin
- Patientenorientierung und Qualitätskonzepte
- Jahrestagung der Berliner Psychotherapeutenkammer
- Patientenerwartungen an psychotherapeutische Versorgung
- Landestagung Interessenvertretung Behinderter zu Patientenverfügungen
- Patientenunterstützung und Patientenrechte
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. - DVSG
- Die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen- Auswirkungen auf Strukturen, die Patientenversorgung und die Soziale Arbeit

9.5 Veröffentlichungen

Das Büro der Patientenbeauftragten veröffentlicht sein Wissen auf der Internetseite der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Da nur ein Teil der Ratsuchenden über einen Internetzugang verfügt, muss das verfügbare Wissen auch in schriftlicher Form zur Verfügung stehen.

Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenhäuser
Anforderungen an Krankenhäuser zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfe
Anforderungen an ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement