



Die Patientenbeauftragte von Berlin  
**Tätigkeitsbericht 2009 - 2011**







## Inhaltsverzeichnis

<b>1. VORWORT</b>	<b>6</b>
<b>2. DAS AMT DER PATIENTENBEAUFTRAGTEN FÜR BERLIN</b>	<b>7</b>
<b>3. SCHWERPUNKTTHEMEN IM BERICHTSZEITRAUM</b>	<b>9</b>
3.1. PATIENTENRECHTEGESETZ	9
3.2. BEDARFSPLANUNG UND PATIENTENORIENTIERUNG IN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG	14
3.3. ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN BERLINER BEZIRKEN	16
3.4. ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖßEN 2011	22
3.5. AMBULANTE VERSORGUNGSLÜCKEN NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT	24
<b>4. ANFRAGEN UND BESCHWERDEN</b>	<b>26</b>
4.1. BELASTUNGEN DURCH ZUZAHUNG UND SELBSTKOSTENANTEILE	28
4.2. FESTBETRAGSREGELUNG FÜHRT ZU ERHEBLICHEN ZUZAHUNGEN	28
4.3. VERSORGUNG DURCH NIEDERGELASSENE ÄRZTE	29
4.4. INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN - IGE	30
4.5. DAUERBRENNER: WARTEZEITEN FÜR GESETZLICH VERSICHERTE	31
4.6. RECHT AUF PATIENTENUNTERLAGEN	33
4.7. WARTEZEITEN AUCH IM KRANKENHAUS	34
4.8. PROBLEME VON PRIVATVERSICHERTEN	35
4.9. ORGANISATORISCHE MÄNGEL UND FEHLENDE ZEIT FÜR KOMMUNIKATION	36
4.10. VERSORGUNG IM KRANKENHAUS / REHA-EINRICHTUNG	37
4.11. MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN PFLEGEHEIMEN	40
4.12. PROBLEME BEI DER AUFLÖSUNG DER CITY-BKK	40
4.13. HILFSMITTELVERSORGUNG	41
<b>5. LOB AN ÄRZTE UND EINRICHTUNGEN</b>	<b>42</b>
<b>6. KOOPERATIONEN UND PARTNER</b>	<b>42</b>
6.1. PATIENTENVERBÄNDEN UND -ORGANISATIONEN	42
6.2. PATIENTENFÜRSPRECHER UND -FÜRSPRECHERINNEN	43
6.3. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN	43
6.4. ÄRZTEKAMMER BERLIN	44
6.5. ZAHNÄRZTEKAMMER UND KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG	44
8.4. KRANKENKASSEN	45

<b>7. PROJEKTE</b>	<b>46</b>
7.1. TRANSPARENZPLATTFORM PFLEGE IN „GESUNDHEIT IN BERLIN“	46
7.2. ARBEITSGRUPPE “AMBULANTE VERSORGUNGSLÜCKEN”	47
7.3. LEITFADEN FÜR DIE PRAXIS: BROSCHÜRE „ALT UND KRANK – WER HILFT?“	47
7.4. BERICHT ZUR SITUATION UND ARBEIT DER PATIENTENFÜRSPRECHER	48
7.5. HANDREICHUNG ZUR AUSWAHL UND ARBEIT DER PATIENTENFÜRSPRECHER	49
<b>8. VERANSTALTUNGEN</b>	<b>50</b>
8.1. PATIENTENFORUM BERLIN – INFORMATION UND WISSEN FÜR PATIENTEN	50
8.2. FACHTAGUNG PATIENTENINFORMATION	51
<b>9. VERNETZUNG / GREMIEN / FACHKONTAKTE</b>	<b>52</b>
9.1. VERNETZUNG	52
9.2. MITARBEIT IN GREMIEN	53
9.3. TEILNAHME AN VERANSTALTUNGEN	55
9.4. VORTRÄGE (AUSWAHL)	57

## Vorwort

Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen müssen zunehmend einen Widerspruch aushalten. Zu Recht verweist die aktuelle Bundesregierung in der Einleitung zum Entwurf des so genannten Versorgungsstrukturgesetzes von Juni 2011 darauf, dass „... das deutsche Gesundheitswesen sicher zu den besten der Welt (gehört) und auf hohem Niveau flächendeckend gute Leistungen (erbringt)“. Das sehen auch Patienten so. Die Mehrheit ist mit ihren Ärzten zufrieden, die Zahl der Beschwerden ist im Verhältnis zu erbrachten Leistungen in Praxen und Krankenhäusern überschaubar und aus Studien weiß man, dass deutsche Patienten ihre Versorgung vergleichsweise gut beurteilen.

Andererseits spüren Patienten, dass ihnen das Mögliche und manchmal auch das Nötige nicht in dem Maße zur Verfügung stehen, wie sie es sich wünschen oder es ihnen versprochen wird.

Der Gesundheitsmonitor 1/2011<sup>1</sup> fasst das so zusammen:

„Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen, die Demographiediskussion und der stetige Umbau des Gesundheitswesens durch Gesundheitsreformen, die gefühlt in immer kürzeren Abfolgen Veränderungen für die Versicherten bringen, haben starken Einfluss auf das individuelle Vertrauen und Gerechtigkeitsempfinden. So fürchten beispielsweise gut 70 Prozent der Bürger, dass Wartezeiten auf Therapien oder Operationen zunehmen werden oder dass ihre Krankenversicherung zukünftig nicht mehr die Leistungen übernimmt, die für sie wichtig sind. Mehr als 90 Prozent der Bevölkerung haben laut Gesundheitsmonitor-Befragung bereits persönlich Erfahrungen mit der so genannten Zwei-Klassen-Medizin gemacht, knapp 80 Prozent halten eine bessere medizinische Behandlung für Reiche oder den Ausschluss von Älteren von bestimmten Leistungen für ungerecht.“<sup>2</sup>

Die Anfragen und Beschwerden im Büro der Patientenbeauftragten von Berlin spiegeln genau diese Diskrepanz und geben eine Stimmung wieder, aus der eine unterschwellige Angst spricht, im Notfall evtl. nicht die individuell erforderliche Hilfe bekommen zu können.

Der vorliegende Bericht versucht, diesen Blick auf die Gesundheitsversorgung an Hand der Arbeit im Büro der Patientenbeauftragten für Berlin zu schärfen, um auf mögliche Handlungsfelder für Veränderungen hinzuweisen.

---

<sup>1</sup> von Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK  
<sup>2</sup> Braun / Marstedt 2010

## 1. 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 die erste Patientenbeauftragte auf Landesebene berufen und damit eine Vorreiterposition unter den Bundesländern übernommen hat. In den folgenden Legislaturperioden ab 2006 haben die jeweilige Senatorin bzw. der Senator für Gesundheit Frau Karin Stötzner weiterhin im Amt der Patientenbeauftragten bestätigt.

Die Patientenbeauftragte für Berlin 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 die Information und 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.



Karin Stötzner

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 oder Sanktionen) 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.

### **42 Prozent der Berlinerinnen und Berliner kennen die Patientenbeauftragte.**

In der regelmäßigen Umfrage des Berliner Verbrauchermonitors 2010 wurde erfragt, was Berliner Bürgerinnen und Bürger zum Gesundheitswesen wissen und welche Erfahrungen sie darin gemacht haben. Es ging diesmal um den Bekanntheitsgrad und die Nutzung der Beratungsstellen im Gesundheitsbereich. Danach ist das Büro der Patientenbeauftragten bekannter als die Verbraucherzentrale und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). Das Büro wird auch stärker genutzt als die beiden anderen Stellen. Die Daten des Verbrauchermonitors 2010:

4 Prozent haben die Einrichtung bereits genutzt.  
38 Prozent kennen das Büro der Patientenbeauftragten.

### **Verbraucherzentrale**

2 Prozent haben die Einrichtung bereits genutzt.  
34 Prozent haben schon von der Patientenberatung gehört.

### **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)**

1 Prozent haben die Berliner Beratungsstelle genutzt.  
17 Prozent kennen die Beratungsstellen.

Das ist ein großer Erfolg für die Leistung des kleinen Büros mit nur einer festangestellten Mitarbeiterin. Das Handlungsfeld der Patientenbeauftragten ist über einen Internetauftritt öffentlich: [www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

## **Das Büro der Patientenbeauftragten**



Katrin Ulmer

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 Ulmer - 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 Frau Andrea Waldner, einer Mitarbeiterin aus dem ZeP, Praktikantinnen und Praktikanten der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR), der Gesundheitswissenschaften oder der Berlin School of Public Health sowie durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pressestelle und der Senatsverwaltung. Auch ihnen gilt ein besonderer Dank.



## 2. Schwerpunktthemen im Berichtszeitraum

### 2.1. Patientenrechtegesetz

#### **Bundesratsinitiative “Stärkung der Patientenrechte”**

Vor dem Hintergrund der bundespolitischen Diskussion um die Neugestaltung der Patientenrechte und mit den zahlreichen Beispielen aus der Beratungspraxis der Patientenbeauftragten für Berlin sah und sieht sich Berlin in besonderer Weise gefordert, einen Beitrag zur gesetzlichen Gestaltung der Patientenrechte zu formulieren. Mit einem Antrag der Länder Berlin und Brandenburg zur Entschließung des Bundesrates über ein Gesetz zur Stärkung der Patientenrechte vom Oktober 2010, wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf einzubringen, der die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem Gesetz festschreibt und erweitert.

Deutschland hat zweifellos eine sehr gute medizinische Versorgung. Patientinnen und Patienten können sich auf einen Kanon entwickelter Patientenrechte stützen. Diese sind zum Teil gesetzlich gefasst, zum Teil einer differenzierten Rechtsprechung entfaltet. Dennoch ist eine weitere Konkretisierung notwendig. Wir brauchen gesetzliche Vorgaben, weil die Wahrung und Durchsetzung der bestehenden Rechte im Behandlungsalltag für viele Patientinnen und Patienten nicht ausreichend gewährleistet ist.

Berlin und Brandenburg haben mit diesem Entschließungsantrag für ein Patientenrechtegesetz einen ersten Anstoß geben. Sie schließen damit an eine Diskussion der letzten Legislaturperiode im Bund an, in der es nicht gelungen war, eine solche Verbesserung der Position von Patienten auf den Weg zu bringen.

Dabei gilt es, das in der Rechtsprechung in Sinne einer größtmöglichen Patientensouveränität bisher Erreichte gesetzlich verbindlich zu verankern und notwendige Ergänzungen und Erweiterungen in einem Patientenrechtegesetz zu konkretisieren.

Bisher sind die Rechte von Patienten in zwei wesentlichen Rechtskreisen verankert. Die Rechte im Behandlungsvorgang sind faktisch als Vorgaben eines „ärztlichen Behandlungsvertrages“ im Zivilrecht eingebunden. Das gilt auch für die eventuell entstehenden Schadenersatzansprüche. Diese wären daher zivilrechtlich einzuklagen. Die kollektiven Rechte – Beteiligung von Patientenorganisationen in Gremien und Entscheidungsprozessen gehören dagegen in den Bereich der öffentlich-rechtlichen Sozialgesetzgebung. In den Vorschlägen der Bundesratsinitiative soll diese grundsätzliche Trennung nicht aufgehoben werden. Gerade deshalb gilt es, zu einer Anpassung und Abstimmung in einem eigenständigen Patientenrechtegesetz zu kommen.

Jeder Patient und jede Patientin hat ein Recht auf gute und sichere Behandlung. Die Bundesratsinitiative der Länder Berlin und Brandenburg will in zentralen Bereichen die Rechte der Patientinnen und Patienten stärken.

Dazu gehören.

- Regelung einer patientenzentrierten Aufklärung
- Pflichten von Behandlern zur Dokumentation, Transparenz (Einsichtsrechte)
- Ersatzansprüche geschädigter Patientinnen und Patienten
- Beweislast erleichterungen bei Behandlungsfehlerverfahren
- Normen für Sachverständige
- Stärkung von außergerichtlichen Schlichtungsverfahren

Es bestehen heute vielfältige berufsrechtliche Vorgaben zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten. In einer sehr unübersichtlichen Rechtsprechung wurden zwar weitere Vorgaben gemacht, die aber in der Praxis zu keiner ausreichenden Klarheit für Patienten führten. Notwendig ist daher eine Weiterentwicklung, die den komplexer gewordenen medizinischen Prozessen Rechnung trägt und die gewandelten Patientenerwartungen an eine gemeinsame Entscheidungsfindung berücksichtigt. Zu einer patientenorientierten Information durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gehören Elemente der Aufklärung

- die eine sichere und richtige Diagnose gewährleisten,
- die den geplanten Behandlungsverlauf umfassend erläutern,
- die rechtzeitige Entscheidungen in Selbstbestimmung möglich machen,
- die auch alternative Behandlungsmöglichkeiten einschließen,
- die Risiken mit in die Abwägung einbeziehen,
- die Fragen der medizinischen Qualität und eventuelle Probleme berücksichtigen,
- die eine gemeinsame Entscheidungsfindung fördern,
- die wirtschaftliche Aspekte angemessen darlegen und
- in Zeitpunkt und Form den Anforderungen der Patienten entgegenkommen.

Zentrale Elemente einer rechtlichen Weiterentwicklung sind Regelungen für

- eine wahre, vollständige und fälschungssichere Dokumentation,
- die Gewährleistung des Datenschutzes für Patienten (Wahrung von Vertraulichkeit und Würde, Schutz von Daten vor dem Zugriff durch Dritte),
- die Stärkung der Einsichtsrechte von Patienten in ihre Akten sowie
- die Weiterentwicklung des Instrumentes der Patientenquittung. Hier sollen künftig kurze und verständliche Informationen zu Diagnose, Therapie, weiteren Behandlungsempfehlungen sowie gegebenenfalls zu den verordneten Medikamenten enthalten sein.

Mit dem Antrag soll die Position von Patientinnen und Patienten in gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren bei vermuteten Behandlungsfehlern verbessern. Dafür brauchen wir Regelungen zur Beschleunigung von gerichtlichen Verfahren und für Beweislast erleichterungen für Patienten bei groben Fehlern, um die faktische Ungleichheit der Verhandlungsakteure abzubauen.

Eine verpflichtende Unterstützung von Versicherten durch ihre Krankenkassen bei Verdacht auf Behandlungsfehler sollte die bisher bestehende Kann-Bestimmung ersetzen. Nach den Vorgaben des § 66 SGBV können die Kassen eine solche Unterstützung schon heute leisten. Da dies aber nur einzelne Krankenkassen tun, bestehen große Un-

gerechtigkeiten für Versicherte. Kassen sollen nicht zu einer Rechtsschutzversicherung weiterentwickelt werden. Aber sie sollten die Versicherten bei der Klärung von möglichen Fehlern bis zu dem Zeitpunkt beraten und unterstützen, an dem gegebenenfalls Klage erhoben oder ein Schiedsstellenverfahren angestrengt wird.

In der EntschlieÙung wird außerdem die Schaffung eines Entschädigungsfonds ange-regt, der sich an Vorbildern anderer europäischer Länder orientiert, der einen schnelle-ren außergerichtlichen Ausgleich für Schäden zur Vermeidung langwieriger Gerichtsver-fahren ermöglichen könnte.

Die kollektiven Beteiligungsrechte der Patienten sind in der Vergangenheit bereits erwei-tert worden, indem Mitberatungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss geschaffen worden sind. Dies ist jedoch nicht ausreichend. Angeregt wird daher die Ausweitung im Sinne eines rechtlich verbindlichen Stimmrechts in Verfahrensfragen im gemeinsamen Bundesausschuss sowie einer Beteiligung in Schlichtungsverfahren und im Bewertungsausschuss.

Und nicht zuletzt muss mehr Transparenz bei den individuellen Gesundheitsleistungen erreicht werden. Durch das Angebot von IGeL-Leistungen wandelt sich das Arzt-Patienten-Verhältnis in ein Anbieter-Kunden-Verhältnis unter ungleichen Voraussetzungen. Patientinnen und Patienten sind nur ungenügend in der Lage, Bedarf, Qualität und Nutzen sowie damit einhergehend die Angemessenheit der entstehenden Kosten zu beurteilen. Daher ist es besonders wichtig, Vorgaben zu Akquise, Beratung, Vertragsge-staltung und Liquidierung von Individuellen Gesundheitsleistungen in einem Patienten-rechtegesetz zu regeln. Notwendig sind zudem verbindliche Transparenzkriterien für die Individuellen Gesundheitsleistungen, die Patientinnen und Patienten vor unangemessen nicht qualitätsgesicherten Behandlungsinterventionen schützen können.

Mit dem EntschlieÙungsantrag soll die politische Debatte für ein Patientenrechtegesetz vorangebracht und die in der Diskussion auf Bundesebene befindlichen Anstöße zügig aufgegriffen, weiterentwickelt und ergänzt werden. Ein gutes Patientenrechtegesetz stärkt nicht nur die Rechte Behandlungsbedürftiger und zum Teil schwer kranker Men-schen, es fördert auch die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen.

Die Initiative wurde vom Bundesrat in den Ausschuss überwiesen und soll mit der Vorla-ge eines Gesetzes der Regierungsfractionen gemeinsam erneut beraten werden. Die so genannten A-Länder haben in ihrer Diskussion wesentliche Punkte der Initiative auch in ihren Vorschlägen formuliert. Den Text der Bundesratsinitiative finden Sie im Anhang.

## **Zum Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz 2012**

Das Land Berlin bzw. die Patientenbeauftragte sind - wie andere Bundesländer oder re-levante Organisationen des Gesundheitswesens auch – aufgefordert, Positionen zu be-ziehen zu Gesetzesvorschlägen für ein Patientenrechte-Gesetz auf Bundesebene. Im Berichtszeitraum waren dies vor allem ein Vorschlag der SPD-Bundestagsfraction, der ins Anhörungsverfahren des Bundestages kam, und das so genannte Grundlagenpapier der Regierungsfractionen und des Bundesbeauftragten für Patienten.

Aus der Perspektive der Berliner Beratungserfahrungen im Amt der Patientenbeauftragten und den Diskussionen der Patientenverbände ist dazu vor allem anzumerken, dass sich die Forderungen und Ziele der unterschiedlichen Vorschläge doch sehr annähern. Weitgehender Konsens besteht darin, dass die bestehende Rechtsprechung, die Patientenrechte eingegrenzt und durchdekliniert hat, in ein Gesetz zur Kodifizierung von Patientenrechten zu übernehmen sei und das Sozialgesetzbuch V (SGB V) und das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) z.B. zum Behandlungsvertrag zu konkretisieren sind. Das Grundlagenpapier der Regierungskoalitionen bleibt jedoch in zentralen Punkten hinter den Vorschlägen von Patientenverbänden zurück.

Zu begrüßen ist die beabsichtigte Kodifizierung des Behandlungsvertrages als eigenständiges Vertragskonzept im BGB. Allerdings bleiben die Ausführungen dazu für eine Debatte noch zu unklar. Da vor allem die bisherige Rechtsprechung gesetzlich gefasst werden soll, fehlen Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Patientenrechte und es wird lediglich der Status quo festgeschrieben. Der Vorschlag, die Neuerungen in einem Artikelgesetz zu fassen, wird von Patientenverbänden bedauert. Sie wünschen sich ein eigenständiges Patientenrechtegesetz. Damit kann den Rechten mehr Gewicht gegeben werden.

Die Vorschläge z.B. zur Regelung bei Behandlungsfehlern werden als unzureichend angesehen. Es wird kritisiert, dass eine direkte Übertragung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes BGH zum groben Behandlungsfehler, die Situation der Patienten zum Teil verschlechtern kann. So dürfte es fast unmöglich sein, die gesammelte Rechtsprechung des (BGH) zum groben Behandlungsfehler umfänglich zu kodifizieren, ohne Fallgruppen außen vor zu lassen. Sollte nur die bisherige Rechtsprechung kodifiziert werden, so ist zu verlangen, dass im Gesetzestext eine Öffnungsklausel eingefügt wird, um weitere Fallgruppen in den Anwendungsbereich einzuschließen und damit eine Weiterentwicklung der Recht zu gewährleisten.

Das Grundlagenpapier sagt nichts zu einem zentralen Problem, das Patientenverbände immer wieder thematisiert haben: Dem Gutachterwesen. Die Forderung z.B. nach Gutachterpools für eine schnellere und fachliche Begutachtung in Gerichtsverfahren wurde nicht aufgegriffen. Eine Reform des Gutachterwesens müsste auf gleichberechtigten Zugang zu fachlich qualifizierten Gutachtern drängen und dafür Sorge tragen, dass Verfahren nicht unangemessen lange dauern.

Patientenbeauftragte und Patientenverbände begrüßen, dass die Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungserbringern gestärkt werden sollen. Die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Unterstützung von Versicherten insbesondere bei Behandlungsfehlern nach § 66 SGB V, die im Grundlagenpapier benannt wird, muss aber wesentlich stringenter verpflichtend ausgestaltet werden. Eine Klarstellung ist z.B. an dem Punkt notwendig, dass Erstattungsansprüche der Versicherten Vorrang haben müssen vor den Ansprüchen der Kassen.

Die Vorgaben für eine Konkretisierung der gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten entsprechen der aktuellen Rechtsprechung und bringen keine zusätzliche Stärkung der Rechte. Die Vorschläge sind aus Sicht von Patientenverbänden halbherzig und lassen wichtige Praxisprobleme unerwähnt. Eingang in den Gesetzesentwurf müssten demnach zum Beispiel die Verpflichtung für Ärzte finden, den Patientinnen und Pati-

enten die Aufklärungsunterlagen in Kopie auszuhändigen. Den Maßstäben, wie sie z.B. in der Berlin-Brandenburger Initiative formuliert wurden, werden die Ausführungen des Grundlagenpapiers nicht gerecht.

Arztpraxen nutzen zunehmend die Möglichkeit nutzen, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anzubieten. In der Behandlungssituation – und auch bereits davor – werden Patientinnen und Patienten als „Kunden“ angesprochen, um ärztliche Leistungen aus eigener Tasche zu bezahlen. Für Patientenverbände ist die Regelung dieses problematischen Segments des Praxisgeschehens von großer Bedeutung. Doch das Grundlagenpapier geht den Verbänden nicht weit genug. Sie wünschen sich eine deutliche Klarstellung, dass Individuelle Gesundheitsleistungen nur auf Wunsch des Patienten mit ausdrücklicher Nennung und Erklärung der fehlenden medizinischen Notwendigkeit, mit vorherigem schriftlichem Vertrag plus Kostennennung angeboten werden dürfen. Sie dürfen in keinem Fall Voraussetzung für eine Aufnahme des Patienten sein. Hier fehlen jegliche klare Vorgaben.

Die Regierungsparteien wollen die Unterstützung bei Ansprüchen gegenüber Kostenträgern ausbauen. Der Vorschlag, nach Ablauf einer Frist ohne Entscheidung durch die Krankenkasse, dem Patienten die Leistungsbeschaffung einzuräumen, wird als im Ansatz gut bezeichnet. Patientenverbände befürchten jedoch, dass sie letztlich nicht wirklich zielführend ist. Die Ersatzvornahme durch den Patienten mit dem anschließenden Kostenerstattungsanspruch kann zu extremen Eigenbelastungen führen. Zum einen müssen Patienten hier in Vorleistung treten. Dies dürfte bei sozial Benachteiligten etc. zu erheblichen Problemen führen. Zum anderen müsste dann mit den Krankenkassen um den Ersatz der erforderlichen Kosten gestritten werden. Einfacher wäre es, wenn die Krankenkassen nach Ablauf der Frist die Leistung grundsätzlich auf eigene Kosten erbringen müssen (Genehmigungsfiktion).

Versicherten soll nach den Vorschlägen der Koalition eine Klagemöglichkeit gegen Kassen bei Untätigkeit bereits nach zwei Monaten (bisher sechs Monate) eingeräumt werden und bei Untätigkeit der Krankenkassen soll die Klage vor den Sozialgerichten möglich sein. Die Patientenverbände merken dazu an, dass auch eine Verkürzung der Frist für die Klageerhebung vor den Sozialgerichten auf 2 Monate den Patientinnen und Patienten nur bedingt weiterhilft. Denn sozialgerichtliche Verfahren dauern in der Regel ebenfalls eine erhebliche Zeit. Zudem ist unklar, welchen Zweck diese Regelung hat. Patientinnen und Patienten werden schon vorher, nämlich nach der neu eingeführten Frist für die Bewilligung durch die Krankenkassen notfalls die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Eine parallele Klage ist dann aber überflüssig. Einzig die Durchsetzung des Kostenerstattungsanspruchs könnte dann auf diesem Weg beschleunigt werden. Es ist jedoch für die Patienten nicht zumutbar, auf eine Kostenerstattung mehr als zwei Monate warten zu müssen. Wird bei der Bewilligung von Leistungen die Genehmigung nach Fristablauf fingiert, wie es oben stehend vorgeschlagen wird, so ist diese Neureglung im § 88 SGG entbehrlich.

Die Koalitionsparteien schlagen vor, Verfahrensrechte der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern zu stärken. Grundsätzlich ist zu begrüßen, die Verfahren vor den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der (Zahn-)Ärzttekammern zu vereinheitlichen und die Patientenvertreterinnen und -vertreter an den Entscheidungen zu beteiligen. Auch hier ist jedoch eine weitere Konkretisierung erforderlich. Gefordert wer-

den ein Anhörungsrecht sowie die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, sich (Rechts)Beistand in Schlichtungsverfahren nehmen zu können. Hinsichtlich der spezialisierten Kammern für Arzthaftungssachen wird die jahrelange konkrete Forderung, tatsächlich flächendeckende Arzthaftungskammern bei den Landgerichten einzuführen, nicht umgesetzt.

Patientenverbände kritisieren vor allem, dass Regelungen zu kollektiven Patientenrechten (z.B. Beteiligungsrechte in Gremien) ganz fehlen.

## **2.2. Bedarfsplanung und Patientenorientierung in der ärztlichen Versorgung**

Die aktuelle Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung wird den regionalen Erfordernissen einer angemessenen und flächendeckend gleichmäßigen Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgruppen nicht gerecht. Das gilt für das Gefälle zwischen großen Städten und strukturschwachen ländlichen Regionen, aber auch für die Verteilung innerhalb Berlins, insbesondere in Bezirken und Stadtteilen mit ungünstiger Sozialstruktur.

Trotz einer grundsätzlichen „Überversorgung“ mit Ärzten in Berlin als Gesamtregion, hat die Schließung des Medizinischen Versorgungszentrums der DRK-Kliniken im Köpenick und damit der Wegfall von 12 Arztsitzen im Bezirk, deutlich gemacht, dass die Instrumente der aktuellen Bedarfsplanung in solchen Situationen nicht ausreichend gegensteuern können.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Bezirken mit einer eher einkommensschwachen Bevölkerungsstruktur geben ihre Praxis auf oder verlagern sie in Stadtteile, in denen die Chance besteht, mehr Privatpatienten erreichen zu können. So gehen im Büro der Patientenbeauftragten zunehmend „Brandbriefe“ ein, die z.B. für Neukölln auf die Abwanderung von Fachärzten und die Überforderung der verbleibenden Ärzte verweisen. Patienten beschwerten sich über lange Wartezeiten und das Abweisen bei Ärzten, die keine neuen Patienten mehr annehmen.

Die aktuelle Lage ist durch bisher unzureichende Steuerungsmöglichkeiten zum Abbau von Über- und Unterversorgung gekennzeichnet, durch zu starre und undifferenzierte Planungskriterien und eine fehlende Berücksichtigung relevanter Faktoren wie Morbidität, Erreichbarkeit, Akzeptanz. Zu wenig werden Angebote anderer Versorgungssektoren berücksichtigt und es gibt kaum Möglichkeiten, zukünftige Entwicklungen für die Planung und Umsteuerung zu antizipieren.

Zurzeit machen alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen - der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Gesetzliche Krankenversicherung und die Parteien - Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgungssteuerung.

Was aber völlig fehlt, sind belastbare Angaben zu den Haltungen, Erwartungen und Inanspruchnahmekriterien von Patientinnen und Patienten selber. Das Verhalten der Versicherten und Patienten für die ärztliche Auslastung vorhandener Angebote ist sehr bedeutsam, aber bisher kaum erhoben und für Planungszwecke operationalisiert worden.

## Patientenbefragung für eine neue Bedarfsplanung

Will man sich aus Patientenperspektive an der Diskussion um eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung beteiligen, sind Informationen und Instrumente dafür erforderlich. Hier gilt es für die aktuelle Situation, gerade auch für Berlin und die anstehenden Änderungen in einem neuen Versorgungsgesetz oder bezüglich der Vorschläge der GKV zur Neustrukturierung der primärärztlichen Versorgung Informationen nachzuliefern.

Es geht um die direkte Berücksichtigung der Erfahrungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage lautet:

*„Wie können die Versorgungsrealität und der medizinische Bedarf durch Befragungen von Versicherten und Patienten ermittelt werden und ein Instrument zu Bevölkerungs- und Patientenbefragungen im Kontext der Bedarfsplanung sinnvoll eingesetzt werden?“*

Die Patientenbeauftragte für Berlin plant deswegen gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss die Entwicklung eines Fragenkatalogs, der hilft, diese Lücke zu schließen.

Einen ersten Entwurf für eine solche Erhebung haben die Patientenverbände auf Bundesebene unter Beteiligung der Patientenbeauftragten für Berlin mit dem IGES-Institut entworfen. Nun werden Überlegungen für die Pilotierung einer Befragung angestellt.

Der Fragebogen will Begriffe operationalisieren wie: Zugänglichkeit und Verfügbarkeit (z.B. Öffnungszeiten), Erreichbarkeit (z.B. Entfernung, Anbindung), Wahlmöglichkeiten (Alternative zum aktuellen Arzt erreichbar?), Versorgungsstufen (Versorgung auf bedarfsgerechter Versorgungsstufe?). Welche Relevanz haben die Aspekte für die Patienten wenn es um die Suche nach ärztlicher Versorgung geht?

Das Befragungsinstrument rekurriert dabei auf Begrifflichkeiten, die z.B. im zuständigen UN-Kontrollausschuss des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 formuliert wurden. Definiert werden dort Kernbestandteile des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit und Aspekte, die gerade für chronisch kranke und behinderte Menschen von Bedeutung sind und in der Behindertenrechtskonvention aufgegriffen wurden.<sup>3</sup> Für den Bereich der Bedarfsplanung dürften vor allem die ersten beiden Kategorien „Verfügbarkeit“ und „Zugänglichkeit“ von Bedeutung sein.

Verfügbarkeit/Erreichbarkeit: in ausreichender Menge (möglicherweise abhängig vom Entwicklungsstand eines Landes); (öffentliche) Gesundheitseinrichtungen (Hygieneeinrichtungen, Kliniken, Krankenhäuser, Ärztehäuser), Gesundheitsgüter (sauberes Trinkwasser, unentbehrliche Medikamente nach den Vorgaben der WHO, Gesundheitsleistungen (ausgebildetes medizinisches Personal)

Zugänglichkeit: Nichtdiskriminierung, physische Zugänglichkeit (Gesundheitsversorgung in Reichweite, auch in ländlichen Gebieten, Barrierefreiheit), wirtschaftliche Zugänglichkeit (für alle bezahlbare Gesundheitsversorgung), Zugang zu Gesundheitsinformationen

---

<sup>3</sup> In seiner allgemeinen Anmerkung Nr. 14 (2000) zu Artikel 12 ICESCR konkretisiert der Kontrollausschuss den essenziellen Bestandteil des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit mit den Kategorien „availability, accessibility, acceptability, quality“. ([www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument))

Annehmbarkeit: Respekt vor der medizinischen Ethik, Vertraulichkeit, Respekt vor der Kultur einzelner, Minderheiten, Sensibilität für geschlechterspezifische oder lebensumstandsbedingte Bedarfe

Qualität: wissenschaftlich, medizinisch angemessene, qualitätsvolle Gesundheitsversorgung, ausgebildetes Personal, wissenschaftlich erforschte Medikamente, sauberes Trinkwasser, angemessene Hygiene

Da Berlin sich mit dem gravierenden Gefälle in der ärztlichen Versorgung zwischen strukturschwachen und starken Bezirken gut eignet, bietet sich eine Vergleichsbefragung von Versicherten und Patienten z.B. in Köpenick oder Lichtenberg mit Charlottenburg oder Mitte an. Die geplante Befragung soll in zwei Berliner Bezirken durchgeführt werden (Treptow-Köpenick und Charlottenburg-Wilmersdorf). Nach Rücksprache mit den Gesundheitsstadträten und deren Unterstützung werden Adressen für eine repräsentative Stichprobe bei den Meldeämtern ausgewählt und die Haushalte in einem Verfahren befragt, das deren Anonymität wahrt.

Damit können erstmals Patientenkriterien für die Versorgungsplanung sichtbar gemacht werden. Berlin ist in der Lage, sich stärker in die Debatte um neue Steuerungskonzepte der Bedarfsplanung einzubringen und sein Engagement auf Bundesebene zur Stärkung der Patientenrechte zu unterstreichen. Das Ergebnis sollte die Ergebnisse des Verbrauchermonitors zum Bedarf an Patienteninformation ergänzen. Die Befragung ist für das erste Halbjahr 2012 vorgesehen.

### **2.3. Ärztliche Versorgung in Berliner Bezirken**

Patientinnen und Patienten, Versicherte und Aktive in der Bezirkspolitik erleben, dass sich die ärztliche Versorgung in bestimmten Bezirken Berlins zunehmend verschlechtert. Bei dem Versuch, die reale Versorgungssituation mit den formalen rechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung in Übereinstimmung zu bringen, stößt man schnell auf den Widerspruch zwischen erlebter Unterversorgung vor Ort und fehlenden Möglichkeiten, diese mit den vorhandenen Steuerungsinstrumenten zu fassen.

Indikatoren für erlebte Unterversorgung sind

- lange Wartezeiten auf einen Arzttermin,
- Praxen, die Patienten wegen Auslastung der Sprechzeiten und einer zu hohen Patientenzahl auf den Kassenärztlichen Notdienst oder die Notaufnahmen der Kliniken verweisen,
- Praxen, die Patienten gegen Ende des Quartals abweisen und auf das kommende Quartal "vertrösten" und
- Praxen, die überhaupt keine neuen Patienten mehr aufnehmen.

Aus der Sicht der Betroffenen herrscht dann Unterversorgung und sie haben Sorge, dass sie für ihre körperlichen Beschwerden keine Abhilfe finden.

Dass diese erlebte Einschränkung der Sprechzeiten und Zugänglichkeit nicht nur eine Patientenwahrnehmung ist, belegt auch eine aktuelle Studie des AOK-Bundesverbandes zur Arbeitszeit von Ärzten. Danach führten „Fallzahlbegrenzungen und Regelleistungs-



volumina [...] dazu, dass Vertragsärzte sich gegen Ende eines Quartals rarmachen: "Budgetferien". 41 Prozent der Hausärzte und 38 Prozent der Fachärzte glauben, dass 60 Prozent oder mehr ihrer Kollegen aus Budgetgründen am Quartalsende die Praxis schließen. Soweit die Wahrnehmung unter Ärzten. Und das tatsächliche Verhalten? Von sich selbst berichten 30 Prozent der Hausärzte und 28 Prozent der Fachärzte, dass sie bereits "Budgetferien" praktiziert haben, 39 und 34 Prozent haben dies erwogen, und für ein knappes Drittel kommt das nicht in Frage. bei 53 Prozent der Hausärzte und 56 Prozent der Fachärzte dauert sie bis zu einer Woche; bei 18 Prozent der Hausärzte und acht Prozent der Spezialisten ist die Praxis an elf Werktagen oder mehr geschlossen.<sup>4</sup>

„Versorgungsdefizite wie zu lange Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf einen Termin beim Facharzt sind vor allem auf zu geringe Arbeitsstunden zurückzuführen“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman anlässlich der Vorstellung der Befragungsergebnisse im September 2011.<sup>5</sup>

Betrachtet man aber die Vorgaben der Bedarfsplanung, sind die Kriterien für Unterversorgung z.B. in den Berliner Bezirken oft nicht erfüllt. Unterversorgung besteht bei Hausärzten erst dann, wenn ein Viertel der festgelegten Zahl der Hausärzte in einer Planungsregion fehlt. Bei Fachärzten wiederum besteht Unterversorgung erst dann, wenn mehr als die Hälfte der Arztsitze in diesem Fachbereich nicht verfügbar sind. Diese Vorgaben stammen aus dem Jahr 1990, als der damaligen Versorgungsgrad und das Verhältnis von Einwohnerzahl und Ärzten zur Basisvorgabe gemacht wurden.<sup>6</sup>

Anfang 2010 kamen bundesweit auf einen niedergelassenen Hausarzt durchschnittlich 1.546 Einwohnerinnen und Einwohner. In den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Regionen reicht die Spannweite von 1.419 Einwohner je Hausarzt, in Bayern bis hin zu 1.721 Einwohner je Hausarzt in Westfalen-Lippe. In Berlin waren es 1.452.<sup>7</sup>

Ende 2009 kamen bundesweit auf einen niedergelassenen Facharzt 1.288 Einwohnerinnen und Einwohner. In Berlin waren z.B. bei Augenärzten 11.871, bei Chirurgen 15.301, bei Frauenärzten 6.294, bei HNO-Ärzten 13.661, bei Hautärzten 17.043, bei Orthopäden 10.725, bei Nervenärzten 8.521, bei Radiologen 16.239 und bei Urologen 22.501.<sup>8</sup>

Die Feststellung von Unterversorgung in Berlin erweist sich deshalb besonders schwierig, weil die gesamte Stadt als ein Versorgungsbereich gilt. Faktisch kann damit der Handlungsbedarf bezogen auf eine unzureichende Versorgung in einem Bezirk mit dem Verweis auf verfügbare Ärzte in einem anderen Bezirk abgewiesen werden. Das tut die Kassenärztliche Vereinigung, die dann in der Regel angesprochen wird, dann auch formal korrekt.

Ein Problem dabei ist jedoch, dass die reine Verhältniszahl von Arztsitzen zu einer bestimmten Größe einer Einwohnerzahl noch nichts über die reale Leistung einer Praxis

---

4 Ärzte Zeitung, 6.9.2011: „Es klemmt in der deutschen Kassenmedizin“

5 "Bessere Zeiten kommen nicht von selbst" - Presseseminar des AOK-Bundesverbandes“

[www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2011/06\\_information\\_aerztebefragung.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2011/06_information_aerztebefragung.pdf)

6 Abweichungen gibt es für die Arztgruppen Anästhesisten und Psychotherapeuten (31.12.1997/1.1.1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (31.12.1995)

7 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/5442 – Gleichwertige Lebensbedingungen in Deutschland im Bereich der Gesundheitsversorgung, 29. 04. 2011, Frage 2

8 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/5442 – Gleichwertige Lebensbedingungen in Deutschland im Bereich der Gesundheitsversorgung, 29. 04. 2011, Frage 3

oder der zugelassenen Praxen insgesamt aussagt. Kassenarztpraxen müssen ca. 20 Wochenstunden Sprechzeit anbieten. Können sie belegen, dass sie das tun, sind ihre Versorgungspflichten erfüllt. Die Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots findet zurzeit nicht statt. Es werden Teilzeitpraxen als Arztsitz in die Verhältniszahl einbezogen, ebenso wie Ärzte, die wesentlich mehr als das Soll leisten. Es gibt keine Analyse des Leistungsspektrums. Daher lässt sich in einer Fachgruppe das Angebot diagnostischer oder eher therapeutisch tätiger Ärzte nicht unterscheiden. Erlebte Unterversorgung hat auch damit zu tun.

Das Gremium, das hier Abhilfe schaffen sollte und könnte ist der Landesausschuss Ärzte Krankenkassen. Landesausschüsse werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene gebildet.<sup>9</sup> Er könnte die Zustimmung zur Neuzulassung von Arztsitzen geben, muss sich in Berlin angesichts einer nach wie vor bestehenden Überversorgung mit Ärzten im gesamten Stadtgebiet den Vorgaben stellen und kann wegen dieser Vorgaben keine Ausweitung der Sitze in bestimmten Bezirken veranlassen.

Eine gesetzliche Neuregelung, die den Landesausschuss verpflichtet, auch nach Kriterien einer kleinräumigen Bedarfsplanung zu klären, ob regionale Handlungsbedarf und Unterversorgung besteht, führte in Berlin zu keiner Abhilfe der erlebten Unterversorgung z.B. in strukturschwachen Bezirken wie Neukölln oder Köpenick. Auch der genaue Blick auf jede Fachgruppe und in jedem Bezirk ergab keine Interventionsmöglichkeiten, da die Verhältniszahlen von 1990 und die Kriterien für Unterversorgung für Haus- bzw. Fachärzte nicht angepasst wurden. Die Debatte um die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung nach den Kriterien der kleinräumigen Versorgungsplanung, auf die viele Akteure in der Gesundheitsversorgung gehofft hatten, ist in Berlin also enttäuschend verlaufen.

## **Anschreiben der Patientenbeauftragten an die Bezirke**

Nach einem Anschreiben der Patientenbeauftragten an die Berliner Bezirke im Sommer 2010 mit der Bitte um Mitarbeit bei der Nennung von Versorgungsproblemen bei niedergelassenen Ärzten und um Informationen zur ärztlichen Erreichbarkeit gab es insbesondere aus den Ost-Bezirken Rückmeldungen. Leider sind die Daten und Fakten nicht ausreichend, um den Kriterien zur Unterversorgung nach der gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie zu genügen. Im Landesausschuss konnten Kassen und Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) daher einen Anpassungswunsch, der von den Patientinnen und Patienten vorgetragen wurde, zurückweisen.

Mit großem Engagement haben sich auch Lokalpolitiker oder Seniorenvertretungen der unzureichenden ärztlichen Versorgung angenommen. In Marzahn-Hellersdorf hat die dortige Bezirksverordnetenversammlung (BVV) das Bezirksamt z.B. so um Auskunft und damit um Hilfe gebeten:

„Obwohl die Stadt Berlin mit 8.500 Ärzten und Therapeuten so gut wie nie versorgt ist, gibt es auch Fachärztemangel in einigen Bezirken, besonders am Rande der Stadt. Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf gehört auch dazu. In unserem Bezirk fehlen u.a. Hausärzte

---

<sup>9</sup> Rechtliche Grundlage: § 90 SGB V i.V.m. § 99 Abs. 3 SGB V

(70%), Neurologen (74 %), Hals-Nasen-Ohrenärzte (67%) und Urologen (62%), um nur einige zu nennen. Welche Möglichkeiten hat das Bezirksamt gemeinsam mit dem Senat und der Kassenärztlichen Vereinigung eine gerechtere Verteilung der Niederlassungen von Fachärzten anzusteuern?“

Für Patientinnen und Patienten ist bereits das Fehlen von 30 Prozent der möglichen Fachärzte ein erhebliches Manko. Für den Landesausschuss aber besteht keine Unterversorgung, da ja außerdem die guten Möglichkeiten des Öffentlichen Personennahverkehrs eine schnelle Erreichbarkeit in angrenzenden Bezirken möglich machen.

Auch wenn es nicht ganz einfach ist, repräsentative Angaben zur faktischen Versorgung aus den Beschwerden abzuleiten, so geben sie Berichte aus den Berliner Bezirken dennoch ein beredtes Beispiel für eine problematische Entwicklung. Aus den Antwortworten der Bezirkspolitiker und den Hilferufen von Bürgerinnen und Bürgern lassen sich jedoch Tendenzen erkennen:

Als Beispiele für viele andere können die Situationsschilderungen einzelner Bezirke gelten, die auch deutlich machen, dass der Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, gerade auch für Kinder und Jugendliche besondere Aufmerksamkeit braucht:

Sehr geehrte Frau Stötzner,

gerne komme ich Ihrer Bitte nach, Ihnen und den Patientenverbänden konkrete Defizite der ärztlichen Versorgung zu benennen.

Nach vorliegenden Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin – KV – besteht bei den ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeut/innen und bei den Anästhesist/innen eine Unterversorgung im Bezirk Marzahn-Hellersdorf. In allen anderen Fachrichtungen wird die Versorgungssituation aufgrund der Datenlage als angemessen von der KV eingeschätzt.

Aus der Sicht des Bezirkes wird die Versorgung als defizitär eingeschätzt.

In der Vergangenheit war die unbefriedigende Situation in der haus- und fachärztlichen Versorgung im Bezirk Marzahn-Hellersdorf mehrfach Gegenstand verschiedener Aktivitäten. Daraus resultierte auch die 5. Gesundheitskonferenz zur haus- und fachärztlichen Versorgung im Sommer 2008. Da der Bezirk keine Möglichkeit der direkten Einflussnahme hat, wurde mit den vor Ort Tätigen, mit verschiedenen Entscheidungsträgern, mit Vertreter/innen des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Berufsverbänden, Krankenkassen und der Landespolitik der Dialog aufgenommen. Ausgangspunkt bildete das von den Patient/innen erlebte Spannungsfeld zwischen den statistischen Daten zur ärztlichen Versorgung und den mitunter auch erfolglosen Bemühungen, einen Termin zur ärztlichen Behandlung zu erhalten. Die bestehenden Diskussions- und Handlungsbedarfe wurden seitens der Angehörigen hochaltriger Menschen in Pflegeeinrichtungen wie auch betei-

ligter Fachkräfte – Vertreterinnen und Vertreter aus Pflegewohnzentren, aus der ambulanten und stationären Pflege und aus dem klinischen Bereich – sowie der Seniorenvertretung und Bezirkspolitik klar benannt.

Die derzeitige Situation in der ambulanten, psychiatrischen Versorgung und psychotherapeutischen Betreuung (insbesondere auch von Kindern und Jugendlichen) war Inhalt mehrerer Fachgespräche im Bezirk Marzahn-Hellersdorf. Die Ergebnisse lassen sich mit folgenden Aussagen beschreiben:

Es wird ein dringender Handlungsbedarf gesehen, besonders unter dem Aspekt der sich verringernenden Versorgungsdichte. Ärzt/innen verlassen den Bezirk und gehen in den Innenstadtbereich. Ein nicht unwesentlicher Aspekt für die derzeitige Situation ist u. a. die Festlegung, dass Berlin als ein KV-Bezirk gilt. Nur wenige Patient/innen suchen in weiter entfernten Bezirken

Praxen auf. Fahrkosten spielen ebenfalls eine Rolle. Eine ortsnahe Versorgung ist für den zu versorgenden Personenkreis notwendig.

Es besteht im Bezirk ein sehr hoher Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, dem nicht entsprochen werden kann. Im Bezirk gab es längere Zeit keine Niederlassung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Am 1. April 2010 eröffnete ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die nun einzige Praxis.

Aufgrund fehlender Kapazitäten bei den niedergelassenen Nervenärzt/innen (obwohl der Versorgungsgrad in Marzahn-Hellersdorf bei noch

103% liegt) gestaltet sich die Aufnahme bzw. die Übernahme von Klient/innen schwierig (lange Wartezeiten – das gilt auch für andere Fachärzt/innen, Hausbesuche werden selten oder gar nicht gemacht).

Ein Grund ist vermutlich die unterschiedliche Praxisschwerpunktsetzung der Marzahn-Hellersdorfer Praxen (z.B. radiologische Diagnostik, Psychotherapie, Neurologie). Diese Schwerpunktsetzung wird bei der Bedarfsplanung der KV nicht berücksichtigt. Dadurch verringert sich der Versorgungsgrad.

Institutsambulanzen unterstützen die Sicherstellung der Versorgung, wobei die Ressourcen begrenzt sind und die Einhaltung des § 188 SGB V zu berücksichtigen ist.

Der Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe kann nicht gedeckt werden (Versorgungsgrad in Marzahn-Hellersdorf liegt bei 31%). Es bestehen lange Wartezeiten. Besonders bei nicht mobilen Klient/innen ist eine bedarfsgerechte Versorgung schwieriger zu gewährleisten. Das Maß der Mobilität der Betroffenen ist sehr verschieden. Kapazitäten in der Stadt Berlin sind sicherlich insgesamt ausreichend, die Verteilung der Standorte der Therapeut/innen entspricht hingegen nicht dem Bedarf.

Zeitliche Flexibilität der Kinder und Jugendlichen bzw. der Eltern ist eingeschränkt (Ganztagsunterricht, Eltern berufstätig, allein erziehende berufstätige Mütter); frühe Nachmittagsstunden (ab 13.00 Uhr) können nicht genutzt werden; meist erst ab 16.00 Uhr; daraus entstehen lange Wartezeiten. Es wurde vor allem ein Bedarf an männlichen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche formuliert.

In Marzahn-Hellersdorf gibt es hauptsächlich Verhaltenstherapeut/innen (VT max. 80 h). Es fehlen längerfristige Angebote auf analytischer Basis. Bei der Umsetzung von stabilisierenden Therapien (besonders bei traumatisierten Kindern

„Ihre Abfrage zu konkreten Defiziten der ärztlichen Versorgung in den einzelnen Bezirken begrüße ich sehr. Ich bin bereits im Rahmen meiner Bürgersprechstunde und von der Seniorenvertretung Friedrichshain-Kreuzberg auf das Problem der Abwanderung von Fachärztinnen und -ärzten angesprochen worden. Insbesondere von älteren und in ihrer Mobilität eingeschränkten Bürgerinnen und Bürgern wird eine solche Entwicklung als potentielle Bedrohung wahrgenommen. Allerdings entspricht die mitunter in der Bevölkerung wahrgenommene Unterversorgung nicht immer der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung.

Bei Allgemeinärzten oder internistischen Hausärzten etc. scheint keine Unterversorgung zu bestehen. Für die wichtige hausärztliche Versorgung war im Jahr 2008 ein guter Versorgungs-

und Jugendlichen) ist in Marzahn-Hellersdorf ein Mangel zu verzeichnen.

Die ärztliche Versorgung von Heimbewohner/innen wird ebenfalls als problematisch beschrieben.

Das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin wurde von der Bezirksverordnetenversammlung ersucht, der BVV zum aktuellen Stand der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohner/innen im Bezirk Marzahn-Hellersdorf zu berichten. Hierzu wurden im August 2009 alle 16 Seniorenheime/Pflegeheime im Bezirk um Einschätzung des o. g. Sachstandes gebeten. Von den angeschriebenen 16 Einrichtungen haben sechs geantwortet.

Demnach ergibt sich folgendes Bild: Heime, die z.B. an „CarePlus – medizinisch betreute Pflege“ – ein Projekt zur integrierten hausärztlichen Versorgung – teilzunehmen, das von einzelnen Krankenkassen mit dem Ziel der Sicherung hausärztlicher Versorgung in Einrichtungen initiiert wurde, berichten von positiven Resultaten, aber auch darüber, dass hiervon nur Heimbewohner/innen profitieren, die auch bei diesen Krankenkassen versichert sind.

Während die hausärztliche Versorgung insgesamt als noch etwas besser gesichert anzusehen ist, bietet der Bereich der fachärztlichen Versorgung ein weit differenziertes Bild. In der Anlage 2 wird auf die Beurteilung der Situation durch die einzelnen Heime Bezug genommen.

Aus Sicht des Gesundheitsamtes kann die oben beschriebene defizitäre Versorgung nur bestätigt werden. Betroffene fragen hilfesuchend beim Gesundheitsamt nach, um Ärzt/innen und Fachärzt/innen zu finden oder die Defizite werden im Rahmen der Tätigkeit des Gesundheitsamtes festgestellt.

**Dagmar Pohle**  
**Bezirksbürgermeisterin Marzahn-Hellersdorf**

grad von 114% festzustellen. Es muss jedoch ergänzend hinzugefügt werden, dass sich die Zahl der Hausärzte kontinuierlich verringert (von 2005 auf 2008 um 8). Wenn dieser Trend anhält, kommt es schon bald zu Versorgungsdefiziten. Hier sieht unsere Plan- und Leitstelle ein potentielles Problem, da Hausärzte der erste Anlaufpunkt für die Patienten sein sollten. Nach vorliegenden Informationen ist einzige onkologisch/hämatologische Praxis im Bezirk (in Friedrichshain), die ambulante Chemotherapien durchführt, stark überlaufen. Ambulante Chemotherapien werden angeblich nur noch in einer gynäkologischen Praxis in Kreuzberg durchgeföhrt.

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Bewohnerinnen und Bewohner unseres Bezirkes auf Termine in fachärztlichen Praxen für Nervenheilkunde und

Psychiatrie oft eine Wartezeit von mehreren Monaten in Kauf nehmen müssen. Das kann insbesondere nach Krankenhausaufenthalten ausgesprochen problematisch sein, wenn im Anschluss

die Verordnung von Medikamenten erforderlich ist. Die Thematik wurde im bezirklichen Psychiatrieirat wiederholt problematisiert. Entgegen den durch die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlichten Daten zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung in den Bezirken, die auf eine Bedarfsdeckung für nahezu alle Fachgebiete schließen lassen, wird aus Sicht des Gesundheitsamts die Versorgungssituation insbesondere im psychiatrischen Bereich anders wahrgenommen. So sind sowohl für die psychiatrische Behandlung von Patient/-innen im Erwachsenenalter wie auch im Kindes- und Jugendalter nicht genügend Behandlungsplätze vorhanden, so dass lange Wartezeiten für Termine beim Facharzt in Kauf genommen werden müssen (für Erwachsene Patient/-innen günstigstenfalls 6 Wochen, in der Regel eher 3 Monate). Dies liegt vermutlich darin begründet, dass mehrere der im Bezirk gelisteten Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinderpsychiatrie nur psychotherapeutisch tätig sind, aber keine psychiatrische Basisversorgung gewährleisten.

Die Fachärzte für Nervenheilkunde arbeiten oft schwerpunktmäßig neurologisch, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin versorgen auch nicht unbedingt die Klientel des Gesundheitsamts. Aus dem undifferenzierten Bereich Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie verbleiben deshalb nicht genügend Ärzte, die psychiatrische Basisversorgung bieten und zeitnah Termine vergeben. Zudem wurde in 2009 mehrere psychiatri-

sche tätige Praxen (eine auch im Nachbarbezirk Neukölln) ohne Nachfolge geschlossen. Nur 2 im Bezirk niedergelassene Kinderpsychiater arbeiten tatsächlich kinderpsychiatrisch. Oftmals muss für eine spezifischere Diagnostik auf Kinderpsychiater anderer Bezirke zurückgegriffen werden. Diese haben aber zum Teil Wartezeiten bis zu einem halben Jahr. Inwieweit die neue Institutsambulanz des Klinikums Friedrichshain zur Entlastung beitragen kann, wird sich frühestens in einem Jahr zeigen. Es kann das Fazit gezogen werden, dass ein Bedarf an psychiatrisch arbeitenden Psychiatern (Diagnostik, Medikation und niedrigschwellige stützende Gespräche) sowohl für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten im Erwachsenen- als auch im Kindes- und Jugendalter besteht.

Doch auch im Hinblick auf Terminvereinbarungen für ein Erstgespräch zur Psychotherapie bzw. -analyse ist mir von Schwierigkeiten berichtet worden. Viele im Bezirk ansässige Therapeuten verfügten über keine freien Plätze. Anfragende würden gebeten, es in einem halben Jahr wieder zu versuchen. Wartelisten gebe es oft nicht. Diese Situation steht sicherlich mit dem gestiegenen Bedarf und mit der zunehmenden Inanspruchnahme von Psychotherapie in Zusammenhang.

Hinzuweisen ist auf die sehr gute Grundversorgung im stationären Bereich mit je einem Vivantes-Klinikum in jedem Ortsteil. Beide Klinika bieten darüber hinaus auch eine Vielzahl ambulanter Leistungen an.“

**Antwort der Plan- und Leitstelle Gesundheit  
BA Friedrichshain-Kreuzberg**

Sehr geehrte Frau Stötzner,

ich begrüße Ihr Anliegen, Lücken in der flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung aufzudecken, um diese dem Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen mitzuteilen. Aus den verschiedenen Bereichen meines Gesundheitsamts wurden mir folgende Defizite berichtet:

Im gesamten Bezirk besteht ein zusätzlicher Bedarf für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner oder Internisten. Dies betrifft insbesondere die Tatsache, dass Hausärzte kaum noch Hausbesuche durchführen. Auch werden vielfach aus der Bevölkerung Beschwerden an uns herangetragen, dass es zu wenig Kinderärzte)innen gebe.

Ich kann nicht beurteilen, ob dies objektivierbar ist, deshalb hier die Zahlen:

Im Bezirk Pankow lebten mit Stichtag 31.12.2009 insgesamt 43.838 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren. Davon 17.162 im Altbezirk Prenzlauer Berg.

Dort praktizieren nach meiner Kenntnis 14 Kinderärzte/innen. Im Altbezirk Weißensee leben 9241 Kinder dieser Altersgruppe und es gibt 6 Kinderärzte/innen. Im Altbezirk Pankow (mit Ausnahme von Buch) wohnen 15.807 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren, dort gibt es 11 Kinderärzte/innen.

Im Bereich der ambulanten orthopädischen, neurologischen und pulmonologischen Versorgung wird ebenfalls ein Defizit gesehen, so dass auf niedergelassene Fachärzte in den anderen Bezirken verwiesen werden muss. Eine zunehmende Anzahl von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten versorgt nur noch Privatpatienten und keine gesetzlich Krankenversicherten mehr.

Im Bezirk Pankow wurde das Thema „Engpässe in der Versorgung bei niedergelassenen Fachärzt/innen für psychisch kranke Menschen“ in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft aufgegriffen. (...) Es gibt vor allem Probleme bei Erst-erkrankten.

Aus dem zurückgesandten Fragebogen wurde deutlich, dass die Wartezeit für einen Termin bis zu sechs Monate dauern kann. Die Suche nach einem Termin bei einem niedergelassenen Facharzt und die damit verbundene lange Wartezeit können auf die Patienten ziemlich entmutigend und demotivierend wirken.

(...) Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung für Kinder- und Jugendliche mit einem Psychotherapiebedarf reicht die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in der Region Nord nicht aus. Nach unserer Erfahrung nehmen die Psychotherapeuten mit Doppelzulassung für Erwachsene und Kinder/Jugendliche fast aus-

schließlich Erwachsene in Therapie. Bei den ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Psychotherapeuten insbesondere in den Ortsteilen Karow, Buch, Französisch-Buchholz und Weißensee besteht eine deutliche Unterversorgung bzw. existiert dort gar kein regionales Angebot. Für die Patienten bedeutet das oft unzumutbare Wege und Wartezeiten.

**Lioba Zürn-Kasztantowicz,  
Gesundheitsstadträtin BA Pankow**

## 2.4. Arzneimittel-Richtgrößen 2011

Im Sommer 2011 hat die Schiedsstelle für die Verhandlung von Vertragsgegenständen im Sicherstellungsauftrag zwischen Kassen und KV-Berlin das Volumen für Arzneimittel in Arztpraxen neu festgelegt. Das hat zum Teil zu Verschiebungen in den Budgets für Verschreibungen bei einzelnen Facharztgruppen geführt. Die Umverteilung hat bei bestimmten Arztgruppen zu erheblichen Einschränkungen, bei anderen zu Ausweitungen der Rahmengrößen geführt.

Die Richtgrößen werden den jeweiligen Facharztgruppen auch als Betrag pro Patienten je Quartal beziffert. In den Reaktionen der KV Berlin und der Facharztverbände wird darin eine massive Beeinträchtigung der ärztlichen Behandlungsfreiheit gesehen. Mit Rundschreiben und Presseerklärungen haben die Verbände auf diese neuen Richtgrößen aufmerksam gemacht und auch die Patienten aufgerufen werden, dagegen zu protestieren.

Sehr schnell nach diesen Erklärungen gingen im Amt der Patientenbeauftragten Beschwerden ein, die sich auf die neuen Arzneimittel-Richtgrößen beziehen. Die Patientinnen und Patienten berichteten, dass ihnen notwendige Medikamente mit dem Hinweis auf das gekürzte Budget für Arzneimittel von ihren Ärztinnen und Ärzten verweigert werden.

Aus dem Tenor der Beschwerden wurde deutlich, dass sie sich auf eine Argumentation bzw. ein Informationsschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin beziehen, wonach Ärztinnen und Ärzte zur Vermeidung von Regressforderungen der Kassen angeblich bestimmte Medikamente nicht mehr verschreiben können. Verwiesen wurde auch auf vorgefertigte Protestschreiben und auf Internetseiten, auf denen heruntergeladen werden können. Problematisch ist vor allen Dingen, dass Patienten aufgefordert wurden, die „gewünschten“ Medikamente selbst zu zahlen oder sich diese von anderen Ärzten verschreiben zu lassen. Hier wird also eine Art „Verschiebebahnhof“ zu Lasten der Patientinnen und Patienten inszeniert.

Zu kritisieren ist dies, weil in diesen Fällen nicht medizinisch argumentiert wird: z.B. „Dieses Medikament brauchen Sie nicht mehr, ich verschreibe Ihnen das andere Medikament, weil dies in Ihrem Fall ebenso oder besser wirkt ...“, sondern allein auf Probleme in der Einkommenssituation der Ärzte verwiesen wird. Ohne das Regressrisiko für

Arztpraxen zu leugnen, bleibt doch festzuhalten, dass eine solche Argumentation dem Versorgungsauftrag von Kassenärzten widerspricht, die ihre Patienten mit dem medizinisch Notwendigen, Angemessen und Wirtschaftlichen zu versorgen haben. Das Verweisen auf die Möglichkeit des Selbstzahlens kann nicht akzeptiert werden.

Eine solches Vorgehen hat die Berliner Patientenbeauftragte öffentlich kritisiert und die Informationspolitik der KV Berlin und einzelner Ärzte entschieden zurückgewiesen, da hier gegenüber Patientinnen und Patienten eine völlig unzulässige Panik betrieben wird. Das Schreiben der KV Berlin suggerierte, dass Ärzte in Zukunft in erster Linie „lebensnotwendige Medikamente weiterhin auf Kassenrezept“ verschreiben werden und deswegen u.U. von der „gewohnten“ Therapie abweichen müssen. Die Senatsverwaltung hat dieses Schreiben aufsichtsrechtlich geprüft und daraufhin Änderungen veranlasst.

Nach Einschätzung der Patientenbeauftragten wird damit indirekt der Weg für eine Kostenverschiebung zu Ungunsten der Patientinnen und Patienten geebnet. Sie sollen zukünftig mehr Medikamente selbst bezahlen, obwohl sie über die Kasse finanzierbar sind.

Zwar ist es richtig, dass alle Akteure im Gesundheitswesen auf die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung achten. Andernfalls wären die Zusatzbeiträge der Kassen kaum mehr bezahlbar. Die Verantwortung liegt aber hier vor allem bei Ärztinnen und Ärzten. Sie müssen entscheiden, was in jedem Einzelfall medizinisch notwendig und deswegen geboten ist. Das kann auch eine Änderung der Medikation bedeuten, die muss dann allerdings für den jeweiligen Patienten genau begründet werden. Patienten sollten diese zusätzliche Beratung als selbstverständlich einfordern.

In einer Pressemitteilung der Patientenbeauftragten wurde deutlich gemacht, dass Patientinnen und Patienten, denen Verordnungen mit dem Verweis auf das Budget verweigert werden, dies zurückweisen und sich den individuellen medizinischen Grund konkret erläutern lassen sollten. Die Einholung einer Genehmigung von der Krankenkasse ist nicht statthaft und verstößt gegen geltendes Recht. Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht korrekt verhalten, sollten den Krankenkassen benannt werden. Vor allem aber sollten sich die Patientinnen und Patienten nicht vorschnell mit vorgefertigten Protestschreiben für die Interessen anderer einspannen lassen.

Im Anschluss daran ist eine Debatte entbrannt, wie groß die Wahrscheinlichkeit für einzelne Ärzte ist, in Regress genommen zu werden. Die Patientenbeauftragte schätzt in ihrer Presseerklärung die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten ihre Medikamente (die ihnen eigentlich als Kassenleistung zustehen) in Zukunft in großem Umfang selber bezahlen müssen, wesentlich größer ein. Das sei vor allem für Menschen mit geringem Einkommen absolut unzumutbar. So wird schleichend das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehebelt. Die Reaktion der ärztlichen Fachverbände reichte von offener Diskussionsbereitschaft über das Problem bis hin zu Vorhaltungen, dass mit solchen Positionen der „jungen Generation von Ärzten die Freude am Beruf verdorben“ werde.

Im Dialog wurde klar, dass es zukünftig bei Budgetverhandlungen Unterscheidungen geben muss, ob Ärzte diagnostisch oder therapeutisch tätig sind. Das würde auch innerhalb der Facharztgruppen zu unterschiedlichen Budgets führen. Für solche Verhandlungsstrategien muss die KV erst noch gewonnen werden. Politisch und aufsichtsrecht-

lich ist darauf zu drängen, dass die Verordnung medizinisch notwendiger Behandlungen oder Medikationen Vorrang haben müssen vor Einkommensargumenten.

## **2.5. Ambulante Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt**

Durch die Einführung von so genannten Fallpauschalen bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen (DRGs) haben sich tatsächlich, wie gewollt, die Zeiten eines Krankenhausaufenthaltes erheblich verkürzt. Dadurch wurden beträchtliche Phasen des Heilungsvorgangs in den Bereich der ambulanten Versorgung verlagert.

Die Verantwortung für die Organisation dieser Anschlussversorgung im ambulanten Bereich liegt bei den Betroffenen selber. So müssen die ärztliche Weiterbehandlung geregelt werden, Krankenpflege beantragt und eingefordert werden, Rehabilitation oder Krankentransport organisiert werden oder Heil- und Hilfsmittel oft in Eigenverantwortung beschafft werden. Dies ist im Sinne der gewünschten Patientensouveränität auch richtig. Es gibt aber Menschen, die in dieser Situation der Schwächung dazu nicht in der Lage sind. Es sind alte, meist alleinlebende Kranke. Und hier insbesondere diejenigen, die weniger mobil sind und solche die nur über geringe Einkommen verfügen. Sie können die Probleme einer unzureichenden Abstimmung der medizinischen, nachsorgenden, psychologischen oder sozialen Etappen in der Behandlungskette nicht alleine bewältigen.

Aber kurze Krankenhausaufenthalte bedeuten eben auch, dass für Patientinnen und Patienten das Gesundwerden eher zu Hause stattfindet und dass sie sich dort um ihre Belange selber kümmern müssen. Viele Patienten und ihre Familien tun das aktiv, selbständig und gemeinsam. Sie schaffen das ohne Hilfe von außen. Was aber ist mit denjenigen, die alleine sind, die schon durch ihr Alter beeinträchtigt und evtl. nicht mehr mobil sind?

Hier funktioniert eine ambulante Versorgung durch unterschiedliche professionelle Dienste nicht immer. Alte Menschen sind nach einer Operation nicht selten stärker beeinträchtigt als jüngere. Krebspatienten brauchen nach einer Operation vielleicht keine Krankenhausbetreuung, ihnen fehlt aber die Kraft dafür, sich alleine zur ambulanten Chemotherapie zu bewegen oder ihren Haushalt zu versorgen. Dass diese Lebenssituation mit massiven Problemen verbunden sein kann, zeigen die Ratsuchenden bei Krankenkassen, Pflegediensten oder eben bei der Patientenbeauftragten.

Die Zahl der Beschwerden und die Dringlichkeit, mit der diese Problemhinweise im Büro der Patientenbeauftragten vorgetragen werden, machen deutlich, dass an den Schnittstellen der gesundheitlichen Leistungserbringer erheblicher Handlungsbedarf besteht. Viele dieser Schwierigkeiten an den Übergängen des Behandlungsprozesses kann nicht eine Instanz alleine lösen.

Die Notwendigkeit zum Aufgreifen der Probleme ist auch deshalb drängend, weil die Zunahme chronischer Erkrankungen steigt, zunehmend mehr ältere Menschen alleine leben und im immer höheren Alter oft mehrere Krankheiten zu bewältigen haben. Gefragt sind Konzepte, die den einzelnen Partnern durch klare gesetzliche und formale Vorga-



ben, funktionale Handlungsanleitungen und ausreichend kompetentes Personal an den Schnittstellen eine funktionierende Zusammenarbeit ermöglichen.

Obwohl es in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen für eine integrierte und sektorenübergreifende Versorgung, für ein zielgerichtetes „Fallmanagement“ (Case-Management), Strukturierte Behandlungsprogramme und sogar eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser für ein verbindliches und geregeltes Entlassungsmanagement gegeben hat, bleiben viele Menschen oft alleine und hilflos zwischen den Akteuren und Zuständigkeiten hängen. Sie geraten zwischen die Zuständigkeiten der Akteure, die nicht selten in erheblicher Kostenkonkurrenz die Problemlösung hin und her schieben: Ärzte, Pflege oder Sozialdienst im Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, Kassen oder Reha-Einrichtungen. Notwendig ist eine sektor-, berufs- und trägerübergreifende Zusammenarbeit, um diese Versorgungsprobleme zu lösen.

### 3. Anfragen und Beschwerden

Um die Interessen der Patientinnen und Patienten politisch angemessen vertreten zu können, ist es notwendig, deren Anliegen und Probleme zu kennen. Deshalb sind die Anfragen und das Aufgreifen der Beschwerden von Berliner Patientinnen und Patienten der Mittelpunkt der Tätigkeit der Patientenbeauftragten. Täglich ist unter der Telefonnummer 030 – 9028 2010 (früher 9025-2010) eine Sprechzeit von vier Stunden für Bürgeranfragen eingerichtet. Darüber hinaus können für persönliche Gespräche Terminvereinbarungen getroffen werden. Ebenso sind schriftliche Anfragen möglich.

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 wurde. An die Einrichtung einer Ombudsstelle mit eigenen Interventionsrechten – wie sie z.B. in Österreich oder den skandinavischen Ländern existieren – war nicht gedacht.

Konkrete Patientenberatung erfolgt daher überwiegend durch die Berliner Beratungsstellen direkt – z.B. die Patientenberatung der Berliner Verbraucherzentrale oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)<sup>10</sup> oder durch die Krankenkassen. Dennoch erreichen das Büro zahlreiche Anfragen, Beschwerden oder Bitten um Unterstützung von Bürgerinnen und Bürgern. Sie tun dies in der Hoffnung, dass über dieses „offene Ohr für die Patientenbelange“ eine kompetente und wirkungsvolle Interessenvertretung 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 Patienten und Patientinnen 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.

Monatlich werden etwa **110** Anfragen und Kontakte im Büro der Patientenbeauftragten für Berlin dokumentiert. In der Zeit von **Mai 2009 – Ende 2011** haben sich

4.626 Personen mit Fragen und Anliegen an das Büro gewandt.

771 Institutionen suchten den fachlichen Kontakt.

Die Beschwerden im Amt der Patientenbeauftragten sind sicher nur ein Ausschnitt und werfen ein Schlaglicht auf die Versorgungssituation insgesamt. Sie sind in vielen Fällen vielleicht auch nicht repräsentativ. Sie verdeutlichen aber in jedem Fall Fehlentwicklungen, auf die das politische Augenmerk zu richten ist.

---

<sup>10</sup> finanziert durch die Krankenkassen nach § 65 SGB V

Die Anfragen und Beschwerden werden einzeln beantwortet und dokumentiert. Wenn sich zu einem Thema besonders schwierige Konstellationen zeigen, besteht die Möglichkeit der persönlichen Intervention der Patientenbeauftragte im Einzelfall. Hier ist festzuhalten, dass in den allermeisten Fällen bei den Partnern (z. B. Ärztekammer Berlin, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Krankenkassen) eine Lösung im Sinne der Patientinnen und Patienten finden ließ. Damit wird auch deutlich, dass auch ohne formale Interventionsrechte, Wirkungen möglich sind.

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 annähernd gleicher Zahl an die Beauftragte wenden.

In allen Patientenberatungsstellen gibt es Schwerpunktthemen und Fragen, die besonders häufig gestellt werden. Die Fragen der Patientinnen und Patienten selbst beziehen sich auf nahezu alle Themenbereiche, die im Gesundheitsbereich von Bedeutung sind. Beispiele sind:

- Ärztliche Versorgung in den Bezirken / Wartezeiten auf Arzttermine
- Beschwerden über Gutachten / Gutachterinnen und Gutachter
- Fragen zu Patientenrechten
- Verdacht auf Behandlungsfehler im ambulanten oder stationären Bereich
- Kritik am Überleitungsmanagement von Krankenhäusern
- Verweigerung bzw. lange Wartezeiten auf Patientenunterlagen
- Praxisferne rechtliche Vorgaben zu Krankentransporten / Bewilligungspraxis der Kassen
- Hilfsmittelversorgung der Kassen nach den neuen vertraglichen Regelungen
- Beratungsleistung / -kompetenz der Krankenkassen
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Behinderung und Betreuung
- Weiterführende Hilfsangebote
- Berufsrechtliche Verfahren der Ärztekammer
- Langwierige Genehmigungspraxis von Rehabilitationen / Mutter-Kind-Kuren u.ä.
- Missachtung des Datenschutzes in Kliniken
- Hygiene in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
- Beschwerden zum personellen Ausstattung in der Pflege
- Fehlende bzw. unzureichende psychosoziale Versorgung von Krebspatienten
- Kritik an der Neuregelung der Narkosepraxis bei Zahnärztinnen und -ärzten
- Beschwerden zur Gewährungspraxis und Bearbeitungszeiten der Beihilfestelle

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.

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. Viele dieser Anfragen können zum Glück an die bundes-

weit agierenden Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung weitergegeben werden.

Auf einige Beschwerdethemen soll nachfolgend exemplarisch eingegangen werden:

### 3.1. Belastungen durch Zuzahlung und Selbstkostenanteile

Die Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahren den Anteil erhöht, den Versicherte und Patienten selbst bezahlen müssen (Zuzahlungen, Praxisgebühr, Zuschläge). Die Beträge mögen im Einzelnen „klein“ und überschaubar sein (z.B. 10 Euro Praxisgebühr). Aber die Zahl der Menschen, die diese Beträge in ihrer Summe nicht mehr tragen können ist beträchtlich. Sichtbar wird, dass mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen auch die Gruppe größer wird, die ihre Gesundheitskosten nicht alleine tragen können. Kritisch ist die Kumulation von Eigenleistungen der Versicherten, die bei der Entscheidung zu einzelnen Gesetzen oft nicht bedacht wird.

Gesetzliche Vorgaben und Neuregelung, die Auswirkungen auf die Selbstzahlungsverpflichtungen für Patienten habe, müssen zukünftig stärker auf ihre Wechselwirkungen hin überprüft werden.

„(...) Meine Rente ist eigentlich nicht klein, aber jetzt muss ich eine neue Brille haben und die Rechnung des Zahnarztes war so hoch, dass ich sie in Raten bezahlen muss. Seit ich die Salben, die ich brauche nicht mehr über die Kasse bekomme und nun auch noch meine Krankenkasse einen extra Zuschlag haben will, merke ich, dass ich das alles nicht mehr schaffe. Plötzlich habe

ich Angst, dass meine Gehilfe kaputt geht und dann noch mehr Kosten entstehen. Ich kann nicht so viel sparen, dass ich das alles schaffen kann. Sie müssen der Politik sagen, dass alte Menschen nicht so viel Geld haben. Gerade wenn man alt wird, ist man doch krank und braucht Hilfe. (...)“

### 3.2. Festbetragsregelung führt zu erheblichen Zuzahlungen

Dem Büro liegen zahlreiche Beschwerden z.B. zu Migränemedikamenten vor, für die es Probleme gibt, wenn Kassen diese nicht in ihren Festbetragsverträgen bereitstellen. Faktisch müssen Patientinnen und Patienten dann erhebliche Zuzahlungen leisten, die eigentlich unnötig wären und nur die Gewinnmargen der Pharmaunternehmen erhöhen.

Für mehrere Sachleistungen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung Festbeträge festgesetzt, um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Festbeträge gibt es bei Arzneimitteln, Verbandmitteln, Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Ist für ein Mittel ein Festbetrag festgesetzt, übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Mittels, maximal den Festbetrag, abzüglich einer Zuzahlung des Versicherten. Bei den Arzneimitteln bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien die Gruppen von Arzneimitteln mit denselben Wirkstoffen, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen, therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen, für die Festbeträge in Betracht kommen. Dabei ist sicherzustellen, dass eine für die Therapie ausreichende Auswahl von Arzneimitteln zur Verfügung steht. Diese Richtlinien werden regelmäßig überarbeitet, aktualisiert und angepasst.

Inzwischen ist zu vermuten, dass eine ausreichende Auswahl von Arzneimitteln eben nicht zur Verfügung steht. Das Büro der Patientenbeauftragten hat daher den Sachver-

halt an die Patientenvertreterinnen und -vertreter des Unterausschusses Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss weitergegeben, da hier Handlungsbedarf besteht, weil Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht umgesetzt werden.

### 3.3. Versorgung durch niedergelassene Ärzte

#### Abweisen von Patienten mit Verweis auf erschöpfte Budgets

Nach wie vor findet das Abweisen von Patientinnen und Patienten mit Hinweis auf die Einkommenssituation der Ärzte offensichtlich in erheblichem Umfang statt. Patienten werden mit der Argumentation der Ärzte konfrontiert, dass sie nach der Versorgung einer vorgegebenen Anzahl von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Quartal alle anderen gesetzlich Versicherten „umsonst“ behandeln würden.

Solange 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 Ärztinnen und 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 (Arzthelfer/in) schon am Tresen oder am Telefon.

„(...) Ein Orthopäde lehnte die Weiterbehandlung einer Patientin mit Hinweis auf sein ausgeschöpftes Regelleistungsvolumen ab. Die Patientin verließ mit Schmerzen und Tränen in den Augen die Praxis.“

„(...) Eine Praxis für Urologie teilte einem Patienten mit, dass künftig nur noch einmal pro Quartal einen erforderlichen Harnröhrenstab einsetzen könne, da die Praxis mit dieser Leistung „nichts verdienen“, würde. Künftig müsse der Patient sich den Stab zu Hause selber einsetzen.“

„Eine Praxismgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie behauptet, dass durch die Gesundheitsreform nur noch 21 Minuten Gesprächsleistung pro Monat und Kind bezahlt würden. Deshalb hat die Praxis einen Musterbrief an die Eltern ausgelegt, mit dem sie sich bei den Krankenkassen und Verbänden beschweren können.“

„Ein sechsjähriges Kind wurde vom Hausarzt an den Urologen überwiesen, da der Hausarzt mit seinen Therapiemöglichkeiten am Ende war. Der Termin am 09.03.2009 war bereits Anfang Januar 2009 vereinbart worden. Der Urologe verweigerte nach einem kurzen Beratungsgespräch die Behandlung. Er werde den Jungen nicht behandeln, da er dies nicht bezahlt bekäme. Zu der Mutter meinte er, sie habe doch sicherlich Verständnis.“

Schließlich arbeite sie ja wohl auch nicht umsonst.“

„(...) Ein Versicherter bekam abends einen Hexenschuss mit starken Schmerzen. Er konnte sich kaum bewegen, weder richtig liegen noch

gehen. Nach einer schlaflosen Nacht bat er um 7 Uhr einen Bekannten, ihn zum Arzt zu fahren. Auf den Weg zum Orthopäden rief er in der Praxis an, um sein Kommen als Notfall anzumelden. Dort sagte man ihm, seine Kassenpauschale sei bereits erschöpft. Eine Behandlung in diesem Quartal sei nur als Privatpatient möglich. Als Kassenpatient könne er einen Termin erst im nächsten Quartal bekommen. (...)“

„(...) Hiermit beschwere ich mich über den Facharzt für Urologie, Dr. med. XX, wegen vorsätzlich unterlassener Hilfeleistung an. Dr. med. XX arbeitet in der Urologischen Gemeinschaftspraxis Dr. med. Dr. med. YY.“

Sachverhalt: Am Freitag, dem XX, war ich in einer absoluten Notlage und suchte unter äußerster starken Schmerzen und zusätzlich in kurzen Zeitintervallen besonders schmerzhaften krampfartigen Harndrang die urologische Gemeinschaftspraxis auf, um dort Notfallhilfe zu finden. Uhrzeit: etwa 11:00 Uhr Sprechzeit freitags von 8:00 bis 12:00 Uhr

Die an der Anmeldung tätige männliche Person teilte mir mit, nachdem ich den Sachverhalt und die besondere Notlage ausführlich geschildert hatte, dass ich nicht mehr behandelt werden könne, da noch zu viele Patienten warteten (nach meiner Beobachtung waren etwa max. 5 Patienten anwesend).

Meine Argumentation, es handele sich um einen Notfall, ich sei hier Patient, habe extrem starke Schmerzen und wegen der plötzlichen Erkrankung nur deshalb keine rechtzeitige, ordnungsgemäße Anmeldung, interessierte nicht und wurde ignoriert.

Stattdessen wurde auf meine Anfrage, was nun passiert, mitgeteilt, ich solle zum Notdienst in ein

Krankenhaus, die nächste Möglichkeit wäre das Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) fahren.

Mein Hinweis, ich habe ungeheuer starke Schmerzen und sei daher heilfroh unter diesen Umständen überhaupt bis in die urologische Praxis gelangt zu sein, interessierte nicht. Ich erhielt zur Antwort „wenn sie bis hierher gekommen sind, kommen sie auch dorthin“.

Über diese haarsträubende rücksichtslose und Hilfe abweisende Auskunft empört, habe ich nun verlangt, den Arzt zu sprechen. Eine Antwort erhielt ich nicht, der Arzt ließ sich verleugnen. (...)

## Kassenpatienten werden zum Selbstzahlen genötigt

Immer öfter werden Patientinnen und Patienten mit dem Hinweis auf erschöpfte Budgets darauf verwiesen, dass bestimmte Leistungen von den behandelnden Ärzten nicht erbracht werden wollen. Patienten werden dann vor die Wahl gestellt selber zu zahlen oder einen andere Ärztin bzw. Arzt zu suchen. Es ist bedrückend zu sehen, dass viele Patientinnen und Patienten in dieser Situation keine Kraft haben, sich zu wehren und sich trotz Schmerzen wegschicken lassen.

Notwendig sind Regelungen, die sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten besser über die Hintergründe und gesetzlichen Vorgaben zu Leistungen und zur Kostenübernahme durch die Kassen informiert sind. Hier haben insbesondere die Krankenkassen die Pflicht, ihre Versicherten besser aufzuklären. Es muss aber auch Vorgaben geben, die verhindern, dass Patientinnen und Patienten nur mit dem bloßen Argument „das zahlt die Kassen nicht“ zu IGeLn „gezwungen“ werden.

„(...) Bei der Behandlung der Hüftfehlstellung eines Kleinkindes verlangte ein Arzt von den Eltern, mit ihm einen privaten Behandlungsvertrag abzuschließen. Argument des Mediziners: Eine mehrmalige Kontrolle im Quartal sei mit der Pauschale nicht mehr zu finanzieren.“

„(...) Bei einem 17-jährigen Jungen musste der Zehennagel teilweise abgenommen werden. In der aufgesuchten Praxis erhielt die Familie die Auskunft, dass diese Operation nicht mehr

kostendeckend durchgeführt werden könne. Daher musste die Familie für die Kassenleistung 67,50 Euro zahlen.“

„Eine Patientin suchte mit akuten, starken Nackenschmerzen eine orthopädische Praxis auf. Dort wurde ihr jedoch mitgeteilt, dass eine Behandlung erst im zweiten Quartal möglich sei, da sie im laufenden Quartal schon wegen Kniebeschwerden behandelt worden sei.“

## 3.4. Individuelle Gesundheitsleistungen - IGeL

Aus Patientenbeschwerden geht hervor, dass viele sich in der Arzt-Patienten-Beziehung verunsichert fühlen, weil sie nicht genügend über Zusatzleistungen informiert sind. Die Möglichkeiten in der Praxis, Behandlungen auch jenseits des Katalogs anerkannten Kassenleistungen anzubieten führt zu einer Art Anbieter-Kunden-Situation, die allerdings zu ungleichen Bedingungen stattfindet. Patientinnen und Patienten sind in der Regel nur ungenügend in der Lage, die Notwendigkeit, Nutzen, Bedarf und Qualität sowie geforderten Kosten zu beurteilen.

Vor dem Hintergrund der starken Zunahme von IGeL-Angeboten ist es erforderlich, Vorgaben zu Akquise, Beratung, Vertragsgestaltung und Liquidierung dieser Leistungen gesetzlich zu regeln. Diskutiert werden Vorschriften, die sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten nicht zu Zusatzleistungen gedrängt werden können, vor allem aber ein Erbringen als Ersatz für GKV-Leistungen verhindern.

Notwendig sind außerdem Vorgaben für eine nachvollziehbare Nutzenbewertung und für eine klare Preistransparenz, die auch Vorkehrungen gegen eine überzogene Auspreisung trifft. Das Arzt-Patienten-Verhältnis darf nicht zum „Marktplatz“ werden.

Guten Morgen, ich hätte eine Frage: Ich war gestern bei einem Orthopäden, der im Rahmen seiner Behandlung mit einem "Eisstrahl" meinen Fuß besprühte und danach einen Tapeverband anlegte. Danach erklärte er mir, dass diese Be-

handlung nicht von der Krankenkasse übernommen wird und wollte 12 Euro.

Als ich ihn darauf hinwies, dass er mir das hätte vorher sagen müssen, waren die 12 Euro auf einmal nicht mehr zu bezahlen.

### **Augenärzte "verlGeLn" Kassenleistungen**

Eine Arztgruppe, die besonders häufig genannt wird, wenn Patienten zu Selbstzahlerleistungen aufgefordert werden, sind die Augenärzte. Häufig wird von Patientinnen und Patienten berichtet, die nicht ohne die Zustimmung zur privat zu zahlenden Augen-druckmessung zur Ärztin bzw. zum Arzt vorgelassen werden. Obwohl wiederholt mit dem Facharztverband geklärt worden war, dass diese „Nötigung“ unzulässig ist, scheint das „System Druckmessung als Eintrittskarte“ weiter in einigen Praxen üblich zu sein.

Besonders kritisiert wurde gegenüber dem Fachverband und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, dass ein Großteil der Augenärzte für eine Refraktionsbestimmung eine Zahlung der Patienten verlangt. Hier musste über den Weg der Aufsicht eine Intervention der Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erfolgen. Infolgedessen ging ein Rundschreiben über die korrekte Abrechnungspraxis an alle Augenärzte. Leider erreichten das Büro der Patientenbeauftragten auch danach noch Beschwerden darüber, dass Patientinnen und Patienten für die Bestimmung ihrer Brillengläser „zur Kasse gebeten wurden“.

Mit der KV Berlin und den Fachverbänden der augenärztlichen Versorgung müssen Konventionen formuliert werden, dass IGeL-Leistungen nicht vor einer ärztlichen Untersuchung und damit vor der Feststellung z.B. von Vorerkrankungen (die eine Kassenleistung bedingen) am Beratungstresen vereinbart werden dürfen.

Notwendig ist zudem mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig. IGeL sind immer freiwillige Leistungen, die nur auf Anfrage der Patienten und nach schriftlicher Vereinbarung mit allen Kostenfaktoren erbracht werden dürfen.

### **3.5. Dauerbrenner: Wartezeiten für gesetzlich Versicherte**

Was wir gefühlte Unterversorgung nennen, wird von immer mehr Patientinnen und Patienten offen als Zwei-Klassen-Medizin bezeichnet. Offensichtlich erleben noch immer sehr viele Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen eine andere Behandlung als Privatversicherte. Lange Wartezeiten sind eine der signifikanten Indizien dafür. Alarmierend

ist, dass viele Patientinnen und Patienten, die keine – nach ihrem Empfinden – rechtzeitigen Termin bekommen, den „Test“ machen und als Privatpatienten erneut nachfragen. Es ist erschreckend zu erfahren, wie oft dann ganz schnell ein Arzttermin verfügbar ist.

Hier besteht aus Sicht der Patientenbeauftragten unbedingter Handlungsbedarf. Auch bei den Kassen, die für ihre Versicherten sicherstellen müssen, dass Kassenärzte ihren Versorgungspflichten nachkommen. Solange in der regulären Sprechzeit diese Unterschiede gemacht werden, werden Kassenpatienten benachteiligt. Hier brauchen sie den aktiven Einsatz ihrer Versicherungen.

Erschreckend ist aber auch, dass die KV Berlin solche Praktiken nicht sanktioniert, sondern darauf hinweist, dass die Budgets eben solche Differenzierungen notwendig machen.

„Nach erfolglosen Telefonaten um ein MRT-Termin zu bekommen, gab ich bei einer weiteren Anfrage in der Radiologie XX Schöneweide an, dass ich als Freiberufler/privater bei der TKK versichert bin. Daraufhin wurde mir ein sofortiger Termin zugesichert. Als ich in der Praxis vorsprach wurde festgestellt, dass ich ein „gewöhnlicher Kassenpatient“ bin und nicht in einer Privatversicherung versichert bin. Ein Termin würde somit für mich in 4 Wochen in Frage kommen. Auch der Hinweis, dass ich starke Schmerzen habe, meine Berufstätigkeit nicht ausführen kann und eine Therapie für mich existenziell wichtig ist, führte zu keinem Erfolg. Mein Angebot, die Differenz zu den Behandlungskosten gegenüber der privaten Versicherung zu zahlen, fand kein Gehör.“

„(...) ich habe versucht im Augenzentrum einen Termin für eine normale Augenuntersuchung zu bekommen, was nach 4 Jahren (Jahrgang 1937) wohl auch angeraten ist. Frage der Helferin am Telefon: „Wo sind Sie versichert?“ - Meine Antwort: „Bei der Techniker Krankenkasse“. Die schnippische Reaktion: „ Tut mir leid, wir haben Aufnahmestop für Kassenpatienten“. Und schon hatte sie aufgelegt.“

Mein daraufhin erfolgter Anruf bei der kassenärztlichen Vereinigung Berlin ergab: „Das sei durchaus korrekt und üblich - seit einiger Zeit erhalten die Fachärzte einen bestimmten Betrag aus dem großen Topf und wenn dieser Betrag durch die bereits behandelten Patienten aufgebraucht, nimmt der Arzt eben keinen Kassenpatienten mehr an, er will ja schließlich nicht umsonst arbeiten.“

Na ja ich war erstmal schockiert und finde es unerhört wie hier mit Beitragszahlenden Kassenpatienten umgegangen wird.“

Von seinen Privatversicherten Patienten alleine wird wohl der Arzt nicht seine Praxis unterhalten bzw. auslasten können; also sorgen die Kassenpatienten erstmal für eine Basis durch eine Grundauslastung.“

„Wartezeiten in Biesdorf bei einem Augenarzt ein halbes Jahr, privatversichert wäre nur eine Woche gewesen.“

„(...) der hier geschilderte Vorgang betrifft die Praxis XY. Diese Praxis wurde von mir am 17.04. vormittags aufgesucht, mit der Bitte einem Arzt vorgestellt zu werden. Ein gültiger Überweisungsschein wurde von mir vorgelegt. Mit dem

Hinweis auf 6 Std. Wartezeit und meinem Einverständnis dazu, verschwand die Dame der Aufnahme im Arztzimmer, um mit der Mitteilung wieder zu erscheinen, es werden keine Patienten mehr angenommen. Grund Überfüllung der Praxis. Auch der Hinweis auf starke Schmerzen in den Knien änderte nichts. Ich sollte Montag früh anrufen und man wird mir mitteilen, zu welcher Uhrzeit ich erscheinen könne. Am Montag, dem 20.04.xx erhielt ich am Telefon die Auskunft, „Die Praxis bleibt am Montag geschlossen“. Man bekommt noch den Hinweis, als unangemeldeter Patient eine halbe Stunde vor Sprechzeit, zwecks Vereinbarung einer Uhrzeit anzurufen. Am 27.04.xx rief ich in der Zeit von 7:30- 8:00 Uhr mehrmals an, mit dem Ergebnis das durchgehend besetzt war. Daraufhin suchte ich die Praxis gegen 8:30 Uhr auf. Die Antwort, heute werden keine Patienten mehr angenommen. Ich solle es doch morgen probieren. Ich stelle die Frage, ob das die weiße Mafia sei und ob es ein 100 Euro Schein getan hätte??? (...“

„Ich habe eine Überweisung meines chirurgischen Facharztes zum Neurologen bekommen, da eine zeitweise äusserst schmerzhafte (Erkrankung) bei mir bestätigt oder auch ausgeschlossen werden soll. Dazu sollte ein elektrischer Nervenweiterleitungstest durchgeführt werden. Zu diesem Zweck rief ich am 18.5.2010 in der Praxis XXX an. Von der Sprechstundenhilfe wurde mir ein Termin für Ende Oktober 2010 in Aussicht gestellt. Ich fragte daraufhin, warum ich bei meinen Schmerzen so lange warten müsste. Als Antwort erhielt ich folgendes „Angebot“: „Wenn Sie 20 Euro zahlen, haben wir einen Termin für Sie am 2. Juni, also bereits in 14 Tagen. (...“



„Die Praxis wurde von mir am XX.2010 zur Öffnungszeit um 9:00 Uhr aufgesucht. Es gültiger Überweisungsschein wurde vorgelegt und es muss hinzugefügt werden, dass der Warteraum absolut leer war. Auf Nachfrage der Tresengehilfin warum weshalb ich käme, war die nächste Frage, ob ich einen Termin habe. Nach Verneinung meinerseits wurde mir bescheiden, der früheste Termin sei Ende Juli. Auf meinen Einwand, es sei dringend, teilte sie mir mit, Notfälle seien 24 Stunden vorher anzumelden und bis Donnerstag seien alle Notfalltermine schon vergeben.“

„(...) Anfang März diesen Jahres werde ich 70 Jahre alt und bin zur Zeit - das erste Mal in meinem Leben – ernstlich erkrankt durch einen äußerst schmerzhaften degenerativen LWS/SWS-Schaden, durch den ich mich (nach dem Tod meines Mannes allein stehend) nun seit 9 Wochen nur mit Hilfe von zwei ausgeliehenen Unterarmgehilfen mühsamst in der Wohnung fortbewegen kann. Eine WS-Sprechstunde konnte ich bislang nur per Krankentransport bzw. zuletzt per Taxe erreichen.

Meine behandelnden Neurochirurgen wollen meiner Erkrankung wegen leichter Besserungsten-

denz vorerst weiter konservativ behandeln und verordneten mir jetzt KG und Akupunktur; sie empfahlen mir die orthopädische Praxis von Frau Dr. XX zur Akupunkturbehandlung. Als ich heute Morgen, 9:20 Uhr, dort anrief zwecks Terminvereinbarung, war die erste Frage der Sprechstundenhilfe, ob ich privat oder in einer „sonstigen“ KK versichert sei. Auf meine Antwort, dass ich in der XX versichert sei, hieß es: „Dann darf ich ihnen in diesem Quartal keinen Terminmehr geben“. Die Frau Dr. habe zusätzlich auch noch eine Privatsprechstunde und sie könne auch nicht 24 Stunden am Tag arbeiten. An welcher Krankheit ich zur Zeit leider, ob ich Schmerzen habe, eine akute oder chronische Erkrankungen vorliegt, war für die Praxis uninteressant.

Da ich von solchen Situationen in der letzten Zeit immer wieder im Freundes- und Bekanntenkreis sowie in den Medien gehört habe, wobei zu diesem Sachverhalt befragte Regierungsvertreter diese Missstände als nicht vorhanden bestritten, schreibe ich ihnen deshalb heute diese Zeilen. (...)

### 3.6. Recht auf Patientenunterlagen

Patientinnen und Patienten haben das Recht auf Einsicht in ihre Patientenakte und auf deren Kopie. Es ist jedoch bestürzend zu sehen, wie oft dieses Recht den Patienten verweigert wird.

Besonders zeigt sich die unzureichende Transparenz und Kooperationsbereitschaft bei einigen Ärztinnen und Ärzten, wenn es sich um Befundberichte handelt. Die Zahl der Beschwerden hat hier deutlich zugenommen. Sicherlich auch, weil immer mehr Patientinnen und Patienten ihre Rechte kennen.

„(...) Leider muss ich mich heute an Sie wenden und um Unterstützung in einer Angelegenheit bitten, die auf mich als Patient doch schon etwas befremdlich wirkt.

Am 17. August 2009 wurde ich durch meine behandelnde Ärztin Frau XX zu einer Gerinnungsdiagnostik in die Sprechstunde des Oberarztes Dr. YY überwiesen. Die Untersuchung und Blutentnahme hat am 31.08.2007 stattgefunden. Seit diesem Datum warte ich leider vergeblich auf die Ausstellung eines Befundes. Bei unzähligen Telefonaten mit der Sprechstundehilfe wurde mir zugesichert, das Problem mit dem Arzt zu besprechen und den Befund zu versenden. Am 15.11.2007 ist bei meiner behandelnden Ärztin ein Kumulativbericht eingegangen, der aber von

dieser nicht interpretierbar ist. In diesem Bericht wird an mehreren Stellen auf Textanmerkungen verwiesen, die bis zum heutigen Datum nicht vorliegen.

Mittlerweile schreiben wir den 29.01.2010, als 151 Tage nach Durchführung der Untersuchung habe ich als Patient und mein behandelnder Arzt noch immer keinen Befund vorliegen. Auf welche Aussagen soll sich also meine Ärztin stützen in der weiteren Behandlung?

Bei meinem letzten Telefonat am 25.01.2008 wurde mir wieder eine Erledigung zugesagt, leider habe ich bis heute noch keine Post erhalten. Vielleicht können Sie mich ja unterstützen und dafür sorgen, dass meine Angelegenheit kurzfristig erledigt wird. (...)

### 3.7. Wartezeiten auch im Krankenhaus

Lange Wartezeiten sind kein Problem des ambulanten Bereichs alleine. Auch in Krankenhäusern müssen Patientinnen und Patienten warten und senden Beschwerden dazu an das Büro der Patientenbeauftragten.

Um die auffällig langen Wartezeiten insbesondere in den Charité-Ambulanzen zu klären, wurde 2010 ein Termin mit der leitenden Ärztin der Augenklinik, der Beschwerdebeauftragten der Charité und der Patientenbeauftragten vereinbart. Sie bestätigten die langen Wartezeiten, erklärten sie aber mit dem Hinweis darauf, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowohl auf der Station als auch in der Ambulanz tätig seien. Deswegen müsse sowohl entlang den Bedürfnissen der stationären Abläufe als auch der Ambulanz und der Versorgung von Notfällen verfahren werden. Zudem würde eine Reihe von Untersuchungen hintereinander durchgeführt, für die im Ambulanten Bereich mehrere Termine anberaumt werden müssen. Da ein erheblicher Teil der Ärzte dazu in der Ausbildung sei, müssten bestimmte Behandlungen zurückgestellt werden, die diese noch nicht selbständig übernehmen könnten. Gemeinsam wurde ein Merkblatt erarbeitet, dass die Wartenden über die besondere Situation informieren sollen.

Angesprochen wurde auch die unangemessene Versorgungssituation (kein Essen und keine Getränke), die insbesondere für ältere Menschen zum Problem werden kann. Zumindest die Verbesserung der Versorgungssituation wurde in Aussicht gestellt.

„Hier im Klinikum XY war ich gegen Mittag angemeldet um – auf dringende Empfehlung meiner kompetenten Augenärztin – eine Fotografie meiner Netzhaut machen zu lassen. (...) Dann um 18.20 Uhr Frau Z bitte! Ein sehr junger Arzt in der Ausbildung untersuchte gründlich meine Augen und maß den Augendruck, tropfte mir Pupillenerweiterung, ich wartete erneut 20 Minuten. Dann untersuchte er meine Augen noch einmal, gab mir einen Befund, der sich in nichts von dem meiner – ich betone noch einmal sehr kompetenten – Augenärztin unterschied und deswegen ich nicht gekommen war. Ich bestand auf der Fotografie meiner Netzhaut. Der nette junge Mann holte einen Assistenzarzt, dieser untersuchte meine Augen, gab mir zum dritten Mal den gleichlautenden Befund zur Kenntnis. Ich bestand weiter auf der Fotografie meiner Netzhaut, weswegen ich gekommen war. Mittlerweile war ein dritter junger Arzt zu uns gestoßen und allen war es sehr peinlich, mir mitteilen zu müssen, dass die Abteilung, die die Fotografien erstellt, leider schon Feierabend hat und ich sollte doch bitte morgen noch einmal wieder kommen. Es war leider nicht als Scherz gemeint. Ich bestand auf einer Fotografie. Resigniert telefonierte einer der Assistenzärzte, der mich untersucht hatte, seinen Konzertabend ab. Er tat mir leid, aber ich wollte trotzdem meine Fotografie. So wurde ich dann dem Oberarzt Dr. XX übergeben, der sich neben meinen Augen auch mit meinem angestauten Ärger beschäftigen musste und sich dann erbarmte, den Raum mit den Lasergeräten aufzuschließen,

die ganze Apparatur hochzufahren und das Foto um das es ging, dann selber schoss.“

„Am 11. August besuchte ich die Klinik XY. Der Termin an diesem Tage (10.30 Uhr) war telefonisch vereinbart worden. Nach der ziemlich rasch verlaufenden Prozedur der Anmeldung wurde ich in einen Flur geschickt, in dem in einer langen Reihe an der Wand 18 Personen saßen, manche wie auch ich, mit Begleitung. Zwar hatte mich die Dame bei der telefonischen Anmeldung für den Termin gewarnt, dass ich mit einer sehr langen Wartezeit rechnen müsste – bis zu 6 Stunden. Ehrlich gesagt, ich hatte es nicht geglaubt. Deshalb wurde der Termin auch von mir angenommen. Ich konnte mir nicht vorstellen, dass ich in einer hervorragenden Klinik der deutschen Hauptstadt mit perfektem Organisationsmanagement zu einer solchen fast mittelalterlich anmutenden armenhausmäßigen Wartezeit verdammt sein sollte. Tatsächlich saßen also die Patienten stundenlang außergewöhnlich geduldig, diszipliniert, fast demütig in dem Flur – auf harten Stühlen, in verbrauchter Luft, mithin ohne ausreichende Belüftung, ohne wenn auch nur bescheidenen Service. Hinauszugehen, um frische Luft zu schöpfen, wagte kaum jemand, weil man ja damit rechnete aufgerufen zu werden. Ich erspare mir weitere Schilderungen, möchte nur anmerken, dass ich eine derart triste, blamable Warteumgebung in keiner mir bisher bekanntgewordenen Gesundheitseinrichtung in Berlin oder Brandenburg erlebt habe. Zähle ich die Minuten zusammen, in denen ich direkte ärztliche Zuwendung

erlebte, dann komme ich auf drei Kontakte und gut gerechnet 15 Minuten (ich bemängle nicht medizinisch bedingte Wartezeiten!). Dafür saß ich viereinhalb Stunden; ich musste meinen Aufenthalt abbrechen, weil mir unwohl wurde, es traten Magenschmerzen auf, die schlechte Luft tat ein

Übriges. Mithin konnte ich den letzten ärztlichen Kontakt nicht mehr wahrnehmen – nur weg hier, war mein einziger Gedanke. (...)

### 3.8. Probleme von Privatversicherten

#### Benachteiligung von Patienten im Basistarif bei Privatkassen

Seit dem 1. Januar 2009 bietet die private Krankenversicherung den gesetzlich vorgeschriebenen Basistarif an. Er unterscheidet sich sehr deutlich von den anderen Produkten der privaten Krankenversicherung, Versicherte haben innerhalb der Privatversicherung quasi des Status von gesetzlich Versicherten. Interessant ist die Zunahme von Beschwerden privat versicherter Patientinnen und Patienten, die in diesem Tarif versichert sind. Sie werden von ihrer Versicherung und offensichtlich auch im Versorgungssystem benachteiligt.

(...) Es ist mir bis heute nicht gelungen, bei einer PKV einen Antrag auf den Basistarif zu stellen. Die Hauptverwaltungen verweisen mich auf den Außendienst, der Außendienst auf die HV. Beide kennen sich natürlich nicht. Ich bekomme auch keinen Nachweis über meine Bemühungen. Ich werde mehr oder weniger rausgeschmissen oder auf Termine im Laufe des Jahres 2011 /2012 verwiesen.

Meine gesundheitliche Lage hat sich besorgniserregend verschlechtert (extreme Hautprobleme – atopische Reaktionen, die ich nach Monaten einfach nicht mehr ertrage) dazu infolge der Situation schwerste Depressionen incl. Suizidgedanken.

Welche Möglichkeit habe ich mich stationär behandeln zu lassen?

#### Kritik an Arztrechnungen und möglicher Abrechnungsbetrug

Ein beträchtlicher Teil der Anfragen wird von Privatversicherten vorgetragen, die mit einer Arztrechnung nicht einverstanden sind. Sie fragen nach einer Instanz, die mit ihnen gemeinsam prüft, ob die Positionen und die geforderten Preise richtig und angemessen sind. Leider hat die Ärztekammer Berlin vor einigen Jahren diese Beratungsfunktion eingestellt und die Patientenberatungsstellen können diese Funktion nicht übernehmen. Nicht selten wird von Patientinnen und Patienten die Sorge um eine missbräuchliche Abrechnung vorgetragen. Die Beispiele von Betrugsvorwürfen im Gesundheitswesen, die in Berlin durch die Presse gingen, kommen auch in der Beratungspraxis der Patientenbeauftragten vor.

„(...) In den letzten 10 Jahren lag mein Mann in mehreren Berliner Krankenhäusern. Es gab kaum eine Rechnung, die in Bezug auf die abgerechneten und erbrachten Leistungen korrekt war. In den meisten Fällen habe ich die Rechnungen ge

Teil des Honorars verzichtet. Die anfängliche Begründung war: „Sie waren doch damit einverstanden, dass der Oberarzt operiert!“ Die anderen ärztlichen Leistungen hätten angeblich unter der Aufsicht des Chefarztes stattgefunden, was nicht der Wahrheit entspricht. (...)

kürzt, was in der Regel auch akzeptiert wurde. Vor 6 Monaten erhielt mein Mann eine Chefarztrechnung von einem Chefarzt des Krankenhauses XY. Ich habe die Leistungen, die er nicht erbracht hat (u.a. die beiden Operationen) gestrichen. Er wollte anfangs nicht auf das Honorar verzichten. Erst als ich die Geschäftsleitung eingeschaltet habe und mit Staatsanwalt und Ärztekammer gedroht habe, wurde auf den restlichen

„(...) Ich wende mich als ehemaliger Beschäftigter des XY Klinikums und unmittelbar betroffener Arzt an Sie. Aus meiner Tätigkeit in den XY Kliniken kann ich detailliert berichten, auch über bisher nicht in den Medien berichtete Praktiken zum Schaden der Patienten und der Krankenversicherungen. Vor dem Hintergrund bisher öffentlich gewordenen Betrugsvorwürfe und der Art des Umgangs mit kritischen Mitarbeitern empfinde ich

es als unerträglich, dass die XY Kliniken Berlin weiterhin als gemeinnützig anerkannt sind und steuerliche Vergünstigungen und Fördermittel erhalten. Darüber hinaus drängt sich die Frage auf, warum den XY Kliniken noch immer nicht die Zulassungen bzw. dem Herrn Prof. S nicht die

Ermächtigung durch die KV Berlin entzogen worden ist. Der Umfang der Betrugereien hat einen erheblich größeren Umfang als im Fall ATRIO-MED. Hinzu kommen noch Körperverletzungen des XY. (...)

### 3.9. Organisatorische Mängel und fehlende Zeit für Kommunikation

Patientinnen und Patienten wollen sich nicht immer beschweren, aber doch mitteilen, was ihnen in der gesundheitlichen Versorgung passiert. Sehr oft sagen diese Briefeschreiber, dass es gar nicht darum gehe, jemanden anzuschwärzen. Ihnen liege aber daran, dass die Probleme z.B. im Krankenhaus jemand sieht, damit das nicht hinter geschlossenen Türen stattfindet und anderen Patienten nicht ähnliches widerfährt. Oft zeigt sich, dass die Zeit für eine den Menschen zugewandte Kommunikation fehlt.

„(...) Nach der Operation am XY wurde ich gegen 11 Uhr in den Aufwachraum gebracht, in dem ich 20 Std. verbracht habe, da die Intensivstation belegt war. Der Grund für die Dauerbeobachtung beruht auf meinem Schlafapnoe-Syndrom. Nach Auskunft der Pfleger und Schwestern ist man dort nicht auf eine solch lange Aufenthaltsdauer vorbereitet und so brachte mir in der darauffolgenden Nacht eine Schwester eine Scheibe Brot mit Käse unter der Bemerkung: „Die habe ich für Sie in der Küche stibitzt“ - ohne Ironie! Das war sehr nett von der Schwester, doch frage ich mich, warum in einer angeblich so angesehenen Klinik wie die XY für einen Patienten, der bis dahin 15 Std. nichts zu essen bekam, in der Küche ein Butterbrot nicht auf regulären Weg zu organisieren sei. Ich konnte mich ja auch nicht selbst versorgen, da ich das Bett nicht verlassen konnte. Gegen 06:00 rief eine Schwester im Aufwachraum zum ersten Mal auf der Station an, damit man mich abhole und auf mein Zimmer bringe. Danach war

die Schwester sehr aufgebracht und sagte einer Kollegin: „Wenn die ihre Patienten nicht abholen, dann sag ich den Ärzten, sie sollen nicht mehr operieren.“ Ich verstehe die Hektik und vielfältigen Aufgaben der Mitarbeiter im Aufwachraum, doch hatte ich kein gutes Gefühl dabei, dass dieser Konflikt im Beisein der Patienten ausgetragen wird. Vor allem aber verstand ich nicht, warum mich niemand von der Station abholen wollte. Ich fühlte mich als störender Körper in diesem Kon-

flikt. Schließlich wurde ich gegen kurz vor 07:00 Uhr auf die Station gebracht.

Für mich bedeutete der lange Aufenthalt im Aufwachraum eine starke psychische Belastung. Ich habe alles, was dort passiert ist, gesehen und gehört da an Schlaf nicht zu denken war.“

„(...) meine 83-jährige Mutter befand sich auf der Station XY nach einem Armknochenbruch. Neben

der Versorgung des gebrochenen Arms wurde sie ebenfalls wegen Herzrhythmusstörungen und einer Lungenentzündung behandelt. Ich besuchte sie jeden Tag und hatte täglich Kontakt und Gespräche mit den Pflegern und Ärzten der Station. Die ärztliche und pflegerische Versorgung meiner Mutter war gut. Sie können sich sicher vorstellen, wie befremdlich mein Besuch (...) auf Ihrer Station wurde, als man mir mitteilte, dass meine Mutter an diesem Morgen in ein anderes Krankenhaus, (...) verlegt worden war, ohne dass mir hierzu vorher etwas mitgeteilt wurde! Durch entsprechende Nachfragen bei Ärzten und Helfern konnte ich überdies feststellen, dass die Verlegung meiner Mutter in ein anderes Krankenhaus offenbar schon mindestens zwei Tage zuvor geplant worden war. Ich frage Sie: „Warum wurde mir als Tochter und nächster Angehöriger nicht rechtzeitig mitgeteilt, was beabsichtigt war?“ So wurde mir die Möglichkeit genommen, auf eine Verlegung meiner Mutter in ein unserer Wohnung näher gelegenes Krankenhaus Einfluss zu nehmen. Abgesehen davon, hat die plötzliche Verlegung meiner Mutter, bei ihrer ziemlichen Verwirrung ausgelöst, was bei einer 83-jährigen, die kaum der deutschen Sprache mächtig ist, nicht unterschätzt werden darf.“

„(...) Im Rahmen der Aufnahme auf der Station XY hatte ich etwa 3 Min. Zeit die sogenannte „Dokumentierte Patientenaufklärung“ inkl. der „Ärztlichen Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch“, zu lesen. Ein Aufklärungsgespräch, auf welches sich das Dokument beziehen sollte, fand nicht statt. Ich hatte das Dokument zu unterschreiben und bei der Schwester abzugeben, bekam davon aber keine Kopie. Die Informationen hätte ich nach dem Eingriff sehr nötig gehabt. (...)“

## 3.10. Versorgung im Krankenhaus / Reha-Einrichtung

### Erlebter Personalmangel

Wenn es in Beschwerden um die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus geht, steht das Thema des erlebten oder gefühlten Personalmangels in Kliniken an vorderster Stelle. Sowohl betroffene Patienten als auch Angehörige schildern zum Teil sehr kritische Situationen, die sich ergeben, weil das versorgende Personal offensichtlich keine Zeit hat oder überfordert ist. Auffällig häufig wird die Einschätzung vorgebracht, dass die Patientinnen und Patienten – insbesondere wenn es sich um alte Menschen handelt – nicht über die medizinische Akutversorgung hinaus gepflegt werden, das Personal nur nach dem Rechtenschaue und wieder das Zimmer verlasse. Dann heißt es oft „Wenn die Patienten keine Angehörigen haben, wird kein verschwitztes Nachthemd gewechselt oder in Ruhe gefüttert.“

Patienten und deren Angehörige vermissen pflegerische Zuwendung und Kommunikation und eine Versorgung, die den Heilungsprozess fördert. Auffällig ist, dass diese Vorwürfe meist nicht den Personen im Einzelnen (der konkreten Pflegekraft) gemacht werden, sondern dass die Krankenhausorganisation und der Personalmangel verantwortlich gemacht werden. Dennoch sind die Klagen massiv und eindringlich und deuten auf gravierende strukturelle Mängel hin, die den Verdacht nahelegen, dass der pflegerische Bereich zu den „Sparbüchsen“ des Krankenhausmanagements gehört.

Aus Kontakten der Patientenbeauftragten zu Pflegekräften wurde außerdem deutlich, dass viele ihre eigenen Stationen nicht für die Versorgung von Verwandten empfehlen würden. Die problematische Lage in den Einrichtungen des Gesundheitswesens spiegelt auch eine Meinungsumfrage (Quelle: [www.dbfk.de/pressemitteilungen](http://www.dbfk.de/pressemitteilungen)) des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK) aus 2009 wider:

- 32,3% erwägen die Berufsaufgabe und den Wechsel in eine andere Tätigkeit mehrfach wöchentlich bis täglich.
- 42,5% würden die eigenen Angehörigen, Freunde oder Bekannte nicht im eigenen Arbeitsbereich versorgen lassen
- 71,7% sehen die Attraktivität des Pflegeberufes für junge Generationen in den kommenden 10 Jahren drastisch verschlechtert.

#### Schilderung von Problemen in einem Krankenhaus in Form eines Gebets:

“Gott, ist das heute überall so üblich?  
Wenn ich wegen eines Wunsches klinge, muss ich lange warten, bis eine Schwester erscheint. Und wenn ich dann einen Auftrag habe, gibt sie mir zu verstehen, dass ich lästig sei. Wenn ich einen Arzt sprechen möchte, hat der keine Zeit. Oder er ist nicht zuständig und kann mir keine Auskunft geben, da er ja meinen Fall nicht kennt.

Gott, ich möchte die, die offensichtlich nur mühsam ihre Arbeit schaffen, nicht über Gebühr beschäftigen.

Ich möchte niemandem eine Last sein.

Gib mir Bescheidenheit, damit ich meine Wünsche reduziere, gib mir zugleich Mut und Ichstärke, damit ich meine notwendigen Ansprüche durchsetze.

Gott, vielleicht fehlt mir manchmal in einem solchen Gespräch der richtige Ton.

Ich möchte denen, die in Druck sind, signalisieren, dass ich ihre Beanspruchung sehe, auch wenn ich für mich Sorge.“

August 2010

„(...) Mein Vater ist 81 Jahre alt und er erhielt aufgrund einer Herzschwäche vor ca. 10 Jahren Bypässe. Leider hat sich durch das nicht mehr ausreichend arbeitende Herz Flüssigkeit in der Lunge meines Vaters gebildet, was lebensbedrohlich war. Glücklicherweise hat sein betreuender Arzt, Herrn Dr. XX, nach langem Suchen herausgefunden, wie man verhindern kann, dass dies geschieht, wodurch es meinem Vater lange Zeit recht gut ging.

Vor einigen Wochen zog sich mein Vater leider in der Wohnung eine Oberschenkelhernie zu. Er musste ins Krankenhaus und wurde operiert. Bei Einweisung erhielt das Krankenhaus eine Liste

mit den lebensnotwendigen Medikamenten, u.a. die hoch dosierte Entwässerungstabletten und die Information, dass mein Vater keine Laktose vertragen würde. Diese Unverträglichkeit wurde im Krankenhaus leider nicht beachtet, sodass er nach ein paar Tagen sehr starke Durchfälle bekam. Daraufhin wurden die Entwässerungstabletten abgesetzt.

Dummerweise hat man dann aber vergessen, meinem Vater nach einiger Zeit die Medikamente wieder zu verabreichen. (...“

## **Assistenz für Behinderte im Krankenhaus**

In Berlin diskutieren Behindertenverbände seit vielen Jahren die unzureichende Situation von behinderten Menschen in der medizinischen Versorgung. Sie bemängeln fehlende systematische Informationen über behindertengerechte Praxen und Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus. Vor allem aber die Tatsache, dass Begleitpersonen oft nicht mit ins Krankenhaus gehen können und dort ihre Unterstützungsleistung für schwerstbehinderte Betroffene fortsetzen können, obwohl das Krankenhauspersonal oft mit der Pflege der Betroffenen völlig überfordert ist. Der Verein kritisiert deswegen seit Jahren die unzureichende Berücksichtigung der Assistenz. Der Verein verweist – so wie Aktive des Berliner Behindertenbeirates auch – darauf, dass der Gesetzgeber anerkannt habe, dass die notwendige Hilfe für schwerstbehinderte Menschen während eines Krankenhausaufenthaltes nicht vom Pflegepersonal einer Krankenhausstation geleistet werden kann. Als Konsequenz aus dieser Tatsache wurde in 2009 das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus verabschiedet. Es regelt die Finanzierung von persönlicher Assistenz für behinderte Menschen im Falle eines Krankenhausaufenthalts – jedoch nur für diejenigen, die ihre Assistenzkräfte im sog. Arbeitgebermodell selber bei sich angestellt haben. Kritisiert wird, dass die weitaus größere Gruppe auf Assistenz angewiesener Menschen, die „Kundinnen und Kunden“ von Assistenzdiensten sind oder in Einrichtungen leben, diese oft lebensnotwendige Leistung nach wie vor nicht finanziert und dass Kostengründe ausschlaggebend für diese sachlich nicht zu begründende Ungleichbehandlung sind.

## **Unzureichendes Versorgungsmanagement**

Patientinnen und Patienten kritisieren häufig die schnelle Entlassung nach schweren Erkrankungen und/oder Operationen aus dem Akutkrankenhaus. Die Folgen der Fallpauschalenregelung sind den meisten Patientinnen und Patienten bekannt und werden letztlich auch akzeptiert. Nicht einverstanden sind viele Beschwerdeführende jedoch damit, dass die Übergänge in die Nachbehandlung oft nicht nach dem Heilungsverlauf der Patienten, sondern nach klinischen Notwendigkeiten erfolgen („das Bett wird gebraucht“, „die Regelliegezeit sei überschritten“ usw.).

Unverständlich ist vielen Patientinnen und Patienten, dass erforderliche Unterlagen und Informationen nicht weitergegeben werden oder dass nicht genügend Sorge für eine an-

gemessene Medikation gesorgt wird. Aber auch jenseits der Krankenhausbehandlung wird ein verstärktes Versorgungsmanagement eingefordert.

Aus dieser Art der Beschwerden wird deutlich, wie wichtig eine Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure im Gesundheitssystem ist.

„(...) Am 29.01.2008 bekam ich zum o.g. Reha-Antrag von der KKH die Info, 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 (am 02.02.2008) beginnen. Ich erhielt weder Informationsmaterial, noch Hinweise zur Anreise, nur eine Info, dass ich mich am 07.02.2008 dort vorstellen solle.

Wie sich später herausstellte, war weder das Personal, noch die Ärzteschaft über mein Krankheitsbild informiert. Mit MS-Patienten hatte man dort keine Erfahrung und war sogar verwundert, dass ich eine Reha antrat und keine wie von Ihnen vermutete Anschlussheilbehandlung, wie aus der Frage des Arztes für Physiotherapie „Wegen welchen Unfalles ich denn in dieser Klinik wäre?“ herauskam.

Auch mir war es 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 Reha-Einrichtung die Folge,

dass auf längere Sicht Kosten eingespart werden könnten und man könnte auch vielem Ärger aus dem Weg gehen. Nun wurde ich in den ersten Tagen mit bis zum 9 Behandlungen, die mich fast an meine Grenzen brachten, so dass ich die Ärzte nachdrücklich darauf hinweisen musste, dass ich durch die spürbare Überbelastung eine Verschlechterung meines Krankheitsbildes feststellte und daraus einen Schub befürchtete.

Die nötigen Medikamente wurden fürsorglich für mich bestellt, konnten jedoch nur nach eingehender Schulung durch meine Person verabreicht werden.

Nach einer Woche meines Reha-Aufenthaltes bekam ich von meiner Stationsärztin die Mitteilung, dass aus Mangel an Betten mein Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt schon 4 Tage früher beendet werden muss.

Der Therapieplan wurde ebenfalls erst zum Schluss meines Aufenthaltes auf mein Krankheitsbild abgestimmt.

Ebenfalls erfuhr ich zum Schluss der Rehabilitationsmaßnahme, dass ich ein sogenanntes Versuchskaninchen in Sachen Multiple Sklerose bin und nun in der Station 2D zukünftig mehr MS-Patienten betreut werden sollen. (...)

„Seit der Einführung des pauschalen Vergütungssystems in Krankenhäusern beginnen zahlreiche Patienten ihre Reha-Maßnahmen mit einem deutlich schlechteren Gesundheitszustand. Grund dafür sind laut einer Studie der Universität Münster verkürzte Liegezeiten in den Kliniken. Wie die Hochschule heute mitteilte, ist beispielsweise der stationäre Aufenthalt nach Hüftoperationen von durchschnittlich 17,3 Tagen im Jahr 2003 auf 12,5 Tage im Jahr 2010 gesunken.

Ziel der Krankenhäuser sei es, die Kosten je Patient zu senken. Nach dem 2004 eingeführten Fallpauschalensystem werden Krankenhausleistungen nicht abhängig vom jeweiligen Zeitaufwand vergütet, sondern pauschal pro Behandlungsfall. Als Konsequenz sei die Zahl der Patienten gestiegen, die bei ihrer Aufnahme in die Reha vermehrt unter Komplikationen litten sowie einen deutlich verschlechterten Gesundheits- und Mobilitätszustand aufwiesen.

Wilfried von Eiff vom Centrum für Krankenhaus-Management der Universität Münster sagte, Krankenhäuser hätten auf das neue Vergütungssystem mit minimal-invasiven Operationen reagiert, bei denen der chirurgische Eingriff in den Körper möglichst gering gehalten werde. Zeitsparende Operationstechniken ermöglichten zwar kurze Liegezei-

ten, machten dadurch aber aufwendige Wundversorgung und Schmerztherapien in der Rehabilitation nötig. Laut Studie, für die Daten von 2.290 Patienten erfasst wurden, stieg der Anteil der Hüftpatienten, die wegen Schmerzen und geklammerter Wundnähte in der ersten Woche nicht an der Physiotherapie teilnehmen konnten, von 5,6 Prozent in 2003 auf 39,4 Prozent in 2010. Die Gabe von Schmerzpräparaten zog von vier Prozent auf 32 Prozent an.“

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 15. April 2011

### 3.11. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Anfragen und Kommentare zu Beschwerden über die mangelnde medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen kommen vor, aber sie nehmen keinen relevanten Stellenwert ein. Das Versorgungsgeschehen ist sehr stark vom Engagement der einzelnen meist niedergelassenen Ärzte geprägt, die eine Versorgung in Pflegeeinrichtungen übernehmen. Es kommt offensichtlich zu häufig vor, dass fachärztliche Versorgungsleistungen (durch Neurologen, Hautärzte oder Zahnärzte) nicht ausreichend gewährleistet ist und es dann zu erschwerten Krankheitsverläufen kommt. Auch die Hinweise auf zu schnelle Einweisungen in Krankenhäuser kommen vor, zu denen das Krankenhauspersonal anmerkt, dass diese Einweisungen hätten vermieden werden können. Aber dramatische Missstände sind im Berichtszeitraum bei der Patientenbeauftragten nicht genannt worden. Das kann auch daran liegen, dass Berlin mit der Einrichtung „Pflege in Not“ eine kompetente Stelle für diese Beschwerden hat. Damit soll nicht gesagt werden, dass hier keine Probleme vorliegen. Sie werden jedoch an anderer Stelle genannt und bearbeitet.

„(...) 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. Meine 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. (...)

### 3.12. Probleme bei der Auflösung der City-BKK

Im Zusammenhang mit massiven Problemen nach der Insolvenz der Berliner City-BKK kritisierte die Berliner Patientenbeauftragte im Frühjahr 2011 die offensichtliche Abweisung von City BKK-Versicherten bei anderen Krankenkassen in Form von schikanösen Aufnahmeregelungen. Nach der ersten großen Krankenkassenauflösung mussten sich die Versicherten eine neue Kasse ihres Vertrauens suchen. Das war für viele leider kein leichtes Unterfangen. Gerade ältere Versicherte wurden offensichtlich bei einzelnen gesetzlichen Kassen abgewiesen. Im Büro der Patientenbeauftragten beschwerten sich zahlreiche Bürgerinnen und Bürger über „Abwimmelungsversuche“ von Kassen. So lauten Antworten unter anderem: "Sie können noch nicht wechseln, ... die Ausstellung der



Chipkarte dauert so lange,... gehen Sie doch besser zu einer anderen Betriebskrankenkasse ..., bei uns erhalten Sie alten Medikamente / Hilfsmittel nicht mehr ..." Solche Argumente bekamen Versicherte zu hören und wurden wieder weggeschickt.

Es musste intensiv öffentlich darauf hingewiesen werden, dass dies unzulässig ist. Gesetzliche Krankenkassen dürfen die Bürgerinnen und Bürger, die vorher gesetzlich versichert waren und die einen Aufnahmeantrag stellen, nicht abweisen. Es besteht eine Aufnahmepflicht (§ 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V)! Gerade vor dem Hintergrund der politisch gewünschten Reduzierung der Zahl Gesetzlicher Krankenkassen ist dies nicht hinnehmbar.

Die Patientenbeauftragte für Berlin hat diese Abweisung von Versicherten einzeln aufgegriffen und bei den betroffenen Krankenkassen interveniert. Die massive öffentliche Kritik am Versuch, mögliche teure Patienten „abzuwimmeln“ ist hoffentlich ein Probelauf dafür, dass es in zukünftigen Fällen von Kassenauflösungen korrekte und versichertenfreundliche Strategien geben wird.

### 3.13. Hilfsmittelversorgung

Patientinnen und Patienten verstehen vielfach die Strukturen nicht, mit denen Krankenkassen, Pflegeversicherung und Leistungsanbieter im Bereich Hilfsmittel mit einander vertraglich verwoben sind. Versorgungsverträge in diesem Bereich haben unter Umständen eine segensreiche Wirkung auf die Kostenentwicklung im Bereich Hilfsmittelversorgung.

„(...) Nun ist er zwar wieder zu Hause, allerdings kämpfen wir jetzt mit der Bürokratie und dem Unwillen der Krankenkassen. Meinem Vater wurden am Montag von dem betreuenden Arzt eine Toilettenerhöhung (da er große Schmerzen beim Gang zur Toilette hat) sowie ein Badewannensitz verschrieben. Ich begab mich zu dem Sanitätshaus XXX. Dort wurde mir mitgeteilt, dass kein Vertragsverhältnis mit der Krankenkasse meines Vaters, bestehen würde und mir deshalb der Sitz nicht ausgehändigt werden kann. Als ich bei der BKK anrief, um zu erfragen, wie wir schnellstmöglich an das Ding gelangen würden, erhielt ich die Antwort, das

Sanitätshaus müsste der BKK lediglich ein Fax mit den Verordnungen schicken, welches dann umgehend von der Krankenkasse abgestempelt, sprich bestätigt würde, und dann würde ich den Sitz ausgehändigt bekommen, evtl. mit einer Zuzahlung, was mir bei meinem Telefonat in dem Sanitätshaus auch bestätigt wurde.

Leider erhielt ich, als ich wieder vor Ort war, lediglich die Auskunft, die BKK würde dieses Sanitätshaus ja auch immer ärgern, jetzt passiert es einmal umgekehrt und man würde mir keinen Sitz verkaufen. Darauf rief ich wieder bei der BKK an und erkundigte mich nach der schnellstmöglichen Hilfe. Mir wurde empfohlen, die Verordnungen

direkt per Fax an eine Mitarbeiterin zu schicken, welche dann den Sitz wie auch den Badewannensitzer bei den Vertragspartner in Brandenburg (!!!)bestellen würde, sodass die Geräte innerhalb vor zwei/ drei Tagen eingebaut werden können.

Heute ist der zweite oder dritte Tag und ich wollte einmal bei der BKK anfragen, ob es schon einen Termin für die Lieferung gäbe und ob die korrekte Tel.-Nr. meiner Eltern bekannt wäre. Die Dame der Krankenkasse teilte mir mit, der Auftrag wäre raus und ich sollte mich direkt an den Lieferant Fa. XXX in Brandenburg wenden, um den Termin zu erfragen. Dort wurde mir mitgeteilt, es läge gar kein Auftrag vor?!?!

Nach meinem wiederholten Anruf bei der BKK, wurde der Auftrag endlich weitergeleitet, allerdings erhielt ich daraufhin von der Mitarbeiterin des Sanitätshaus in Brandenburg die Aussage, dass die beiden Dinge nun erst Mitte oder Ende nächster Woche geliefert werden könnten, „da es ja schließlich noch andere Patienten geben würde“. Mein Vater hat sehr starke Schmerzen und ich weiß nicht mehr was ich tun kann.

Haben Sie eventuell die Möglichkeit, uns zu helfen?

## 4. Lob an Ärzte und Einrichtungen

Mehrere Anschreiben über die gute ärztliche Versorgung durch in Praxen und Krankenhäusern belegen aber auch, dass Patientinnen und Patienten sich nicht nur beschweren sondern auch die gute Versorgung sehen und sich dafür bedanken wollen. Beispiele dazu finden sich in Schreiben über

- FA für Allgemeinmedizin Dr. Karim Soltani, Mariannenstraße 9/10, 10999 Berlin
- die gute ärztliche und pflegerische Versorgung im Jüdischen Krankenhaus
- die stationäre Behandlung im Vivantes Humboldt-Klinikum
- einfühlsame Hilfe der Patientenfürsprecher in der Charité

## 5. Kooperationen und Partner

### 5.1. Patientenverbänden 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 Selbsthilfezusammenschluss. Zu fast allen großen Krankheitsbildern (Krebs, Rheuma, Diabetes, 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 295 landesweit tätige Dachorganisationen auf, die allerdings sehr unterschiedlich groß sein können. . Daneben gibt es etwa 1000 Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder kaum benannt werden können. Der Rückgriff auf das Erfahrungswissen der in diesen Verbänden aktiven Betroffenen ist für die Arbeit unentbehrlich

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. Themen im Berichtszeitraum waren:

- Assistenz für Behinderte im Krankenhaus
- Zusammenarbeit von Patientenverbänden mit der Industrie
- Betreuungsprogramme der Industrie
- Individualisierte Medizin
- Beratung von Patientinnen und Patienten
- Ärztliche Versorgung in den Bezirken

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

- Zulassung von Medikamenten im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen
- Suche nach zugelassenen Reha-Ärzten

## **5.2. Patientenfürsprecher und -fürsprecherinnen**

Das Berliner Krankenhausgesetz sieht vor, dass in jedem Bezirk für jedes Krankenhaus Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher durch die Bezirksversammlungen gewählt werden. Die Fürsprecherinnen und Fürsprecher 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 Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken abhängt. Die Zusammenarbeit wird aber in der Regel als positiv beschrieben.

In Abstimmung mit dem Arbeitskreis der Fürsprecherinnen und Fürsprecher wurde ein Anforderungsprofil an das Amt erarbeitet, das möglichst Grundlage für Ausschreibungsverfahren bei der Besetzung der Ämter sein sollte. Die Vorschläge dazu wurden auch mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Herrn Zöller diskutiert.

Durch die Novellierung des Berliner Krankenhausgesetzes wurden Vorgaben für die Auswahl festgelegt, die in einer durch den Rat der Bürgermeister initiierten Arbeitsgruppe konkretisiert mit fachlichen Kriterien verknüpft wurden. Die Leitung dieser AG würde der Patientenbeauftragten übertragen. Damit wurde auch eine langjährige Forderung des Arbeitskreises der Berliner Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher aufgegriffen.

Mehr dazu finden Sie unter dem Punkt „Projekte“.

## **5.3. Kassenärztliche Vereinigung Berlin**

In unregelmäßigen Abständen finden gemeinsame Sitzungen von Patientenbeauftragter und dem Vorstand der KV Berlin statt. Angesprochen wurden dabei Probleme wie Wartezeiten, die Praxis von Augenärzten, 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 Argumen-

tation Patientengruppen gegeneinander ausgespielt werden und mit Ressentiments gegen AIDS-Patientinnen und Patienten Stimmung gemacht wird.

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 eine Einigung erzielt werden.

#### **5.4. 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.

Anfragen und Beschwerden werden an die Kammer weitergeleitet. Die Patienten werden über die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der Kammer aufgeklärt. Leider wird die Mehrzahl der Beschwerden über Ärzte sobald sie im Bearbeitungsverfahren der Kammer sind als interner Vorgang (Disziplinarischer Vorgang) behandelt und Patienten erfahren nichts über den Ausgang ihres Anliegens. Das ist den Ratsuchenden oft nur schwer zu vermitteln. Die Mehrzahl der Beschwerden befasst sich mit den Themen:

- Probleme mit privatärztlichen Rechnungen
- Verletzung der Schweigepflicht
- Unzureichende Aufklärung

#### **5.5. Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung**

Beschwerden wegen einer - aus Sicht der Patientinnen und Patienten - schlechten Versorgung durch Zahnärzte werden nicht selten mit großer emotionaler Betroffenheit vorgetragen. Die Zahnärztekammer (ZÄK) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) haben eine eigene Beschwerdeinstanz geschaffen, die eine neutrale Überprüfung der Vorhaltungen möglich macht. Über die Beratung und Unterstützung der Patientenberatungsstelle der Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte konnten die an uns herangetragenen Fälle in der Regel geklärt werden.

Hervorzuheben ist die sehr positive Zusammenarbeit von Patientenbeauftragter und Zahnärztekammer bzw. Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Bei der Suche nach Lösungen für die Patientinnen und Patienten wird viel Engagement gezeigt.

## 8.4 Krankenkassen

Nach wie vor gehen viele Anfragen zum Leistungsangebot der gesetzlichen und auch der privaten Krankenkassen ein. Durch umfangreiche rechtliche Änderungen ist die Lage für Patientinnen und Patienten kaum noch zu durchschauen. Rabattverträge für Arzneimittel, Verträge mit Heilmittelerbringern u.a. sind neue Instrumente, die zu Verunsicherungen und damit zu Beratungsbedarf führen.

Die Ablehnung von Kostenübernahmen der Kassen ist für die Versicherten häufig nicht nachzuvollziehen. Oft ist es so, dass erst auf vehementes Nachfragen der Versicherten und im Widerspruchsverfahren Leistungen genehmigt werden. Ermessensspielräume werden kaum noch ausgeschöpft.

Zudem zeigt sich, dass einige Krankenkassen ihre Versicherten nur unzureichend informieren und beraten. Interessanterweise wird in diesem Zusammenhang auch auf die Beratungsleistung der Patientenbeauftragten verwiesen.

Zu vielen Geschäftsführungen der gesetzlichen Krankenkassen gibt es inzwischen sehr gute Kooperationen. Zum einen ist über „kurze Wege“ die Klärung von problematischen Einzelfällen möglich. In den meisten Fällen zeigt sich dann eine Herangehensweise in Sinne der Versicherten. Die Patientenbeauftragte würde sich wünschen, dass dies auch im breiten Feld Anwendung findet.

Zum anderen werden gemeinsame Projekte verfolgt, Veranstaltungen durchgeführt und patientenrelevante politische Themen diskutiert.

## 6. Projekte

### 6.1. Transparenzplattform Pflege in „Gesundheit in Berlin“



Mit den Seiten der Transparenzplattform [www.berlin.de/gesundheitsplattform](http://www.berlin.de/gesundheitsplattform) werden Ratsuchenden und Patienten in Berlin Informationen zur Verfügung gestellt, die für eine Orientierung und Entscheidungsfindung im Berliner Gesundheitsbereich nützlich sein können. Dafür werden die an vielen Orten im Internet verstreuten Informationen gebündelt und mit Qualitätsinformationen verknüpft - soweit diese für die jeweiligen Leistungsbereiche

vorliegen. Dort wo dies nicht der Fall ist, wird angeregt, dass mehr Informationen für Patientinnen und Patienten über die "Güte" der Leistungserbringer bereitgestellt werden. Das wird nur gelingen, wenn auch die Anforderungen der Patienten sichtbar werden. Deswegen werden diese darum gebeten, ihre Erfahrungen zu berichten.

#### **Berliner KRANKENHAUSSUCHE**

2009 wurde die Berliner Krankenhaussuche entwickelt und in die Gesundheitsplattform eingebunden. Sie bietet eine laienverständliche Beschreibung von Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten, umfasst die entsprechenden Fallzahlen einzelner Häuser und bildet die verfügbaren Qualitätsindikatoren so ab. Nach bestimmbareren Suchkriterien kann ein Berliner Krankenhaus ausgewählt werden. Daneben bietet das Portal detaillierte Klinikinformationen und eine große Auswahl von redaktionellen Artikeln, in denen Erkrankungen, deren Diagnostik und Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden. All diese Informationen sind für den medizinischen Laien aufbereitet. Abschließend können die ausgewählten Informationen in einem handlichen Manuskript ausgedruckt werden.

Die Krankenhaussuche ist ein Gemeinschaftsprojekt der Patientenbeauftragten mit dem Tagesspiegel und [gesundheitsberater-berlin.de](http://gesundheitsberater-berlin.de). Sie wird regelmäßig aktualisiert; neue Daten werden automatisch auf [berlin.de](http://berlin.de) eingebunden.

#### **Pflegelotse Berlin**

In Weiterführung der von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales initiierten "Transparenz-Offensive Pflege" wurde gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. der Pflegelotse Berlin entwickelt. Er stellt eine weitere Ergänzung der Plattform „Gesundheit in Berlin“ dar - mit Daten der Berliner Pflegeangebote im ambulanten und stationären Bereich.

Ab 2012 werden durch die Träger der Berliner Pflegeeinrichtungen zusätzliche Informationen eingestellt.

## 6.2. Arbeitsgruppe “Ambulante Versorgungslücken”

Es gibt eine Vielzahl dieser Problemen, die für große Gruppen von Patienten bedeutsam sind, die bisher aber eher im Verborgenen abgehandelt werden. Ein Grund für die fehlende Aufmerksamkeit für diese Sorgen von Patienten ist oft die Tatsache, dass die Probleme durch komplizierte Zuständigkeiten und rechtliche Rahmenbedingungen bedingt sind, die auch für Fachleute nicht immer leicht zu durchschauen sind.

Es geht um Versorgungslücken von Patienten im Übergang zwischen verschiedenen Einrichtungen und Bereichen im Gesundheitswesen. Faktisch geht es um den Anspruch einer ganzheitlichen und an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Gesundheitsbetreuung, die in einem immer arbeitsteiligeren Hilfesystem nicht immer gelingt. Im Mittelpunkt stehen die Sorgen vor allem von alten und kranken Menschen, die zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt in ihre eigene Häuslichkeit entlassen werden und in dieser geschwächten Situation auf Hilfe angewiesen sind.

Die Patientenbeauftragte hat für eine Lösung solcher Probleme nach massiven Beschwerden die wichtigen Vertreterinnen und Vertreter des Berliner Gesundheitsbereichs an einen Tisch geholt, um zu klären, was warum an welcher Stelle hakt, da sich letztlich nur gemeinsam herausfinden lässt, wie eine bessere Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Es hat sich gezeigt, dass die Klärung rechtlicher und die Abgrenzung förmlicher Zuständigkeiten nicht immer ganz einfach ist.

Die in der Arbeitsgruppe zusammengetragenen möglichen Handlungsschritte und Hinweise für die Praxis sollen allen Beteiligten an den Schnittstellen helfen, sich besser orientieren zu können.

## 6.3. Leitfaden für die Praxis: Broschüre „Alt und krank – wer hilft?“

Das Ergebnis ist eine Broschüre mit dem Titel „Alt und krank – wer hilft?“ Die Grundlagen für die Inhalte dieser Handlungshilfen wurden gemeinsam in der Arbeitsgruppe „Versorgungsprobleme alter kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen“ erarbeitet, zu denen Aktive der Berliner geriatrischen/geronto-psychiatrischen Verbände, von Versorgungseinrichtungen und in der Versorgung Tätigen, der Seniorenvertretungen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin erarbeitet.



In der Arbeitsgruppe haben mitgearbeitet (in alphabetischer Reihenfolge): Prof. Bärbel Dangel – ehs Dresden, Petra Ewert – Bezirksamt Spandau, Holger Gerecke – Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Bettina Grundmann-Horst – AVG e.V., Katrin Hans – Pflegestation Meyer und Kratsch, S. Hellfach – AVG e.V., Frau Jupke –

Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Marzahn-Hellersdorf, Frau Kaleck – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Schöneberg, Frau Kistler – DBfK Nordost e. V., Yvonne Kopacsi – Mediavita – Häuslicher Pflegedienst, Dr. Helmut Körngen – Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Prof. Dr. Johannes Korporal – Alice-Salomon-Fachhochschule, Monika Kunz – DBfK Nordost e.V., Angela Nielbock – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Spandau, Brigitte Petrusch – Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Ariane Rausch – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Tempelhof, Markus Rohner - Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf, Joachim Schröder – AOK Berlin-Brandenburg, Sabine Tietböhl – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Lichtenberg und die Mitglieder des Redaktionsteams.

Umgesetzt und in eine laienverständliche Sprache übertragen wurden die komplexen Arbeitsergebnisse und Informationen vom Redaktionsteam dieser Handlungshilfe, das von Katrin Ulmer moderiert wurde:

- Katrin Ulmer (Büro der Patientenbeauftragten)
- Katja Dierich (QVNIA - Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.)
- Petra Knispel (Universitätsmedizin Charité - Centrum für Schlaganfallforschung)
- Sibylle Kraus (St. Hedwig Kliniken)
- Gabriela Seibt (QVNIA - Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.)
- Karin Stötzner (Patientenbeauftragte für Berlin)
- Klaus-Dieter Trautmann (Seniorenbeirat Spandau)

Diese Broschüre soll Licht auf einen Bereich der Versorgung und auf eine Patientengruppe richten, die exemplarisch dafür sind, dass trotz einer Vielzahl von gesetzlichen und förmlichen Regelungen im Gesundheitswesen, an Einrichtungen und Versorgungsangeboten doch Lücken entstehen, die existenziell werden können. Die vorliegenden Anregungen für die Praxis zeichnen Probleme dieser Gruppe nach und versuchen Entscheidungshilfen und Handlungsanregungen zu geben.

An dieser Stelle gilt es, allen Beteiligten einen herzlichen Dank auszusprechen. Die erste Auflage war in wenigen Wochen vergriffen. Die Broschüre wurde von vielen Fachleuten als sehr hilfreich und gut gemacht bezeichnet.

#### **6.4. Bericht zur Situation und Arbeit der Patientenfürsprecher**

Auch in diesem Berichtszeitraum wurde wieder eine Erhebung bei den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Berliner Krankenhäusern ausgewertet. Nach wie vor ist auffällig, dass nur wenige ernsthafte Beschwerden an die Fürsprecher herangetragen werden.

Mit der Erhebung wurde auch überprüft, ob die Krankenhäuser auf die Fürsprecherinnen und -fürsprecher hinweisen. Alle Krankenhäuser, die das nicht tun, wurden angeschrieben und um Ergänzung ihrer Internetseiten gebeten. Das ist erfolgt. Die Liste der Fürsprecherinnen und Fürsprecher ist nun vollständig mit Links zu den Krankenhäusern.



Der Fragebogen umfasst die Themenbereiche:

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

Der Rücklauf hat dazu geführt, dass erstmals eine vollständige Liste der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher zusammengestellt werden konnte. Diese Liste wird durch die Patientenbeauftragte im Internet zur Verfügung gestellt.

## **6.5. Handreichung zur Auswahl und Arbeit der Patientenfürsprecher**

Im Rahmen der Reform des Berliner Krankenhausgesetzes wurde die Rolle und Position der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher gestärkt. Die entsprechende Regelung (§ 30 LKG) wurde neu gefasst.

Ergänzend dazu hat der Rat der Bürgermeister (RdB) hat in seiner Sitzung am 10. März 2011 auf der Grundlage der RdB-Vorlage Nr. R-896/2011 folgenden Beschluss gefasst: *„Der Rat der Bürgermeister stimmt der o.g. Vorlage zu und regt gegenüber dem Senat an, gemeinsam mit den Bezirken ggf. unter Federführung der Berliner Patientenbeauftragten eine Handreichung zur Arbeit und Auswahl von Patientenfürsprecher/innen zu erarbeiten.“*

Die Patientenbeauftragte für Berlin hat daraufhin eine Arbeitsgruppe in Leben gerufen und gemeinsam mit den Bezirken, dem Landesbeauftragten für Psychiatrie sowie Vertretern des Arbeitskreises Patientenfürsprecher folgende Unterlagen erarbeitet:

- Anforderungsprofil
- Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Fürsprecher und Bezirksamt
- Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Fürsprecher und Krankenhaus
- Berichtsraster für die Fürsprecher (Bezirke)
- Berichtsraster für die Fürsprecher (Hauptverwaltung - alle 2 oder 3 Jahre)
- Ausschreibungstext für Patientenfürsprecher
- Ausschreibungstext für Patientenfürsprecher in psychiatrischen Kliniken / Abteilungen

Die Unterlagen wurden dem RdB zur Kenntnisnahme vorgelegt mit der Bitte, die Anwendung allen Bezirken zu empfehlen.

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe gilt ein besonderer Dank für die schnelle und effektive Zusammenarbeit.

## 7. Veranstaltungen

### 7.1. PatientenForum Berlin – Information und Wissen für 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 Ärztinnen und Ärzten 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 Patienten-vorlesungen 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.

### Themen des PatientenForums im Berichtszeitraum

Das PatientenForum Berlin in Kooperation mit der Berlin School of Public Health und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. hat seine Angebote fortgesetzt. Die Themen im Berichtszeitraum waren:

- Krebs verstehen – Krebs überstehen
- Palliativversorgung in Berlin - Strukturen und Angebote für Schwerkranke und Sterbende
- Was ist eine gute Arztpraxis? – Patientenerwartungen und Kriterien für eine Arztbewertung
- Mythen der Gesundheitspolitik unter der Lupe
- Was ist eine gute Studie?
- Patientenrechte und Patientenbeteiligung an klinischen Studien
- Patientenrechtgesetz stärkt Patientinnen und Patienten!

- Wie viel Medizin verträgt der Mensch?
- Fünf Jahre Ethik-Kommissionen des Landes Berlin - Erfahrungen einer Instanz zur Stärkung der Patientensicherheit

## 7.2. Fachtagung Patienteninformation

Am 1. Juli 2009 fand unter großer Beachtung die Fachtagung „Patienten – Informationen – Rechte“ statt – initiiert und organisiert von der Patientenbeauftragten. Diskutiert wurden Politische Herausforderungen zum Umgang mit Patienteninformationen. Fragen, die in der Diskussion mit den Referenten angesprochen wurden, waren:

- Wer hat Patientendaten und darf diese für welche Zwecke verwenden?
- Wissen Patienten immer, wer die eigenen Daten nutzt?
- Welche Pflichten zum Datenschutz gibt es und wie werden sie kontrolliert?
- Welche Entwicklungen zeichnen sich im Internet ab?
- Wie sicher sind elektronische Patientenakten oder die Gesundheitskarte?
- Was bedeuten die neuen Diagnosemöglichkeiten durch die Gentechnologie und welche neuen Herausforderungen an den Umgang mit Informationen über Patienten ergeben sich daraus?
- Was muss politisch für Patienteninformationssicherheit getan werden?



Als Referenten waren dabei:

**Dr. med. Franz-Joseph Bartmann**, Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer/Landesärztekammer Schleswig Holstein, Flensburg; **Dr. Alexander Dix**, LL.M., Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Berlin; **Dr. Katrin Grüber**, Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH (IMEW); **Hanns-Wilhelm Heibey**, Stellvertretender Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Berlin; **Helga Kühn-Mengel**, MdB, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin, **Christoph Kranich**, Verbraucherzentrale Hamburg - Fachabteilungsleiter – Gesundheitsdienstleistungen, **Katrin Lompscher**, Senatorin für Gesundheit, Umwelt- und Verbraucherschutz; Berlin, **Daniel Poeschkens**, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte der Gesundheitskarte mbH; **Karin Stötzner**, Patientenbeauftragte für Berlin; **Dr. Andreas Weimann**, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Die Senatorin für Gesundheit, Frau Katrin Lompscher, sagte in ihrer Begrüßungsrede: „... Wir wollen Verbraucherinnen und Verbraucher erstens ausreichend informieren, damit Sie befähigt werden, sich im Dschungel der Angebote zurechtzufinden und die für sie richtigen Entscheidungen zu treffen. Und zwar unabhängig von Ihrem Einkommen, Ihrer Herkunft oder Ihrem Alter und Ihrem Gesundheitszustand.

Zweitens müssen wir Sie stärken. Nur mit dem rechtlichen Anspruch auf Information, Transparenz und Qualität der Produkte und deren Einklagbarkeit bekommen die Verbraucherinnen und Verbraucher ein scharfes Schwert in die Hand. Und drittens müssen wir die Verbraucherinnen und Verbraucher dort schützen, wo diese Instrumente entweder nicht bestehen, nicht ausreichen oder sogar versagen.

Und genau dieser Dreiklang gilt auch für die Patientinnen und Patienten. Information über Angebote und Leistungen, sowie deren Qualität; Stärkung Ihrer Rechte gegenüber Kassen, Ärzten, Pharmaunternehmen oder Krankenhausverwaltungen und letztlich der Schutz vor fehlerhaften Diagnosen und Behandlungen, überhöhten Rechnungen oder Missbrauch von Daten. [...] Bürgerinnen und Bürger müssen wissen können, wer Daten von ihnen hat, was damit gemacht wird und welchen Zwecken sie dienen. Nur dann können sie selbstbestimmt handeln – das wiederum ist Grundvoraussetzung einer demokratischen Gesellschaft und eines umfassenden Schutzes der Verbraucher- und auch der Patientenrechte.“

## 8. Vernetzung / Gremien / Fachkontakte

### 8.1. Vernetzung

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 die Zusammenarbeit mit Akteuren „im Feld“ sind:

#### **Arbeitskreis „Versorgungsprobleme kranker alter Menschen**

Erarbeitung von Arbeitshilfen für Patienten, Praktiker und Sozialdienste

#### **Beauftragte des Bundes für die Belange der Patientinnen und Patienten Herr Zöller**

Austausch zu Eckpunkten für ein Patientenschutzgesetz

AG Anforderungen an Patientenfürsprecher/innen

#### **Gesundheitsstadträte der Berliner Bezirke**

Bedarfsplanung und ärztliche Versorgung in den Bezirken

#### **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**

Podiumsdiskussion KBV kontrovers

Patientenbeirat

KBV Praxistag und KBV-Messe

### **Landesverband der Ersatzkrankenkassen - vdek**

Abstimmung zu Positionen der Patientenbeauftragten in Sachen integrierte Versorgungsverträge

### **Leitung der DRK-Kliniken**

Abstimmung zu Patientenversorgung nach Schließung des MVZ in Trepow/Köpenick

### **Patienteninitiativen**

Landesvereinigung Selbsthilfe (Abstimmungsgremium für die Patientenbeteiligung auf Berliner Ebene)

Alzheimer Gesellschaft – Projektabstimmung „Demenzranke im Akutkrankenhaus“

Landesgruppe Schlaganfallbetroffene (Grußwort zum Jubiläum)

### **Patientenverbände in Österreich**

Vortrag zur Patientenbeteiligung in Deutschland

### **Pflege in Not**

Beschwerden zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

## **8.2. Mitarbeit in Gremien**

Die Patientenbeauftragte arbeitet in Gremien oder mit Fachleuten zusammen, die die Interessenvertretung und Vermittlung von Anliegen der Patienten befördern:

### **Abstimmungskreis zur Planung des PatientenForums**

Gemeinsames Projekt von Patientenbeauftragter, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und Berlin School of Public Health

### **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.

### **Arbeitskreis Berliner Patientenberatungsstellen**

Unregelmäßiges Treffen zum Austausch der Patientenberaterinnen und –berater von vbz Berlin, der Berliner Geschäftsstelle der UPD und des Büros der Patientenbeauftragten

### **Arbeitskreis Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher**

Gelegentliche Teilnahme zum Austausch der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

### **Forum Sozialpolitik der Berliner Senioren**

sozialpolitische Arbeitskreis der Berliner Senioren, Themen sind Fragen der medizinischen Versorgung älterer Menschen, die Forderung nach einer altersgerechten Ausbildung von Ärzten und die zum Teil problematische Situation in Berliner Heimen

Soweit dies zeitlich möglich ist, ist eine regelmäßige Teilnahme der Patientenbeauftragten an den Sitzungen verabredet.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Patientenvertretung für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen

### **Koordinierungskreis Patientenvertreter/innen**

AK der anerkannten Verbände im Gemeinsamen Bundesausschuss. Frau Stötzner ist als Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Alle zwei Monate tagt der Koordinierungskreis der Patientenverbände nach § 140f SGB V.

### **Landesgesundheitskonferenz Berlin und Steuerungskreis der Landesgesundheitskonferenz**

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.

### **Landeskrankenhausbeirat Berlin**

Im Berichtszeitraum fanden zwei 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.

### **Landesausschuss**

zur Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung

### **Lenkungsgremium Qualitätssicherung Krankenkassen - Krankenhäuser (nach § 137 SGB V)**

zur Umsetzung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern nach § 137 SGB V. Ein externer Vergleich erfolgt vor allem in einer Gegenüberstellung ausgewählter Ergebnisse einzelner Krankenhäuser mit dem Bundesdurchschnitt. Abweichungen von definierten Referenzwerten werden auf der Landesebene mit den Krankenhäusern in einem so genannten Strukturierten Dialog besprochen. Die 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.

### **Patientenbeirat der KBV**

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

### **Projektbeirat „Lebensqualität im Pflegeheim**

Projekt von Berlin School of Public Health und Paritätischem

### **Selbsthilfeforum chronisch Kranker und behinderter Menschen**

Abstimmungsforum der Berliner Selbsthilfe- und Patienteninitiativen tagt mehrmals im Jahr

### **Steuerungsgruppe „Weisse Liste“**

Transparenzplattform der Bertelsmann Stiftung - Temporäre Mitarbeit

### **Steuerungskreis Transparenzplattform „Gesundheit in Berlin“**

Temporäre Mitarbeit

## **8.3. Teilnahme an Veranstaltungen**

Die schier unübersehbaren Veranstaltungen in Berlin sind Gelegenheit zur Sicherung von Netzwerken und zur Einbindung in relevante Fachdiskurse. Eine Auswahl von Veranstaltungen, an denen die Patientenbeauftragte im Berichtszeitraum teilgenommen hat:

### **2009**

- Symposium qualitätsgerechte Versorgung Berlin
- Tagung "Medizinische Behandlungsfehler"
- Fachtagung " Welches Leben ist mehr wert?"
- Podiumsdiskussion zur Zukunft der offenen Altenarbeit
- Unabhängige Patientenberatung - Perspektiven nach §65b SGB V
- Palliativversorgung in Berlin
- AOK-Projekt: "Care plus - medizinisch betreute Pflege"
- KBV kontrovers zum Thema ambulant/stationär: Kooperation oder Konfrontation
- Bezirkliche Gesundheitskonferenzen
- Landesgesundheitskonferenz
- Bundestagung Patientenfü sprecher/innen
- Mitgliederversammlung Gesundheit Berlin
- Pressekonferenz des vdek-Pflegelotse

### **2010**

- Konferenz „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen“
- Die Zukunft ist chronisch - Lösen Selektivverträge und Priorisierung
- Europäischer Datenschutztag

- Abschlusstagung "Lebensqualität im Pflegeheim"
- Bundestagung Patientenfürsprecher/innen
- vbz Bund - Beteiligungs- und Vorschlagsrechte nach SGB XI
- KBV - Tag der Niedergelassenen
- Anhörung zur Fortführung der Patientenberatung
- Gesundheitsforum der Landesgesundheitskonferenz
- Integrierte Versorgung im Berliner Gesundheitswesen - integriert = innovativ?
- Urania-Podiumsdiskussion "Schluss mit ratlos - Wegweiser durch den Gesundheitsdschungel"
- Treffen der Leitungen der Notaufnahmen Berliner Aufnahmekrankenhäuser
- "Gerecht verteilt und gut erreichbar? –Zur ärztlichen Versorgung in den Berliner Bezirken"
- Berliner Wirtschaftsgespräche e.V. - Ärztemangel in Deutschland
- Alte Menschen im Krankenhaus
- Quo vadis ambulante ärztliche Versorgung
- Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund
- Landespflegeausschuss "Alt, arm und pflegebedürftig - welche Strategien haben wir in Berlin?"
- Hauptstadtkongress
- IGES Innovationskongress
- Anhörung im Bundesrat-Gesundheitsausschuss - Vorstellung der Bundesratsinitiative Berlin-Brandenburg zum Patientenrechtegesetz
- Rosenthaler Gespräche - AOK-Bundesverband (Qualität im Gesundheitswesen)
- UPD-Bundes-Kongress
- Fachtag der Grünen zum Patientenrechtegesetz

## 2011

- Öffentliche Anhörung im BT-Gesundheitsausschuss - Patientenrechte
- Forum „Alt, arm, krank - und trotzdem dabei?!“
- Eröffnung BIP
- Ärztliche Versorgung in Köpenick-Süd
- Veranstaltung SPD Fraktion zum Patientenrecht (Abgeordnetenhaus Berlin)
- Vorstellung der Eckpunkte zum Patientenrechtegesetz im BMG
- Leitungen der Notaufnahmen der KH
- Tagung Schlaganfall- und Aphasiebetreffender und Behinderter Berlin e.V.
- KBV-Messe 2011
- Hauptstadtforum Gesundheitspolitik 2011
- AOK Bundesverband „Qualität sucht Hausarzt“
- Verbraucherpolitischer Dialog im Roten Rathaus
- AG Patientenfürsprecher
- Informationsveranstaltung zur ärztlichen Versorgung in Köpenick



## 9. Vorträge (Auswahl)

- 2./3. März 2009 MCC Fachkonferenz - „Krankenhaus Finanzierung 2009 - Qualität und Transparenz: Die Bedürfnisse der Patienten“
- 2. April 2009 Jahrestagung der ARGE Selbsthilfe Österreich – „Kollektive Beteiligungsrechte in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens in Deutschland - Erfahrungen der Selbsthilfe und Patientenorganisationen“
- 5. November 2009 QUIVIVE direkt - „Ärztliche Kunstfehler - welche Rechte haben Patienten?“ -Information und Beratung für Berliner Patienten
- Mai 2010 UPD-Kongress „Guter Rat für starke Patienten – Perspektiven für die unabhängige Patientenberatung? - Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe? Welche Möglichkeiten haben Patientenbeauftragte?“
- 28. März 2011 Fraktion der SPD im Abgeordnetenhaus von Berlin - Stärkung der Patientenrechte - Eckpunkte einer aktuellen Diskussion
- 03. Mai 2011 KBV-Messe „Telefon-Service-Nummern für Patienten als Instrument eines sektorübergreifenden Versorgungsmanagements“
- 16. Juni 2011 Verbraucherpolitischer Dialog im Roten Rathaus – Beitrag zu aktuellen politischen Themen aus Patientensicht

**Herausgeber**

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

- Die Patientenbeauftragte für Berlin –

Oranienstraße 106

10969 Berlin

[www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

Februar 2012

© Die Patientenbeauftragte für Berlin