

Handout zum Tätigkeitsbericht der Patientenbeauftragten für Berlin für den Zeitraum 2006 - 2008

Nach zwei weiteren Jahren im Amt legt die Patientenbeauftragte für Berlin **Karin Stötzner** einen Tätigkeitsbereich vor.

Ziele, Schwerpunkte und Themenfelder ihrer Arbeit sind:

1. Problemfelder und eine soziale Unausgewogenheit der Versorgung sichtbar machen
2. die Folgen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen beobachten
3. für mehr Transparenz zur Qualität sorgen
4. die Souveränität von Patienten durch Information und Beratung stärken und
5. die Beteiligungsmöglichkeiten für Patienteninitiativen erweitern

Fasst man die Anliegen, Beschwerden und Sorgen von Patientinnen und Patienten, die sich an das Berliner Büro wenden, zusammen, so kann man festhalten:

- **Die Gesundheitsreformen belasten vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen und führen zu einer sozial unausgewogenen Versorgung**

In den Beschwerden wird deutlich, dass das Problem auch in Berlin evident ist und eindeutig zunimmt:

- Kassenpatienten warten auch in Berlin länger auf Termine, besonders bei Fachärzten
- die Wartezeiten werden ganz unverhohlen mit Einkommensargumenten der Ärzte begründet, eine Sortierung nach medizinischer Notwendigkeit tritt dann oft in den Hintergrund, wenn Patienten schon an der Sprechstundenhilfe scheitern
- alte, einkommensschwache Menschen leiden besonders unter Unzulänglichkeiten in der Organisation des Übergangs von stationärer zur ambulanten Versorgung
- Patienten verzichten auf medizinische Maßnahmen, weil sie sich die Vielzahl von Zuzahlungen und Eigenbeiträgen nicht leisten können
- Bei der Suche nach guter Behandlung ist noch immer zu viel Kompetenz erforderlich, es fehlen nach wie vor leicht zugängliche, patientenfreundliche und verständliche Informationen für eine Orientierung im Gesundheitswesen. Es ist auf Dauer ungerecht, wenn vorrangig bildungsstarke und gut situierte Menschen die Zugänge zu guter Versorgung kennen.

- **In Berlin verschärfen sich die regionalen Ungleichgewichte der Versorgung**

Die Tatsache, dass Berlin ein einziger Versorgungsbereich für niedergelassene Ärzte ist, wirkt sich nachteilig für die Ostbezirke und für Bezirke mit einer schwachen Einkommensstruktur aus. Der Anwanderung von Arztsitzen und Fachärzten in Westbezirke muss durch eine gezielte Steuerung durch die Kassenärztliche Vereinigung entgegengewirkt werden. Auch wenn es dafür zurzeit noch keine rechtlichen Instrumente gibt, so gilt es, die Verpflichtung der KV zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung einzuklagen. Sie muss an diesem Punkt steuernde Verantwortung übernehmen. Dies gilt es um so dringlicher einzufordern, da viele verbleibende Praxen signalisieren, dass sie nicht mehr in der Lage sind, alle Patienten einer „Abwanderungsregion“ aufzunehmen. Beschwerden über zu langen Wartezeiten und fehlende Fachärzte häufen sich in:

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

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

Fachleute, Politiker und die Patientenbeauftragte fordern daher →

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

Das Ungleichgewicht in der ambulanten fachärztlichen Versorgung in den Berliner Randgebieten und in Pflegeheimen nimmt langsam Formen an, die ohne einen konzertierten Lösungsversuch von Krankenkassen, KV, Pflegediensten und Politik nicht zu bewältigen sind:

- Die Weigerung vieler Ärzte (auch Hausärzte) Hausbesuche zu machen, bedeutet für immer mehr alte nicht mobile Menschen eine ungerechte gesundheitliche Benachteiligung
 - Ein menschlich und medizinisch notwendiges Versorgungsmanagement an den Schnittstellen z.B. von Krankenhaus und Pflege funktioniert auffällig häufig schlecht
 - Leistungserbringer stellen zu oft ihre eigenen Systemlogiken über die Versorgungsnotwendigkeit:
 - Fahrkosten werden erst nach unnötiger Zustimmung der Kostenträger übernommen
 - Ärzte im ambulanten und stationären Bereich streiten um Zuständigkeiten und schieben sich die Problemfälle zu
 - Patienten haben den Eindruck, dass ihnen teure Leistungen und Medikamente vorenthalten werden
- **Fehlende ärztliche Versorgung für Menschen in Heimen**

Alte Menschen in Pflegeeinrichtungen werden häufig nicht angemessen versorgt, wenn sie medizinische Hilfe benötigen. Angehörige und Heimbeiräte nennen es zum Teil „skandalös“, wenn es nicht gelingt, für Pflegebedürftige einen Facharzt anzufordern. Die Facharztsuche für die Versorgung von Hautleiden, augenärztliche Untersuchungen oder zahnärztliche Behandlung im Heim erfordern oft viel Aufwand von Seiten des Pflegepersonals. Ist die fachärztliche Hilfe nicht gewährleistet, wird auf den Kassenärztlichen Notdienst zurückgegriffen oder aber eine Krankenhauseinweisung notwendig. Vor allem Allgemeinmediziner übernehmen die Behandlung in Pflegeheimen. Aber immer weniger der Niedergelassenen wollen diesen Teil des allgemeinen Versorgungsauftrags übernehmen.

Patienteninitiativen und Angehörige fordern →

Fachleute fordern daher eben so wie Angehörige eine **Ausweitung des Berliner Projekts Heimärzte** auch auf andere Krankenkassen und setzen auf die Möglichkeit der Verankerung von Heimärzten im Pflegeweiterentwicklungsgesetz. Die Patientenbeauftragte unterstützt diese Forderung und hat dies auch in öffentlichen Veranstaltungen z.B. des Berufsverbandes der Pflegekräfte unterstrichen.

Mit einer Eingabe als Petition an das Abgeordnetenhaus (Dezember 2007) will der „Arbeitskreis Altersfragen Charlottenburg – Wilmersdorf“ eine bessere „Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten mit Medikamenten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus“ erreichen. Der Arbeitskreis wünscht klare Vorgaben

für das Entlassungsmanagement, da aus Kostengründen oft nicht die notwendigen Medikamente bereitgestellt werden. Das Büro der Patientenbeauftragten ist dabei um Unterstützung gebeten worden.

▪ **Die Beschwerden von Berliner Patientinnen und Patienten über Krankenhäuser verweisen auf strukturelle Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung**

Der Kostendruck und die Verdichtung der Arbeit vor allem in Krankenhäusern führen offensichtlich zur Abkehr von einem am individuellen Patienten orientierten Heilen.

- Immer mehr Patientinnen und Patienten beklagen, dass nicht sie als Person mit ihrer Krankheit im Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens stehen, sondern die Kosten und sonstige institutionelle Vorgaben den Vorrang haben
- dass das medizinische Personal und die Pflegekräfte keine Zeit mehr haben, weil überall Personal abgebaut wurde und dass man den Pflegekräften anmerkt, dass sie unter Stress stehen. Die Belastungssituationen des Personals führen zu Fehlern und Sicherheitsmängeln
- Es bleibe kaum Zeit für Gespräche und heilende Zuwendung. Sie haben Sorge, dass Behandlungen aus Kostengründen nicht übernommen werden
- Kritisiert werden unverhältnismäßig lange Wartezeiten in Notfallstationen
- Während das Thema der langen Wartezeiten bei niedergelassenen Kassenärzten in der Öffentlichkeit inzwischen bekannt ist, zeigt sich zunehmend, dass auch in Krankenhäusern gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten länger warten müssen als privat Versicherte.

Auffällig zugenommen haben auch Beschwerden über

- Verschiebungen von Operationsterminen und geplanten Behandlungen ohne einsehbaren Grund
- Infektionen mit resistenten Keimen im Krankenhaus
- Behandlungs- und Pflegefehler
- Organisatorische Mängel und Sicherheit
- Unzureichendes Versorgungsmanagement

Bei der Bearbeitung von Beschwerden über Berliner Krankenhäuser haben sich gute Kooperationsformen zwischen Patientenbeauftragter und Beschwerdemanagement herausgebildet.

▪ **Die Folgen des zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen führen zu einer neuen Intransparenz der Versorgung**

Die unterschiedlichen Zwänge zur Wirtschaftlichkeit im Bereich der gesundheitlichen Versorgung treiben verschiedene Blüten, die nicht immer für Patienten von Vorteil sind.

Die Ausgrenzung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung erlaubt es niedergelassenen Ärzten, Diagnose- oder Behandlungsmethoden wie eine ‚Ware‘ anzubieten und zu verkaufen. Aus den Beschwerden zur Praxis der so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) geht hervor, dass Patienten verunsichert sind oder sie oft nicht den formalen Vorgaben entspricht. Die Beschwerden beziehen sich z.B. auf:

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

Forderungen für eine Veränderung →

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

Unbedingt notwendig ist eine Aufklärung darüber, dass solche Leistungen nicht zur Voraussetzung von akuter Behandlung gemacht werden dürfen. Patientinnen und Patienten müssen außerdem gestärkt werden, klarer auf einer transparenten Rechnungsstellung zu bestehen.

▪ **Patienten wünschen sich eine Aufhebung der "Sektorentrennung" und eine „echte“ integrierte Versorgung**

Wenn Patientinnen und Patienten zwischen den einzelnen Sektoren wechseln, müssen viele ihre Behandlungsprozesse selbst organisieren und sind damit überfordert. Beschwerden beziehen sich z.B. darauf, dass

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

Patienten wünschen sich echte integrierte Versorgung, bei der sie mit ihrem Heilungs- und Hilfeanliegen der Ausgangspunkt für die Steuerung von Versorgungsprozessen sind.

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

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

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

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

Welche Forderung haben Patienteninitiativen dazu →

Notwendig ist mehr Transparenz zu

- *den Vertragsgegenständen*
- *den vereinbarten Qualitätsbedingungen und Zusatzleistungen*
- *zur Sicherstellung und Einhaltung von gesetzlichen Qualitätsverpflichtungen*

▪ Probleme einzelner Patientinnen und Patientengruppen

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

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

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

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

In Abstimmung mit dem Behindertenbeauftragten und einschlägigen Verbänden wird das Büro der Patientenbeauftragten sich insbesondere um Transparenzinformation zu diesem Thema kümmern. Auch zu Fragen der Versorgung behinderter Patienten der ambulanten Versorgung gibt es Kontakte und Anfragen. Die Kassenärztliche Vereinigung wurde mehrmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Informationen im Arzt-Such-System zur Versorgung von Menschen mit Behinderung und zu behindertengerechten Praxen noch nicht ausreichend sind. Zugesichert wird aber durch die KV Berlin, dass in einzelnen Problemfällen bei der Suche nach Ärzten direkte Hilfe erfolgen wird. Bei der konkreten Anfrage zu Praxen für geistig behinderte Kinder z.B. wurde schnell informiert.

▪ Stärkung der Souveränität von Patienten durch Information und Beratung

- Die Zusammenarbeit der Berliner Patientenberatungsstellen funktioniert gut

Es gibt regelmäßige Treffen und abgestimmte Strategien in einzelnen Fragen der Patientenberatungsstellen und mit dem Arbeitskreis der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Mit dem Ziel, deren Situation zu verbessern hat das Büro der Patientenbeauftragten eine Befragung durchgeführt, deren erste Ergebnisse auf eine gute Einbindung der Fürsprecher hinweist, aber auch strukturelle Mängel deutlich macht.

- Gründung des PatientenForums Berlin

Mit einem kontinuierlichen Informationsangebot in Form von Vorträgen und Diskussionen soll das notwendige Wissen für „mündige Patienten“ in einem Kooperationsprojekt mit der Berlin School of Public Health und Gesundheit Berlin e.V. gemacht werden.

- Plakataktion in Berliner Krankenhäusern über Patientenrechte

Um Patienten auf ihre Rechte und Beratungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen, hat das Büro der Patientenbeauftragten ein Plakat entworfen, das überall dort aufgehängt werden kann, wo Patienten behandelt werden.

- **In der Patientenbeteiligung ist Berlin nach wie vor Vorreiter**

Berlin ist nicht nur das einzige Bundesland, in dem eine Patientenbeauftragte gibt, sondern auch in anderen Bereichen der Patientenbeteiligung ist Berlin vorbildlich:

Neben der Einbindung von Patientenbeauftragter in die Landesgesundheitskonferenz werden nun auch weitere Patientenvertreter in Landesgremien der Gesundheitsversorgung einbezogen: z.B. in den Landeskrankenhausbeirat. Offen ist noch - da nicht über die Landespolitik beeinflussbar - wann eine Beteiligung von Patienten auch im Landesgremium für die Umsetzung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern erfolgt. Zustimmung müssen dabei die Krankenkassen und die Berliner Krankenhaus Gesellschaft. Hier ist der wiederholte Antrag der Patientenbeteiligung bisher auf taube Ohren gestoßen.