



# Die Patientenbeauftragte für Berlin

## Bericht für den Zeitraum 2012 – 2014



# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>	<b>4. Kooperationen und Partner</b> .....	<b>68</b>
<b>1. Die Patienten- und Pflegebeauftragte für Berlin</b> .....	<b>6</b>	4.1 Patientenfürsprecher.....	68
1.1 Das Amt.....	6	4.2 Transparenzplattformen ‚Berliner Klinikführer‘ und ‚Pflegelotse‘.....	69
1.2 Das Team.....	7	4.3 Krankenkassen als Kooperationspartner.....	69
1.3 Handlungsfelder.....	9	4.4 Medizinischer Dienst der Krankenkassen.....	69
<b>2. Anliegen und Beschwerden von Patienten</b> .....	<b>10</b>	4.5 Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin.....	70
2.1 Orientierungshilfe im Gesundheitswesen.....	11	4.6 Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung.....	71
2.2 Eigenleistungen und Zuzahlungen belasten immer mehr Patienten.....	12	4.7 Zusammenarbeit mit Berliner Kliniken.....	72
2.3 Fehlende Zeit und unzulängliche Aufklärung.....	13	4.8 Berliner Erklärung Organspende.....	72
2.4 Patientenrechte in der Realität.....	14	4.9 Patientenbeauftragte der anderen Länder und des Bundes.....	72
2.5 Ambulante ärztliche Versorgung.....	17	<b>5. Veranstaltungen</b> .....	<b>73</b>
2.6 Patientenerfahrungen im Krankenhaus.....	25	5.1 Berliner Dialogforum.....	73
2.7 Anliegen und Beschwerden zu Krankenkassen.....	30	5.2 PatientenForum.....	73
2.8 Anliegen und Anfragen zum Bereich Pflege.....	35	5.3 Teilnahme an Veranstaltungen.....	74
2.9 Übergänge in der Versorgung.....	37	5.4 Vorträge der Patientenbeauftragten.....	79
2.10 Arzneimittel.....	41	<b>6. Mitarbeit in Gremien</b> .....	<b>80</b>
2.11 Ärger mit Ämtern.....	43	<b>7. Presse und Öffentlichkeitsarbeit</b> .....	<b>82</b>
2.12 Nicht nur Beschwerden – Es gibt auch Lob.....	43		
<b>3. Schwerpunktthemen</b> .....	<b>44</b>		
3.1 Patientenrechte-Gesetz.....	44		
3.2 Thema Pflege – neue Aufgabe der Patientenbeauftragten.....	47		
3.3 Ärztliche Bedarfsplanung.....	48		
3.4 Gemeinsames Landesgremium.....	51		
3.5 Krankenhausplanung.....	55		
3.6 Politik im Dialog.....	59		

Hinweis: Falls bei Formulierungen nur die weibliche oder nur die männliche Form verwendet wird, so dient dies dazu, den Text lesbarer zu gestalten. Selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

# Vorwort

**Zehn Jahre Gratwanderung zwischen individuellen Anliegen der Patienten und der Eigenlogik des Gesundheitssystems**

**Karin Stötzner**

**Patientenbeauftragte für Berlin**



2004 war das Jahr, in dem die Bundesregierung den Versicherten im Gesundheitsmodernisierungsgesetz erhebliche vor allem finanzielle Mehrbelastungen zugeschoben hatte: Praxisgebühr, Zuzahlungsregelungen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurden aus dem Katalog der Kassenleistungen gestrichen. Als „Ausgleich“ dafür wurden erstmals Patientenverbände formal zur Beratungsbeteiligung in den Gremien der gesundheitlichen Selbstverwaltung zugelassen. Auf Bundesebene wurde eine Patientenbeauftragte benannt.

Noch im selben Jahr wurde ich von der damaligen Gesundheitsministerin gefragt, ob ich als erste in einem Bundesland das Amt der Patientenbeauftragten für Berlin übernehmen wolle. Die Frage erging vermutlich an mich, weil meine Erfahrungen bei SEKIS<sup>1</sup> in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Verbänden Kranker und behinderter Menschen eine gute Voraussetzung für den Zugang zu denjenigen versprach, um die es bei einer solchen Arbeit gehen muss. Mein Ohr war bis dahin schon viele Jahre offen für die Anliegen der Betroffenen. Nun sollte ich ihnen nicht nur zuhören, sondern ihnen auch auf politischer Ebene eine Stimme geben.

Tatsächlich hatten wir bei SEKIS zu diesem Zeitpunkt schon eine erhebliche Strecke auf dem Weg zur Organisation der Patienteninteressen zurückgelegt. Bereits 1998 hat das Plenum der Selbsthilfegruppen chronisch kranker und behinderter Menschen zusammengetragen, was sie an der gesundheitlichen Versorgung stört. Das Ergebnis war die sogenannte Berliner Mängelliste. Damit wollte sich die Selbsthilfe aktiv in die Formulierung von Gesundheitszielen und die Debatte um die Veränderung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einmischen. Die Liste macht sichtbar, dass viele ihrer grundsätzlichen Erwartungen an den Versorgungsalltag nicht

erfüllt werden und bisher kaum für einen Diskurs gebündelt worden waren: Zuwendung in der Arzt-Patienten-Kommunikation, ganzheitliche Sichtweisen, Patientenorientierung statt Ausrichtung an der Ökonomie, mehr verständliche Information und Transparenz zur Leistungsangeboten u.v.a.m.

Aus dieser Debatte entstanden sind dann einmal der von SEKIS organisierte Arbeitskreis Patienteninformation<sup>2</sup>, der gemeinsam mit der Berliner Ärztekammer und Unterstützung der Berliner KV Kriterien diskutiert hat, wie die Information und Transparenz über die Leistungsangebote und -anbieter im Gesundheitswesen stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientiert werden kann. Parallel dazu bildete sich das Berliner PatientenForum, das viele Jahre von SEKIS moderiert wurde und aus dem eines der Modellprojekte zur späteren Gründung der Unabhängigen Patientenberatung hervorging.

Schaut man sich heute die Berliner Mängelliste wieder an, so muss man erstaunlicherweise feststellen, dass sie genauso heute noch genauso aussähe.

Die Anfragen und Beschwerden im Büro der Patientenbeauftragten von Berlin spiegeln diese Diskrepanz wider. Der vorliegende Bericht will mit Beispielen aus der Arbeit der Patientenbeauftragten den Blick auf die Gesundheitsversorgung schärfen und auf mögliche Handlungsfelder für Veränderungen hinweisen.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meines Büros gilt mein ganz besonderer Dank. Ohne ihre kluge und zuverlässige Unterstützung könnte den Anliegen der Patienten nicht so umfassend entsprochen werden.



1 SEKIS zentraler Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle

2 [www.sekis.de/Berliner-AK-Patienteninformati.berl\\_arbeitskreis0.0.html](http://www.sekis.de/Berliner-AK-Patienteninformati.berl_arbeitskreis0.0.html)

# 1. Die Patienten- und Pflegebeauftragte für Berlin

## 1.1 Das Amt

Im November 2004 berief die damalige Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Dr. Heidi Knake-Werner die erste Patientenbeauftragte auf Landesebene. Damit übernahm Berlin eine bundesweite Vorreiterposition. Die Wahl fiel auf Karin Stötzner, die als langjährige Leiterin von SEKIS eine große Nähe zu Patientenorganisationen hat. Sie ist nunmehr bereits in der dritten Legislaturperiode im Amt der Patientenbeauftragten bestätigt worden. Die Benennung einer externen Expertin gewährleistet dabei auch die notwendige Unabhängigkeit.

Die Patientenbeauftragte ist vorrangig Ansprechpartnerin für Patientinnen und Patienten. Sie arbeitet mit deren Initiativen, Verbänden und Organisationen zusammen und koordiniert die Vernetzung der vielfältigen Aktivitäten für eine Unterstützung der Betroffenen in Berlin. Das Amt greift Ansätze zur Interessenvertretung auf und entwickelt sie mit den Partnern weiter. Die Patientenbeauftragte berät den Senator und die Verwaltung. Themen, Anliegen und Probleme werden so gebündelt, dass sie für eine Verbesserung der Gesundheits- und Sozialpolitik nutzbar gemacht werden können.

In der Koalitionsvereinbarung der SPD/CDU-geführten Landesregierung zur 17. Legislaturperiode heißt es: „Als erstes Bundesland hat Berlin eine Patientenbeauftragte des Landes berufen. Die Koalition wird deren Kompetenzen stärken und um das Themenfeld Pflege erweitern.“

Seit 2012 ist die Patientenbeauftragte daher auch Anlaufstelle für die Anliegen, Belange und Beschwerden von pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen und ihren Organisationen. Somit für alle Themen rund um die pflegerische Versorgung in Berlin.

Mit dem Amt, das eine honorierte Nebentätigkeit ist, sind keine rechtlichen oder formalen Sanktionsmöglichkeiten (z. B. Anhörungsrechte) verbunden. Der eigentliche Wirkungsrahmen ist auch im 10. Jahr des Bestehens die Möglichkeit, Öffentlichkeit für bestimmte Themen herzustellen. Durch die Herstellung eines öffentlichen Dialogs zu Problemen, die Pflege eines umfangreichen und gut funktionierenden Netzwerkes sowie das Einmischen in aktuelle Debatten wird den Anliegen der Betroffenen Gehör verschafft. Die enge Anbindung an die politische Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales macht schnelle Interventionen im Einzelfall möglich.

Bei Problemen und Beschwerden wird zwar unabhängig vermittelt, aber den Betroffenen parteiisch zur Seite gestanden. Es wird zum Ausgleich und Vergleich angeregt und der Dialog im Sinne einer Schlichtung unterstützt.

Das Amt der Patientenbeauftragten für Berlin ist kein Auftrag, den eine Person alleine bewältigen kann. Unterstützt wird die Patientenbeauftragte daher von zwei Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter ihres Büros. Wenn von „Der Patientenbeauftragten für Berlin“ die Rede ist, muss also immer berücksichtigt werden, dass dies eine Teamleistung ist.

## 1.2 Das Team

Büroleiterin ist Frau Katrin Ulmer. Sie ist erste Ansprechpartnerin, stellt die notwendige Erreichbarkeit, die fachliche Verbindlichkeit und die kompetente Beantwortung von Anfragen sicher. Sie vertritt die Interessen der Patientenbeauftragten gegenüber Institutionen, Presse und privat Anfragenden nach außen. Des Weiteren ist sie zuständig für die Koordination der Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung sowie die Pflege und den Ausbau der sehr guten Kooperationsbeziehungen zu

den externen Partnern aus weit gefächerten Bereichen. Auf diese Kontakte ist das kleine Team der Patientenbeauftragten bei der Bearbeitung von Beschwerden und der Klärung von fachlichen Anliegen angewiesen.

Zum engagierten Team gehören ebenso Marc Kamin als Sachbearbeiter und Andrea Waldner für das Büro.



Abbildung oben links, von links nach rechts:  
Karin Stötzner, Katrin Ulmer, Marc Kamin, Andrea Waldner

Abbildung oben rechts: Katrin Ulmer, Marc Kamin

Abbildung links: Andrea Waldner

Für vier Stunden täglich montags bis freitags steht von 10:00 bis 14:00 Uhr allen Ratsuchenden eine Hotline zur Verfügung. Darüber hinaus können für persönliche Gespräche Terminvereinbarungen getroffen werden. Ebenso sind schriftliche Anfragen möglich. Die Kontaktdaten sind:

### **Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales**

#### **- Patientenbeauftragte für Berlin -**

Oranienstraße 106

10969 Berlin

Telefon: 030 - 9028-2010

Telefax: 030 - 9028-3113

E-Mail an: [patientenbeauftragte@sengs.berlin.de](mailto:patientenbeauftragte@sengs.berlin.de)

Die Kollegen des Büros informieren und beraten bei der Suche nach Hilfemöglichkeiten in Berlin und weisen den Weg zu einschlägigen Beschwerdeinstanzen.

Die Erfahrungen und Beschwerden der Patienten werden dokumentiert und so ausgewertet, dass sie für politische Veränderungen und für eine Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung nutzbar gemacht werden können.

Informationen zur Arbeit der Patientenbeauftragten sind über einen eigenen Internetauftritt öffentlich abrufbar:

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

„Recht vielen Dank für Ihre ausführlichen und sehr hilfreichen Informationen zu entsprechenden Beratungsstellen und Hilfestellung zu meinem Anliegen.“

„Für Ihren Einsatz möchte ich Ihnen ganz herzlich danken! Gleichzeitig möchte ich Sie und alle Ihre Mitstreiter ermutigen, in Ihrem Bemühen nicht nachzulassen, die Strukturen in den Ämtern patientenfreundlicher zu gestalten.“

„Ganz herzlichen Dank für Ihre Mühe! Wir haben Erfolg gehabt und sind überglücklich.“

„Herzlichen Dank für Ihre prompte Information, die wir für meine Betreute nutzen konnten. Es gibt Informationen, die uns bisher unbekannt waren.“

„Ich bin Ihnen für Ihren Einsatz und für dieses Schreiben zutiefst dankbar.“

„Auf diesem Wege möchte ich mich sehr, sehr herzlichst bei Ihnen bedanken für Ihre sehr, sehr freundlichen, netten, einfühlsamen und guttuenden Worte.“

„Sie haben mir sehr geholfen, denn irgendwie wusste ich gar nicht, wie und welche Möglichkeiten es für mich in meinem Fall gibt.“

### **Hotline der Patientenbeauftragten für Berlin**

Montag bis Freitag von 10 bis 14 Uhr

Telefon: 030 - 9028-2010





### 1.3 Handlungsfelder

Das Amt der Patientenbeauftragten umfasst mehrere Aufgabenbereiche:

Bearbeitung von Anfragen und Beschwerden



Fachpolitische Öffentlichkeitsarbeit



Vernetzung und Zusammenarbeit mit Partnern



Patientenbeteiligung und Gremienarbeit



Der folgende Bericht will Ihnen an Hand von Beispielen einen Einblick in die Fragestellungen geben, um die es dabei geht.

## 2. Anliegen und Beschwerden von Patienten

Im Mittelpunkt der Arbeit der Berliner Patientenbeauftragten stehen die Beantwortung von Anfragen und das Aufgreifen von Beschwerden von Berliner Patienten. Mit großem Engagement leistet das Team der Patientenbeauftragten daher auch eine kontinuierliche Beratungs- und Vermittlungsarbeit, die von der schlichten Information über eine Adresse bis hin zur Erläuterung von rechtlichen Regelungen reichen kann. Da viele dieser Fragen oft mit Fachleuten z. B. in der Senatsverwaltung beantwortet werden, basiert die Beratung immer auch auf Kooperation.

Das Büro der Patientenbeauftragten erreichen im Monat durchschnittlich 100 Anfragen, davon im Berichtszeitraum (Januar 2012 bis Juli 2014) etwa 3.000 Anfragen von Personen mit Patienten- oder Pflegeanliegen. Einige melden sich auch mehrfach. Zusätzlich sind die Mitarbeiter des Büros Ansprech-

partner für zahlreiche Institutionen, Fachleute und Kooperationspartner. Presseanfragen werden ebenfalls beantwortet.

Die als **Erstkontakt** erfassten Anfragen beim Büro der Patientenbeauftragten kommen zu etwa als 50 Prozent per Telefon, etwa 28 Prozent per Mail und per Brief zu etwa 19 Prozent. Der Rest verteilt sich auf persönliche Vorsprachen und Eingänge per Fax bzw. Webformular

### **Die Ratsuchenden oder Interessenten suchen den Kontakt, um**

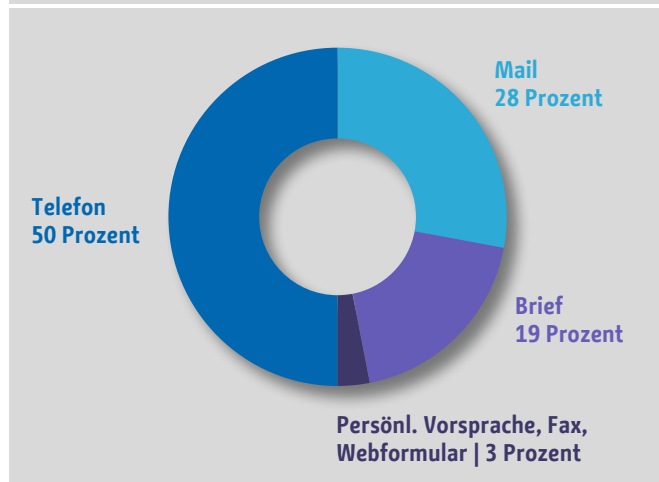
- Unterstützung bei Konflikten mit Krankenkassen zu finden, überwiegend im Zusammenhang mit der Übernahme von Kosten,
- sich über die Behandlung in Krankenhäusern zu beschweren, auch hier oft verbunden mit einer Bitte um Unterstützung.
- eine Beratung zum Vorgehen bei vermuteten Behandlungsfehlern zu erhalten,
- Informationsfragen zu stellen, besonders in Bezug auf Angebote der Krankenhäuser,
- Beschwerdewege zu erfragen,
- Unmut loszuwerden, ohne dass eine konkrete Handlung eingefordert wird,
- fachpolitische Anliegen zu klären
- oder auch Termin- und Veranstaltungsabstimmungen vorzunehmen.

Diese Reihenfolge entspricht in etwa der Häufigkeit der Anfragen.

**Was wollen Patienten?** Grundsätzlich kann man sagen, dass die Mehrheit der Ratsuchenden oder Beschwerdeführer eine partiische Unterstützung in der Kommunikation mit Ärzten oder Institutionen suchen, also Beistand. Es spricht nicht selten das Gefühl eines grundsätzlichen Ungleichgewichts im Miteinander aus den Anliegen. Es ist das strukturelle Ungleichgewicht,

### **Erstkontakte zur Patientenbeauftragten**

Verteilung in Prozent



in dem die Patienten sich in existenziellen, intimen Situationen als die „Schwächeren“ wahrnehmen, was hohe Erwartungen an eine ausgleichende Funktion der Patientenbeauftragten mit sich bringt.

Thematisch sind die Schwerpunkte Fragen zu den Patientenrechten, z.B. Einsichtnahme in Krankenunterlagen, Hilfe bei Verdacht auf Behandlungsfehler, Probleme mit Zahnersatz, Ratlosigkeit bei finanziellen Überforderungen z.B. durch Zuzahlungen und Eigenleistungen, Unterstützungswünsche bei Leistungsverweigerungen der Kostenträger und Beistand bei Kommunikationsproblemen mit Akteuren im Gesundheitswesen. Vielfach geht es aber auch um eine Lotsenfunktion durch das System.

## 2.1 Orientierungshilfe im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein komplexer Markt von Anbietern und Akteuren. Auch wenn die meisten Patienten von ihren Ärzten durch dieses System „geführt“ werden, besteht der Wunsch, sich selbst zurechtzufinden. Dafür brauchen Patienten auf der Suche nach Spezialisten besondere Angebote einer „Wegeführung“.

Die Fragen, die mit „Wie oder wo finde ich...“ anfangen, werden hauptsächlich telefonisch gestellt und machen deutlich, dass noch immer die von den Patienten gesuchten Informationen nicht in der Form zur Verfügung stehen, wie sie diese brauchen. Die Patientenbeauftragte kooperiert daher seit Jahren mit Ärzteorganisationen und Krankenhäusern mit dem Ziel, aussagefähige und verständliche Suchangebote zu schaffen. Hervorzuheben ist hier die Zusammenarbeit beim Berliner Klinikführer mit gesundheitsberater.de und dem TAGESPIEGEL sowie mit dem vdek-Bundesverband bei der Umsetzung des Berliner Pflegelotsen.

„Bei wem kann ich mich über meine Psychotherapeutin beschweren?“

„Meine Privatversicherung ist zu teuer. Wie kann ich wechseln?“

„Ich muss eine gefährliche Operation am XY machen lassen, woher weiß ich, welches Krankenhaus das besonders gut macht? Welche Ärzte haben dazu spezielle Erfahrung?“

„Ich muss an meinem Knie operiert werden. Ich bin aber unsicher, ob ich das überhaupt machen lassen soll. Wen kann man fragen, ohne gleich zur Operation überredet zu werden?“

„Mir wurde eine teure Behandlungstherapie empfohlen. Woher weiß ich, dass dieser Vorschlag nicht nur deswegen gemacht wird, weil die Ärztin daran gut verdient?“

„Meinem Sohn sollen Schneidezähne gezogen werden. Das ist doch ein mächtiger Eingriff. Ich würde das gerne noch mit einer anderen Stelle besprechen. Wer berät dazu?“

„Ich bin Diabetikerin und soll mich um meine Füße kümmern. Wie findet man denn einen Podologen?“

„Ich brauche dringend eine Tollwut-Impfung für meinen Nairobi-Urlaub. Aber beim Tropeninstitut ist der Impfstoff vergriffen: Wer kann helfen?“

„Ich habe jetzt schon so viele Leute zu XY gefragt und bin nicht wirklich schlauer geworden. Ich hoffe, Sie wissen nun den richtigen Rat.“

## Handlungsbedarf

Trotz jahrelanger Debatten und Versuche für mehr Transparenz im Gesundheitswesen, gibt es noch kein schlüssiges Konzept für patientenverständliche und leicht zugängliche Information. Patientenberatungsstellen können – wegen fehlender Kapazitäten und Informationen – dieser Wegweiserfunktion bisher nur unzureichend nachkommen. Im Internet gibt es Informationsangebote, aber die sind zumeist unüberschaubar. Vor allem fehlt es bei den meisten Anbietern an Informationen, die mit fundierten Qualitätsinformationen und auch für den Laien verständlichen Suchfunktionen unterlegt sind.

Das Wissen um gute Informationen z.B. zum IGeL-Monitor,<sup>3</sup> der ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin<sup>4</sup> oder die Patienteninformationen des IQWiG<sup>5</sup> ist stärker publik zu machen.

## 2.2 Eigenleistungen und Zuzahlungen belasten immer mehr Patienten

Geld regiert nicht nur die Welt, es macht auch vielen, vor allem älteren Patienten große Sorgen. Viele von ihnen können bestimmte Gesundheitsangebote und alltagsnahe Hilfs- und Heilmittel nicht mehr bezahlen.

Die solidarischen Systeme der Sozialversicherungen stellen zwar eine Grundversorgung auf hohem Niveau sicher. Aber nach den Gesundheitsreformen der letzten zehn Jahre wird den Patienten ein immer größerer Anteil an Eigenleistungen abverlangt. Zuzahlungen, Selbstbehalte, Mehrkostenregelungen, Eigenanteile aufgrund von Festbeträgen oder die Herausnahme von Leistungen aus dem Kassenkatalog (z. B. nicht verschrei-

bungspflichtige Medikamente) haben eine gigantische Umverteilung zu Lasten derjenigen gebracht, die durch ihre Beiträge ohnehin schon einen Großteil der Mittel aufbringen, die im System verteilt werden.

Alte und einkommensschwache Menschen thematisieren deswegen häufig, dass sie die Kosten, z.B. von ihrer Rente, nicht mehr aufbringen können. Sie sind dann gezwungen auf eigentlich verfügbare Hilfen zu verzichten. Leider sind sie die Schwächsten im System. Ihre Lobby, z.B. die Patientenvertretung in relevanten Gremien, hat nur Beratungsrechte. Es ist deswegen Aufgabe der Patientenbeauftragten, auf diesen Zustand immer wieder mit Nachdruck hinzuweisen.

„Ich habe seit vielen Jahren eine Krankheit der Haut, die immer eingecremt werden muss. Meine Ärztin gibt mir manchmal eine Creme, die sie nicht verschreiben kann. Deswegen müsste ich sie selber zahlen, obwohl ich sie doch so dringend brauche. Ich habe das Geld aber nicht. Auch wenn es für manche Leute nur ein kleiner Betrag ist, bei meiner Rente von XXX geht das einfach nicht. Ich muss ja noch mehr bezahlen. Können Sie mir nicht helfen, dass die Kasse das übernimmt?“

„Ich bin 77 Jahre und muss wegen Grauem Star Spritzen in die Augen bekommen. Die Behandlung kostet mich jedes Mal 97 € mit Nachuntersuchungen. Meine Kasse sagt, ich soll mir eine Alternative suchen. Drei Augenärzte haben mir aber gesagt, dass es nur ungenauere Alternativmethoden gibt, die bezahlt würden.“

<sup>3</sup> <http://www.igel-monitor.de/>

<sup>4</sup> <http://www.patienten-information.de/>

<sup>5</sup> <http://www.gesundheitsinformation.de/>

### Handlungsbedarf

Selbsthilfeverbände chronisch Kranker oder Behinderter fordern daher ein Überdenken der so genannten „Chroniker-Regelung“. Für diese muss überprüft werden, welche Mehrkosten, Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen in die freistellende 1-Prozent-Regelung einbezogen werden, um Ungerechtigkeiten zu vermeiden.

#### Vor allem aber:

Eine gerechte Verteilung der Lasten (und Nutzen) zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten kann nur gelingen, wenn bei den politischen Entscheidungen über Beiträge und Kostenregelungen die sozialen Ausgleichsmechanismen für Patienten stärker in den Blick genommen werden.

Für Gesetzliche Krankenkassen ist die Forderung zu erheben, dass Versicherte wesentlich besser und aktiver beraten werden müssen, damit Ausgleichsregelungen und Entlastungen auch in Anspruch genommen werden können. Es gibt diese Möglichkeiten bei den Krankenkassen, aber die Patienten kennen sie oft nicht.

Als Beispiel sei auf das Urteil des Bundessozialgerichts zu Festbeträgen und zur Kostenübernahme bei Hörgeräten verwiesen (2009). Danach werden den Kassen besondere „Obhuts- und Informationspflichten“ zugeschrieben, wenn der Festbetrag für den Ausgleich marktüblicher Preise der Anbieter objektiv nicht ausreicht, dann „bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur – von der Zuzahlung abgesehen – kostenfreien Versorgung der Versicherten. (Quelle: Aktenzeichen: B 3 KR 20/08 R)

Es kann nicht Sache der Patienten und Versicherten sein, sich als mündige Bürger zu Rechtsexperten in einem tatsächlich sehr komplexen Versorgungsgeschehen entwickeln zu müssen.

Patienten-, Selbsthilfe- und Sozialverbände leisten hier wichtige Aufgaben, aber sie werden für diese Zwecke nicht ausreichend gefördert.

### 2.3 Fehlende Zeit und unzulängliche Aufklärung

Oft entstehen bei Patienten Missverständnisse und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, wenn die vorgegebene Aufklärung im Zusammenhang mit einer Behandlung nicht ausführlich genug erfolgt. Viele Beschwerdeanfragen enthalten den Kernsatz „das habe ich nicht gewusst ...“.

Diese Art der Beschwerden verweist auf ein Grundproblem, das viele Patienten benennen, nämlich die fehlende Zeit für Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Der Verweis darauf, dass Patienten ja gezielter nachfragen könnten, übersieht die unterschiedliche Augenhöhe der Beteiligten, die dazu führt, dass Patienten ihre Fragen in der konkreten Situation nicht benennen können.

„Wenn ich das vorher gewusst hätte, dass ich das selber zahlen muss, hätte ich niemals zugestimmt...“

„Erst nach mehreren Wochen kam die Rechnung und wir fielen aus allen Wolken. Plötzlich stellt sich heraus, dass ich wegen der Entscheidung für das Einzelzimmer als Privatpatient behandelt wurde. Da steht Chefarztbehandlung, aber den habe ich (bewusst) gar nicht gesehen.“

„Die Ärzte sagen immer ‚das zahlt die Kasse nicht‘, aber wenn man dann die Kasse fragt, dann sagt die, es ist immer eine Entscheidung des Arztes. Er muss es nur begründen. Ehrlich gesagt, die reden sich beide doch nur raus..“

## 2.4 Patientenrechte in der Realität

Das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz bildet den Rahmen für eine Vielzahl von Anliegen, die Patienten nicht alleine lösen können.

### 2.4.1 Einsicht in Patientenunterlagen – Patientenbrief notwendig

Nicht nur bei Verdacht auf Behandlungsfehler, sondern auch beim Wechsel der Arztpraxis kommt es immer wieder zu Problemen bei der Einsicht in die eigene Patientenakte. Noch immer ist nicht allen Ärzten bewusst, dass Patienten eine Kopie ihrer Behandlungsakten zur Verfügung zu stellen ist, Patienten also ein Recht auf Einsichtnahme haben. Dabei wird eindeutig gegen § 630g BGB oder gegen § 10 Abs. 2 der von der Ärztekammer verfassten Berufsordnung verstoßen. Patienten werden damit alleine gelassen.

Neben der schlichten Weigerung, die Akte zu kopieren oder Behandlungsergebnisse auch den Patienten und nicht nur in Form des Arztbriefes den Kollegen zu geben, kommt es leider recht häufig vor, dass Praxen auf das Ansinnen zur Kopie der Unterlagen einfach gar nicht reagieren. Dies geschieht selbst dann, wenn nachbehandelnde Ärzte die Information dringend brauchen. In Krankenhäusern kommt es nicht selten vor, dass Akten „nicht gefunden“ und als „verlorengegangen“ gemeldet werden.

Herr P. bittet nach einer ambulanten Augenoperation den operierenden Arzt um den OP-Bericht. „Der Arzt behauptet, es gäbe nichts. Als ich mich dann an die Klinik mit der gleichen Bitte wandte, geschah überhaupt nichts. Daraufhin bat ich die Ärztekammer Berlin mir zu helfen. Auch hier keine Antwort.“

„Ich habe Schwierigkeiten, meine Patientenakte zu bekommen, die mir vom X-Krankenhaus zwar zugesagt, dann aber nicht übersandt wurde... Was kann ich tun? Mein aktuell schlechtes Befinden und die Verschlechterung meiner Krankheit sind Anlass für die geplante Behandlung im Y-Klinikum. Die Unterlagen sind für die Ärzte dort eine notwendige Voraussetzung für die optimale Einschätzung meines Zustandes und der notwendigen Therapie.“

„Meine Bitte, Einsicht in die bisherigen Untersuchungen zu erhalten, wurde einfach abgelehnt und es passierte gar nichts.“

#### Handlungsbedarf

- Die Tatsache, dass Patienten noch immer um ihre Unterlagen „betteln“ müssen, macht trotz des bestehenden § 630g BGB weitere Anstrengungen bei den ärztlichen Standesorganisationen notwendig. Es kann nicht Sache der Patienten sein, für die Umsetzung dieses Rechts zu sorgen.
- Grundsätzlich ist an dieser Stelle ein Paradigmenwechsel notwendig. Wenn es ein Recht auf regelhafte Information der Patienten selbst gäbe, z. B. in Form eines Patientenbriefs, hätten diejenigen, um die es eigentlich geht, endlich das Wissen über jede erstellte Diagnose, Behandlungsempfehlung, veranlasste Therapie oder Medikation in schriftlicher Form selbst in der Hand. Die Verweigerung mancher Ärzte, die Patientenakte zur Verfügung zu stellen, ist nur die Spitze eines viel größeren Problems in Sachen Behandlungstransparenz. Es ist zwar für die meisten Ärzte üblich, dass sie ihre Kollegen in Form eines Arztbriefes über durchgeführte Behandlungen informieren. Aber ausgerechnet diejenigen, um die es dabei geht, die

- Patienten selbst, bekommen die Informationen nur auf Nachdruck in die Hand.
- Patienten muss eine „Handakte“ mit schriftlichen Informationen zu ihren Diagnose- und Behandlungsverläufen ausgehändigt werden. Das würde erheblich zur Verbesserung des Verständnisses der eigenen Krankheit und der Therapiesicherheit beitragen. Die routinemäßige Aushändigung soll verhindern, dass der Patient bzw. die Patientin von Seiten der Ärzte unter einen Misstrauensverdacht gestellt wird.
- Das Argument der Ärzteschaft, dass dies mit zu viel Bürokratie verbunden wäre, bestreiten Fachleute angesichts einer Fülle bereits vorhandener technischer Arbeitshilfen in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.
- **Notwendig ist deshalb eine grundsätzliche Veränderung der Informationspflichten für Ärzte gegenüber den Patienten.**

## 2.4.2 Einschränkungen des Wahlrechts bei Heil- und Hilfsmitteln

Krankenkassen sollen und wollen mit den Versichertenbeiträgen wirtschaftlich umgehen, damit die solidarische Versorgung Aller gewährleistet ist. Rabattverträge der Kassen für Medikamente und Hilfsmittel führen aber nicht selten zu erheblichen Ungerechtigkeiten und manchmal sogar zu Mehrkosten. Vor allem aber schränken sie nicht selten das Wahlrecht von Kranken erheblich ein.

Völlig absurd werden die Folgen von Rabattverträgen, wenn Patienten bei jedem neuen Vertrag der Kasse gezwungen werden, gewohnte noch funktionsfähige Hilfsmittel durch Geräte der „neuen“ Firma zu ersetzen, nur weil diese die Ersatzteile der anderen Firma nicht zur Verfügung hat.

„Weil ich bei der Kasse XY bin, sagt meine Ärztin, muss ich jetzt das Medikament nehmen. Das vertrage ich aber ganz und gar nicht. Können Sie mir nicht helfen, dass mir wieder das alte Medikament verschrieben wird.“

„Wieso muss ich jetzt für mein Medikament selber zahlen, wenn ich nur dieses nehmen will, weil ich es besser vertrage? Es ist doch ein zugelassenes Medikament. Die Kasse zahlt nur das Billige und fragt nicht danach, wie es den Patienten damit ergeht...“

„Jahrelang hatte ich ein Gerät für die Überwachung meiner Schlafapnoe, mit dem ich gut zurechtkomme, weil es relativ leise ist. Jetzt hat die Kasse einen neuen Vertrag geschlossen mit einer anderen Firma. Nun soll ich das alte Gerät abgeben und ein anderes bekommen, das viel lauter ist. Ich versuche, das alte zu behalten, aber die neue Firma kann es ggf. nicht reparieren. Warum muss ich ein funktionierendes Gerät abgeben und eine neues nehmen. Das macht doch nur Mehrkosten?“

- **Handlungsbedarf**
- Im Rahmen der Versorgungsforschung gilt es zu überprüfen, welche sozialpolitischen und faktischen Nebenwirkungen Rabattverträge haben und wie die konkreten Alltagserfahrungen von Patienten in solche Versorgungssteuerungen mit einbezogen werden können.

### 2.4.3 Datenschutz für Patienten und Versicherte

Wenn von Patientenrechten die Rede ist, werden Fragen zum Umgang mit Patienten-Informationen bisher noch wenig öffentlich diskutiert. Auch bei den Patienten rückt das Thema erst langsam ins Bewusstsein.

Pressemeldungen zum Umgang der Krankenkassen mit Daten ihrer Versicherten, die ohne eine Zustimmung der Versicherten Informationen über Patienten an außen stehende Dienstleister oder andere Versicherungen weitergegeben haben, schrecken allerdings auf und führen auch im Amt der Patientenbeauftragten zu Nachfragen.

Das Wissen und die Verfügbarkeit über Patientendaten, über die Verbreitung von Krankheiten, über den Umgang mit Krankheit in unserer Gesellschaft hat ein enormes ökonomisches Gewicht. Arbeitgeber, Versicherungen und nicht zuletzt Wirtschaftsunternehmen wie Pharmafirmen unternehmen aufwendige Anstrengungen, um an persönliche gesundheitsbezogene Daten von Angestellten, Kunden oder nachfragenden Patienten zu kommen, um dieses Wissen für ihre wirtschaftlichen Interessen zu nutzen. Dass dabei offensichtlich fahrlässig

mit Schutzrechten und gesetzlichen Vorgaben umgegangen wird, ist eine Aufforderung zum Handeln.

#### 2.4.3.1 Umgang mit Daten in der Arztpraxis

Patienten stellen im Amt der Patientenbeauftragten Fragen, weil sie den Verdacht der missbräuchlichen Nutzung von Informationen vermuten. Sie fragen z. B.:

- Darf ein niedergelassener Arzt die Behandlungsunterlagen an die Krankenversicherung oder an den MDK weitergeben? Ist es rechters, wenn eine Praxis Patientendaten an den MDK weitergibt, wenn die Krankenkasse z. B. eine lange Krankenschreibung überprüfen lassen möchte?
- Kann ein Arzt die Weitergabe der Daten an den MDK verweigern?
- Dürfen Patientendaten teilweise oder vollständig an andere Ärzte weitergegeben werden und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen?
- Darf ein Arzt die Patientendaten an Dritte weitergeben, z. B. an Dienstleister?
- Was passiert, wenn man einer Weitergabe an eine Verrechnungsstelle nicht zustimmt?
- Muss der Patient seine Einwilligung für eine Schufa-Auskunft geben, die ein Zahnarzt im Vorfeld einer aufwändigen Behandlung einfordert. Dürfen Ärzte überhaupt z. B. bei Privatpatienten die Zahlungsfähigkeit überprüfen? Dürfen sie das ohne das Wissen der Patienten tun?
- Ist die ärztliche Schweigepflicht in einem Medizinischen Versorgungszentrum mit einer Vielzahl von Ärzten und einer gemeinschaftlichen Versorgung an den einzelnen Arzt oder das Team gebunden?

In den Beratungen wird deutlich, dass Patienten nur wenig darüber wissen, dass sie eigentlich immer einer Nutzung und





Weitergabe von Daten an Dritte zustimmen müssen bzw. eine Vielzahl von Einwilligungregelungen besteht. Allerdings können zahlreiche Fragen nicht ohne die Einbindung von rechtllichem Sachverstand beantwortet werden. Deswegen besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Juristen der Patientenberatungsstellen in Berlin sowie der Fachabteilung Gesundheit beim Berliner Datenschutzbeauftragten.

### 2.4.3.2 Vertraulichkeit in Kliniken

Patientendaten unterliegen dem Patientengeheimnis, das nach strafrechtlichen, standesrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorschriften geschützt ist. Gegenüber Personen, die nicht in die Behandlung und Pflege des Patienten eingebunden sind, dürfen Patientendaten grundsätzlich nicht offenbart werden. Um die im Umgang mit Patientendaten gebotene Diskretion zu gewährleisten, sollte in der Praxis insbesondere auf Folgendes geachtet werden:

In Krankenhäusern werden Patientenakten heute meist elektronisch verwaltet und stehen allen Fachleuten im Behandlungsprozess zur Verfügung. Oft bekommen Patienten aber wenig davon mit, wer hausintern auf die eigenen Daten zugreifen kann und ob die Anforderungen an die Datensicherheit erfüllt werden. Wenn Fragen zum Datenschutz in Kliniken gestellt werden, geht es z. B. um folgende Aspekte:

- Patienten unterschreiben eine Vielzahl von Dokumenten, bekommen aber nicht immer eine Kopie der Unterlagen. Bei späteren Konflikten wird kritisiert, dass sie nicht genügend informiert wurden.
- Fehlende Hinweisblätter mit Informationen über die Verarbeitung von Patientendaten.
- Teilnehmende an wissenschaftlichen Studien wissen nicht, wohin ihre Daten gehen und wer darauf zugreifen kann.

- Häufig kritisiert wird die fehlende Vertraulichkeit am Krankenbett. Patienten beschreiben Situationen, in denen in Mehrbettzimmern komplizierte, unangenehme und sehr individuelle Diagnosen oder Behandlungsgespräche quasi öffentlich besprochen werden.

### 2.4.3.3 Informationen an Firmen

Patienten beschreiben Besuche von Firmenvertretern, die Geräte und Hilfsmittel zu ihrer Krankheit vertreiben. Sie sind erstaunt über die Kenntnisse der Vertreter über die Krankheit. Dienste und Anbieter von Nachsorgeleistungen stehen offensichtlich in engem Kontakt mit einzelnen Krankenhäusern und schlagen gezielt für bestimmte Patienten Hilfeangebote vor.

#### ■ Handlungsbedarf

- Bürgerinnen und Bürger müssen wissen und wissen können, wer Daten von ihnen hat, was damit gemacht wird und welchen Zwecken sie dienen. Nur dann können sie selbstbestimmt handeln. Wenn wir erreichen wollen, dass Patienten hier aktiv mitentscheiden können, müssen sie wissen, welche Rechte sie haben und wie der Umgang mit Daten in der medizinischen Versorgung geregelt ist. Die Facetten des Themas Datenschutz für Patienten sind inzwischen so zahlreich, dass hier eine gezielte Information und Schulung von und für Patienten notwendig ist.

## 2.5 Ambulante ärztliche Versorgung

### 2.5.1 Zwischen Autonomie und Hilflosigkeit

Auffällig sind zahlreiche Berichte darüber, dass Patienten sich „alleine auf die Piste geschickt“ fühlen, wie das eine Ratsuchende einmal nannte. Es ist richtig, dass Patienten mündige Bürger und Bürgerinnen sind und diese Autonomie in der

Beziehung zu Ärzten auch für sich einfordern. Aber sie müssen zunehmend mehr Steuerungsleistungen übernehmen, die für sie wesentlich schwerer zu bewältigen sind als von professionellen Akteuren. Patienten fühlen sich damit überfordert. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine Neuregelung in der Schmerztherapie: CT/MRT-gestützte Schmerzbehandlung darf nur noch von Ärzten durchgeführt werden, die festgelegten Qualitätserfordernissen nachkommen. Patienten in einer begonnenen Behandlung dieser Art werden von ihren Schmerztherapeuten weggeschickt und sollen sich selber einen entsprechend qualifizierten Therapeuten suchen. (Vergleiche dazu auch: Zusammenarbeit mit der KV Berlin Kapitel 4.5)

Ein Arzt braucht für die Diagnose die Einschätzung eines Fachkollegen und stellt eine Überweisung aus. Die Patienten müssen sich den Facharzt dann aber alleine suchen und ggf. um einen zeitnahen Termin mühsam kämpfen.

Die Hausärztin gibt (z. B. aus Altersgründen) ihre Praxis auf, die Patienten müssen alleine eine Möglichkeit zur Anschlussbehandlung suchen. Wenn dann bei mehreren Arztpraxen keine neuen Patienten mehr aufgenommen werden, entsteht die Sorge, keinen Arzt mehr zu finden. Die Patienten bitten die Patientenbeauftragte um Hilfe.

Kassen und Kostenträger nutzen Lücken in Richtlinien, um bestimmte Kosten nicht übernehmen zu müssen, Patienten werden von Ärzten in Auseinandersetzungen dazu nicht unterstützt.

„Bislang konnte mir meine behandelnde Fachärztin für Neurochirurgie eine Überweisung für diesen, meist akut auftretenden Fall, für den Radiologen

ausstellen. Das ist nun nicht mehr möglich. Meine Nachfragen bei den in Frage kommenden Ärzten ergab, dass ich möglicherweise im Herbst einen Termin bekommen könnte. Nach mehreren Bandscheibenoperationen und akuten Nervenwurzelentzündungen brauchte ich aber sofort diese Art der Behandlung, damit nicht noch einmal eine erneute Operation durchgeführt werden muss.“

„Da es keine Übergangsregelungen zu geben scheint, muss ich während einer begonnenen ‚Therapiestaffel‘ (als Schmerzpatientin) zusehen, wie es weiter geht (...) Anruf bei meiner Gesetzlichen Krankenkasse. Die Mitarbeiterin weiß überhaupt nicht, worum es geht, sie kennt eine derartige Anordnung nicht. Sie meint, sie könne mir keinen Termin bei einem Schmerztherapeuten beschaffen. Auf meine Bitte hin gibt sie mir die Tel.-Nr. des Schmerzzentrums X. Ich rufe dort an und man verspricht mir, dass ich zurückgerufen werde. Erst nachdem ich fünf Mal angerufen habe, bekomme ich einen Termin beim Schmerztherapeuten...“

„Mein Orthopäde sagt, dass ich dafür jetzt die Überweisung von einem anerkannten Schmerztherapeuten brauche. Aber wie soll ich den denn finden?“

## 2.5.2 Leistungsverweigerung mit Hinweis auf das Budget

Klagen von Patienten über niedergelassene Ärzte beziehen sich oft darauf, dass gewohnte oder erwartete Medikamente bzw. Heilmittel deswegen nicht verschrieben werden, weil das Honorar-Budget erschöpft sei oder ein möglicher Regress

(„Strafzahlungen“ für zu viel verordnete Leistungen) befürchtet wird.

Eine andere Variante der Behandlungseinschränkungen mit dem Verweis auf mögliche Einkommenseinbußen ist die Weitervermittlung an andere Ärzte. So wollen Hausärzte z. B. bestimmte neurologische Medikationen nicht verschreiben und schicken die Patienten an Neurologen weiter. Aber die Fachärzte schicken Patienten oft mit dem gleichen Argument wieder zurück an ihre Hausärzte.

Es ist aus Sicht der Patientenbeauftragten ein unhaltbarer Zustand, dass Behandlungsentscheidungen mit Einkommenserwartungen auf der Ärzteseite verknüpft werden. Noch gilt der Grundsatz, dass medizinisch notwendige Leistungen (im Rahmen der GKV-Vorgaben) erbracht werden müssen. Die Tatsache, dass hier auch die Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden muss, rechtfertigt aber keinesfalls den Bezug zum Arzthonorar.

Die jeweilige Krankenkasse antwortet auf das Hilfeersuchen der Patienten leider oft, dass die Ärzte nur notwendige Leistungen verschreiben müssten. Patienten fühlen sich dann in einem „Kreislauf der Verantwortungslosigkeit“ geschickt. Wir raten den Patienten dann, gezielt zu fragen, ob die verweigerte Medikation oder Behandlung medizinisch (nicht) notwendig ist oder alternative Behandlungsmöglichkeiten einzufordern. Ein Wegschicken nur mit dem Budgethinweis ist nicht zulässig.

Oft ist es aber auch die fehlende Bereitschaft auf Seiten der Ärzte, sich Zeit für eine ausführliche Erklärung zu nehmen, die verständlich machen könnte, warum „geforderte Medikamente“ oder eine kontinuierliche Behandlung nicht (mehr) notwendig sind. Besonders problematisch wird es, wenn als Alternativen

zu einer bestehenden Verschreibungspraxis Leistungen angeboten werden, die die Patienten selber zahlen sollen.

Eine Ergotherapeutin schrieb der Patientenbeauftragten zur Änderung der Verordnung von Ergotherapie, dass die neue Diagnoseliste nicht die häufigsten Störungsbilder enthält und somit das Budget der überweisenden Ärzte belastet, die nun weniger überweisen: „... alle bisherigen Störungsbilder wie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Entwicklungsstörungen, sind nicht mehr enthalten und fallen auch nicht unter Praxisbesonderheiten, sondern werden ab der ersten Verordnung dem Praxisbudget zugeschlagen. Da niemand genau weiß, wie sich das Heilmittelbudget berechnet, wie hoch es für den einzelnen Arzt ist und da der Regress rückwirkend eingefordert werden kann, sind nun viele Ärzte nicht mehr bereit, ein ‚Risiko zu tragen‘ und die notwendigen Verordnungen auszustellen.“

„...wiederholt musste ich Medikamente für meine Kinder (4 und 10 Jahre) selber kaufen, da diese von den Kinderarztpraxen nur noch auf Privatrezept verschrieben werden. Dies ist für mich unverständlich. Ich habe die Erfahrung jetzt in zwei Kinderarztpraxen in Berlin-Lichtenberg gemacht. Laut Gesetz sind für Kinder bis 12 Jahre die Medikamente frei, auch von Zuzahlungen. Dies wird auch von den Krankenkassen so bestätigt. Beide Praxen verschreiben aber Medikamente wie z. B. Nasentropfen, Fieber- oder Hustensaft nur auf Privatrezept. In der ersteren Praxis hängt sogar ein Zettel, dass dies

jetzt so rechtens ist. Viele den Kinder zustehenden Behandlungen (wie Physiotherapie) werden gar nicht mehr verschrieben. Man bekommt zur Antwort, dass man das selber bei seinen Kindern machen kann.

Ich habe bei beiden Praxen angesprochen, dass die Verfahrensweise nicht rechtens ist und als Antwort erhalten, dass dies jetzt so sein muss und den Eltern entsprechend so vermittelt werden muss von den Ärzten, da die Krankenkassen falsche Auskünfte geben.

Begründet wird dies von den Ärzten damit, dass Ihnen die Budgets für die Kinder seit vorigem Jahr gekürzt wurden... Da aber die Kinderärzte am längeren Hebel sitzen, weil wir auf die Behandlung in Wohnortnähe angewiesen sind..., bringt es auch nichts, sich mit den Ärzten zu streiten. Das nächste Problem ist, dass die Krankenkasse die Kosten auf Grund der Privatrezepte auch nicht übernehmen wollen.“

„Ich habe mich deshalb ... an seine Krankenkasse (Sohn, der 100 Prozent körperbehindert ist) gewandt, mit der Bitte um die Genehmigung für eine Langzeitverordnung, denn den Ärzten fällt es immer schwerer eine Verordnung zu erstellen, ohne ihr Budget übermäßig zu belasten.“

Seit 30 Jahren ist Herr X beim selben Hausarzt in Behandlung. Von April bis August war er im Krankenhaus und sollte anschließend vom Hausarzt weiterbehandelt werden. Der Hausarzt lehnte es ab, ihn weiter zu behandeln. Er erklärte der Ehefrau gegenüber: „Ihr Mann war so lange nicht hier. Wenn ich das sehe, die vielen Medikamente, das mach ich

nicht, kommt gar nicht infrage, das ist eine Luftnummer!“

„Meine Hausärztin weigert sich, mir das lebensnotwendige Medikament „X“ zu verschreiben. Begründung: Es ist für Sie zu teuer und sie weigert sich, einen Antrag zu stellen, damit ihr Budget erhöht wird bzw. sie nicht in Regress genommen wird. Hierzu ihre Aussage, sie setzt sich doch nicht in ihrer Freizeit hin, um so einen Antrag zu stellen.“

#### ▪ **Handlungsbedarf**

- Weil von diesen Verweigerungen nur gesetzlich Versicherte betroffen sind, wird eine Benachteiligung gegenüber Privatpatienten deutlich. Dies macht einen Handlungsbedarf vor allem bei den Kassen notwendig. Gesetzliche Krankenkassen sollten ihren Versicherten Argumentationshilfen und Stärkung durch Beratung an die Hand geben.
- Angesichts der Tatsache, dass eine Rückforderung von „zu viel“ verordneten Leistungen in einer Praxis durch die Kassen (Regress) erst bei einer Überschreitungsschwelle von 25 Prozent über dem Regelvolumen erfolgt und angesichts der Tatsache, dass in 2013 nur in 0,5 Prozent der Praxen eine solche Maßnahme faktisch durchgesetzt wurde (SV-Gutachten 2014), besteht erhebliche Aufklärungsbedarf sowohl auf Seiten der KVen als auch für Patienten, die klare Handlungsanforderungen für solche Situationen brauchen.

### **2.5.3 Abweisung von Patienten in Arztpraxen**

Gerade aus den östlichen Bezirken Berlins werden Beschwerden vorgetragen, dass Praxen Patienten abweisen, weil sie keine neuen Patienten mehr aufnehmen können. Diese

Beschwerden haben sich gehäuft, nachdem mehrere Praxen aus Altersgründe oder wegen eines Wechsels in einen anderen Bezirk geschlossen worden waren.

Gefragt wird dann, ob eine Kassenpraxis überhaupt Patienten abweisen kann. Eine Anfrage dazu an die KV Berlin ergab, dass „gemäß §13 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Primärkassen (§13 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen) ein Vertragsarzt Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen in begründeten Fällen ablehnen darf. Seit dem versucht die Patientenbeauftragte in solchen Fällen von der KV Berlin klären zu lassen, ob ein solcher Grund vorliegt. Damit soll der Druck erhöht werden, diesem Hinweis auf Unzulänglichkeiten der Sicherstellung nachzugehen.“

#### **2.5.4 Drängen zur Selbstzahlung: Privatrechnung für Kassenleistungen**

Obwohl der Gemeinsame Bundesausschuss zum Mai 2013 die Voraussetzung zur Kostenübernahme für die Knochendichtemessung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen erheblich erweitert hat, versuchen Fachärzte (hier insbesondere Orthopäden und Röntgenärzte), die Messung nach wie vor durch Patienten direkt per Privatrechnung zahlen zu lassen.

Für chronisch kranke, meist alte Menschen mit besonderer Gefährdung (z. B. mit Rheuma oder Osteoporose) sollte hier eigentlich eine Entlastung geschaffen werden. Sie müssen nun eigentlich nicht mehr erst Knochenbrüche, z. B. in der Hüfte, erlitten haben, um die für die weiteren präventiven oder therapeutischen Maßnahmen notwendige Messung vorzunehmen. Patienten beschwerten sich jedoch darüber, dass sie erstens falsch beraten werden („das ist keine Kassenleistung“) und zweitens die Leistung verweigert wird, wenn sie als Patient auf der Abrechnung über die Kasse bestehen.

Patienten berichten, dass Ärzte entweder darauf bestehen, dass „die Kasse das nicht zahlt“ oder ganz offen darüber sprechen, dass ihnen die Kassenentgelte zu niedrig sind, um den eigenen Aufwand zu finanzieren:

Patientenverbände berichten, dass Praxen die Genehmigungen für die Messgeräte als Qualitätsvoraussetzung zur Abrechnung zurückgeben, um dann die Leistung privatärztlich abrechnen zu können. Auch die Deutsche Rheumaliga, weist die Patientenbeauftragte nachdrücklich auf Probleme von Rheumapatienten in dieser Frage hin, denen die Osteodensitometrie als Kassenleistung verweigert wurde.

Es ist unerträglich, wie Ärzte ganz unverhohlen mit Verweis auf ihr Einkommen Kassenleistungen zu IGeL-Angeboten (Individuellen Gesundheitsleistungen, die Patienten selber zahlen müssen) machen und damit falsch beraten – ob nun bewusst oder unbewusst. In einer Presseerklärung der anerkannten Patientenverbände auf Bundesebene werden die Länder aufgefordert, ihre Aufsichtspflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung nachzukommen. Hier heißt es: „Aus Sicht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss widerspricht ein solches Vorgehen den Regelungen der Bundesmantelverträge: Danach verstoßen Vertragsärzte gegen ihre Pflichten, wenn sie Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Leistung beeinflussen, obwohl ihnen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zustehen.“ (Quelle: PM der Patientenvertretung im G-BA, 17. April 2014)

- **Handlungsbedarf**

- Hier stellt sich ganz dringlich die Frage nach der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die anscheinend
- nicht genügend dafür tun, dass alle Kassenärzte den aktuellen

- Stand der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- kennen und umsetzen.

### 2.5.5 Kommunikation Arzt – Patient

Die ärztliche Behandlungssituation ist eine sehr intime und für viele Patienten mit Ängsten und Unsicherheit verbunden. Eine gelungene Kommunikation ist für den Aufbau einer heilenden Beziehung jedoch von großer Bedeutung. Das klappt aber offensichtlich nicht immer, so dass zwischenmenschliche Probleme zu einem der Schwerpunktthemen in der Beratung der Patientenbeauftragten gehören. Hier wird eine besondere Aufgabe des Amtes deutlich, die wir sehr wichtig nehmen:

Patienten wollen Erfahrungen mitteilen, „ungute Gefühle ansprechen“, „es irgendjemandem sagen, damit man es nicht alleine mit sich rumträgt“. Es geht darum, Erlebnisse mitzuteilen, die sie in der Praxis nicht ansprechen konnten. Sie wollen niemanden anschwärzen oder gar etwas gegen eine Praxis unternehmen, aber sie müssen ihre Eindrücke eben loswerden.

Die Beispiele erscheinen vielleicht marginal, aber sie machen auf das Problem aufmerksam, dass in der arbeitsteiligen, nach Effizienzkriterien organisierten Medizin etwas Wichtiges verloren geht: die Zuwendung, das emphatische Gespräch, eben das Menschliche. Patienten reklamieren zu Recht, dass oft ihnen niemand zuhört.

„Man kriegt einfach nur einen Zettel in die Hand gedrückt und dann ist das Gespräch beendet.“

„... eh man sich umsieht, ist man wieder draußen...“

„Ich wurde zur Ultraschalluntersuchung der Brust an ein Röntgeninstitut ...überwiesen. In einer Mini-

kabine sollte der Oberkörper freigemacht werden. Was ich bereute, denn ich wurde von einem Arzt (erkennbar nur am Namensschild, vorgestellt hat er sich nicht) empfangen, mit dem vorher keinerlei Kontakt bestand. Nachdem ich ihm mit verschränkten Armen vor der Brust erklärte, dass es sehr unangenehm ist, einem fremden Mann/Arzt in der ersten Begegnung mit nacktem Oberkörper gegenüber stehen zu müssen, meinte er lediglich: „Wir denken darüber nach.“ und begann dann ohne weitere Worte mit der Anamnese. Es gab weder eine Entschuldigung, noch die Aufforderung, mich für das Gespräch nochmals anzuziehen. Ich fühlte mich durch diese Art der Behandlung sehr schlecht und konnte, trotz des entwarnenden Befundes, zunächst keine Erleichterung empfinden. Wie mag es da erst Frauen gehen, die mit einem negativen Befund konfrontiert werden?“

„Ich habe meinen Vater zur Chemo begleitet und war ehrlich gesagt entsetzt über den Umgang mit Angehörigen. Es ist schon recht schwer, eine ...onkologische Diagnose zu verarbeiten. Ich musste in dieser Praxis leider feststellen, dass die Mitarbeiter sowie die Ärztin wenig bis kein Feingefühl für die psychische Verfassung und die Ängste von Patienten und Angehörigen zeigten. Ich als Angehörige fühlte mich ausgegrenzt, nicht ernst genommen und als Störfaktor. Es wurde ignoriert, dass mein Vater als Patient gar nicht mehr richtig in der Lage war, Informationen (welche sehr dürftig weitergegeben wurden) zu behalten oder auch wiederzugeben. Wenn ich eine Frage gestellt habe, wurde ich „abgekan-

zelt“ und zwar in einer Art und Weise, die ich als sehr unhöflich bezeichnen möchte (dies ist noch sehr freundlich umschrieben). Ich war dadurch so eingeschüchtert, dass ich kaum wagte, eine weitere Frage zu stellen.“

### 2.5.6 Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis

Die Unzufriedenheit mit Behandlungsergebnissen ist bei Beschwerden über Zahnärzte auffällig hoch. Nicht sitzende Prothesen oder Folgeschmerzen nach Behandlung führen immer wieder zu Konflikten, wenn es darum geht, einen vermeintlichen Fehler von einem anderen Zahnarzt beheben zu lassen.

Patienten haben in solchen Fällen das Vertrauen in den behandelnden Arzt verloren und wollen zu einer anderen Praxis wechseln. Nachbesserungen und Korrekturen bei „fehlerhaften“ Zahlbehandlungen sind aber Pflichten der Zahnärzte, die z. B. die Prothese eingesetzt haben. Einem Wechsel der Praxis wird von den Kassen meist nicht zugestimmt, da sie auf der Garantieleistung durch die erstbehandelnden Zahnärzte bestehen. Leider werden zahlreiche Beispiele vorgetragen, in denen aus einer solchen „Behandlung ohne Vertrauen“ auf beiden Seiten das Behandlungsergebnis „verschlimmbessert“ wurde. Einen Behandlungsfehler nachzuweisen – wie sich das Patienten wünschen – ist äußerst schwierig.

### 2.5.7 Intransparenz bei Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL

Immer wieder kommt es zu Problemen, wenn Patienten Leistungen selber zahlen sollen, von denen sie annahmen, dass sie

medizinisch notwendig sind und deswegen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen würden.

Ärzte bieten mehrere hundert davon an und setzen damit rund 1,5 Milliarden Euro jährlich um. Versicherte müssen zwar schriftlich über die Kosten informiert werden. Eine umfassende Aufklärung über die – oft ohne zwingenden medizinischen Grund offerierten Selbstzahlerangebote – ist aber nicht vorgeschrieben.

Patienten sind eben noch nicht ausreichend vor überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen geschützt. Ärzte machen oft nicht deutlich, dass sie mit ihrem Behandlungsvorschlag den Rahmen der Kassenleistung verlassen. Und wenn sie es tun, findet dies als Schuldzuweisung an die Kassen statt: „Das übernimmt Ihre Kasse nicht“. Sie sind leider nicht verpflichtet, über Nutzen und Alternativen solcher Angebote aufzuklären.

Viele Praxen sind dazu übergegangen, im Wartezimmer Informationsangebote zu Leistungen zu machen, die Patienten quasi kaufen können. Den meisten Patienten ist nicht bewusst, um welche Leistungen es geht und dass diese Behandlungsmöglichkeiten vom wissenschaftlichen Standpunkt aus als wenig wirkungsvoll und damit als nicht notwendig angesehen werden.

Es fehlt nach wie vor an Transparenz zu Individuellen Gesundheitsleistungen.

Auffällig sind Hinweise auf Selbstzahlerleistungen, vor allem im Zusammenhang mit Behandlungen niedergelassener Ärzte, hier insbesondere bei Augenärzten (Glaukommessung) und Gynäkologen (Ultra-

schalluntersuchungen). Die Ratsuchenden fragen, ob die Zahlungsforderung rechtmäßig ist.

Erst nach einer schriftlichen Einwilligung durch die Patienten ist „der Kauf“ der Leistung rechtmäßig. Die meisten wissen das aber nicht.

Erschreckend ist, dass vielen nicht klar war, dass sie einen „Vertrag“ unterschreiben. Die Unterschrift wurde nicht selten eher beiläufig erbeten. Patienten sind in der Praxis eben auch kaufende Kunden. Dafür muss mehr Bewusstsein geschaffen werden.

- frei käuflichen Behandlungen auf ihren Nutzen hin) müssen
- ausgeweitet und besser bekannt gemacht werden.

### 2.5.8 Überprüfung von Rechnungen

Vor allem Privatpatienten suchen nach Unterstützung, wenn sie eine Arztrechnung begleichen sollen, die ihrer Meinung nach unkorrekt ist. Der häufigste Vorwurf lautet, dass Positionen aufgeführt sind, die nach Meinung der Patienten nicht erbracht wurden. Oder sie sind sich nicht im Klaren darüber, was einen Rechnungsposten verursacht z. B.: „Beratungsgespräch“ am Telefon für über 10 €.

Im Amt der Patientenbeauftragten wird dann nicht selten Enttäuschung darüber vorgetragen, dass ihre Privat-Versicherungen nicht gewillt sind, dem Vorwurf nachzugehen und eine gewünschte Unterstützung durch die Ärztekammer nicht erfolgt. Für Versicherungen scheint die Begleichung „überzogener“ Rechnungen billiger zu sein, als ein funktionierendes Controlling und Beschwerdemanagement. So manifestiert sich bei den Patienten ein doppeltes Gefühl der Ungerechtigkeit und nährt den „Zweifel an der Aufrichtigkeit des Gesundheitssystems insgesamt“.

„Ich finde es eigentlich unzumutbar, dass niemand sich der Sache wirklich annehmen will und mir eigentlich nur eine Klage wegen Betrugs bleibt. Aber wie soll man als Patient da einen Beweis führen?“

„Wieso kümmert sich eigentlich die Ärztekammer nicht darum, dass in ihren eigenen Reihen so unverschämten betrogen werden kann?“

„Privatpatienten sind die Melkkuh des Systems.“

#### • Handlungsbedarf

• Patienten sind besser darüber zu informieren, dass jede Ärztin und jeder Arzt vor Erbringen einer IGe-Leistung verpflichtet ist, mit dem Patienten einen schriftlichen Vertrag zu schließen. Darin müssen die Leistung genau bezeichnet und über das voraussichtliche Gesamthonorar informiert werden. Dies darf nicht vor dem Arztkontakt durch die Sprechstundenhilfe erfolgen. Und selbst wenn der Kostenvoranschlag vorliegt, sollte sich niemand zu einer Untersuchung oder Behandlung drängen lassen, sondern sich Bedenkzeit ausbitten.

• Gesetzliche Krankenkassen müssen ihre Versicherten offensiver auf das Thema hinweisen und Patienten bestärken, solche Angebote kritischer zu hinterfragen.

• IGeL-Angebote sind für einkommensstarke Menschen weniger ein Problem, obwohl auch hier der Nutzen der Leistung ausschlaggebend sein sollte. Es ist aber besonders ärgerlich, wenn Menschen mit geringen Einkommen zu etwas gedrängt werden, das sie eigentlich nicht bräuchten. Informationsangebote wie der IGeL-Monitor [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de) (Überprüfung von



Irgendwie verstehe ich das nicht. Die gesetzlichen sparen auf dem Rücken der Versicherten und die Privatversicherungen zahlen sogar nicht erbrachte Leistungen.“

## 2.6 Patientenerfahrungen im Krankenhaus

In Krankenhäusern finden durch Operationen die eindringlichsten Patientenerfahrungen statt. Krankenhausaufenthalte bringen besonders sensible Erfahrungen. Schilderungen hierzu beziehen sich auf die Kommunikation mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal, Beobachtungen zu hygienischen Bedingungen und z. B. zur Situation alter und/oder dementer Patienten. Aus vielen Darstellungen wird allerdings auch ein „Leiden“ an der starken Wirtschaftsorientierung gesundheitlicher Versorgung deutlich.

### **Eulen nach Athen tragen und die Ignoranz gegenüber dem Bestehenden**

Eigentlich sind alle Themen, die von Patienten zu Erfahrungen im Krankenhaus vorgebracht werden, inzwischen bekannt, auch bei Fachleuten und Verantwortlichen. Man trägt also Eulen nach Athen. Aber, obwohl alle Experten jeden der Kritikpunkte kennen, tut sich aus der Sicht der Patienten oft nur sehr wenig. Es ist wie mit der selbstverständlich gewordenen Ignoranz gegenüber der Tatsache, dass in allen Befragungen zur Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, das Essen eine der wichtigsten Rollen spielt. Es wird zwar zur Kenntnis genommen, auf das fehlende Geld verwiesen und schnell wieder zur Tagesordnung übergegangen.

Warum also – so muss man fragen – wird die technische, medizinische, personal-politische und ökonomische Prozesslogik immer über die so klar formulierten Patientenpräferenzen



gesetzt? Gute gesunde Ernährung – um beim Beispiel zu bleiben – gehört auch bei einem kurzen Aufenthalt in einer Klinik zu den Heilungsfaktoren. Die Frage nach der Qualität des Essens symbolisiert Prioritätensetzungen.

Wenn man die Beschwerden zu Kliniken bei der Patientenbeauftragten betrachtet, muss man einräumen, dass all die vielen Anfragen, Kommentare, Anliegen und Beschwerden nur ein Teil des realen Geschehens abbilden. Im Verhältnis zu den pro Jahr rund 780.000 vollstationären und weiteren teilstationär und ambulant versorgten Patienten in Berliner Kliniken, sind die etwa 600 Kontakte bei der Patientenbeauftragten nur ein Ausschnitt.

### **2.6.1 Patienten erleben und spüren die Ökonomisierung und den Spardruck**

Ein Großteil der Beschwerden und Kommentare beschreibt im Kern Facetten und Auswirkungen der stark ökonomisch optimierten Prozesse in der Krankenbehandlung. Konkret sagen sie:

„Man spürt an allen Ecken den Spardruck.“ Oder „Das Geld scheint wichtiger zu sein, als der Mensch.“ usw.

Patienten erleben die Kliniken als Großbetriebe, deren Prozesse einer ganz anderen Logik folgen als ihren individuellen Bedürfnissen. In einer vulnerablen Situation ist aber die Erwartung an Aufmerksamkeit, Zuwendung und persönliche Versorgung natürlich groß – und berechtigt.

### 2.6.2 Engagiertes, aber belastetes Personal

Kritik am „Personal unter Zeitdruck“, „zu wenige und ständig wechselnde Mitarbeiter“, „überall Springer oder Leasingpersonal“ taucht in nahezu allen Briefen mal heftig („die sind heillos überfordert“), mal als Randbemerkung auf („kein Wunder bei dem wenigen Personal“). Die fehlende Zeit des Personals wird auch für eine „Atmosphäre der Anonymität“ verantwortlich gemacht. Ein Stichwort, das öfter fällt.

Die Klagen zum erlebten Zeitdruck und der fehlenden Zuwendung verbinden die Patienten aber oft mit dem Hinweis, dass das medizinische oder pflegende Personal „sehr bemüht und engagiert“ sei. Dieses wird im Gegenteil sogar oft für ihr Bemühen gelobt. „Das war toll, wie der sich um meine Mutter gekümmert hat, aber...“. Die Belastung des Personals wird als Strukturproblem der Klinikleitung und den Verantwortlichen zugeordnet.

Die Versorgung läuft falsch, wenn Optimierungsprozesse im Bereich Personal und Service unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten die Patienten als Individuen aus dem Blick verlieren und Medizin zu einer gesichtslosen und „entfremdeten Dienstleistung“ wird. Es macht keinen Sinn, Routine-Einzelleistungen aus den Aufgaben der hochqualifizierten Pflegekräfte an weniger geschultes Personal auszulagern (z. B. Dokumentation oder Service), wenn diese Ressourcen dann als Sparpotential genutzt und nicht für mehr Zeit im qualifizierten Segment zur Verfügung stehen.

Das muss sich gerade auch die sehr gut aufgestellte Berliner Krankenhauslandschaft ins Stammbuch schreiben lassen.

### 2.6.3 Kritik am Outsourcing oder schlechter Ablauforganisation

Patienten sehen und beschreiben, dass Leistungen an Firmen delegiert werden und kritisieren das. Sie beschreiben:

„... skandalösen Dreck in Toiletten bei Patienten, die abführen müssen, weil das Personal der fremden Firma Reinigungssachen wegschließt“.

„Das Bettenschieben führt zu stundenlangem Warten – oft im Flurbereich, Patienten können währenddessen nicht die Toilette aufsuchen und müssen unter peinlichen Bedingungen auf den Topf, ...und keiner kümmert sich dann. Früher war das ohne die vielen Hilfskräfte anders.“

„Die Wäsche war ,nach der Pflege durch XXX‘ weder rein, noch sauber, ... da waren Haare und Flecken drauf.“

„...Auf Grund der langen Liegezeit entstanden am Körper meiner Mutter schmerzhaft Druckstellen. Darauf wurde aber nicht mit einer Anti-Dekubitus-Matratze reagiert. (...) Erst auf meine Bitte hin, wenigstens ein zusätzliches Kopfkissen (zu bekommen), wurde eines zur Verfügung gestellt, das ich selbst beziehen musste und das ich ihr dann zur Vermeidung von Schmerzen zwischen die Knie legen konnte...“

## 2.6.4 Die zwei Seiten des Hygiene-Themas

Das oft auftauchende Thema Hygiene hat zwei Aspekte: Patienten unterscheiden in ihrer Kritik nicht zwischen „Sauberkeit bzw. Reinigung“ und „Ansteckung mit Keimen“. Patienten wissen um die Ansteckungsmöglichkeiten und thematisieren eine diffuse Angst, die sie dann auf scharfe Beobachtungen zur Reinigung richten. Die Tatsache allerdings, dass auch Patienten über Probleme bei der Weiterbehandlung im ambulanten Bereich berichten, nachdem sie sich im Krankenhaus infiziert haben, verweist darauf, dass es nicht nur um Sauberkeitstoleranzen geht.

„Einmal habe ich gesehen, wie die Betten wieder hergerichtet wurden: Da wird nur mal kurz über die Flächen gewischt. So verschwinden die Keime doch nicht“.

„...Die Ordnung und Sauberkeit im Krankenzimmer sind kritikwürdig. [...] Bei einem Besuch bemerkte ich einen total verklebten Nachttisch. Die Reinigung wurde durch mich durchgeführt. Anschließend entdeckte ich Scherben auf dem Fußboden und bin so zu der Ansicht gelangt, dass ein Apfelsaft gefülltes Glas umgekippt und zu Boden gefallen sein muss. Sehr unglücklich war ich, als in der Nacht zum 31.12.2013 mein mit Urin gefülltes Becken vom Toilettensstuhl abfiel und der sich über den Fußboden verteilende Urin lediglich mit einem Bettlaken abgedeckt wurde. Erst am Vormittag wurde alles aufgewischt...“

„Es ist ganz eindeutig, dass meine Mutter sich im Krankenhaus mit dem Keim angesteckt hat, aber wie

soll man das als Behandlungsfehler auf Grund mangelnder Vorsorge anerkennen lassen, wenn nicht beweisen kann, dass man den Keim vorher noch nicht hatte?“

## 2.6.5 Schnelle Entlassung aus dem Krankenhaus

Dem Spardruck werden z.B. auch die „zu frühen und plötzlichen Entlassungen“ zugeschrieben, die viele Patienten beklagen. Sie haben den Eindruck, dass die Entlassung nicht (nur) dem Behandlungserfolg zu danken ist, sondern der Tatsache, dass „Betten frei werden müssen“ oder „ominöse Budgets erschöpft sind“.

Patienten benennen und erleben dies massiv. Dies Anlass für die Entwicklung anderer Strategien geben. Mehr Kommunikation über die Abläufe und ärztliche Entscheidungen könnte sicher einen Teil der Unzufriedenheit auffangen. Z.B. wenn „fehlende Entlassungsgespräche mit dem Arzt“ oder eine „schnellere Zugänglichkeit zu Entlassungsbriefen“ gewünscht werden.

Gefordert wird hierzu aber vor allem die Übernahme von Verantwortung durch Ärzte oder die Klinik für gelingende Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen.

„Wie sollen wir das denn regeln, dass man richtig in der Reha ankommt?“. „Da muss doch einer bei den Anträgen helfen.“ Die Sicherstellung der Nachsorge und Anschlussbehandlung wird als Teil der Kranken(haus)behandlung erwartet: „Warum kümmert sich die Klinik nicht darum, die wissen doch, dass mein Vater noch nicht aufstehen kann?“.



„Die Vereinbarung, die wir bei der Aufnahme in die Klinik unterschrieben haben, sah vor, dass mein Mann zwei Wochen in der Klinik bleibt. Danach sollte er in die Reha. Aber schon nach einer Woche sollte er entlassen werden. Einen Platz für die Reha hatten wir da noch nicht. Er sollte nach Hause kommen. Damit waren wir völlig überfordert ... Es hat dann Wochen gedauert, bis die Anschlussbehandlung weiterging. In der Zwischenzeit wurde er immer schwächer.“

### 2.6.6 Datenschutz und Vertraulichkeit am Krankenbett

Auffällig häufig wurde auf Mängel beim Datenschutz und beim Umgang mit Vertraulichkeit am Krankenbett verwiesen. Die Besprechung von Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten vor anderen Patienten und/oder Besuchern am Krankenbett wird als Verletzung der Intimsphäre empfunden und beson-

ders dann kritisiert, wenn es um problematische und für Patienten sehr belastenden Informationen geht: Krebsdiagnosen, fehlende Behandlungsoptionen, Besprechungen, die zu einer Entscheidung führen sollen oder wenn es ums Sterben geht. Hier wird ein eigener Raum für ärztliche Besprechungen reklamiert.

Natürlich steht hinter dieser Forderung auch der Wunsch, bei solchen besonderen Besprechungen nicht nur „kurz bei der Visite abgefertigt“ zu werden. Festzuhalten ist, dass mit dieser Form einer „raum-öffentlichen“ Besprechung das gesetzlich geschützte Arzt-Patienten-Verhältnis verletzt wird.

#### ■ Handlungsbedarf

- Stationsärzte brauchen Besprechungsräume, in denen vertrauliche Gespräche mit Patienten über Diagnosen und Behandlungswegen möglich sind.

### 2.6.7 Besondere Belange alter Menschen

Vor allem die Patientenfürsprecher weisen darauf, dass der Klinikalltag nicht genug Rücksicht auf die besonderen Belange alter Menschen nimmt. Ein Thema, dem sicher alle Krankenhäuser in Zukunft mehr Aufmerksamkeit widmen müssen.

Dabei geht es – wenn man die Beschwerden näher betrachtet – um besondere geriatrische Versorgungsangebote mit Fachpersonal, das auf die medizinischen Belange multimorbider Patienten besser eingehen kann, aber auch um den Umgang mit an Demenz erkrankten Patienten. Sie brauchen besondere Aufmerksamkeit und Schutz.

Patientenfürsprecher weisen ebenfalls darauf hin, dass es auch in Rettungsstellen besondere „Ansprechpartner für Hochaltrige und deren Angehörige“ geben müsste.

„Es ist unzumutbar, dass eine 81-jährige Patientin sechs Stunden zwischen Alkoholikern auf die Versorgung warten musste.“

Problematisch ist die Situation von Patienten, die keine Angehörigen haben. Sehr oft geht aus den Briefen hervor, dass nur durch das ständige Engagement von Angehörigen die nötige und selbstverständliche Aufmerksamkeit für alte Patienten im Klinikalltag sichergestellt werden kann.

„Wenn ich nicht gefragt hätte, wäre das Falsche passiert.“

„Nur durch unsere Aufmerksamkeit hat man gesehen, dass meine Mutter gar nichts trinkt“ und „Wie soll denn jemand mit Alzheimer wissen, dass sie das Essen alleine essen soll, das da auf ihrem Nachtschisch steht. Man muss sie füttern.“

## 2.6.8 Warten in den Rettungsstellen und Ambulanzen

Viele Patienten beklagen die langen Wartezeiten in Rettungsstellen. Dies ist eine bekannte Tatsache. Viele müssten eigentlich in einer niedergelassenen Praxis behandelt werden. Auch dies ist nicht neu. Die Rettungsstellen bemühen sich durch professionelle Einschätzungen der Dringlichkeit um eine gerechte Abfolge der Behandlung. Doch wird dies nicht genügend kommuniziert. Es wäre zu wünschen, dass dies notwendige Vorgehen in der Rettungsstelle besser erläutert wird, damit Patienten diese Situation besser akzeptieren können.

## 2.6.9 Sterben im Krankenhaus

Das Thema Sterben im Krankenhaus ist ein ganz eigenes Kapitel, für das das Personal anscheinend sehr einfühlsam und aufmerksam ist, aber eigentlich keine Zeit und keinen Raum hat – im wahrsten Sinne des Wortes. Patienten beschreiben, dass

- sie als Angehörige nicht darüber informiert wurden, dass ihre Angehörigen im Sterben liegen und sie deswegen keine Chance hatten, sich zu verabschieden,
- Patienten kurz vor dem Tod nochmals in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden, weil keine Palliativstation vorhanden sei. Dies sei für die Kranken eine Zumutung und „unmenschlich“.
- Eine Patientin „in ihrem Sterbeprozess auf den Flur geschoben wurde“, um die anderen Patienten nicht zu belasten.

„In letzter Zeit betreue ich immer wieder Patienten, die sich im Sterbeprozess befinden und ihre letzte Zeit gerne zuhause im Kreise der Familie verbringen würden. Da diese Menschen eine intensive ärztliche Versorgung und auch pflegerische Betreuung benötigen, können die Angehörigen meistens nicht den letzten Wunsch ihrer Lieben erfüllen. Deshalb habe ich den Kontakt zu Home Care gesucht und die Notwendigkeit einer ambulanten Hospizbetreuung besprochen. Leider musste mir Frau X sagen, dass es in Neukölln keine Ärzte mit Spezialausbildung gibt, die die Anforderungen erfüllen. Somit können die Patienten in Neukölln im Gegensatz zu Patienten anderer Stadtteile ihr Recht auf einen selbstbestimmten würdigen Sterbeprozess nicht ausüben.

Ich kann diese Situation nicht hinnehmen, zumal die Ärzte in den angrenzenden Gebieten offensichtlich

keine freie Kapazität haben, um auch noch Patienten aus Neukölln zu betreuen. Es kann doch nicht sein, dass ‚würdiges Sterben‘ abhängig vom Wohnort in Berlin ist. Ich bitte Sie als Patientenbeauftragte für Berlin hier um Hilfe.“

### Handlungsbedarf

Zusammenfassend ergibt sich aus den Patientenanliegen zu Krankenhauserfahrungen ein Handlungsbedarf in den Bereichen

- Überlastung des Personals (Pflege und Ärzte)
- Defizite bei der Versorgung älterer Patienten und dem Respekt vor dem Sterben
- Umgang mit dem Thema Hygiene
- Beachtung des Datenschutzes
- Optimierung von Verwaltungsvorgängen und Wartezeiten

**Vor allem aber:** Wenn wir nicht wollen, dass die Kritik an der vor allem ökonomisch orientierten Prozessteuerung der medizinischen Behandlung das Schicksal der Essensfrage erleidet, dann erwarte ich, dass sichtbare – in der Öffentlichkeit nachvollziehbare – Maßnahmen ergriffen werden, die das Problem aktiv angehen. Patienten müssen das erkennen und bewerten können. Ein Kennzeichen für Medizin auf hohem Niveau ist nicht nur die technische und wissenschaftliche Spitzenposition, sondern eine Humanmedizin – für Patienten und Beschäftigte, die diese Bezeichnung wirklich verdient.

## 2.7 Anliegen und Beschwerden zu Krankenkassen

Die Beschwerden von Patienten über ihre Krankenkassen beziehen sich zu einem erheblichen Teil auf nicht bewilligte Leistungen. Viele Kassen nutzen ihren Ermessensspielraum, um

einen Erstantrag ihrer Versicherten abzulehnen und erst bei erfolgtem Widerspruch Leistungen bewilligen. Die Häufigkeit dieser Beschwerden könnte zu der Vermutung Anlass geben, dass dahinter System steckt.

### 2.7.1 Überprüfung von Krankschreibungen

Bei der Kritik an Krankenkassen ging es neben allgemeinen Informationen zum Krankengeld oft um die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Dauer der Krankschreibung sowie eine angedrohte Aussteuerung aus der Krankschreibung.

Die Kassen haben die Möglichkeit nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit einer Erkrankung, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen, um festzustellen, ob eine weitere Krankschreibung notwendig ist. Dieses kann durch eine persönliche Untersuchung, aber auch per Aktenlage erfolgen. Letzteres empört Patienten oft besonders. Folgt die Kasse der Empfehlung des MDK, wird die Krankschreibung des behandelnden Arztes sogar „aushebelt“, d.h. Versicherte sind ggf. aus Sicht ihrer Kasse gesund.

Der Anteil der Beratungen zum Krankengeld hat in einer Phase zugenommen, in der die Kassen offensichtlich massiv in die Überprüfung langfristig krankgeschriebene Patienten (insbesondere auch mit psychischen und psychiatrischen Diagnosen) eingetreten sind. Patienten beschwerten sich über Anrufe der Krankenkassen bei ihnen zu Hause. Sie fühlen sich durch die ständigen Nachfragen der Krankenkasse bei ihnen selbst und bei ihren Ärzten zum Gesundheitszustand belästigt.

Die gesetzliche Grundlage der Nachfragen der Krankenkassen ist in § 206 SGB V Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Ver-

sicherten festgelegt. Er verpflichtet Versicherte, auf Verlangen Auskunft zu erteilen und über Änderungen unverzüglich zu informieren. Wir raten dann, der Kasse beim nächsten Anruf mitzuteilen, dass im Rahmen der „Anrufaktion“ der Kasse zu allen erforderlichen Tatsachen bereits Auskunft gegeben wurde und zukünftig der Versicherte selbst sich bei der Krankenkasse melden wird, wenn eine Änderung eintritt. Leider hat dieses Vorgehen nicht immer die Gewünschte Wirkung. Dann sollten sich die Versicherten an die zuständige Rechtsaufsicht der Kasse wenden.

„... Seit Wochen werde ich von meiner Krankenkasse mit wöchentlichen Anrufen belästigt. Ständig soll ich Rede und Antwort stehen, was ich denn noch gedenke zu unternehmen, um zur Genesung meines Körpers beizutragen und ob ich absehen kann, wann ich wieder gesund bin. Sollte ich zur Auskunft mal nicht bereit sein, müsste ich mit der Einstellung des Krankengeldes rechnen. (...) Eine Vorstellung beim MDK erfolgte auch schon. Mein eingereicherter Reha-Antrag blieb aber bisher unbeantwortet. (...) Dass ich meinen langjährigen Beruf als examinierte Altenpflegerin derzeit nicht ausführen kann, belastet mich wirklich sehr. Da ich auch nicht weiß, wie der weitere Verlauf meiner Gesundheit sein wird, fühle ich mich durch die ständigen Anrufe der Kasse noch zusätzlich psychisch unter Druck gesetzt.

Darf die Krankenkasse sich so ein Verhalten überhaupt anmaßen?“

„In den letzten Jahren war ich oft längere Zeit krank. Stets machte die Krankenkasse erheblichen

Druck, schickte mich sehr oft zum MDK. Das Vorgehen der Krankenkasse mir gegenüber war stets unfair und penetrant. Mein Hausarzt wurde dermaßen mit Informationsanfragen bombardiert, obwohl er damals gar nicht verantwortlich für die Krankenschreibungen war, dass er mir seine Verzweiflung nahe brachte.

Die Abteilung Krankengeld der Kasse rief mich bereits während der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers an und erkundigte sich beim Arzt.“

## 2.7.2 Nichtbewilligung von Leistungen

Patienten wenden sich gehäuft an uns mit der Bitte um Unterstützung in den unterschiedlichen Fällen von „Leistungsverweigerung“ oder wiederholter Ablehnung von Anträgen durch Krankenkassen oder andere Kostenträger. Ob es um die Bewilligung von Kuren, von Hilfsmitteln oder besonderen Behandlungsmethoden geht, immer besteht der Wunsch, die Patientenbeauftragte möge ihren Einfluss geltend mache, um eine ablehnende Entscheidung zu revidieren.

In den meisten Fällen kann dann nur ausführlich erläutert werden, wie im Weiteren vorgegangen werden kann. In Ausnahmefällen kann in Abstimmung mit den Ansprechpartnern bei den Kassen die Bereitschaft erreicht werden, den Ermessensspielraum zu nutzen und die eine oder andere nachträgliche Bewilligung zu erreichen.

„Ich pflege während einer Chemotherapie meine bettlägerige Mutter bei mir Zuhause und habe immer wieder Schwierigkeiten mit der Inkontinenz-

versorgung meiner Mutter, weil die Kasse nicht die angemessene Menge von Windeln liefern lässt, trotz dreier Atteste, die besagen, dass meine Mutter eine extrem hohe Harnmenge hat. (...) Seit Februar haben wir lediglich 30 Nachtwindeln monatlich von der Kasse bekommen und mussten den Rest von der Rente meiner Mutter zahlen, das ist doch wohl nicht zulässig!

Vielleicht können Sie uns helfen, damit meine Mutter zu ihrem Recht kommt. Es ist ja wohl unmöglich, dass eine (Kassen)Mitarbeiterin mir vorschlug, meiner Mutter weniger zu trinken zu geben!?"

„Mein Lebensgefährte wurde am Spinalkanal operiert, vorher und seitdem hat er Lähmungen in den Fingern, Armen, Beinen, Darm und Blase. Seitdem hat er einen Rollstuhl.

Die Kasse hatte in den letzten Monaten eine Pflegestufe abgelehnt, das von der Reha empfohlene Sportgerät („Radfahren im Sitzen“) und Darmtampons (vom Urologen verschrieben) abgelehnt.

Von seinem Neurologen (am Sankt Gertrauden-Krankenhaus) bekam er ein Rezept und ein Attest für einen elektrischen Rollstuhl, da er nicht alleine den Rollstuhl fahren kann aufgrund der Tetraparese. Auch dies wurde abgelehnt.“

„Leider erhalte ich dieses Präparat nur auf einem Privatrezept, muss es also selbst bezahlen. Immer wieder habe ich mit der Ärztin darüber diskutiert und sie hat eine Ausnahmegenehmigung bei der KK beantragt, die abgelehnt wurde... Kurioserweise

kann ich Opiate zur Schmerztherapie erhalten, die die KK ein Vielfaches mehr kosten.“

„Zur Zeit bin ich mit einer gesteuerten Wirbelsäulenthherapie ... in Behandlung. Nun überraschte mich eine Patientenmitteilung, dass ab sofort kein Cortison mehr gespritzt werden darf, da die KV das untersagt... Als Patient fühle ich mich total überfahren. Eine begonnene Therapie wird von jetzt auf gleich zu meinem Nachteil gestrichen und auch eine andere Lösung nicht angeboten... Die Krankenkassen zucken mit den Schultern, dem behandelnden Arzt sind die Hände gebunden und ich als Patient stehe ganz im Regen!“

### 2.7.3 Fahrtkostenerstattung

Die Erstattung bzw. nicht Nichterstattung von Fahrtkosten durch die Krankenkassen ist ein Dauerthema in der Beratungsarbeit. Viele Patienten beklagen die sehr eingeschränkten Voraussetzungen für die Verordnung eines Krankentransportes. Daneben sind die verordnenden Ärzte verpflichtet, die Notwendigkeit eines Transportes zu prüfen und das jeweils günstigere Transportmittel zu verordnen (= Wirtschaftlichkeitsgebot).

So gibt es für gebrechliche, mobil stark eingeschränkte Patienten, bei denen weder Pflegestufe II vorliegt, noch die Merkmale aG, Bl oder H im Rahmen einer Feststellung nach dem Schwerbehindertengesetz, kein Angebot der Kostenträger, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung mag das noch angehen, da Hausärzte verpflichtet sind, Hausbesuche durchzuführen. Bei den Fachärzten sieht das schon ganz anders aus.





„Nach einem Unfall bin ich mit einem eingegipsten Bein, das nach Anordnung des Arztes nicht belastet werden darf, gehunfähig. Ich bin weder in der Lage, innerhalb des Hauses Treppen zu benutzen, noch außerhalb des Hauses ohne qualifizierte Hilfe (Beförderung mittels Tragestuhl durch qualifizierte Krankentransportmitarbeiter) mich zu bewegen und zum Arzt zu gelangen.“

Meine Krankenkasse lehnt die Übernahme der Fahrtkosten ab. Ich erfühle wohl nicht die entsprechenden Voraussetzungen.“

„Ich bin durch eine Spinalkanal Stenose auf den Rollator angewiesen und komme wegen Inkontinenz auf längeren Wegen in Schwierigkeiten. Ich kann kaum noch am öffentlichen Leben teilnehmen. Mein Schwerbehindertenausweis hat das Merkzeichen „G“, ohne „a“, ich habe deshalb nach Meinung meiner Kasse keinen Anspruch auf Fahrtkostenerstattung bei ambulanter Betreuung. Der Weg bis zum Beckenbodenzentrum ist bei dieser Entfernung für mich nicht zu bewältigen.“

#### ▪ Handlungsbedarf

- Anpassung der Transport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Anforderungen der Praxis.

### 2.7.4 Intransparenz bei Selektivverträgen

Eine Beratung zu Leistungspflichten der Kostenträger erfordert umfassende Kenntnisse der gesetzlichen Voraussetzungen. Erschwert wird eine zielgenaue Versorgung und damit auch Beratung von Patienten durch die nahezu vollständige Intransparenz bei Selektiv- und Rabattverträgen der Krankenkassen. Mit dem Verweis auf den Kassenwettbewerb werden hier Vertragsregelungen, die für Patienten erhebliche Auswirkungen und nicht selten Nachteile haben, als Betriebsgeheimnisse bezeichnet und damit jeder öffentlichen Debatte entzogen.

„Ich habe bei meiner Krankenkasse einen Antrag auf heilpraktische Leistungen gestellt, der aber mit dem Argument abgelehnt wurde, dass meine Kasse das nicht übernimmt. Die Kasse meiner Freundin tut das aber. Ich dachte alle Gesetzlichen Krankenkassen arbeiten nach dem gleichen Gesetz.“

#### ▪ Handlungsbedarf

- Notwendig ist eine andere Kultur zur Transparenz über Rabatt- und Selektivverträge. Patienten und Versicherte haben ein Recht zu wissen, welche Konditionen die eigene Kasse mit Herstellern oder Dienstleistungen aushandelt. Dies vor allem dann, wenn die Verträge vorgeblich mit Qualitätsverbesserungen für Patienten beworben werden. Es muss sichergestellt werden, dass auch im Rahmen dieser Kostendämpfungskonzepte der Kassen die Versorgung mit notwendigen und angemessenen Medikamenten oder Hilfsmitteln garantiert ist.

### 2.7.5 Umgang mit Behandlungsfehlern

Seit dem 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft. Der § 66 SGB V wurde dahingehend geändert, dass Patienten bei vermuteten Behandlungsfehlern von ihrer Krankenkasse unterstützt werden sollen (und nicht mehr nur können). Das tun inzwischen auch viele Krankenkassen und manche sogar mit viel Energie zum Nutzen ihrer Versicherten.

Es gibt jedoch immer wieder Anrufe im Büro der Patientenbeauftragten, bei denen Versicherte oder ihre Angehörigen Sätze sagen wie „Mit meiner Krankenkasse habe ich schon telefoniert. Die haben gesagt, dass ich mich an Sie wenden soll.“

Nach wie vor übernehmen die Kassen diesen Beratungs- und Unterstützungsauftrag also sehr unterschiedlich. Manche nutzen die Verfügbarkeit des Büros der Patientenbeauftragten sogar als Ausweichmöglichkeit.

Das Amt ist allerdings nicht die Institution, die vermutete Behandlungsfehler bewertet und dann ggf. Gutachten über den MDK zur Absicherung des Verdachts erstellen lassen könnte. Der Schutz ihrer Mitglieder ist Aufgabe der Krankenkassen und darauf gilt es nachdrücklich hinzuweisen.

Andernfalls würden wichtige Synergieeffekte einfach außer Acht gelassen: Einerseits sind Patienten auf jedwede Unterstützung beim Kampf um die Feststellung und der Anerkennung eines Behandlungsfehlers angewiesen (und sei es nur durch die eingesparten Kosten durch ein in Auftrag gegebenes MDK-Gutachten gegenüber einem Privatgutachten). Andererseits sind die Krankenkassen verpflichtet, mit den Beiträgen ihrer Patienten wirtschaftlich umzugehen und so auch unnötige Kosten durch unnötige Operationen oder Folgekosten durch falsche Behandlungen zu verhindern.

Schwerpunkt der Beratung zum Verdacht auf Behandlungsfehler im Amt der Patientenbeauftragten ist die Erläuterung der möglichen Wege zu einer Klärung über Schiedsstellen, rechtliche Beratung bei UPD bzw. Verbraucherzentrale oder Klage.

- Zum **Handlungsbedarf** in Sachen Behandlungsfehler siehe
- Punkt 3.1 (Patientenrechte-Gesetz)

### 2.7.6 Krankenversicherungspflicht

Obwohl die Regelung einer generellen Krankenversicherungspflicht nun schon einige Jahre Gültigkeit hat, melden sich noch immer Menschen bei uns und schildern ihre wirtschaftliche Not und die Sorge um die Zahlung der nicht geleisteten Beiträge.

Im August 2013 ist das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung in Kraft getreten. Viele Menschen hatten seit der Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland hohe Beitragsschulden angehäuft, da fällige Nachzahlungen mit 5 Prozent pro Monat verzinst worden waren. Per Gesetz wurden die Zinsen für Betroffene (z.B. freiwillig gesetzlich Krankenversicherte und Versicherungspflichtige ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) rückwirkend auf 1 Prozent pro Monat gesenkt. Dies galt jedoch nur bis zum 31. Dezember 2013 und erreichte bei weitem nicht alle Anspruchsberechtigten.

Das Büro der Patientenbeauftragten hat deswegen mehrmals auf die Notwendigkeit einer Klärung der Versicherungsbedingungen und auf die Fristen hingewiesen, die immer wieder von Gesetzgeber zu „Nachzahlung“ oder zum „Schuldenerlass“ eingeräumt wurden.

## 2.8 Anliegen und Anfragen zum Bereich Pflege

Ratsuchende, die pflegerische Themen im Büro der Patientenbeauftragten ansprechen, wollen wissen,

- wie man ein gutes Pflegeheim findet.
- wie sie ohne Konflikte einen Pflegedienst wechseln können.
- welche Rechte sie gegenüber der Heimleitung haben.
- wie man sich gegen – nach Meinung der Betroffenen – falsche Bewertungen bei der Pflegestufeneinschätzung schützen kann.
- wie man besser mit Betreuern zurechtkommt.
- welche Hilfe man bei Problemen mit Pflege-Verträgen finden kann.
- was die Heimaufsicht und der MDK bewirken können.
- wie die Wahlfreiheit bei der ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigen in Heimen gewährleistet wird.

Wenn man die Beschwerden zur ambulanten Pflege und über Pflegeheime genauer anschaut, spiegelt sich im Kern vor allem das Problem des Personalmangels. Es sind Schilderungen über:

- zu wenig Zeit für persönliche Zuwendung
- „keine Kultur des Sprechens“ sondern der „gehetzten Erledigung“
- Versorgung nach der Stoppuhr
- häufig wechselndes Personal und viele „Aushilfskräfte“
- kein Personal für Prophylaxe und Prävention (z.B. Vermeidung von Stürzen in Pflegeheimen)
- zu wenig Personal im Nachtdienst in Heimen
- fehlendes Betreuungspersonal für Schnittstellen (z.B. Begleitung zum Arzt).

In den Pflegeeinrichtungen kommen zwei Probleme zusammen, die sich in Zukunft sicherlich noch verschärfen werden:

Das starke Primat der Ökonomie in der Versorgung und daraus resultierende restriktive Personalentscheidungen der Träger einerseits und der zunehmend dramatische Personalkräftemangel andererseits.

Auch wenn die Mehrheit der Pflegebedürftigen gut versorgt ist, ist das Grundgefühl vieler Ratsuchende doch zutreffend, dass in vielen Einrichtungen für das menschliche Miteinander keine Zeit bleibt. Erfahrungen von Hektik und Stress in der Pflege und daraus resultierende Konflikte zwischen Personal und Angehörigen verstärkten natürlich das negative Image der Heimversorgung. Im Austausch mit den Ratsuchenden lässt sich aber ein erheblicher Teil der Anliegen durch das Gespräch, durch Zuhören und gelegentlich durch eine Begleitung bei Gesprächen mit dem Leitungspersonal der Einrichtungen lösen.

Gravierende Probleme werden gemeinsam mit dem Projekt „Pflege in Not“ und den Pflegestützpunkten in Berlin angegangen. Grundsätzlich bleibt der Anteil der Beschwerden im Bereich Pflege in Berlin gegenüber der Patientenbeauftragten für Berlin überschaubar.



### 2.8.1 Versorgung in Heimen

Bei Beschwerden zur Versorgung in Heimen werden folgenden Themen genannt:

- Ruhigstellen von Pflegebedürftigen durch Medikamente
- Ärzte in Heimen kontrollieren die Medikation zu wenig
- Pflegekräfte binden die Angehörigen nicht angemessen ein
- fehlendes Personal
- fehlende Zeit des Pflegepersonals
- unzureichende Pflege durch Aushilfskräfte

„Obwohl der Stationsschwester unsere Vorsorgevollmacht vorliegt, wurden wir nie in die Entscheidungen zur Behandlung einbezogen oder informiert“.

„...Mein Vater war im Pflegeheim XY untergebracht. Er ist des Öfteren bei dem Versuch zur Toilette zu gehen gestürzt. Er wollte seine „vollen Windeln“ loswerden. Den Klingelknopf konnte er nicht nutzen, da dieser für ihn nicht sichtbar war. Ich habe den Notruf für ihn deshalb so angebracht, dass er ihn gut findet. Schwester F. „änderte das wieder und sagte, nun klingelt er ständig, dafür haben wir keine Zeit...“.

„... Vor ca. 3 Monaten – ebenfalls an einem Sonntag, wollte ich meine Großmutter besuchen und traf sie nicht im Appartement an, statt dessen vernahm ich laut und deutlich ein nach Hilfe rufendes Wimmern von ihr drei Zimmer weiter – dieses Zimmer war leer, sie ist dort irrtümlich hineingegangen und dort zu Fall gekommen – sie lag offensichtlich schon länger hilflos am Boden. Erst durch mich wurde das

Personal darauf aufmerksam und war peinlich berührt (...) Dieser Vorfall ist leider kein Einzelfall, denn ich vernehme bei fast jedem meiner Besuche in diesem Hause, dass permanent aus zwei bis drei offenstehenden Räumen im Erdgeschoss wimmernde Hilferufe kommen, aber nie ist Personal in der Nähe, um in diesem Zusammenhang ihren Pflichten nachzukommen.“

### 2.8.2 Ambulante Pflege

Anfrage und Beschwerden aus dem ambulanten Bereich beziehen sich auch auf

- den häufigen Wechsel des Pflegepersonals und zu viele Aushilfskräfte
- Schwierigkeiten mit der Auflösung von Verträgen bei Pflegediensten
- Streitigkeiten mit Pflegediensten zu den (nicht) erbrachten Leistungen
- Unstimmigkeiten zwischen Betreuern und Angehörigen

### 2.8.3 Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Die Zahl der Beschwerden zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ist nicht sehr groß. Wenn aber Beispiele genannt werden, verweisen sie auf grundsätzliche Probleme:

- unzulängliche individuelle Behandlung der einzelnen Pflegebedürftigen
- Einschränkungen der Arztwahlfreiheit in Heimen
- schlechte Abstimmung zwischen Pflege, Ärzten und Angehörigen
- Probleme beim Zugang zu Fachärzten

„Meine Mutter hatte über ein Jahr hinweg psychisch und körperlich dermaßen abgebaut, dass man uns nahelegte, sie verlegen zu lassen.

Nach einem Facharztwechsel und einer Änderung der Medikation waren fast alle Symptome verschwunden. Nach dem Absetzen von zwei Medikamenten ist meine Mutter nicht mehr gestürzt. Sie läuft gut mit dem Rollator und ist wieder beweglicher. Sie hat keine Rückenschmerzen mehr, keine Blasenkrämpfe und keine Harnwegsentzündung mehr. Das Antidepressivum X, was abgesetzt wurde, verursacht als Nebenwirkung „Harnverhalten“ und wird anscheinend gerne nachmittags gegeben, damit nachts nicht so viel Urin fließt. Die Inkontinenz meiner Mutter ist verschwunden! ... Meine Mutter ist tagsüber nicht mehr permanent müde und schläfrig. Vorher ist sie schon am Frühstückstisch wieder eingeschlafen. Keine innere Unruhe und Anspannung mehr (meine Mutter hatte sich teilweise die Fingernägel bis zum Bluten abgerissen). Nachts schläft sie jetzt gut. Die Depressionen sind zurückgegangen... Da sich meine Mutter so gut entwickelt und erholt hat, hat ihr die Hausärztin nun Reha-Sport per Rezept verordnet. ...

Die positive Entwicklung meiner Mutter ist natürlich auch dem Pflegepersonal aufgefallen. Letzten Monat ergab sich hieraus ein kurzes Gespräch mit zwei Pflegehelferinnen. Diesen hatten wir von dem Wechsel der Neurologin und der Unzufriedenheit mit der früheren Ärztin erzählt. Die Pflegehelferinnen haben uns daraufhin von mehreren anderen Bewoh-

nern des Wohnbereichs berichtet, die den Tag „verschlafen“ und den Eindruck machen, als bekämen sie zu viele Medikamente. Diese hätten keine Angehörigen, die nachfragen oder die Ärztin hinterfragen...“

„Mein Vater wollte sich nicht mehr von dem Neurologen des Heimes behandeln lassen. Es war aber bisher unmöglich einen Neurologen oder eine Neurologin zu finden, die bereit wäre, meinen Vater im Heim zu versorgen. Haben denn Heimbewohner keine Arztwahlfreiheit?“

#### **2.8.4 Teilhabe und Beteiligung: Beiräte funktionieren nicht**

Das Berliner Wohnteilhabegesetz sieht vor, dass in Pflegeeinrichtungen Bewohnerbeiräte bzw. Heimbeiräte zu bilden sind. Ratsuchende im Amt der Patientenbeauftragten beklagen wiederholt, dass diese nicht erreichbar oder gar nicht vorhanden seien.

Zudem wurde mehrmals angemahnt, dass auch für die Angehörigen Teilhabegremien zu schaffen seien, weil eine geregelte Mitgestaltung durch Angehörige oft nicht möglich sei.

#### **2.9 Übergänge in der Versorgung**

Gegenstand der Beratungen sind auch Anspruchsvoraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme und deren Durchsetzung gegenüber den Trägern der Maßnahmen, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung. Sehr häufig wird hier der Verdacht formuliert, dass die Versorgungsleistung durch einen Kostenträger unberechtigt verweigert wurde. Vor allem aber beschwerten sich Patienten

darüber, dass die Übergänge zwischen den Versorgungsformen nicht klappen und sie sich dann mit der Situation überfordert fühlen.

„(...) Ich bin etwas ratlos. Mein Mann ist 78 Jahre alt, 100 Prozent schwerbeschädigt und hat Pflegestufe 2. Sein letzter Krankenhausaufenthalt dauerte von März bis Mai einschl. geriatrische Reha, 6 Wochen, in denen er fast nur gelegen hatte. Das Ergebnis: Zusätzlich zum seitlichen Darmausgang (mit dem ich gut klar komme) hat er nun auch noch einen Katheter gelegt bekommen. Entlassen wurde er liegend und eine Anschluss-Reha von der Kasse abgelehnt, weil er zu schwach ist.

Wie ich jetzt mit dem Katheter klar kommen sollte und was zu machen ist, da wurde ich leider nicht informiert. Es wurde nur gesagt, ich soll mich an einen Urologen wenden. Ich habe mir dann einen Urologen ausgesucht, der in der Nähe ist und Hausbesuche anbietet. Nachdem ich die erste Urinprobe dorthin gebracht hatte und ein Wechsel des Katheters anstand, wurde von Seiten des Arztes darauf gepocht, dass wir in die Praxis kommen müssten – weil er div. Untersuchungen machen will.

Mit einem Krankentransport – hin und zurück – und großer Willenskraft meines Mannes, haben wir die Prozedur überstanden. Leider hatte der Arzt einen zu kleinen Katheter gesetzt und es lief alles daneben.“

## 2.9.1 Übergangsprobleme Nachsorge

In zahlreichen Rückmeldungen wurde über fehlende Unterstützung von Patienten unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt berichtet. Im Mittelpunkt stand dabei oft die fehlende Krankenpflege oder Haushaltshilfe für Personen, die sich (meist alleinlebend) noch nicht selbst versorgen können. Genannt werden zwei besonders auffällige Zielgruppen: alleinstehende hochbetagte Ältere und Menschen in der onkologischen Versorgung.

Krebspatienten, die eine ambulante Chemo- bzw. Strahlentherapie bekommen, sind in der Anfangsphase oft stark beeinträchtigt und leiden so massiv unter Nebenwirkungen (Fatigue, Schmerzen, Übelkeit usw.), dass die tägliche Haushaltsführung nicht alleine möglich ist. Nur etwa drei Viertel der Patienten werden zu Hause von ihren Angehörigen unterstützt.

Ein kleiner Teil der Patienten erhält professionelle Pflege in Form einer medizinischen Behandlungspflege (z. B. Verbandwechsel, Medikamentengabe). Grundpflege (wie Körperpflege, An- und Auskleiden usw.) und hauswirtschaftliche Versorgung (wie Einkaufen, Wäschewaschen usw.), mit denen die Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen kompensiert werden könnten, werden kaum von den Ärzten verordnet bzw. von den Krankenkassen gewährt und kommen daher praktisch nicht vor.

Die Rahmenbedingungen und Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfe sind so schwierig, dass sie die meisten Patienten nicht bekommen.

### • Handlungsbedarf

- Die Grundlage für die Gewährung einer Haushaltshilfe oder häuslicher Krankenpflege im nach §§ 37 und 38 SGB V müssen

- im Sinne einer Soll-Leistung konkretisiert und ergänzt werden.
- Patienten und Ärzte benötigen mehr Information, damit die Leistungen besser verordnet und gewährt werden können.
- Krankenhausvermeidungspflege sollte auch bei/nach ambulanten Therapien, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist, möglich sein: Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (auch ohne die Notwendigkeit einer Behandlungspflege).

### 2.9.2 Schnittstelle: Ambulante und geriatrische Rehabilitation

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist umso leichter, je selbständiger alte Menschen auch nach einer Krankheit zurechtkommen. Schnelle und wohnortnahe Rehabilitation nach einer Krankenbehandlung sind daher besonders wichtig. Betagte Patienten mit mehreren Erkrankungen haben einen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation.

Unterschieden werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Sie zielen auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

„Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Hierzu zählen auch Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Denn auch ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Die geriatrische Rehabilitation kann stationär, teilstationär oder ambulant er-

folgen. Ein Schwerpunkt der geriatrischen Rehabilitation liegt auf dem Einsatz mobiler Reha-Teams. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann auch zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.“<sup>6</sup>

Die Erfahrungen vieler Patienten verweisen aber darauf, dass eine geriatrische Reha von einzelnen Kostenträgern häufig abgelehnt oder die Notwendigkeit von Ärzten nicht zugestanden wird. Zu wenig bekannt ist die Möglichkeit der Wahlfreiheit bei Reha-Leistungen für Patienten. Versicherte können – wenn die GKV zuständig ist - grundsätzlich zwischen allen bundesweit zertifizierten und zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen wählen.

#### Handlungsbedarf

- Ausbau von Angeboten zur ambulanten und wohnortnahen Rehabilitation
- Ausbau mobiler Reha-Teams in Berlin
- Diskussion mit dem Land Brandenburg über die Verlagerung von Kapazitäten zur stationären Reha nach Berlin, um diese wohnortnäher gestalten zu können
- Dialog mit Krankenkassen zur Durchführung und Bewilligungspraxis von Rehabilitationsmaßnahmen bei alten Patienten
- Neugestaltung der Schnittstellen zu den Servicestellen der Rentenversicherung
- bessere Information über Wahlfreiheit bei GKV-Reha-Leistungen.

### 2.9.3 Vernetzungsforen für hochbetagte Patienten in Berlin

Berlin verfügt über zahlreiche Gremien und Vernetzungsforen,

<sup>6</sup> <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html>

die die Angebote für Patienten oder auch für die Zielgruppe der Hochalten im Blick haben. Z. B.:

- gerontopsychiatrische Verbände in jedem Bezirk
- Netzwerke zur Demenzfreundlichen Kommune
- Arbeitskreis Alter und Gesundheit (bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.)
- Fachforen im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz

Offen ist, wie diese Netzwerke miteinander kommunizieren, wie erfolgreich sie in Bezug auf die Umsetzung definierter Ziele sind und wo Synergieeffekte denkbar wären. Vernetzung wird in jeder fachlichen und politischen Analyse oder Planung priorisiert. Angesichts knapper Personalressourcen in Diensten und Projekten ist jedoch das Bedürfnis nach Bündelung und Konzentration sehr groß.

Der Arbeitskreis „Sektorenübergreifende Beratung“ (in dem die Patientenbeauftragte mitarbeitet) hat dabei eine „Netzwerk-karte“ der Beratungs- und Unterstützungsangebote zu erstellen. Zu klären wäre, wo diese für Betroffene leicht verständlich und zugänglich präsentiert und hinterlegt werden könnte.

#### Handlungsbedarf

- Evaluation bestehender Netzwerke, um Kräfte auf Schwerpunktziele zu bündeln.
- fachlicher Grundsatzdiskurs zur Gestaltung des Berufs- bzw. Handlungsfeldes „Betreuungsangebote“ und hier zum Verhältnis von Ehrenamtlichen, Hilfskräften und Professionellen

### 2.9.4 Übergänge zwischen professioneller und familiärer Pflege

Pflege erfolgt noch überwiegend in Familien. Angehörige leisten hier einen enormen Beitrag zur Versorgung. Pflegenden

Angehörige sind daher meist diejenigen, die sich an das Amt der Patientenbeauftragten wenden. Das Berliner Netz<sup>7</sup> der auf Entlastung pflegender Familien zielenden Angebote ist vorbildlich geknüpft und die Zusammenarbeit funktioniert (nach Anlaufschwierigkeiten) inzwischen sehr gut. Pflegekassen und das Land Berlin arbeiten beim Aufbau der Pflegeinfrastruktur gut und erfolgreich zusammen.

Im Bereich der Unterstützung von pflegenden Familien und kranken alten Menschen wird der Bedarf an begleitender Hilfe jedoch zunehmen (individuelles Case-Management). Sichtbar wird, dass Pflegestützpunkte für die Übernahme von Mehrleistungen im Bereich Case-Management absehbar nicht in der Zahl der Stützpunkte, aber personell aufgestockt werden müssen. Pflegestützpunkte, Betreuungsangebote und Kontaktstellen Pflegeengagement kooperieren vor Ort zum Teil vorbildlich. Die Vernetzung mit ambulanten Pflegediensten könnte jedoch ausgebaut werden.

#### Handlungsbedarf

Entlastungsangebote sind vorhanden, aber die Betroffenen wissen oft nicht, dass es sie gibt. Hier ist mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Das Berliner Förderkonzept für die Betreuungsangebote nach § 45 SGB XI muss nach dem Pflegestärkungsgesetz überarbeitet werden. Diese Versorgungsform ist in Berlin im Rahmen der Pflegeverordnung so konzipiert worden, dass die Betreuung und damit die dringend notwendige Entlastung der pflegenden Angehörigen vor allem durch die Einbindung von Ehrenamtlichen erfolgt. Diese Verknüpfung von zivilgesellschaftlichem Engagement und Betreuungsleistung (als Budgetleistung auch

<sup>7</sup> Kurzzeit-, Tages- und Verhinderungspflege, Pflegestützpunkte, Entlastungs- und Betreuungsangebote, Kontaktstellen Pflegeengagement



- im SGB XI verankert) kann allerdings dann gefährdet werden,
- wenn sich Betreuung im Zuge der Reform der Pflegeversicherung und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einer eigenen Leistungsform (in Verbindung mit haushaltsnaher Hilfe) zu einer Tätigkeit im Niedriglohnbereich (jenseits der fachlichen Pflegeleistung) entwickelt. Daher sollten diese Leistungen zukünftig verstärkt in ambulante Pflegedienste integriert werden.

### 2.9.5 Reha-Sport

Bei Fragen zum Thema Reha-Sport zeigen sich in der Beratungspraxis der Patientenbeauftragten zwei schwierige Aspekte: Ein Teil der Patienten hat das Problem, den Reha-Sport „trotz erheblichen Bedarfs“ nicht bewilligt zu bekommen. Ein anderer Teil hat eine Zusage zur Kostenübernahme von der Krankenkasse erhalten, findet aber keinen freien Platz in einer Reha-Gruppe.

Das Angebot für Reha-Sportgruppen ist in Berlin in der Hand zahlreicher Vereine (Sportvereine oder Patientenverbände), die die Teilnahme an einer Gruppe mit oft mit einer Art Zwangsmitgliedschaft verbinden, obwohl die Teilnahme am Rehasport davon vertragsgemäß völlig unabhängig anzubieten ist. Dies ist gerade bei der Wassergymnastik der Fall. Viele Betroffene haben die von der Krankenkasse erhaltene Liste mit den infrage kommenden Kontakten bereits komplett abgefragt und stets die Aufforderung zur Mitgliedschaft erhalten, bevor sie sich mit der Frage an uns wenden, ob das denn rechtens sei.

Da es keine „freien Anbieter“ von Gruppen auf dem Markt gibt, stecken die Krankenkassen in einem Dilemma: Einerseits sind sie gegen die Zwangsmitgliedschaften. Andererseits können sie de facto nichts dagegen tun, da sie andernfalls selbst Angebote machen müssten.



„Im Vorgespräch wurde mir gesagt, ich müsse sowohl Mitglied werden wie auch jedes Mal 3 € Schrankbenutzungsgebühr zahlen, dies sei üblich und unabdingbar. Die Möglichkeit für kostenfreie Durchführung des (von der Krankenkasse bezahlten!) Sports wurde ausdrücklich verneint, eine Kopie der Formulare war nicht zu bekommen.“

## 2.10 Arzneimittel

### 2.10.1 Chemotherapie im MVZ eines Krankenhauses

Krebspatienten werden mit den für die Chemotherapie benötigten Zytostatikazubereitungen direkt über die Krankenhausapothek des anliegenden Krankenhauses versorgt. Eine weit entfernt liegende öffentliche Apotheke übernimmt lediglich die Abrechnungsmodalitäten.

Das bedeutet für alle Beteiligten kurze Wege – widerspricht

aber der geltenden Rechtslage. Die zuständige Rechtsaufsicht erhält davon Kenntnis und mahnt die Einhaltung der Vorgaben an.

Diese schreiben vor, dass Krankenhausapotheken keine ambulanten Patienten versorgen dürfen. Zwar gibt es für die Herstellung anwendungsfertiger Zytostatika Ausnahmeregelungen, aber dabei ist immer eine Apotheke außerhalb des klinischen Bereichs einzubinden. Der vorgeschriebene Ablauf ist also folgender: Für den Patienten wird ein Rezept ausgestellt. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) schickt das Rezept an die öffentliche Apotheke X. Diese beauftragt die Krankenhausapothek in der anliegenden Klinik mit der Herstellung des Arzneimittels. Das Medikament wird für den Patienten individuell hergestellt, an Apotheke X zurückgeschickt und dort nochmals überprüft. Diese wiederum sendet das Medikament zurück an das MVZ zur Verwendung am Patienten.

Liegen Arztpraxis und auswärtige Apotheke relativ dicht aneinander, ist dies nicht unbedingt ein Problem. Allerdings gibt es in Berlin nur 17 öffentliche Apotheken, bei denen die Voraussetzungen für die Herstellung von Zytostatika vorliegen (Stand 19.08.14). Dazu kommen neun Krankenhausapotheken. Zudem hat eine der großen Krankenkassen die Versorgung von Krebspatienten mit Zytostatika ausgeschrieben und nur mit wenigen Apotheken Verträge abgeschlossen.

Im genannten Fall müssen Patienten nun zwei Tage vor der eigentlichen Chemotherapie zusätzlich in der Praxis zur Blutbildkontrolle erscheinen. Anhand der Ergebnisse werden dann die Zytostatika bestellt. Die wiederholte Empfehlung der Rechtsaufsicht, eine näher gelegene Apotheke zu beauftragen, wurde ignoriert. Somit werden kurzfristige Therapieanpassungen am Tage der Behandlung und Sofortlieferungen erschwert.

## 2.10.2 Arzneimittelverschreibung nach Krankenhausaufenthalt

Da der Gesetzgeber dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschiedliche Vorgaben für die Verschreibung von Medikamenten macht, kommt es immer wieder zu Konflikten nach einem Krankenhausaufenthalt. Krankenhäuser dürfen alles verschreiben, was nicht untersagt ist, während Niedergelassene nur verschreiben dürfen, was vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Kassenleistung zugelassen wird. Krankenhäuser experimentieren deswegen mehr mit neuen Medikamenten, die Kassenärzte nicht verschreiben können. Wenn dann Patienten die Verordnung der Klinik beim Hausarzt vorlegen, verweigert dieser ggf. die Weiterverschreibung. Die Patienten haben Sorge, dass ihnen lebenswichtige Medikamente vorenthalten werden.

„Herr M. musste sich in diesem Jahr zweimal einer Stent-OP unterziehen. Während des Krankenhausaufenthaltes wurde ihm das Medikament Prasugrel (Efient) verordnet. Die Hausärztin und der behandelnde Kardiologe und Belegarzt schieben sich nun gegenseitig die Verantwortung für die Verschreibung der Arzneimittels zu – kein ausreichendes Budget, nicht zuständig etc. Herr M. berichtete, dass er dieses Medikament unbedingt benötige. „... sonst sterbe ich. Ich vertrage erwiesenermaßen die Alternativmedikamente nicht.“ Der Entlassungsbericht des Krankenhauses scheint dies zu bestätigen. Herr M. und seine Ehefrau machen sich nun nachvollziehbar große Sorgen, sind sehr verunsichert und wissen nicht, wie es weitergehen soll. Bei der Suche nach einem dauerhaft betreuenden

Internisten oder Kardiologen sind die beiden bisher nicht erfolgreich gewesen.“

### 2.11 Ärger mit Ämtern

Die Anliegen, die zu Erfahrungen mit staatlichen Einrichtungen an uns herangetragen werden, beziehen sich zu großen Teilen auf Antragsverfahren zur Anerkennung eines Behindertengrades beim Versorgungsamt. Dabei geht es um unzumutbar lange Bearbeitungszeiten von Anträgen, schwierige Erreichbarkeit bei Nachfragen, Kritik an Ablehnungen von Anträgen und an Entscheidungen auf Basis nach Aktenlage. Problematisch ist in der Korrespondenz mit dem Versorgungsamt, dass viele Schreiben und Bescheide im besten „Amtsdeutsch“ formuliert sind. Die komplizierte Rechtsmaterie ist für unkundige Bürger so kaum zu verstehen.

So ist die Besprechung bei der Patientenbeauftragten oft eine Art nachgehende Beratung zu Fragen, die eigentlich das Versorgungsamt klären erläutern müsste.

### 2.12 Nicht nur Beschwerden – Es gibt auch Lob

Bei aller Kritik am Gesundheitssystem gibt es immer wieder auch Lob für die vielen hart arbeitenden Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Sachbearbeiter in den Ämtern, Krankenkassen und andere Einrichtungen. Hier sind nur einige ausgewählte Beispiele, die dem Amt der Patientenbeauftragten mitgeteilt wurden:

„Das Vorgehen des Bundeswehrkrankenhauses am nächsten Tag lässt uns hoffen: Hier sind wir in kompetenten Händen. Es wird sofort ein MRT anberaumt,

was bisher – völlig unverständlich – keiner der behandelnden Ärzte getan hat.“

„Nachdem ich mein Hilfesuch absandte, nahm Herr G. vom Jobcenter Spandau sich meiner an. In einem persönlichen Gespräch ist er sehr geduldig, freundlich und vor allem menschlich mit mir meine Akten durchgegangen und wir konnten alles klären.“

„Meiner Bitte nach Unterstützung meines Antrages auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gegenüber der Techniker Krankenkasse wurde von dort kurzfristig und in engem persönlichem Kontakt mit mir entsprochen.“

„Nach vielen Stunden und sehr bemühten Untersuchungen von Frau Dr. S. (Anm. in der Rettungsstelle des HELIOS Klinikums Emil von Behring) konnten wir erleichtert mit unserer Tochter nach Hause gehen und danken für die fürsorgliche Behandlung.“

# 3. Schwerpunktthemen

## 3.1 Patientenrechte-Gesetz

Nach mehr als zehn Jahren Diskussion ist im Januar 2013 das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ in Kraft getreten. In den Diskussionsvorlauf war auch die Patientenbeauftragte für Berlin eingebunden: einmal als Ansprechpartnerin für das Land Berlin und zum anderen als Vertreterin der Patientenverbände auf Bundesebene<sup>8</sup>.

Immer wieder hatten Patienten-, Selbsthilfe- und Sozialverbände darauf gedrungen, einen formalen Rahmen zu schaffen, der das strukturelle Ungleichgewicht zwischen Patienten auf der einen Seite sowie Leistungs-, Kosten- und Rechtsträgern im Gesundheitswesen andererseits auszugleichen hilft.

Das Gesetz soll „Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringen“, heißt es in der Begründung. Bei denjenigen, die sich jahrelang für eine Verbesserung von Patientenrechten eingesetzt haben, ist die Freude über das Ergebnis allerdings geteilt. Es ist gut, dass Patienten sich bei der Wahrnehmung ihrer Rechte nun auf konkrete Paragraphen beziehen können – zum Beispiel bei Informationsrechten, der Akteneinsicht oder der Wahrung von Antragsfristen gegenüber den Kassen.

Aber das Gesetz bleibt erheblich hinter den Forderungen und Vorschlägen der Verbände und sogar hinter den Eckpunkten der Regierungskoalition zu Beginn deren Amtszeit zurück. Die Kompromisslinien, auf die sich die Ressorts Justiz und Gesundheit sowie die damalige Koalition geeinigt haben, werden von der Fachöffentlichkeit als unzulänglich bewertet. Betroffenenverbände sind nur deshalb froh über das Gesetz, weil damit die

Basis für eine Weiterentwicklung in der nächsten Legislaturperiode geschaffen ist.

Kritiker aus den Patientenverbänden bemängeln, dass das Gesetz zwar zentrale Regelungsfelder benennt, aber letztlich nicht wesentlich über die bestehende Rechtsprechung hinausgeht. Von einer Erweiterung der Rechte von Patienten kann daher keine Rede sein. Es besteht zudem die Sorge, dass die oberste Rechtsprechung durch die Kodifizierung des Bestehenden in ihrer Möglichkeiten weniger flexibel sein kann und damit sogar faktisch eingeschränkt wird. Für wichtige Felder besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Dazu gehört zum Beispiel die Rolle von Patienten in Behandlungsfehler-Verfahren und die entscheidende Frage der Beweislastumkehr. Das Gesetz bietet keine Hilfe, wenn Patienten zwar einen Schaden belegen und ein ärztliches Fehlverhalten beweisen können, ihnen aber die Möglichkeiten fehlen, den ursächlichen Zusammenhang zu beweisen, beziehungsweise einen langen Prozess durchzustehen. Wenn Patienten ein ärztliches Fehlverhalten belegen können, sollten die Behandler nachweisen müssen, dass dieses keine Gesundheitsschädigung nach sich gezogen hat. Durch die Einführung einer Proportionalhaftung und unabhängiger Gutachterpools hätte der Gesetzgeber hier mehr Gleichgewicht schaffen können. Obwohl selbst Experten aus der CDU/CSU die Diskussion wesentlich weiter führen wollten und sich beispielsweise alle Patientenbeauftragten für die Einführung eines Entschädigungsfonds ausgesprochen haben, der wenigstens Härtefälle hätte aufgreifen können, hat die Koalition nicht einmal die Möglichkeit genutzt, die Diskussion über mögliche Modelle auf der Tagesordnung zu lassen.

Erhebliche Kritik gibt es darüber hinaus daran, dass das Gesetz die Verbraucher- und Kundenrechte von Patienten, die in einer mehr und mehr marktwirtschaftlich gestalteten Gesundheits-

<sup>8</sup> Anhörungen im Bundesministerium für Justiz, Stellungnahmen zum Gesetzentwurf, Stellungnahmen zur Diskussion im Bundesrat

versorgung immer wichtiger werden, nicht genügend stärkt. Hier sind vor allem die individuellen Gesundheitsleistungen zu nennen. Der Nutzen dieser von Ärzten teils massiv beworbenen und von Patienten aus eigener Tasche zu zahlenden Leistungen ist umstritten. Patienten- und Verbraucherverbände beklagen, dass das Gesetz keinen angemessenen Schutz vor unnötiger Behandlung und finanzieller Übervorteilung bietet. Sonst übliche Vertragsrechte – Schriftform, Bedenkzeit, wirtschaftliche Aufklärung – fehlen dazu im Gesetz völlig. Der Änderungsbedarf ist also erheblich.

Mit dem vorliegenden Patientenrechte-Gesetz ist die Debatte um das nächste Gesetz eröffnet. Die Patientenverbände werden sich nachdrücklich einbringen. Zu den Schwerpunkten für eine Weiterentwicklung des Gesetzes gehört deswegen **die Einführung eines Härtefall-Fonds**.

Ein solcher Fonds ist deshalb besonders wichtig, weil es immer wieder vorkommt, dass zwar nachweislich ein Schaden in einer medizinischen Behandlung eingetreten ist, die Patienten aber den Nachweis nicht erbringen können, dass der Eingriff oder die Behandlung ursächlich für den Schaden war. Um soziale Härten auszugleichen, könnte ein Fonds in begrenztem Umfang Ausgleich schaffen, ohne damit mögliche weitere haftungsrechtliche Schritte und Entscheidungen zu beeinflussen. (Sollte eine Versicherung schließlich doch zahlen müssen, könnten die Mittel zurückfließen.) Obwohl auch und gerade Experten aus der CDU/CSU die Diskussion um einen Fonds für Härtefälle nach Behandlungsfehlern wesentlich weiter führen wollten und sich z.B. die Patientenbeauftragten des Bundes und der Länder (die schon ein solches Amt haben) für die Einführung eines Entschädigungsfonds ausgesprochen haben, nutzt die jetzige Regelung noch nicht einmal die Möglichkeit, die Diskussi-

on über mögliche Modelle auf der Tagesordnung zu lassen. Deshalb setzt sich die Patientenbeauftragte vor allem dafür ein, dass zunächst eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Vorschlägen möglicher Regelungen für einen Härtefall-Fonds gebildet wird. Bayern hatte die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die die Grundzüge für den Härtefallfonds erarbeiten soll, schon in die Gesetzgebungsverhandlungen mit eingebracht. (Antrag Bundesrat 576. G/ TOP 3/BY 3). Ein weiterer wichtiger Punkt ist die routinemäßige Aushändigung einer Patientenquittung, die nach § 305 Abs. 2 SGB V bereits jetzt auf Verlangen ausgestellt wird. Heute wird eher von „Patienteninformation oder Patientenbrief“ gesprochen. Die Vorgabe zur regelhaften Aushändigung von schriftlichen Informationen an Patienten über Diagnose, Therapieempfehlung und Medikation sollte in das Gesetz aufgenommen werden.<sup>9</sup>

Was fehlt außerdem in der vorliegenden Fassung des Gesetzes und wo besteht Nachbesserungsbedarf?

### **Beweislasterleichterungen**

Zur weiteren Diskussion gehört z.B. die Rolle von Patienten in Verfahren über Behandlungsfehler und die entscheidende Frage der Beweislastumkehr. Für die zum Teil massiven Ungerechtigkeiten, die entstehen, wenn Patienten zwar einen Schaden belegen und ein ärztliches Fehlverhalten beweisen können, ihnen aber die Möglichkeiten fehlen, die Beweise für die Ursächlichkeit zwischen vermutetem Fehler und Schaden zu belegen bzw. einen langen Prozess vor Gericht durchzustehen, bietet das Gesetz keine Hilfe. In der vorliegenden Fassung ist eine Beweislastumkehr nur bei grobem Behandlungsfehler möglich. Da aber der grobe Behandlungsfehler zu wenig definiert und eingegrenzt ist,

<sup>9</sup> Siehe dazu Punkt 2.4.1 (Patientenrechte)

bietet die jetzige Regelung Patienten keine Verbesserung. Insbesondere dann, wenn es Patienten gelungen ist, ein ärztliches Fehlverhalten zu beweisen, müssten die Behandelnden (und nicht die Patienten) nachweisen, dass sich dieses Fehlverhalten nicht gesundheitsschädigend ausgewirkt hat. Zu überlegen wären Modelle für die Einführung einer Proportionalhaftung. Auch mit unabhängigen Gutachterpools hätte hier mehr Gleichgewicht geschaffen werden können.

### **Rechtslage bei einem Behandlungsfehler**

Laut Patientenrechtegesetz muss der Arzt, der falsch behandelt hat, nur auf Nachfrage darüber informieren oder wenn Folgeschäden aufgrund des Fehlers zu erwarten sind. Hier wäre eine patientenfreundlichere Regelung dringend erforderlich, denn das Wissen über mögliche Fehler liegt auf der Seiten der Ärzte.

### **Stärkung der Verbraucherrechte von Patienten**

Ein wichtiger Punkt zur Weiterentwicklung ist die Tatsache, dass das Gesetz die Verbraucher- und Kundenrechte von Patienten nicht genügend stärkt. Hier ist vor allem der Bereich

der Individuellen Gesundheitsleistungen zu nennen. Patienten- und Verbraucherverbände beklagen, dass das Gesetz keinen angemessenen Schutz vor unnötiger Behandlung und finanzieller Übervorteilung bietet. Sonst übliche Vertragsrechte – Schriftform, Bedenkzeit, wirtschaftliche Aufklärung – fehlen im vorliegenden Gesetz völlig und sollten ergänzt werden.

### **Einsicht in Patientenakten**

Für eine Partnerschaft im Behandlungsgeschehen ist es immer dann bedeutsam, wenn kritische Fragen oder Probleme zu klären sind, die Einsicht in die Behandlungsdokumentation erfordern. Das verabschiedete Gesetz regelt in § 630 g BGB nun die Einsichtnahme in die Patientenakte. Darin heißt es „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.“ Mit dieser Fassung sind die Einsichtsrechte von Patienten gegenüber der alten Regelung sogar verschlechtert worden. Denn bisher konnte nur der Bereich der psycho-therapeutischen und psychiatrischen Versorgung therapeutische Bedenken gegen die Aushändigung geltend machen. Hier sehen Patientenverbände einen dringenden Nachbesserungsbedarf. Zudem drohen bei Verweigerung der Akteneinsicht oder bei falscher Dokumentation keine Sanktionen. Der Vorbehalt der therapeutischen Bedenken sollte aus dem Recht auf Einsichtnahme in die Patientendokumentation daher wieder gestrichen werden. Bei der Verweigerung oder erheblichen Verzögerung von Einsichtsrechten durch Ärzte oder Kliniken sollten Sanktionen verfügbar sein.

### **Barrierefreiheit**

Eine immer älter werdende Gesellschaft bedeutet, dass Ältere durch eine zum Glück längere Lebenserwartung in ihrem letzten Lebensabschnitt auch zu Menschen mit Behinderung



werden (Hör-, Seh- oder Gehbeeinträchtigungen werden für viele zu Alltagsbegleitern). Neben den ohnehin bestehenden Verpflichtungen aus der UN Behindertenrechtskonvention besteht daher die Notwendigkeit, dem Thema Barrierefreiheit in der Behandlungssituation mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der Konvention hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz als Maßnahme insbesondere zur Umsetzung von Art. 25 und 26 der Konvention ausgewiesen. Die Vorgaben reichen aber nach Ansicht der Betroffenenverbände bei weitem nicht aus. Notwendig sind ergänzende Regelungen zur Sicherstellung einer barrierefreien medizinischen Versorgung auch in den Rechten für Patienten. Zwei weitere Themen werden von Patientenverbände eingefordert, die sogar von CDU-Ländern, insbesondere Bayern, schon in der Gesetzgebung vorgetragen worden waren:

#### **Stärkung der Patientenberatung**

Erhöhung der Fördersumme für die Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) nach § 65 b SGB V. Angesichts der vielfältigen Veränderungen im Bereich des Gesundheitswesens wird eine unabhängige Beratung immer wichtiger. Es zeigt sich, dass die Kapazitäten der UPD für die Fülle der Anfragen absolut nicht ausreichend sind.

#### **Patientenbeteiligung**

Erweiterung des § 140f SGB V (Patientenbeteiligungsverordnung) um ein Stimmrecht in Verfahrensfragen für die Patientenorganisationen. Ausdrücklich ist hier keine Entscheidungsbefugnis für medizinische Fachfragen angedacht. Es geht ausschließlich um Verfahrensfragen. Auch hier hatten wir für Berlin die Mit Antragstellung empfohlen.

## **3.2 Thema Pflege – neue Aufgabe der Patientenbeauftragten**

Patientenanliegen spiegeln das gesamte Versorgungsspektrum im Gesundheitswesen. Je älter eine Gesellschaft wird, umso mehr häufen sich die Schnittstellen auch zur pflegerischen Versorgung. Patienten wechseln vom Krankenhaus ins Pflegeheim, brauchen auch dort medizinische Versorgung und haben ähnliche Probleme mit Heil- und Hilfsmitteln wie jüngere Patienten auch. Insofern macht es Sinn, die beiden Themenfelder der Aufmerksamkeit einer öffentlichen Anlaufstelle anzuvertrauen. Das ist, wie bereits beschrieben, beim Amt der Patientenbeauftragten für Berlin geschehen.

### **3.2.1 Kooperationsverbund Pflegebeschwerden**

Mit der Neudefinition des Aufgabenfeldes für die Patientenbeauftragten galt es zu klären, welche besondere Rolle das Amt im Rahmen der bestehenden Strukturen übernehmen kann. Berlin verfügt über ein gut eingespieltes Netz an Akteuren, die Beschwerden von Betroffenen zum Themenbereich pflegerische Versorgung aufgreifen. Von der Heimaufsicht, den Anlaufstellen bei den Pflegekassen über den MDK bis hin zur Beratungsstelle „Pflege in Not“ oder den Pflegestützpunkten können Ratsuchende und Beschwerdeführer verschiedene Stellen ansprechen.<sup>10</sup>

Die Aufgabenerweiterung der Patientenbeauftragten zur Pflegebeauftragten konnte also vor allem auch dadurch sinnvoll gestaltet werden, weil dieses Netz lebendig gehalten wird und eine Abstimmungsebene zwischen diesen Akteuren gefunden wurde, um Doppelangebote zu vermeiden. Das dafür im Frühjahr 2012 gegründete Arbeitsforum „Kooperationsverbund Pflegebeschwerden“ schafft kurze Wege und eine wechselseiti-

---

<sup>10</sup> Siehe dazu auch Punkt 2.8 (Patientenanliegen im Bereich Pflege)

ge Unterstützung bei der Bearbeitung von Anliegen der Betroffenen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist groß. Mit Hilfe einer Übersicht zu allen relevanten Angaben und Zuständigkeiten gelingt die Kommunikation untereinander hervorragend.

### 3.2.2 Pflegewohngemeinschaften

Berlin ist ein Zentrum der neuen Versorgungsform „Pflegewohngemeinschaften“. Die Stärkung der Idee selbstbestimmter Wohnformen im Alter ist ein Schwerpunktthema der Berliner Politik der letzten Jahre. Dies auch in der Arbeit der Patientenbeauftragten aufzugreifen, lag daher nahe.

Viele Menschen wollen so lange wie möglich in der eigenen vertrauten Umgebung bleiben. Die meisten Menschen wollen nicht in ein Pflegeheim. Also suchen sie und ihre Familien nach alternativen Betreuungsformen und nach Möglichkeiten für ein individuelles „Wohnen im Alter“. Wohngemeinschaften versprechen selbstbestimmte Lebens- und Betreuungsformen. In Berlin gibt es derzeit um die 900 Pflege-Wohngemeinschaften mit ca. 6.000 Plätzen. Seit den 1990er Jahren wächst ihre Zahl erstaunlich schnell. Sie bieten einen überschaubaren Lebensrahmen und sind als private Wohnform mit ambulanter pflegerischer Versorgung konzipiert. Jeder Pflegebedürftige kann dieses Modell nutzen und er und die Angehörigen können damit die eigenen Anforderungen an diese Lebensform mitgestalten. Pflege-Wohngemeinschaften werden zu einem großen Anteil von Menschen mit einer Demenz genutzt. Wohngemeinschaften entwickeln sich daher zu einer besonderen Versorgungsform für Menschen mit Demenz.

Für die Politik stellt sich also die Frage, wie die Idee der selbstbestimmten Wohnform mit der Realität einer Angebotsform durch Pflegedienste ohne aktive Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen weiterentwickelt werden kann.

Dieses Thema war auch Gegenstand des ersten Dialogforums. Weitere Informationen dazu finden Sie unter Punkt 3.4.1.

## 3.3 Ärztliche Bedarfsplanung

### 3.3.1 Patientenanliegen zur ärztlichen Versorgung

Wartezeiten und die Erreichbarkeit niedergelassener Ärzte und Ärztinnen in bestimmten Berliner Bezirken sind Dauerthemen in der Arbeit der Patientenbeauftragten. Beschwerden über längere Wartezeiten auf (Fach-)Arzttermine für GKV-Versicherte, mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen oder die Abweisung neuer Patienten in bestimmten Praxen sind immer wieder Gegenstand der Beratung. Patienten und Versicherte benennen als subjektive Erfahrung, dass sich die ärztliche Versorgung in manchen Bezirken Berlins verschlechtert.

„In Marzahn finden wir keinen Hausarzt mehr, der neue Patienten annimmt.“

„Ich muss in Lichtenberg auf einen Augenarzttermin drei Monate warten.“

„Bei der Bitte um einen Termin beim Orthopäden in Neukölln wurde ich zuerst nach meiner Krankenkasse gefragt. Als ich sagte, dass ich gesetzlich versichert bin, wurde mir ein Vorschlag in zwei Monaten gemacht. Als mein Mann später nochmals anrief und so tat, als sei er privat versichert, bekam er in der nächsten Woche einen. Das ist doch kriminell...“

Bei dem Versuch, die Versorgungserfahrungen mit den formalen rechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der



ärztlichen Bedarfsplanung in Übereinstimmung zu bringen, stößt man schnell auf den Widerspruch zwischen erlebter Unterversorgung vor allem in den sozial schlechter gestellten Bezirken einerseits und fehlenden Möglichkeiten, diese mit den vorhandenen Steuerungsinstrumenten zu ändern andererseits.

Die Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie definieren Unterversorgung starr und streng: Erst wenn 50 Prozent der Fachärzte fehlen und die Zahl der Hausärzte 75 Prozent unter der Richtgröße liegt, spricht die offizielle Planung von Unterversorgung.

#### **Indikatoren für erlebte Unterversorgung aus Patientensicht sind dagegen:**

- lange Wartezeiten auf einen (Fach)-Arzttermin
- Praxen, die Patienten wegen Auslastung der Sprechzeiten oder einer zu hohen Zahl von Patienten in der Praxis nicht annehmen oder
- Praxen, die Patienten gegen Ende des Quartals abweisen und auf das kommende Quartal „vertrösten“
- Hausärzte, die trotz der gesetzlichen Vorgabe keine Hausbesuche machen.

Die Tatsache, dass die große Koalition auf Bundesebene 2013 dieses Thema in einer gesetzlichen Regelung zur schnellen Vergabe von Facharztterminen aufgreift, macht deutlich, dass es sich nicht nur um subjektive Einzelmeinungen handelt.

### **3.3.2 Pilot-Studie zur Befragung von Versicherten zur Bedarfsplanung**

**Was sagen Patienten zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte?** Betroffene verstehen bei wiederholten Erfahrungen von langen Wartezeiten und Abweisungen in Praxen nicht, warum



„die Politik“ hier nichts machen kann. Sie haben Sorge, in dringenden Fällen keine Hilfe zu finden.

Tatsächlich ist die Steuerung der Zulassung von Ärzten und ihre „gerechte“ Verteilung über die Bezirke rechtlich auch kein einfaches Terrain. Der Gesetzgeber überlässt es vor allem dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Rahmenvorgaben zu setzen und der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in den Ländern, Zulassungen zu regeln. In den Bestimmungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie gibt es jedoch keine Elemente, die auch die reale Patientenerfahrung als möglichen Parameter für eine differenzierte Zulassungsentscheidung mit einbeziehen. Die Frage, wie Patienten selbst ihre Versorgungssituation sehen, spielt bisher faktisch keine Rolle.

Im Zusammenhang mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Bundesebene haben die Patientenverbände 2013 einen eigenen Vorschlag zur Neuberechnung der Vorgaben gemacht, die bisher vor allem aus Verhältniszahlen von Einwohnern und Arztsitzen bestand. Will man sich aus Patientenperspektive an der Diskussion um eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung beteiligen, sind Informationen und Instrumente auch für die Patientenbefragung erforderlich.

Folgerichtig wurde darüber diskutiert, dass die Sicht derjenigen, um die es eigentlich geht, überhaupt erst einmal erfasst werden muss. Es geht um die direkte Erhebung der Erfahrungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Die zu klärende Frage lautet also: „Wie kann die Versorgungsrealität und der medizinische Bedarf durch Befragungen von Versicherten und Patienten ermittelt werden und ein Instrument zur Bevölkerungs- und Patientenbefragungen im Kontext der Bedarfsplanung sinnvoll eingesetzt werden?“

Gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Sozialforschungsinstitut IGES hat die Patientenbeauftragte für Berlin einen Fragenkatalog entwickelt, der diese Lücke schließen soll. Mit einer eigenständigen Befragung der Versicherten sollte die Bedarfsplanung um eine patientenorientierte Komponente erweitert werden.

Der Fragebogen will Begriffe operationalisieren und klären, welche Relevanz diese Aspekte für die Patienten bei der Suche nach ärztlicher Versorgung haben:

- Zugänglichkeit und Verfügbarkeit (z. B. Öffnungszeiten)
- Erreichbarkeit (z. B. Entfernung, Anbindung)
- Wahlmöglichkeiten (Alternative zum aktuellen Arzt erreichbar?)
- Versorgungsstufen (Versorgung auf bedarfsgerechter Versorgungsstufe?).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Das Befragungsinstrument recurriert dabei auf Begrifflichkeiten, die z. B. im zuständigen UN Kontrollausschuss des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte formuliert wurden. Definiert werden dort Kernbestandteile des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit und Aspekte, die gerade auch für chronisch kranke und behinderte Menschen von Bedeutung sind und in der Behindertenrechtskonvention aufgegriffen wurden.

Für den Bereich der Bedarfsplanung dürften vor allem die ersten beiden Kategorien „Verfügbarkeit“ und „Zugänglichkeit“ von Bedeutung sein. Da Berlin sich mit dem gravierenden Gefälle in der ärztlichen Versorgung zwischen strukturschwachen und starken Bezirken gut als Ort der Pilotstudie eignet, bot sich eine Vergleichsbefragung von Versicherten und Patienten z. B. in Treptow-Köpenick mit Charlottenburg-Wilmersdorf an.

Diese Berliner Bezirke wurden ausgewählt, weil bekannt ist, dass sie – zumindest in einigen ärztlichen Fachgebieten – ein unterschiedlich dichtes Versorgungsangebot aufweisen. So ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2011 im Rahmen einer eigenen Untersuchung zu dem Schluss gekommen, dass der Bezirk Köpenick „keine sehr dichte Versorgung mit Ärzten vorzuweisen hat“ (KV-Blatt 11-2011, S. 12-18). Der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf weist demgegenüber eine sehr hohe Vertragsärztdichte auf. Die Befragung wurde im Jahr 2012 in diesen beiden Bezirken durchgeführt.

Nach Rücksprache mit den Gesundheitsstadträten und deren Unterstützung wurden jeweils 1000 Adressen für eine repräsentative Stichprobe bei den Meldeämtern ausgewählt und die Haushalte in einem Verfahren befragt, das deren Anonymität wahrt. Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unterstützte das Vorhaben und übernahm die Kosten für die Feldarbeit (Gebühren für die Bereitstellung der Adressdaten aus dem Melderegister, Druck und Versand der Fragebögen, Erfassung der Daten von den Papierbelegen).

Berlin konnte sich stärker in die Debatte um neue Steuerungskonzepte der Bedarfsplanung einbringen und sein Engagement auf Bundesebene zur Stärkung der Patientenrechte unterstreichen. Das Ergebnis könnte auch die Ergebnisse des Verbrauchermonitors zum Bedarf an Patienteninformation ergänzen.

### **Ergebnisse der Befragung**

Das Ergebnis der Studie bestärkte die seit langem vermutete Einschätzung vieler Patienten: Die Erreichbarkeit von Hausärzten ist in beiden Bezirken gleich gut, jedoch sind in Köpenick längere Wege zu Fachärzten notwendig und werden in Kauf genommen.

Das Warten auf Termine und in Wartezimmern ist sowohl für Haus-, als auch für Fachärzte in Köpenick länger als in Charlottenburg-Wilmersdorf. Insgesamt sind die Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten länger als bei Hausärzten.

Sowohl Hausarzt- als auch Facharztpraxen werden in Köpenick häufiger als überfüllt empfunden. Der Unterschied ist besonders hoch für Hausarztpraxen, da Facharztpraxen auch in Charlottenburg-Wilmersdorf eher als „überfüllt“ erlebt werden.

In Köpenick würden mehr Patienten ihren Arzt gern wechseln, tun dies aber nicht aufgrund mangelnder Alternativen in erreichbarer Nähe. Dies trifft besonders auf Fachärzte zu, für die ohnehin in Köpenick bereits eine längere Anreise in Kauf genommen wird.

### **3.4 Gemeinsames Landesgremium**

Da die Politik und damit auch die Patientenbeauftragte kaum formale<sup>12</sup> Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Zulassungsentscheidungen für Ärzte haben, bestanden große Erwartungen an die Bundesgesetzgebung, hier Änderungen und mehr Mitsprachemöglichkeiten für die örtliche Ebene zu schaffen. Zum Januar 2013 trat die neu gefasste Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf der Basis des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes<sup>13</sup> in Kraft.

<sup>12</sup> Das ist letztlich allein Sache der ärztlichen Selbstverwaltung

<sup>13</sup> GKV-VstG, Art. 1, Nr. 34 bis Nr. 37

Das Gesetz und die Richtlinie räumen den Ländern ein Mitspracherecht ein, das bisher nicht bestand. Das hat auch die Diskussion in Berlin belebt.

Eine wichtige Plattform für diese Diskussion bildet das neu gegründete Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, das auf einer landesgesetzlichen Basis als Gremium eingesetzt wurde. Seine Aufgabe ist es, der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zu geben. In diesem Gremium ist die Patientenbeteiligung mit Beratungskompetenz vorgesehen.

Die Erwartungen an eine mögliche Neuausrichtung der Planung und dann auch der Verteilung von Arztsitzen war auf der Patientenbank groß. Faktisch muss sich die Wirksamkeit des Gremiums aber noch erweisen. Schwerpunkt der ersten Arbeitsphase war die Neuformulierung von Indikatoren, die kleinräumiger (Bezirke als Planungsräume betrachtet und nicht Berlin als gesamten Planungsraum) und mehr an sozialen Faktoren orientiert sein sollten.

#### **3.4.1 Patientenanliegen an das Gemeinsame Landesgremium – Vorschläge zur Weiterentwicklung des Berliner Bedarfsplans**

Die Patientenbeauftragte und die Verbände zur Vertretung der Patienteninteressen hatten sich dafür eingesetzt, möglichst schnell mit einer Weiterentwicklung des Bedarfsplans 2013 zu beginnen. Dieser war leider, ohne die Debatte im neuen Landesgremium abzuwarten, sehr kurzfristig Anfang 2013 von der Selbstverwaltung verabschiedet worden und hat zunächst für mehrere Jahre Gültigkeit. Um den Diskurs deutlich zu machen, werden im Folgenden die Positionen der Patientenseite dargestellt:

### **Wechsel von der Angebots- zur Bedarfsplanung gefordert**

Patientenverbände fordern einen Wechsel von der eher angebotssteuernden Planung mit den aktuellen Verhältniszahlen von Ärzten und Einwohnern zu einer tatsächlichen Planung am Bedarf. Eine solche „echte“ Bedarfsplanung muss mit Indikatoren arbeiten, die die Erfordernisse für ärztliche Versorgung der Patienten an demographische, epidemiologische und sozialstrukturelle Kriterien bindet.<sup>14</sup>

### **Indikationsbezogene kleinräumige Bedarfsplanung notwendig**

Eine Versorgungsplanung, die sich am Bedarf der Bevölkerung insbesondere unterschiedlicher Patientengruppen orientiert, muss auf einem Konzept aufbauen, das Steuerungsentscheidungen nachvollziehbar begründen kann. Eine konzeptionelle Neuorientierung muss folgende Aspekte mit einbeziehen:

- Bevölkerungs- und Sozialstruktur
- Angaben zur Krankheits-, „last“ – Morbidität
- Angaben zur tatsächlichen Auslastung und Inanspruchnahme von Arztpraxen
- Wanderungsbewegungen von Patienten innerhalb Berlins sowie zur Mitversorgung des Umlands.

### **Besonderer Schwerpunkt auf hausärztlicher Versorgung**

Aus Patientensicht ist eine Schwerpunktsetzung bei der hausärztlichen Versorgung als „ersten Schritt“ für die Weiterentwicklung dringend geboten. Hausärzte bilden den Kern der ärztlichen Versorgung. Sie sind die zentralen Mittler zu

Fachärzten und bilden die Basis für eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung.

### **Verbindliche Zahlen für eine regionalisierte Planung**

Aus Sicht der Patientenverbände wäre die Einbeziehung von Daten notwendig, die durch die Selbstverwaltungspartner (insbesondere die KV Berlin) dem Gemeinsamen Landesgremium zeitnah und regelhaft für eine verbindliche Planung zur Verfügung zu stellen sind:

- **Arztgruppen nach Bezirken** oder Stadtteilen (als Vollzeit-äquivalente), einschließlich Angaben für die letzten Jahre, um Veränderungen erkennen zu können
- Übersicht zu (abgerechneten) **Diagnosen** nach PLZ **der Patienten** (personenbezogen) für definierte Zeiträume
- Angaben zu den **Wanderungsbewegungen der Patienten zwischen den Bezirken**
- Angaben zu den **Wanderungsbewegungen der Ärzte nach Fachgruppen und Bezirken** für die letzten fünf Jahre
- Angaben zum **Umfang der Umlandversorgung**
- Angaben zur **Regelauslastung der Arztpraxen** und Angaben zur **Krankenhausversorgung und sonstiger medizinischer Versorgung**

### **Gute Erreichbarkeit und Verlegung von Praxen**

Im Bedarfsplan 2013 wird darauf Bezug genommen, dass Praxisverlegungen zwar zu Wanderungsbewegungen geführt haben, aber noch von einem ausgewogenen Versorgungsangebot ausgegangen werden kann.

Die Patientenverbände gehen davon aus, dass eine differenzierte sozialindikative Planung hier zu einer anderen Einschätzung kommen würde, die deshalb zeitnah eingefordert wird. Die Patientenvertretung erwartet in diesem Punkt, dass nicht nur die Arztstühle erfasst werden, sondern auch deren tatsäch-

<sup>14</sup> Die Patientenverbände auf Bundesebene haben mit einem eigenen Gutachten dargelegt, dass eine Ausrichtung der Verhältniszahlen an bedarfsorientierten Faktoren wissenschaftlich und praktisch möglich ist. Ähnlich wie der Vorschlag, den der Berliner Senator für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit Prof. Meinschmidt und Dr. Bettge für die Gesundheitsberichterstattung des Landes vorgelegt hat, muss es darum gehen, auf Basis empirischer Evidenz Einflüsse anhand des regionalen Versorgungsbedarfs zu definieren.

liche Verfügbarkeit für Patienten (Arbeitszeiten, Fallzahlen, faktische Praxisöffnung).

Die These, dass Ärzte auch in eher abgelegenen Bereichen durch gute Verkehrsanbindung in der Metropole Berlin in angemessener Zeit und mit vertretbarem Aufwand für alle Versicherten der GKV erreichbar sind, wird von den aktuellen Bürgerbefragungen in benachteiligten Bezirken in Frage gestellt.

Dieser Punkt verweist außerdem darauf, dass Bürger- und Versichertenbefragungen zur erlebten Versorgung unbedingt fester Bestandteil einer zukunftsorientierten Bedarfsplanung sein sollten.

### **Barrierefreie Arztpraxen**

Im Bedarfsplan fehlt jeder Hinweis auf eine Anpassung der ärztlichen Versorgung an aktuelle Standards der Barrierefreiheit. Die Patientenvertretung setzt sich dafür ein, dass die Bedarfspläne zukünftig transparente Angaben zum angestrebten Anteil je Arztgruppe sowie zur Anzahl der bereits tatsächlich barrierefrei erreichbaren Praxen enthalten.

### **3.4.2 ‚Letter of Intent‘ – Weiterentwicklung notwendig**

Im Oktober 2013 hat eine Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Landesgremiums einen Vorschlag vorgelegt, der für die Fachgruppen Haus- und Kinderärzte aus sozialen Indikatoren Verteilungsvorschläge für die Zulassungsgremien für Ärzte macht. In dieser Vorlage, die „Letter of Intent“, also Absichtserklärung genannt wurde, wird der Versuch unternommen, den Zulassungsausschüssen Kriterien an die Hand zu geben. Diese könnten zu einer Veränderung der Verteilung in einzelnen Bezirken führen. Ob das tatsächlich auf der Basis einer reinen Empfehlung möglich ist, wurde von der Patientenvertretung im Gre-

mium bezweifelt, wiewohl in der Einigung auch eine Chance gesehen wird.

Die Absichtserklärung der wichtigen Partner in der ärztlichen Versorgungsplanung ist zunächst insofern positiv zu bewerten, als mit diesem Vorgehen eingeräumt wird, dass Berlin nicht als ein Versorgungsbereich beplant werden kann und die Notwendigkeit besteht, den Blick auf kleinere Einheiten – hier die Bezirke – zu richten. Chancen bietet diese Entwicklung aber vor allem deswegen, weil von den Beteiligten erstmalig die Bedeutung sozialer Kriterien formal anerkannt und ihre Berücksichtigung für die Planung operationalisiert wird. Damit wird in Berlin als erstem Bundesland eine der wichtigsten Forderungen der Patientenvertretung aus der Debatte um die Neufassung der Bedarfsplanung aufgegriffen.

Die Patientenvertretung begrüßt auch, dass sich die Partner darauf verständigt haben, die Verteilungsvorgaben nach einem passenden Modell für einen Sozialindex für weitere Facharztgruppen vorzunehmen und die Auswirkungen in den nächsten zwei Jahren zu evaluieren. Diese klare Vorgabe wird ausdrücklich begrüßt.

### **Kleine Schritte auf einem langen Weg**

Bei der Bewertung der Vorschläge ist aber zu bedauern, dass mit diesem Verfahren, der kleinste gemeinsame Nenner konsentiert wurde und die Empfehlungen formal wenig abgesichert sind. Die Verbindlichkeit dieses ‚Letter of Intent‘ ist unklar, auch wenn das Landesgremium sich den Empfehlungen anschließt.

Mit diesem Vorgehen wird eben keine Entscheidung getroffen, den Bedarfsplan zu ändern und dort eine Festlegung für eine bezirksorientierte Planung zu treffen (Bezirke als Planungsgröße). Der Bedarfsplan bleibt in der gültigen Fassung unange-

tastet. Insofern besteht die Sorge, die Vorgehensweise könnte sich als Umgehung oder Verzögerung einer baldigen Anpassung des Bedarfsplans an eine kleinräumige Planung erweisen.

### **Umsteuern auch bei den Fachärzten**

Nicht ganz ersichtlich ist, warum die Berechnung einer neuen Verteilungsvorgabe mit Sozialindex zunächst nur für zwei Arztgruppen erfolgt ist. Auch Augenärzte und Orthopäden sind – um nur zwei Beispiele zu nennen – für die alltagsnahe Versorgung von Bedeutung. Bisher wurde für die Fachärzte nur der sogenannte demographische Faktor berücksichtigt, der die unterschiedliche Altersstruktur in den Bezirken als Variable einbezieht. Die Patientenvertretung setzt sich daher dafür ein, möglichst schnell auch die veränderten Vorgaben für eine fachärztliche Versorgungssteuerung vorzulegen.

### **3.4.3 Arztsitze im ‚Haus der Gesundheit‘**

Im Gemeinsamen Landesgremium haben die zentralen Partner mit dem „Letter of Intent“ einen Weg für die ärztliche Bedarfsplanung vorgeschlagen, nach dem Berlin nach Bezirken betrachtet werden soll. Kleinere Einheiten, wie von Bürgerforen und Patienten gefordert, sollten nicht als Planungsgrundlage gelten. Für die Bezirke soll der Zulassungsbedarf für Arztsitze versuchsweise nach sozialen Indikatoren betrachtet werden.

Eine kleinräumigere Betrachtung kann aber sinnvoll sein. Dies hat die Diskussion um die Arztsitze im Haus der Gesundheit in Mitte gezeigt. Schon kurz nach der Entscheidung des Trägers des Versorgungszentrums, die 17 Arztsitze an der Karl-Marx-Allee nach Marzahn an das UKB zu verkaufen, haben sich Patienten an das Büro der Patientenbeauftragten gewandt und darum gebeten, sie darin zu unterstützen, den Verlust wohnortnaher Versorgung zu verhindern. Ihr Ziel war vor allem, die vertrauten Arztbeziehungen zu erhalten und die für die

überwiegend alten Menschen wichtigen kurzen Wege zu erhalten. Da nach den gültigen Kriterien der ärztlichen Bedarfsplanung der Bezirk Mitte ausreichend Arztsitze hat, Marzahn dagegen schlechter gestellt ist, war die Aussicht, gegen eine Verlegung zu argumentieren, schwierig. Erst das gemeinsame Engagement von Bezirksbürgermeister Hanke, Gesundheitssenator Czaja, der Kassen und der KV Berlin haben zu einem Kompromiss geführt, wonach ein Teil der Arztsitze vom St. Hedwig-Krankenhaus als MVZ am Standort übernommen wird.

Bei der Argumentation spielte vor allem die Tatsache eine Rolle, dass in einem dezidierten Gutachten (der Beuth Hochschule<sup>15</sup>) für die demographisch korrigierten Versorgungsgrade bei Haus- und Fachärzten gezeigt werden konnte, dass es in kleineren Planungseinheiten zu signifikanten Unterversorgungen kommen kann. Das Anliegen der Patienten, den besonderen Erfordernissen alter Menschen gerecht zu werden, konnte also mit Zahlen unterlegt werden.

Die Forscher haben die zwei Standorte kleinräumig untersucht und verglichen. Die bisherigen Bezugsebenen Bezirksregion oder Prognoseraum seien viel zu groß und nicht geeignet. Für die zumeist alten Bewohner rund um die Karl-Marx-Allee geht die Studie von „erheblich negativen Auswirkungen für die ärztliche Versorgung“ aus.

Der Versorgungsgrad bei Hausärzten ist im Planungsraum (PR) Karl-Marx-Allee mit 87 Prozent ähnlich niedrig wie im PR Buckower Ring (63 Prozent) und deutlich schlechter im Vergleich zum PR Oberfeldstraße (150 Prozent), wie die unmittelbaren Einzugsgebiete des Unfallkrankenhauses in Marzahn heißen. Ähnliche Konstellationen ergeben sich bei den Augen-

---

<sup>15</sup> <http://www.beuth-hochschule.de/forschung/>

ärzten, Orthopäden, Anästhesisten und Internisten. Die Verlegung der Arztsitze vom HdG in Mitte zum UKB nach Marzahn führe bei Hausärzten und zahlreichen Fachärzten zur „signifikanten Unterversorgung“, heißt es. Der Versorgungsgrad bei Augenärzten sinke dann auf 51, bei Neurologen auf 48, bei Urologen auf 17, bei Gynäkologen auf 41 und bei HNO-Ärzten auf 65 Prozent.

Auch wenn die meist gehbehinderten Patienten zukünftig weite Wege zu anderen Ärzten zurücklegen könnten, werden sie kaum Termine bekommen. Eine Umfrage des Vereins Fokus Geschichte unter 30 Ärzten rund um das Haus der Gesundheit hat ergeben, dass die meisten keine neuen Patienten aufnehmen können und die Übernahme der HdG-Patienten das Budget überlasten würde.

Leider ist zu befürchten, dass eine Berücksichtigung kleinräumiger Kriterien, die für einzelne Bezirke nachweislich sinnvoll wären (z.B. Treptow-Köpenick), in Zukunft z.B. von der KV Berlin nicht in gleicher Weise unterstützt wird. Offensichtlich spielte die von der KV Berlin wenig unterstützte Ausweitung von MVZs hier eine Rolle. Die Diskussion um das Haus der Gesundheit zeigt, dass in der Diskussion um die ärztliche Bedarfsplanung mit zweierlei Maß gemessen wird.

### 3.5 Krankenhausplanung

Das Amt der Patientenbeauftragten sieht auch eine Einbindung in die Landeskrankenhausplanung vor. Die Patientenbeauftragte ist deswegen Mitglied im Fachausschuss Landeskrankenhausplanung und im Landeskrankenhausbeirat. Im Berichtszeitraum hat die Senatsverwaltung in diesem Handlungsfeld einen offenen Diskurs um die Weiterentwicklung der Landesplanung mit mehreren Arbeitsgruppen begonnen. In zwei der drei eingesetzten Arbeitsgruppen zur Weiterentwick-

lung der Landeskrankenhausplanung hat die Patientenbeauftragte mitgearbeitet: Methodenfragen und Notfallversorgung.

#### 3.5.1 Arbeitsgruppe Methodenfragen

Auftrag der Gruppe war, Methoden zur bedarfsorientierten Krankenhausversorgung zu erarbeiten. Für die Patientenseite wurden folgende Thesen dazu formuliert:

Die Behandlung und Versorgung von Patienten in Berliner Krankenhäusern findet auf einem sehr hohen Niveau statt. Sowohl die Zahl und Dichte der Leistungsanbieter, die Varianz der Versorgungsstruktur als auch die Verfügbarkeit von Behandlungsoptionen sind bundesweit besonders. Patienten wissen das zu schätzen und nutzen das Leistungsspektrum und die damit verbundene Wahlmöglichkeit überwiegend mit positiver Rückmeldung. Insofern stimmt die Patientenbeauftragte dem Votum der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) zu, dass für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung die Erhaltung der Trägervielfalt von Bedeutung ist. Keine Zustimmung findet dagegen die Ausgangsthese der BKG, wonach grundsätzlich kein Korrekturbedarf für die Versorgungssteuerung in Berlin gegeben ist. Dem Votum der BKG für möglichst „flexible Strukturen“ und wenig „detailgenaue Planung“ für eine vorwiegend wettbewerblich gesteuerte Krankenhausversorgung kann aus der Sicht von Patienten nicht zugestimmt werden. Gerade weil das DRG-System zu einem zunehmenden Wettbewerbsdruck führt, sind Steuerungselemente von Nöten, die hier ausgleichend für eine rein ökonomische Herangehensweise wirken können.

#### Qualität und Patientensicherheit im Mittelpunkt der Erwartungen

Patienten vertrauen ihre Gesundheit und manchmal auch ihr Leben den ärztlichen und pflegenden Fachleuten in den Klini-

ken an. Wichtigstes Kriterium ist für sie deshalb die Gewährleistung einer sicheren und guten Versorgung. Anforderungen an Qualität im Sinne von mehr Patientenorientierung lassen sich vor allem aus Kritikpunkten von Patienten an der Krankenhausversorgung ableiten.

#### **Hier nur einige Beispiele:**

- anonyme fabrikartige Atmosphäre bzw. Zuwendung fehlt
- unzureichende Aufklärung über Risiken z. B. vor Operationen sind zu formal (Formblätter statt individueller Beratung)
- fehlende Kommunikation im Allgemeinen
- keine Bezugsperson und dauernd wechselnde Pflegepersonen im Krankenhaus
- unnötige Doppeluntersuchungen (nach ambulanter auch in der stationären Versorgung)
- Verletzungen des persönlichen Bereichs (Intimsphäre)
- fehlende (stations- und sektoren-)übergreifende Zusammenarbeit
- aus der Sicht der Patienten vermeidbare Qualitätsmängel (Komplikationen, Infektionen)

#### **Kriterien für die „Güte“ der Versorgung wären dann:**

- Aussagekräftige, verständliche und leicht zugängliche Information über das Krankenhaus für eine fundierte Wahlentscheidung
- Informationen und Zugang zu Expertenkompetenz (Behandlungsqualität)
- Kommunikation und Aufklärung: Freundlichkeit, Zugewandtheit des Personals, partnerschaftliche Entscheidungsfindung – einfach mehr Zeit!
- Verantwortung für die Regelung von Versorgungsprozessen (funktionierende Übergänge)
- Bei den Sicherheitserwartungen stehen zurzeit meist die

beiden Themen Hygiene und ausreichend Personal auf der Wunschliste der Patienten.

- Größe der Klinik, Ausstattung und Service-Leistung sind zwar wichtig, spielen in der Priorität aber eine nachgeordnete Rolle.
- Erreichbarkeit spielt vor allem für Angehörige eine große Rolle.

#### **Fachkonzepte und Leitlinien als Steuerungskriterium**

Wenn der Berliner Landes-Krankenhausplan Feststellungen für Krankenhäuser machen soll, dann verweisen diese Patientenerwartungen darauf, dass Qualität und Strukturvorgaben Bestandteile des methodischen Vorgehens sein müssen.

Da die Finanzierung über DRGs bedeutet, dass ein Betrag für eine Versorgungsleistung fest definiert ist, können Krankenhäuser heute unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten frei entscheiden, mit welchen personellen und sachlichen Ressourcen sie eine bestimmte Behandlungsleistung erbringen wollen. Um sicherzustellen, dass diese Leistungen sach- und fachgerecht auf hohem Niveau erfolgen, haben Fachverbände Leitlinien und Versorgungskonzepte erarbeitet, die Vorgaben für die Behandlung von Krankheiten machen. Da, wo es verbindliche konzeptionelle Vorgaben für Behandlungsschwerpunkte und -abläufe gibt, sollten diese Eingang in die Planungsvorgaben für Krankenhäuser finden.

Die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ist in der Regel ein komplexer und hocharbeitsteilig organisierter Vorgang. Für zahlreiche Indikationen liegen dafür Versorgungskonzepte der Fachverbände vor. So sollten z. B. in den Bereichen Onkologie, Kardiologie, Schlaganfallversorgung und Geriatrie verbindliche Versorgungskonzepte und damit Struktur und Prozessstandards vorgegeben werden.



### **Facharztstandards**

Zu den von Patienten formulierten Erwartungen gehört die Versorgung durch „Experten“ oder „Spezialisten“. Übersetzt in die Planungssprache wäre das die Umsetzung von Facharztstandards, die für die Planung in den verschiedenen Themenfeldern operationalisiert werden müssten.

### **Stellenschlüssel**

Für definierte Versorgungsbereiche sollte immer dann, wenn es dafür Fachkonzepte gibt, auch ein Schlüssel für die Personalausstattung vorgegeben werden. So soll sichergestellt werden, dass die für die komplexen Behandlungsvorgänge notwendigen Fachleute auch zu allen Zeitpunkten (also auch Wochenenden) oder rechtzeitig (bei Konsilen – externe Kooperationspartner) zur Verfügung stehen.

### **Umsetzung von Expertenstandards**

Gefordert werden aussagekräftige Dokumentationen (Transparenz) zur Umsetzung konsentierter Expertenstandards.

### **Patientenbefragungen als Standard**

Um die Rückkopplung von Erfahrung zur Verbesserung sicherzustellen, fordern Patientenverbände seit langem, dass fundierte Patientenbefragungen zum festen Bestandteil des Qualitätskonzepts eines jeden Krankenhauses gehören. Die Ergebnisse sollen aussagefähig, verständlich und zugänglich publiziert werden.

### **Fehlermanagement**

Für die Gewährleistung von Patientensicherheit sollte der Nachweis eines Fehlermanagements planungsrelevant sein.

### **Hygienemanagement**

Zu den für Patienten besonders wichtigen Themenfeldern gehört die Hygiene und ein Management, das Infektionen ver-

meiden hilft. Die Patientenbeauftragte regt an, auch über die Krankenhausplanung Strukturvorgaben zu machen. In der Diskussion zwischen Patientenverbänden sind Vorgaben für die Risikoabklärung am Beginn des Behandlungsvorgangs (Screening von Risikopatienten), die z. B. durch inzwischen verfügbare Schnelltests als verbindlich für die Aufnahmevoraussetzung gemacht werden könnten.

### **Management für eine gesicherte Indikationsstellung**

In den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Qualitätsmanagementvorgaben spielen Daten zur richtigen Indikationsstellung eine große Rolle. Krankenhausplanung sollte Kriterien für die Planung finden, die für eine gesicherte Indikationsstellung Sorge tragen und der zunehmend zu beobachtenden Praxis der nicht indikationsgerechten oder ökonomisch motivierten Leistungserbringung entgegenwirken. Erfahrungen aus der stationären vergleichenden Qualitätssicherung zeigen, dass die Indikationsstellung operationalisiert werden kann.

### **Transparenz zu Integrationsverträgen**

Da Krankenhausplanung auch Klarheit zum Leistungsgeschehen herstellen soll, muss darüber diskutiert werden, wie das Angebotsnebeneinander in der Leistungserbringung auf unterschiedlicher Rechtsgrundlage (Rahmen- und Selektivverträge) transparenter wird, da diese zu verschiedenen Leistungsansprüchen der Patienten und zu unterschiedlichen Qualitätsanforderungen für gleiche Angebote führt.

### **Information über gute Qualität**

Der aktuelle Berliner Krankenhausplan sieht vor, dass weitere Indikatoren und Transparenz-Informationen erarbeitet werden sollen, die es erlauben, die unterschiedliche Qualität der Kliniken besser zu beurteilen. Dies wird auch aus der Patientenperspektive ausdrücklich unterstützt. Die bisher im Kran-

kenhausplan publizierten Indikatoren, die aus den verfügbaren Routinedaten abgeleitet wurden, sind der richtige Weg, wenn auch die Form und die Nähe zu für Patienten leicht zugänglichen Informationen noch verbessert werden könnte.

### **Patientenbeteiligung**

Jenseits der unmittelbaren Landeskrankenhausplanung ist abschließend festzustellen, dass eine moderne Steuerung der Versorgung zukünftig nicht mehr ohne eine gestärkte Patientenbeteiligung realisiert werden kann. Im Berliner Landeskrankenhausgesetz wird in § 7 Absatz 1 Satz 2 die Einbindung der „unmittelbar Beteiligten“ festgelegt. Hier sind vor allem die wirtschaftlich Beteiligten (Kassen und Träger) gemeint.

Wenn – durch die Senatsverwaltung angeregt – neue Konzepte für die Krankenhausplanung diskutiert werden und es um eine ernst gemeinte „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“ gehen soll, muss für eine bessere Beteiligung von Patienten auch im Landeskrankenhausgesetz gesorgt werden. Patienten sind die eigentlichen Beteiligten der medizinischen Behandlung. Um deren Anliegen muss es vorrangig gehen.

## **3.5.2 Arbeitsgruppe Notfallversorgung**

Thesen für die Diskussion einer bedarfsorientierten Planung der Notfallversorgung im Landeskrankenhausplan aus Sicht der Patienten:

Rettenstellen und Notfalldienste der Krankenhäuser gehören zu den zentralen Instanzen, für die es im Landeskrankenhausplan Regelungen geben sollte. Eine fachgerechte und zielführende Versorgung von Notfallpatienten ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil es hier in der Regel um existenzielle Ereignisse geht und die Patientensicherheit im Mittelpunkt stehen muss. Steuerbar sind vor allem Struktur- und Prozessvorgaben.

Schon der gültige Plan hat im Sinne einer Verbesserung der Qualität Sollvorgaben<sup>16</sup> für die Notfallstellen gemacht. Ein erster Schritt zur Weiterentwicklung qualitätsorientierter Planung sollte die Evaluation und Überprüfung der Umsetzung dieser Sollvorgaben sein.

Patienten beklagen sich insbesondere über lange Wartezeiten in Rettungsstellen. Wichtig sind daher Maßnahmen wie

- die Ausstattung der zentralen und koordinierenden Anlaufstelle für Notfälle mit ausreichendem Personal.
- die Gewährleistung einer durch ausgebildetes Fachpersonal realisierten schnellen Einschätzung der Schweregrade des Notfalls<sup>17</sup>
- geregelte Kommunikationsstrukturen, damit Patienten bei langer Wartezeit über den Stand der Behandlungsabläufe informiert sind.
- die Festlegung, dass die Risikoeinschätzung immer vor dem administrativen Kontakt zum Patienten erfolgt.

Der aktuelle Krankenhausplan sieht vor, dass für die weitere Entwicklung, Indikatoren und Transparenz-Informationen erarbeitet werden sollen. Dies wird ausdrücklich auch aus der Patientenperspektive unterstützt. Es wird vorgeschlagen, die

---

<sup>16</sup> Versorgung nach Haupt- und Subdisziplinen

- Notfallversorgung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr mit einer vertretbaren Redundanz (Ausfallsicherheit)
- 24 h Vorhaltung aller relevanten nicht-Betten-führenden Abteilungen, also z. B. Anästhesie und Radiologie
- Gewährleistung des Facharztstandards
- bettenführende Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie
- mind. 10 Intensivtherapieplätze (sollten bleiben)
- eigene pflegerische Leitung der Notaufnahme (haben alle Berliner Krankenhäuser umgesetzt)
- Umgehende Ersteinschätzung und adäquate Erstversorgung
- Psychiatrisch/psychosomatischer Konsiliardienst
- Risikoanalysen hinsichtlich kritischer Infrastruktur
- erweiterte Aufnahmekapazität im Massenansturm von Verletzten

<sup>17</sup> nach dem Manchester-Triage-Konzept

Notfallkrankenhäuser und -zentren in einer Befragung darlegen zu lassen,

- in welchem Krankenhaus die vorgegebenen Sichtungszeiten tatsächlich eingehalten werden,
- der Facharztstandard tatsächlich gewährleistet wird,
- welche der in den Rettungsstellen tätigen Ärzte eine Ausbildung in Notfallmedizin haben und
- welche Krankenhäuser auch für die Rettungsstelle Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchführen, um den Prozess der Qualitätsverbesserung lebendig zu halten.

Damit könnten mögliche Defizite erkannt und Indikatoren für Prozessqualität gemeinsam formuliert werden. Nur auf einer verbindlichen Analyse können dann auch Strukturvorgaben z.B. zur Personalausstattung gemacht werden, die aus Sicht der Patienten dann auch als Transparenzangaben nachfragbar wären.

### 3.6 Politik im Dialog

Politik, die sich an den Belangen von Bürgerinnen und Bürgern orientieren will, muss deren Anliegen kennen. Dafür haben der Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, und die Patientenbeauftragte im Sommer 2012 den Dialog zwischen Betroffenen und der Politik aufgenommen. Im direkten Gespräch können Anliegen, Wünsche und Probleme von den Bürgerinnen und Bürgern benannt und diskutiert werden. Zahlreiche Experten, fachlich Zuständige, Mitglieder von Vereinen und Verbänden sowie von Selbsthilfegruppen stehen für Fragen bereit und beteiligen sich intensiv am Dialog.

Das Dialogforum startete als ein Experiment. Es sollte auch geklärt werden, wie man die Kommunikation zwischen Interessierten, Fachleuten und Politik öffentlich gestalten kann. Ziel

des Forums war es, zu Mitarbeit und Beteiligung anzuregen, das Spektrum der Unterstützungsangebote sowie die Lösung für Probleme sichtbar zu machen.

Der Bürgerdialog soll ein regelmäßiges Angebot zu zentralen Themen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung in Berlin werden.

#### 3.6.1 Erstes Dialog-Forum: Pflegewohngemeinschaften in Berlin

Bei der ersten Veranstaltung im September 2012 wurde ein Dialog mit Experten und Beteiligten an acht „Diskussionstischen“ ausprobiert. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Gestaltung von Pflege in Wohngemeinschaften besser an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert werden kann.

Thematisch ging es darum:

- Wünsche und Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an diese Versorgungsform zu erfahren
- Gestaltungsmöglichkeiten aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer auszuloten
- die Rolle von Angehörigen oder Betreuern in Wohngemeinschaften zu erörtern
- Fragen nach der Qualität der Versorgung aufzuwerfen und Betroffene zur Mitgestaltung an der Verbesserung zu gewinnen
- Kosten und Finanzierungswege transparenter zu machen
- Hilfe- und Beratungsmöglichkeiten aufzuzeigen

Die etwa 100 anwesenden Teilnehmenden waren eingeladen, ihre Fragen einzubringen und ihre Anregungen mit den Fachleuten zu diskutieren. Um gezielt Fragen zu beantworten, wurden für die Facetten des Themas zahlreiche kompetente An-

sprechpartner gefunden, denen die Patientenbeauftragte für Berlin hier noch einmal ihren Dank übermittelt:

Neben dem Senator, dem Staatssekretär für Soziales und den Mitarbeitern der Patientenbeauftragten auch Pflegestützpunkte, gemeinnützige und private Träger von Pflegediensten, der Alzheimer Gesellschaft Berlin e. V., der Verbraucherzentrale Berlin, Wohlfahrtsträgern, dem Verein Selbstbestimmt Wohnen im Alter e. V., der Fachstelle für pflegende Angehörige, dem Verein Freunde alter Menschen e. V. und dem Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung.

Die Offenheit der Situation wurde durchweg angenommen. Die Atmosphäre war sehr lebendig und wurde von den Anwesenden anschließend als anregend und spannend beschrieben. Abschließend wurde festgehalten, dass ein öffentlicher Diskurs zur Qualität der Wohngemeinschaften notwendig sei. Fasst man die Fragen, das Informationsbedürfnis und die Forderungen der Bürgerinnen und Bürger zusammen, dann kristallisieren sich folgende Facetten heraus:

- Woran können Betroffene und Angehörige Qualität erkennen?
- Gibt es einen Konsens zu Qualitätsstandards?
- Wer dokumentiert die Qualität für mehr Transparenz?
- Welche Rolle kann die Politik übernehmen?

#### **Notwendig sei:**

- Bereitstellung von Informationsangeboten, um eine fundierte Entscheidung für eine bestimmte bzw. gegen eine Wohngemeinschaft treffen zu können
- Aufbau eines speziellen Beratungsangebots für Wohngemeinschaften
- Entwicklung von verbindlichen Qualitätsstandards und mehr

Transparenz zur Qualität der Versorgung in Wohngemeinschaften

- Wie kann man den Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Qualität aufgreifen? Es geht um eine Debatte darüber, wie der Wunsch nach mehr „Prüfungen für eine bessere Qualität“ mit der Tatsache zu vereinbaren ist, dass Wohngemeinschaften keine Einrichtungen bzw. Heime sind, und damit nicht ohne Weiteres von Dritten kontrolliert werden können.
- Initiativen für eine gesetzliche Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Prüfrichtlinien für Wohngemeinschaften, um ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen „geschütztem privaten Lebensraum“ und fachlicher externer Kontrolle zu erreichen.
- Entwicklung von Kriterien für die Prüfung der geteilten Verantwortung zwischen Bewohnern bzw. Angehörigen auf der einen Seite und Pflegediensten und Vermietern der Wohngemeinschaft auf der anderen Seite.
- Stärkung der Angehörigen und Betreuer bei der Gestaltung von WGs
- Initiativen des Senats bzw. der Politik zur Ausweitung des Angebots an verfügbaren Wohnungen entsprechend dem Bedarf
- Ausweitung des Einflusses des Senats auf die kommunalen Wohnungsbaugesellschaften, damit diese Wohngemeinschaften initiieren und anbieten
- Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an barrierefreien Wohnungen
- Unterstützung bei Beschwerden zu Wohngemeinschaften, Auswertungen von Beschwerden für einen Verbesserungsprozess
- Stärkung des „Netzwerks Beschwerden in der Pflege“ bei der Patientenbeauftragten

Wir danken dem Team des Werner-Bockelmann-Hauses. Sie waren hervorragende Gastgeber unserer Veranstaltung.

Ein Großteil dieser Themen wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Rahmen der Schriftenreihe „Gut altern in Berlin“ in der Broschüre „Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine alternative Wohn- und Betreuungsform“ aufgegriffen. Die Patientenbeauftragte stellt auf ihren Internetseiten in der Rubrik „Service/Publikationen“ eine Dokumentation des 1. Berliner Dialogforums zur Verfügung.

### 3.6.2 Zweites Dialog-Forum: Entlassung aus dem Krankenhaus – was dann?

Im Juni 2013 fand das 2. Berliner Dialogforum zum Thema Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Diskutiert wurden Probleme und Lösungsvorschläge, Fragen und Wünsche im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege, die Rehabilitation oder die ambulante ärztliche Behandlung.

Im Vorfeld dieser Veranstaltung hat das Büro der Patientenbe-



2. Berliner Dialogforum im Juni 2013

auftragten eine Befragung bei 300 Selbsthilfegruppen zu deren Erfahrungen durchgeführt. Die Ergebnisse sind die Tagung mit eingegangen.

Niemand geht gerne ins Krankenhaus. Doch wenn sich ein Krankenhausaufenthalt nicht vermeiden lässt, dann wünschen sich Patientinnen und Patienten, dass sie gut behandelt und versorgt werden. Das gilt auch für die Entlassung und die anschließende Versorgung. Damit die Behandlung und Versorgung richtig weitergeführt werden kann, müssen

- viele Partner gut zusammen arbeiten,
- wichtige Informationen rechtzeitig weitergegeben werden,
- Therapie-Empfehlungen verständlich vermittelt werden,
- Angehörige sinnvoll eingebunden werden,
- Unterlagen zielgenau verfügbar sein und
- notwendige Anträge gestellt sowie Kostenfragen geregelt werden.

Nicht immer klappt das so wie es sollte. Aus Patientenbefragungen wissen wir, was alles schiefgehen kann. Viele Kranke und Pflegebedürftige wünschen sich feste Ansprechpartner im Krankenhaus und in der Nachbehandlung. Experten wiederum fordern verbindliche Übergabe-Dokumente und Fachleute dringen auf eine bessere Vernetzung zur Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe.

Was also wollen und brauchen Bürgerinnen und Bürger beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege, Rehabilitation oder ärztliche Weiterversorgung?

Die Diskussion hat wesentliche Handlungsfelder in den Blick genommen, aus denen die folgenden Thesen für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Übergänge zusammengetragen wurden.

### **Schnittstellen brauchen besondere Aufmerksamkeit**

Die medizinische und pflegerische Versorgung in Berlin erfolgt auf einem sehr hohen Niveau und wird auch von den meisten Patienten und Pflegebedürftigen so wahrgenommen und geschätzt. Dennoch kommt es zu Problemen. Besonders anfällig sind die Übergänge und Schnittstellen zwischen Abteilungen, Berufsgruppen, Institutionen und (Kosten-)Trägern auf der einen Seite und auf der anderen Seite den Betroffenen selbst, die zusammen und miteinander arbeiten müssten.

### **Sektorentrennung in der Versorgung überwinden**

Zu den wichtigsten Ursachen für Probleme an den Übergängen der Versorgungsangebote gehört die Tatsache, dass medizinische Leistungen immer noch in zwei, beziehungsweise drei formal, rechtlich, professionell und finanziell abgegrenzten Sektoren erbracht werden: ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung. Hier gelten – getrieben von der Finanzierungslogik – jeweils andere Steuerungsmechanismen, die nicht selten zu Konkurrenzen zwischen Anbietern führen. Diese können dann zu Lasten von Patienten gehen (Beispiel zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation). Betrachtet man Versorgungsabläufe und Versorgungsnotwendigkeiten aus der Sicht der Patienten, sind diese Abgrenzungen oft unverständlich und unsinnig.

### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Notwendig ist ein Diskurs, wie die historisch gewachsenen und von den Interessenvertretungen meist heftig verteidigten Sektorengrenzen zukünftig überwunden werden können.
- Gebraucht werden Modelle, die Vorschläge für ganz andere Formen der Zusammenarbeit entwickeln und die einen Versorgungsvorgang von den Behandlungserfordernissen der Patienten aus denken.

### **Information und Aufklärung beim Wechsel der Medikation**

Eines der von Patienten sehr oft genannten Problemfelder ist der Bereich der Medikation.

Geschildert wird, dass die Medikation, die ambulant praktiziert wird, im Krankenhaus nicht fortgeführt wird und umgekehrt, dass eine im Krankenhaus vorgeschlagene Medikation in der nachklinischen Situation nicht umgesetzt wird (nicht umgesetzt werden kann, weil niedergelassene Ärzte nur andere Medikamente verschreiben „dürfen“ als Kliniken). Oft kommt es zu Missverständnissen und Problemen mit dieser Umstellung.

### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Ausführliche Aufklärung und Information der Patienten über die Medikation, vor allem über einen Wechsel von Medikamenten (in jede Richtung: Änderung der ambulant geregelten Medikation im Krankenhaus, Umstellung der Medikation im Krankenhaus und Wechsel der Medikation nach einem Klinikaufenthalt).
- Abstimmungen bzw. Sicherstellung, dass eine geänderte Medikation im Krankenhaus oder in der ambulanten Nachversorgung möglich ist.

### **Informationspartner systematisch verknüpfen**

Die Befragung von Fachleuten der Krankenhausversorgung als auch der Patienten hat ergeben, dass ein zentrales Feld für das Gelingen der Entlassung aus dem Krankenhaus die rechtzeitige, umfassende und zielgenaue Information aller beteiligten Partner mit den wichtigsten Fakten der Patienten ist.

Dabei geht es nicht nur darum, die erforderlichen Daten zum Klinikaufenthalt für die Nachbehandlung zusammenzustellen, sondern auch darum, dass die für die Behandlung notwendi-

gen Informationen aus der Vorbehandlung im ambulanten Bereich für die Klinik zur Verfügung stehen.

Gerade weil die Partner in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stark arbeitsteilig kooperieren und dabei meist ihre jeweiligen Zuständigkeiten energisch verteidigen, gilt es, die Patienten selbst aktiv in die Informationsprozesse mit einzubeziehen. Die Verfügbarkeit der relevanten Fakten hängt also entscheidend von abgestimmten Instrumenten für den Austausch ab. Dafür greifen die Akteure zunehmend auf elektronische Dokumente und Systeme zurück. Damit könnten hochsensible Informationen auch Dritten zur Verfügung stehen, die zunächst nicht unmittelbar in den Behandlungsvorgang einbezogen sind. Hier müssen ganz besondere datenschutzrechtliche Vorkehrungen getroffen werden, über die die Patienten besonders aufgeklärt werden müssen.

Kooperation beim Datenfluss erfordert also zweierlei: abgestimmte Vorlagen zur wechselseitigen Information sowie sicheres und transparentes Vorgehen bei der Datenübermittlung.

#### **Forderungen aus Patientensicht:**

- wechselseitige Information aller Partner des Versorgungsgeschehens auf der Grundlage abgestimmter Dokumente
- Informationen darüber, wie die Partner in der Berliner Versorgung diese Abstimmungen vornehmen und für welche Konventionen sie sich entschieden haben. (vgl. Checkliste der ÄZQ)
- aktive Einbeziehung der Patienten in den Informationsaustausch gewährleisten
- Gewährleistung eines umfassenden Datenschutzes
- Transparenz zu Datenschutzregelungen gegenüber den Patienten.



#### **Datenschutz**

Bei der Übertragung von Daten liegen die Interessen der Akteure und Beteiligten aber nicht immer auf einer Ebene. Während sich Versorgungspartner eine schnelle und „fließende“ Weitergabe von Informationen wünschen, oft auch schon im Vorfeld des Klinikaufenthaltes, stehen diesem Wunsch jedoch erhebliche Schutzbedürfnisse der Patienten gegenüber. Wer darf wann wessen Akte einsehen und weitergeben, wessen Zustimmung zur Weitergabe ist wann erforderlich? Für welche (weiteren) Zwecke werden die Informationen von wem genutzt?

#### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Schutz von Patientendaten an den Übergängen der Versorgung
- Klare Regelungen und ggf. gesetzliche Vorgaben zum Datenschutz an den Schnittstellen gesundheitlicher Einrichtungen
- Besser zugängliche Informationen zum Patientendatenschutz für Patienten
- Mit Betroffenen abgestimmte Konventionen über Zustimmungsregelungen
- Schutz von Patientendaten in sektorübergreifenden IT-Systemen.

### Patienten stärken

Patienten sind nicht nur passive Partner eines Versorgungsgeschehens, sondern können einen wesentlichen Teil zum Gelingen der Überleitungen beitragen. Auch wenn man immer davon ausgehen muss, dass Patienten prinzipiell in einer eher schwachen Position sind – sie sind krank, haben Schmerzen, verfügen nicht über das Handlungswissen für die akute Situation, müssen sich in einen institutionellen Ablauf nach fremden Gesetzen fügen und haben nicht selten Angst – so muss und kann man Patienten als Partner im Überleitungsprozess beteiligen.

#### Forderungen aus Patientensicht:

- Sowohl Ärzte als auch Kliniken sollten über Informationsangebote verfügen, die Patienten helfen, ihren Klinikaufenthalt mit zu planen.
- Patienten werden immer rechtzeitig über geplante Schritte zur Entlassung informiert und über die Nachbehandlung (Therapien, Medikamente) und Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt.

### Patientenbrief statt „Arztbrief“

Nicht nur weiterbehandelnde Ärzte, sondern gerade und explizit die betroffenen Patienten, sollten alle für sie notwendigen und verständlichen Informationen erhalten. Vorgeschlagen wird die Einführung eines Patientenbriefs.

#### Forderungen aus Patientensicht:

- Patienten bekommen nach einem Klinikaufenthalt ein eigenständiges Dokument, das an sie gerichtet ist und für sie die relevanten Informationen zum Behandlungsgeschehen enthält.
- Dieser Patientenbrief wird immer standardmäßig an Patienten ausgegeben.

- Patientenbriefe sind Dokumente des Therapiekonzepts und dokumentieren notwendige Handlungen für Patienten (u.a. Therapieempfehlungen, oder Medikationsvorgaben), spezifische unterstützende Angebote, sowie erfolgte Antragsstellungen.

### Ansprechpartner in den Krankenhäusern

Der Bundes-Gesetzgeber hat die Krankenhäuser verpflichtet, für ein systematisches Entlassungsmanagement zu sorgen. Alle Kliniken kommen dieser Vorgabe nach, aber die Umsetzung und die Verantwortlichkeiten sind sehr unterschiedlich. Damit Patienten und ihre Angehörigen aktiv am Prozess der Entlassung partizipieren können, sollten ihnen und deren Partnern klar benannte Ansprechpartner im Krankenhaus zur Verfügung stehen.

#### Forderungen aus Patientensicht:

- Jedes Krankenhaus definiert feste Ansprechpersonen und Dienste für das Entlassungsmanagement auch für Patienten.
- Diese Ansprechpartner sind nicht nur internen Kooperationspartnern bekannt, sondern werden öffentlich kommuniziert.

### Mehr Aufmerksamkeit für besondere Zielgruppen: Demenzfreundliches Krankenhaus

Berlin braucht mehr Engagement für die Umsetzung des Projektes „Demenzfreundliches Krankenhaus“, in dem Verantwortliche der Krankenhausträger, der Pflegeeinrichtungen, der Pflege- und Sozialdienste, der Ärztekammer Berlins, der zuständigen Fortbildungsträger und der Kranken- und Pflegekassen zusammengeführt werden, um die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern zu verbessern.



### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Möglichkeiten für Angehörige im Krankenhaus bei ihren Partnern bleiben zu können („Rooming-in“ für Angehörige)
- Bessere Qualifizierung für das Personal im Umgang mit Demenzkranken
- Aufstockung des Pflegepersonals für das „Mehr“ an Aufmerksamkeit und Pflegebedarf, den Betroffene mit demenziellen Erkrankungen benötigen
- Unterstützung durch zertifizierte Case Manager/innen

### **Unterstützung für Patienten mit hochansteckenden Keimen**

Infektionen im Krankenhaus mit hochansteckenden Keimen sind ein Dauerthema. Infizierten Patienten werden die Aufnahme in eine reguläre Reha-Einrichtung oder die Versorgung im Rahmen einer ambulanten Therapie verweigert. Sie brauchen besondere Unterstützung durch Pflege oder niedergelassene Ärzte, die die Anschlussversorgung übernehmen. Dabei ist so vieles zu regeln oder gar zu erkämpfen, dass viele Patienten damit überfordert sind. Sie brauchen dabei Unterstützung.

### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Beratung, spezifische Angebote und Hilfen bei Infektion mit Krankenhauskeimen
- Mehr Möglichkeiten für eine Rehabilitation auch mit ansteckenden Keimen, z.B. über Rahmenverträge der Krankenkassen
- Übersicht über Anbieter mit besonderen Hilfeangeboten
- Präventive Maßnahmen bei der Versorgung in Pflegeheimen, insbesondere umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung, Unterstützung pflegender Angehöriger

### **Kranke und pflegebedürftige Kinder brauchen besondere Hilfe**

Familien mit kranken und/oder schwerbehinderten Kindern haben nach einem Krankenhausaufenthalt oft besondere Be-

lastungen. Auch beim Entlassungsmanagement wird ein hoher Bedarf an umfassendem Case Management für diese Zielgruppe gesehen. Häufig wird der Aspekt der Pflege in den Vordergrund gestellt und die psychosozialen Bedarfe nicht in einen gleichwertigen Zusammenhang gesehen.

### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Liste der Kinderbeauftragten der Pflegestützpunkte an die Sozialdienste der Krankenhäuser
- Case Management um sozialpädagogische Fachkräfte erweitern
- Psychosoziale Beratung für Familien
- Notwendig sind Rahmenvereinbarungen zwischen den zuständigen Senatsverwaltungen für die Langzeitunterbringung von pflegebedürftigen Kindern in stationären Einrichtungen

### **Angehörige als Partner ernst nehmen**

Angehörige als Partner spielen eine zentrale Rolle. Die Mehrheit der Patienten und befragten Bürgerinnen und Bürger verweist darauf, dass Angehörige das wachende Auge für die Patienten sind und oft eine unverzichtbare Rolle bei der Versorgung mit übernehmen: Beistand, Hilfe beim Essen oder Waschen, Überwachung der Medikamenteneinnahme usw. Sie sind diejenigen, die die Patienten (z.B. bei Demenz) gut kennen und wissen, was diese brauchen. Angesichts zunehmend restriktiver Personalausstattung in Kliniken, insbesondere im Bereich der Pflege, wird diese begleitende Funktion immer wichtiger. Leider werden Angehörige oft als Störende empfunden, was zu neuen Problemen in der Verständigung führen kann.

### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Angehörige verfügen über wichtiges Wissen, das den Behandlungsprozess unterstützen kann. Sie wollen als Partner

im Dialog für den Austausch darüber ernst genommen werden.

- Angehörige wünschen sich mehr Zeit des Personals für Gespräche und den Austausch über notwendige Schritte in der medizinischen Versorgung, der Regelung der Weiterbehandlung und bei der Entlassung.
- Die entlastende Rolle von Angehörigen gilt es besser zu würdigen.



### Die psychosoziale Nachsorge beginnt in der Klinik

Menschen mit einer schweren lebensbedrohlichen Erkrankung – z. B. Krebs – müssen meist hochkomplexe und kräftezehrende Behandlungen bewältigen. Die Krankheit führt nicht nur zu körperlichen Belastungen, sondern ganz wesentlich auch zu psychischen und psychosozialen Krisen. Hierfür brauchen schwerkranke Patienten Hilfe und Unterstützung, die schon im Krankenhaus ansetzen muss und für die eine ausführliche Information und Begleitung in den Übergängen zur Nachsorge notwendig ist. Die Verantwortung für diesen Teil der psychosozialen Unterstützung muss Teil des Entlassungsmanagements sein.

### Forderungen aus Patientensicht:

- Patienten müssen systematischer über psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote informiert werden.
- Die soziale und therapeutische Begleitung muss in der Klinik beginnen und abgestimmt in die Nachsorge übergehen.
- Patienten brauchen qualifizierte Ansprechpartner im Sozialdienst.
- Sozialdienste der Kliniken brauchen ausreichende Personalressourcen.

### Entlassungsmanagement als Aufgabe für Fachleute

Entlassungsmanagement ist keine Nebentätigkeit.

### Forderungen aus Patientensicht:

- Entlassungsmanagement darf nicht den ökonomischen Gesichtspunkten der Abrechnungslogik oder der Bettenauslastung überlassen werden, vor allem wenn nicht alle Bedingungen für eine angemessene Nachbehandlung oder Pflege geregelt sind.
- Die Verantwortung für das Entlassungsmanagement bei den Kliniken erfordert eine verbindliche Übernahme von Verantwortung für diese Prozesse.
- Entlassungsmanagement muss durch qualifizierte Fachkräfte und in enger Kooperation mit allen Beteiligten im Hause erbracht werden.

### Medizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessern

Der „Drehtüreffekt“ zwischen Kliniken und Pflegeheimen gehört zu den besonderen Schnittstellen des Krankenhauses. Pflegebedürftige aus stationären Pflegeeinrichtungen sind eine der Patientengruppen, die häufige Wechsel zwischen den Bereichen durchmachen müssen. Patienten werden mit akuten medizinischen Problemen in Krankenhäuser eingewiesen, die

eigentlich auch von ambulanten Ärzten und gut ausgebildetem Pflegepersonal in Heimen behandelt werden könnten. Die Krankenhäuser schicken diese Patienten oft „schnell“ wieder mit dem Hinweis zurück, dass keine manifesten Anlässe für eine stationäre Behandlung gegeben sind. Sie werden aber in der nächsten akuten Situation wieder aufgesucht.

Ein wesentlicher Grund für diesen Drehtüreffekt ist vermutlich die Tatsache, dass sich das Personal in den stationären Pflegeeinrichtungen mit der Versorgung akuter medizinischer Belange überfordert fühlt oder nicht genügend Unterstützung durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung steht. Für alle Beteiligten, aber vor allem für die Pflegebedürftigen selbst, ist das eine unzumutbare und eigentlich vermeidbare Belastung.

#### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Gezielte und systematische Anstrengungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen zur Vermeidung von Drehtüreffekten, vor allem im fachärztlichen Bereich.

#### **Der Sterbeprozess als wichtiger „Übergangsprozess“**

Wenn man von Übergängen in der Krankenhausversorgung spricht, dann muss ein Bereich besonders in den Blick genommen werden: Der Sterbeprozess.

Aus Patientenbefragungen geht hervor, dass der Umgang mit dem Sterben, mit der Versorgung von Menschen in der allerletzten Lebensphase noch immer „zu wünschen übrig lässt“. Berichtet wird vom „Abschieben der Patienten in unzumutbare Räumlichkeiten“ oder von fehlender Unterstützung der Angehörigen.

Wichtiger ist aber sicher die Tatsache, dass Patienten im Sterbeprozess noch viel zu oft zwischen den verschiedenen Ver-

sorgungsangeboten hin- und hergeschoben werden. Da es in vielen Krankenhäusern an Angeboten zur Palliativversorgung fehle, kommt es auch hier zu einem unnötigen Verlegen in ein anderes Krankenhaus.

#### **Forderungen aus Patientensicht:**

- Gezielte Unterstützung für Menschen im Sterbeprozess und ihren Angehörigen als professioneller Teil des Entlassungsmanagements
- Ausreichende Angebote zur palliativen Versorgung auch in Krankenhäusern

#### **Umfrage bei den Kliniken zum Übergangsmanagement**

Um die zahlreichen Anforderungen zum Entlassungsmanagement aufzugreifen, hat das Büro der Patientenbeauftragten 2013 eine Befragung der Berliner Kliniken zu den Verantwortlichen und Ansprechpartnern für Patienten zu erfragen.

Nur 40 Prozent der Kliniken haben Ansprechpartner benannt. Deutlich wurde dabei auch, dass ein Teil der Kliniken diesen Bereich der Pflegedienstleitung überantwortet oder externe Anbieter einschaltet. Damit wird der klassische Sozialdienst der Krankenhäuser zunehmend ausgehöhlt. Hier ist die Entwicklung dringend im Auge zu behalten.

# 4. Kooperationen und Partner

## 4.1 Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecher arbeiten ehrenamtlich in Krankenhäusern. Sie sind unabhängig und nicht weisungsgebunden. Sie unterstützen Patienten bei Problemen und Beschwerden gegenüber dem Krankenhaus. In regelmäßigen Sprechstunden in Räumlichkeiten des Krankenhauses haben die Patienten die Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen. Grundlage für die Arbeit und Aufgaben der Patientenfürsprecher bildet das Berliner Landeskrankenhausgesetz.

Die Patientenbeauftragte begleitet die Patientenfürsprecher und deren Arbeitskreis kontinuierlich.

### 4.1.1 Auswahl und Auswertung der Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

In seiner Sitzung am 10. März 2011 fasste der Rat der Bürgermeister folgenden Beschluss (RdB-Vorlage Nr. R-896/2011): „Der Rat der Bürgermeister (...) 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 rief daraufhin eine Arbeitsgruppe ins Leben und erarbeitete gemeinsam mit den Bezirken, dem Landesbeauftragten für Psychiatrie sowie Vertretern des Arbeitskreises Patientenfürsprecher folgende Unterlagen:

1. Anforderungsprofil
2. Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Fürsprecher und Bezirksamt
3. Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Fürsprecher und Krankenhaus
4. Berichtsraster für die Fürsprecher (Bezirke)

5. Berichtsraster für die Fürsprecher (Hauptverwaltung – alle zwei oder drei Jahre)

6. Ausschreibungstext für Patientenfürsprecher

7. Ausschreibungstext für Patientenfürsprecher in psychiatrischen Kliniken/Abteilungen

Bisher – so die Einschätzung der Partner in den Bezirken – wurde das Amt qualitativ sehr unterschiedlich wahrgenommen. Teilweise fehlten klare Vorgaben, Betreuung durch bzw. Zusammenarbeit mit den Bezirken wurde sehr ungleich umgesetzt. Alle Beteiligten der Arbeitsgruppe waren sich einig, dass eine einheitliche Vorgehensweise im Land Berlin wünschenswert ist.

Die Unterlagen wurden daher dem RdB zur Kenntnisnahme vorgelegt mit der Bitte, die Anwendung allen Bezirken zu empfehlen. Mit Beschluss-Nr. R-33/2012 vom 16.02.2012 stimmte der Rat der Bürgermeister der o.g. Vorlage zu. Er fordert gleichzeitig den zuständigen Senat auf, im Jahr 2014 eine Evaluation unter Beteiligung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie der Bezirke vorzulegen.

Federführend ist hier die Patientenbeauftragte für Berlin „unter Beteiligung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie der Bezirke“ (RdB-Beschluss Nr. R-33/2012).

Vom Büro der Patientenbeauftragten ist in Abstimmung mit dem bezirklichen Arbeitskreis der Beauftragten für die Patientenfürsprecher und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. ein Evaluationsbogen erarbeitet worden. Ebenso wurde ein Fragenkatalog an die Zuständigen der Bezirke erarbeitet und versandt.

Die Auswertung steht noch aus. Diese Ergebnisse werden in

eine Überarbeitung der bisher verwendeten Handreichung einfließen.

#### **4.1.2 E-Mail-Adressen für Patientenforsprecher**

Bereits seit längerem wurde vom Arbeitskreis der Patientenforsprecher und auch von den Vertretern der Bezirksämter der Wunsch vorgetragen, dass sich die Unabhängigkeit des Amtes Patientenforsprecher auch in der verwendeten E-Mailadresse wiederfindet. Über das Büro der Patientenbeauftragten wurden daher einheitliche E-Mailadressen über BerlinOnline für alle Patientenforsprecher in Berlin zur Verfügung gestellt. Die Adressen setzen sich wie folgt zusammen: patf-(Kürzel der Klinik)@berlin.de. Sie sind inhaltlich den Kliniken zugeordnet und können daher bei einem personellen Wechsel der Forsprecher problemlos weiterverwendet werden.

Angeboten wurden zwei Informationsveranstaltungen zur Einführung und Bedienung der E-Mail-Konten. BerlinOnline bietet einen Support an und hat ein Handbuch für die Bedienung bereitgestellt.

Längerfristig – spätestens mit Beginn der nächsten Legislaturperiode – ist angedacht, die neuen E-Mailadressen verpflichtend für alle Patientenforsprecher einzuführen.

#### **4.1.3 Treffen der Beauftragten für die Patientenforsprecher der Bezirke**

Das Büro der Patientenbeauftragten nimmt als Gast regelmäßig an den Treffen der Bezirke teil und nutzt dieses Gremium zu Information und Austausch mit den Kollegen der Bezirksebene. Die kollegiale Zusammenarbeit ist äußerst angenehm und fruchtbar.

## **4.2 Transparenzplattformen ‚Berliner Klinikführer‘ und ‚Pflegelotse‘**

In den vergangenen Jahren galt dem Thema Qualität und Transparenz z. B. zur Krankenhausversorgung besondere Aufmerksamkeit. Das Büro der Patientenbeauftragten hat in diesem Zusammenhang mit zwei wichtigen Partnern Suchportale für das Internet erarbeitet, um die verfügbaren Qualitätsdaten verständlich und nutzerfreundlich bereitstellen zu können.

1. Berliner Pflegelotse, der Informationen über die Berliner Pflegeeinrichtungen und deren Pflegenoten aufbereitet. Der Pflegelotse ist ein in Deutschland einmaliges Kooperationsprojekt zwischen dem Land Berlin und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).
2. Sowie der Berliner Klinikführer, der den Zugang zu den Qualitätsdaten der Krankenhäuser patientenfreundlich darstellt. Partner sind hier der Tagesspiegel und Gesundheitsstadt Berlin.

## **4.3 Krankenkassen als Kooperationspartner**

Das Büro der Patientenbeauftragten hat in den vergangenen Jahren zu den wichtigsten Krankenkassen verbindliche Kooperationsstrukturen aufgebaut, die vor allem aus einem Netz von Ansprechpartnern bestehen, die bei der Beantwortung von Anfragen und Beschwerden kontaktiert werden können. Diese Zusammenarbeit funktioniert durchweg sehr gut.

## **4.4 Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)**

Ein weiteres Beispiel für die Zusammenarbeit der Patientenbeauftragten mit Organisationen im Gesundheitswesen ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Das Büro der Patientenbeauftragten hält einen engen Kontakt zu den Ver-

antwortlichen und Zuständigen des MDK Berlin-Brandenburg, damit für die Bearbeitung von Patientenanliegen ein „kurzer Draht“ zur Verfügung steht. So können Häufungen zu bestimmten Beschwerdeschwerpunkten angesprochen werden und in Einzelfällen Anliegen direkt geklärt werden. Wenn der MDK in den Anfragen und Beschwerden genannt wird, geht es meist um folgende Themen:

- Begutachtung der Pflegebedürftigkeit
- Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit
- Stellungnahmen zu Heil- und Hilfsmitteln
- Einschätzung von Reha-Maßnahmen und stationären Leistungen
- Prüfungen bei Pflegediensten und Heimen

#### 4.5 Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin

Anliegen von Patienten, die sich auf Kassenärzte beziehen, machen die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) zu einem wichtigen Partner. Wenn Patienten die für sie notwendigen Ärzte nicht selber finden oder keinen Termin bekommen, kann die KV bei der Facharztsuche und der Vermittlung von Ärzten mit besonderen Behandlungskompetenzen helfen.

Die KV Berlin unterstützt das Amt beratend, wenn vertragsrechtliche Fragen zur ärztlichen Versorgung geklärt werden müssen und erleichtert damit die Beantwortung von Anfragen. Im offenen Diskurs geblieben ist aber die Frage, warum die KV keine Listen zu Ärzten herausgeben darf oder will, die zu bestimmten Erfordernissen für die Beratung hilfreich wären: Alle Ärzte mit einer Kompetenz zur Verordnung von Reha-Leistungen, alle anerkannten Schmerztherapeuten usw.

##### Ein Beispiel:

Die Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkran-

ker Patienten zum 1. April 2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hat für viele Patienten in Berlin, die eine CT-/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistung verschrieben bekommen haben, negative Auswirkungen gehabt. Problematisch war, dass begonnene Behandlungen so lange unterbrochen waren, bis ein Facharzt mit entsprechender Zusatzqualifikation die Therapie „erneut“ verschrieben hat. Da es nur sehr wenige Ärzte in Berlin mit dieser Qualifikation gibt, wurden die Patienten entweder wegen Nichtannahme neuer Patienten komplett abgewiesen oder mussten mindestens ein halbes Jahr auf einen Termin warten. Für die Patienten mit starken Schmerzen ein unhaltbarer Zustand, zumal etliche Ärzte den Patienten keine Liste der infrage kommenden Fachärzte aushändigen konnten, sodass sie sich selbst darum kümmern mussten.

Aus den genannten Gründen hat sich die Patientenbeauftragte an die KV Berlin gewandt und um Aushändigung dieser Liste für die Beratungsarbeit gebeten.

Die Antwort der KV Berlin: *„Aus Datenschutzgründen ist es uns leider nicht möglich, Ihnen eine Liste mit den Vertragsärzten zukommen zu lassen, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V teilnehmen oder über die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie verfügen. Auf unserer Homepage finden Sie unter dem folgenden Link unsere erweiterte Arztsuche: <http://www.kvberlin.de/60arztsuche/detailsuche.html> Dort haben Sie die Möglichkeit in dem jeweiligen Stadtbezirk oder in ganz Berlin nach Schmerztherapeuten zu suchen, indem als Zusatzbezeichnung die spezielle Schmerztherapie ausgewählt und/oder in dem Feld ‚QS-Leistungen/Verfahren/Krankheitsbild‘ der Begriff ‚Schmerztherapie‘ eingetragen wird.“*

Die Zusammenstellung wird nicht als Liste zur Verfügung gestellt, aber die Daten kann jeder im Internet selbst mühevoll zusammensuchen. Das Büro der Patientenbeauftragten hat letztendlich die Liste selbst zusammengetragen und den Betroffenen zur Verfügung gestellt oder direkt an den Gesundheitslotsendienst der KV Berlin verwiesen.

Es ist unverständlich, dass eine Körperschaft des öffentlichen Rechts verfügbare, für Patienten nützliche und nachgefragte Informationen nicht als Listen weitergibt, obwohl sie an anderer Stelle öffentlich zugänglich sind. Hier besteht Klärungsbedarf, welche datenschutzrechtlichen Probleme dem entgegenstehen.

#### **4.6 Zahnärztekammer (ZÄK) und Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Berlin**

Beschwerden gegen eine – aus Sicht der Patientinnen und Patienten – schlechte Versorgung durch Zahnärzte sind häufig und werden nicht selten mit großer emotionaler Betroffenheit vorgetragen. Es erweist sich für diese Beratungen als sehr hilfreich, dass die Zahnärztekammer (ZÄK) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) eine eigene Beschwerdeinstanz geschaffen hat.

In der Regel nehmen die Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer diese Möglichkeit in Anspruch. Trotzdem kommt es vor, dass das Problem nicht zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten gelöst werden kann. Beschwerden mit zum Teil massiven Vorwürfen - bis hin zum Missbrauch - erfordern viel Zuwendung in der Beratungssituation. In Einzelfällen kann dann auf die Beratungsstelle „Seele und Zähne“ verwiesen werden. Hier haben Zahnärztekammer und Psychotherapeutenkammer eine Anlaufstelle für Menschen geschaf-

fen hat, die mit seelischen Nöten im Zusammenhang einer Zahnbehandlung zu kämpfen haben.

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

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

Im September 2012 fand ein PatientenForum mit Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin, der Zahnärztekammer Berlin, der Krankenkassen und der Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) in den Räumen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung statt.

#### **Thema: Zahnärztliche Behandlungen Patienten fragen – Experten antworten**

Diskutiert wurden Fragen wie:

- Wo findet man Zahnarzt/innen, die behinderte Menschen versorgen?
- Welche Zahnärzte behandeln Privatversicherte im Basistarif?
- Gibt es die Möglichkeit zum Zweitgutachten bei einer geplanten teuren Zahnbehandlung?
- Wer berät bei Verdacht auf Falschbehandlung?
- Muss ich zum selben Zahnarzt gehen, wenn ich eine Fehlbehandlung korrigieren will?

- Woher weiß ich, dass die gestellte Rechnung korrekt ist?
- Welche Leistungen kosten bei welchem Zahnarzt was?
- Gibt es Möglichkeiten zum Preisvergleich zwischen verschiedenen Ärzten?
- Woher weiß man, was eine gute Leistung ist? Gibt es Qualitätsangaben zur zahnärztlichen Versorgung?
- Wann ist der richtige Zeitpunkt für ein Gespräch über Leistungen und Kosten einer geplanten Behandlung? Wie vermeidet man „Entscheidungen mit offenem Mund“?
- Was zahlt die Kasse und was müssen Kassenpatienten selber zahlen?
- Gibt es einen transparenten und begründeten Katalog der Leistungen die übernommen werden?
- Warum werden medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen nicht übernommen, z.B. professionelle Zahnreinigung, Implantate, Zahnersatz, amalgamfreie Füllungen, Wurzelbehandlung, Parodontitisbehandlung?
- Gibt es besondere Angebote für spezielle Zielgruppen, z.B. Kinder, Menschen mit starken Ängsten oder Migranten?

#### 4.7 Berliner Kliniken

Für diesen Bericht ist festzuhalten, dass die Kooperation mit den Berliner Kliniken bei der Bearbeitung von Anliegen und Beschwerden der Patienten durchweg positiv ist. Zu allen großen Krankenhäusern bestehen seit Jahren feste Kontakte zu den für Beschwerden und Qualität zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Kommunikation ist verbindlich und eng, so dass vielen Patienten schnell Antworten zu ihren Belangen gegeben werden kann.

#### 4.8 Berliner Erklärung Organspende

Nach den Skandalen um unseriöse Praktiken bei der Organspende ist die Spendenbereitschaft dramatisch gesunken. In

Berlin kam deswegen 2012 ein Bündnis von Vertretern aus Medizin, Forschung, Politik und Verbänden zusammen, das die Bürger in Berlin mit verständlichen Informationen besser aufklären sollte und verlorenes Vertrauen zurückgewinnen wollte. Die Partner – unter ihnen die Ärztekammer Berlin, die Charité-Universitätsmedizin Berlin und das Deutsche Herzzentrum Berlin, Verbraucherzentrale und Patientenbeauftragte – haben dazu die sogenannte Berliner Erklärung Organspende unterzeichnet. Für die Arbeitsgruppe Organtransplantation hat die Patientenbeauftragte Selbsthilfeorganisationen- und -gruppen zu ihrer Wahrnehmung befragt und die Ergebnisse in den Dialog eingebracht.

#### 4.9 Patientenbeauftragte der anderen Länder und des Bundes

In Deutschland gibt es nach wie vor nur vier Patientenbeauftragte: Auf Bundesebene und in den Ländern Berlin, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Im Berichtszeitraum bestand zu allen Kontakt.

Die Patientenbeauftragte besuchte Frau Dr. Hartl, die Vorgängerin von Herrn Imhof, zu einem informellen Gespräch in München. Die ehemalige Patientenbeauftragte von Nordrhein-Westfalen Frau Dr. Lehmann besuchte das Berliner Büro der Patientenbeauftragten, ebenso ihr Nachfolger, Herr Meyer, um sich über die Arbeit der Beauftragten und ihrer Geschäftsstelle zu informieren. Insbesondere zum damaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Herrn Zöller und zu Bayern bestand während der Diskussion um das Patientenrechte-Gesetz enger Kontakt.

Es bestehen darüber hinaus auch Kontakte zu den zuständigen Mitarbeitern im Gesundheitsministerium in Brandenburg, die jedoch kein Amt für Patienten schaffen wollen.



# 5. Veranstaltungen

## 5.1 Berliner Dialogforum

Bürgerinnen und Bürger sollen Politik aktiv mitgestalten, ihre Anliegen sollen gehört und für die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung genutzt werden. Mit diesem Ziel erproben der Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, und die Berliner Patientenbeauftragte, Karin Stötzner, eine neue Form des Austauschs zwischen Betroffenen und Politik: das DIALOGFORUM.

Im direkten Gespräch können Anliegen, Wünsche und Probleme von den Bürgerinnen und Bürgern benannt und diskutiert werden. Zahlreiche Experten, fachlich Zuständige, Mitglieder von Vereinen und Verbänden sowie von Selbsthilfegruppen stehen für Ihre Fragen bereit und beteiligen sich intensiv am Dialog. Der Bürgerdialog soll zu einer dauerhaften Einrichtung werden. Zentrales Thema: Die soziale und gesundheitliche Versorgung in Berlin.

### **Bisher wurden folgende Themen aufgegriffen:**

- Wege zur guten Pflege – Wie wollen wir leben? – Pflegegemeinschaften in Berlin
- Entlassung aus dem Krankenhaus – was dann?

Mehr dazu unter Punkt 3.6



1. Berliner Dialogforum am 4. September 2012

## 5.2 PatientenForum

Die Patientenbeauftragte für Berlin organisiert gemeinsam mit dem Verein „Gesundheit Berlin-Brandenburg“ das PatientenForum Berlin. Dieses Forum hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu fördern und Patientinnen und Patienten Wissen für eine selbstbestimmte Orientierung im Gesundheitswesen zu vermitteln.

Das PatientenForum Berlin stellt eine Reihe von Informations-, Diskussions- und Qualifizierungsangeboten bereit, die eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten in Berlin ermöglichen.

### **Im Berichtszeitraum fanden Veranstaltungen zu folgenden Themen statt:**

- Patientenorientierung in der zahnärztlichen Versorgung
- Das Patientenrechtegesetz – Was bringt es den Patienten?
- Wie funktioniert das deutsche Gesundheitswesen?
- Wie können Patienten die Zukunft der Gesundheitsversorgung mitbestimmen?
- Gremien der Patientenbeteiligung
- Was sind Individuelle Gesundheitsleistungen?

### **PatientenForum Berlin am 18.09.2012**

„Sehr geehrte Frau Stötzner,

vielen Dank für die informative Veranstaltung am Dienstag. In meiner täglichen Arbeit werde ich oft von ratsuchenden Eltern und auch Patienten direkt um Hilfe gebeten. Die meisten sehen sich den angebotenen Zusatzleistungen z.B. in der kieferorthopädischen Behandlung hilflos ausgesetzt, was häufig

dazu führt, dass Kinder keine kieferorthopädische Versorgung erhalten, da die finanziellen Mittel nicht vorhanden sind.

Mit zunehmender Tendenz beobachten wir das Angebot von Vollnarkosen bei Kindern. Wie Dr. Husemann bemerkte, ist eine Vollnarkose mit einem nicht unerheblichen Risiko verbunden. Es ist für die Eltern mühsamer, mehrmals zu einem Zahnarzt zu gehen, bis das Kind das nötige Vertrauen in eine Behandlung gewonnen hat. Für das Kind ist dieser „Reifeprozess“ aber für das ganze Leben bedeutend. Die Vollnarkose ist als schnelle und umfangreiche Behandlung verlockend. Die Problematik bei weiteren Behandlungen ist den Eltern oft nicht bewusst. Das Angstproblem bleibt bei Vollnarkosen.

Das mehrfach ausgesprochene Angebot der Vertreter von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Zweitmeinungen und Beratungen bei sachkundigen Kollegen einzuholen, ist den Patienten wenig bekannt. Dies muss mehr bekannt gemacht werden, vor allen Dingen in Presse und öffentlichen Medien, da nicht alle Patienten über Internet verfügen. Ich würde es sehr begrüßen, wenn Ihre Veranstaltung in kürzeren Abständen stattfinden würde. Der Zahnärztliche Dienst untersucht nicht nur Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren, sondern ist auch in der Beratung für Eltern und andere Patienten tätig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gisela Prause – Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes BA Tempelhof-Schöneberg“

### 5.3 Teilnahme an Veranstaltungen

Zahlreiche Veranstaltungen in Berlin und auch bundesweit bieten der Patientenbeauftragten Gelegenheit zu Aufbau und Sicherung von Netzwerken und Einbindung in relevante Fachdiskurse. Nachfolgend eine Auswahl von Veranstaltungen an denen die Patientenbeauftragte bzw. ihre Mitarbeiter im Berichtszeitraum teilgenommen haben. (Auswahl)



Selbsthilfe-Kongress 2012



2. Berliner Dialogforum am 18. Juni 2013

Veranstaltungen 2012	Veranstalter
10 Jahre KV-Sprechstunde / KBV Messe	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
6. Plattform Gesundheit Thema: Patientenrechtegesetz	IKK e. V.
Partizipation und Gesundheit – Abschlusskonferenz der Forschungsgruppe Public Health	WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
5. Pfllegetag	DAK
MDK-Kongress	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
AOK Forum live	AOK
Podiumsdiskussion zum Thema „Versorgungsformen einer alternden Gesellschaft“	Friedrich-Ebert-Stiftung
Kuratoriumssitzung APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
Abgeordnetenhaus Berlin, Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziales	Der Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Soziales
Fachtagungen „Altersdiskriminierung und Prävention“ und „Kritische Situationen in der Pflege“	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Eröffnung der Schwulenberatung	Lebensort Vielfalt/Schwulenberatung Berlin
Berliner Selbsthilfekongress 2012	SEKIS
Hauptstadtkongress 2012	WISO S. E. Consulting GmbH
Medizinkongress Thema: Patientenorientierung und demographischer Wandel	BARMER GEK

Veranstaltungen 2012	Veranstalter
Parlamentarischer Abend „Soziale Spaltung stoppen – Wohlstand gerecht verteilen“	Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
Das Patientenrechtegesetz Neue Regeln – mehr Rechte?	Verbraucherzentrale Bundesverband
Diskussion im Abgeordnetenhaus: Transplantationsgesetz – Vertrauen wieder herstellen	CDU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen
Ambulante ärztliche Versorgung in Treptow-Köpenick	BA Treptow-Köpenick
Versorgungsstrukturgesetz und Ärzteversorgung in Berlin	CDU-Landesgeschäftsstelle
Clusterkonferenz Gesundheitswirtschaft	HealthCapital Berlin Brandenburg
BAFF-Tagung „Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen“	BAFF Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
Tagung „Weiter so“ geht nicht Perspektiven für eine gute Pflegepolitik der Zukunft	Bertelsmann Stiftung



PatientenForum Berlin in den Räumen der Ärztekammer Berlin



Die Patientenbeauftragte im Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Veranstaltungen 2013	Veranstalter
Informationsveranstaltung: Medizinische Unterversorgung in Neukölln – Ärztemangel oder falsche Konzepte?	Informationsveranstaltung in Kooperation mit dem Vivantes-Klinikum Neukölln
Deutsches Pflege Forum	Deutsches Pflege Forum HTW - Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin
Patientenorientierung und Patientenbeteiligung im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Veranstaltung mit Patientenvertretern	Aktionsbündnis Patientensicherheit
„Der IGeL Monitor – Bilanz nach einem Jahr“	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Abgeordnetenhaus – Einladung zum Fachgespräch: Nosokomiale Infektionen – KH im Wettbewerb – Hygienemanagement	Abgeordnetenhaus, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflegetag „Länger selbstbestimmt leben mit Hightech-Medizin und altersgerechten Assistenzsystemen – Ein Blick in die Zukunft“	DAK-Gesundheit
8. APS-Jahrestagung	Aktionsbündnis Patientensicherheit
Verdi-Pflegemarkt 2013	Verdi
iGW - Die Zukunft der ambulanten Medizin	Initiative Gesundheitswirtschaft e. V. (iGW)
60 Jahre Verbraucherzentrale Berlin	Verbraucherzentrale Berlin
vdek-Zukunftsforum	(vdek) Verband der Ersatzkassen e. V.
Veranstaltung: Gerecht, nachhaltig, effizient – Perspektiven für eine Reform der Krankenversicherung	Bertelsmann Stiftung

Veranstaltungen 2013	Veranstalter
PFLEGE KONTROVERS Pflege zuhause - Wer bestimmt was gut ist?	Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
Expertenforum Schwanenwerder: Neue Perspektiven für eine patientenorientierte Versorgung	AOK Bundesverband
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Welche Informationen brauchen Patienten?	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
Tag der Patientenrechte – „Patientenrechtegesetz“	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (BAG)
BSA-Forum Weltschlaganfalltag – Möglichkeiten der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Schlaganfällen	Charité Berlin, Centrum für Schlaganfall-Forschung Berlin
Tagung: „Barrieren abbauen“ – barrierefreie medizinische Versorgung, Initiativen und Maßnahmen der Ärzte, Zahnärzte	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Diskussionsveranstaltung „Bedarf an rheumatischer Versorgung in Heimen“	Deutsche Rheuma Liga
Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes	Marburger Bund
10. LGK - BERUFSLEBEN GESUND gestalten	Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin
Nationaler Qualitätskongress Gesundheit	Gesundheitsstadt Berlin GmbH

## 5.4 Vorträge der Patientenbeauftragten (Auswahl)

### 2012

- **MDK-Kongress**  
Patientenerwartungen an den MDK
- **Workshop der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales**  
Der neue Berliner Krankenhaus-Plan, „Erwartungen von Patienten“

### 2013

- **PatientenForum**  
Das neue Patientenrechtgesetz: Entstehung/Schwerpunkte/Bewertung/Nachbesserungsbedarf
- **Deutsches Pflege Forum**  
Anliegen der Betroffenen: Was bewegt Patienten, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige in Berlin?
- **HealthCapital-Forum**  
Entlassungsmanagement – Anforderungen an die sektorenübergreifende Versorgung

### 2014

- **Berlin-Brandenburger Gesundheitsdialog der BARMER GEK**  
Auf dem Weg der doppelten Vernetzung – Ziele in der Gesundheits-Region Berlin-Brandenburg „Anforderungen an eine patientenorientierte Zusammenarbeit“
- **MDK-Kamingespräch**  
Patientenerwartungen an den MDK



## 6. Mitarbeit in Gremien

Die Patientenbeauftragte arbeitet in verschiedenen Gremien mit Fachleuten zusammen um die Interessen der Patienten zu vertreten. Einige sind nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Gremium	
Aktionsbündnis Patientensicherheit	Mitglied des Kuratoriums bis 2013
Arbeitsausschuss Selbsthilfe und Krankenkassen Berlin	Entscheidungsgremium zur Kassenförderung nach § 20c SGB V
Arbeitskreis Berliner Patientenberatungsstellen	unregelmäßiges Treffen zum Austausch der Patientenberaterinnen und -berater der Verbraucherzentrale Berlin, der Berliner Geschäftsstelle der UPD und des Büros der Patientenbeauftragten
Arbeitskreis Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher	gelegentliche Teilnahme zum fachlichen Austausch mit den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern
Erweiterter Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	Patientenvertretung für den Bereich ambulante spezialfachärztliche Versorgung
Fachausschuss Landeskrankenhausplanung mit den Arbeitsgemeinschaften Methodenfragen und Notfallversorgung	Mitarbeit in allen Arbeitsgemeinschaften des Fachausschusses
Gemeinsamer Bundesausschuss	Patientenvertretung für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V	Patientenvertretung für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.	Gründungsmitglied und Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung
Koordinierungskreis der Patientenverbände auf Berliner und Bundesebene	Abstimmung der Aktivitäten des Bündnisses der Patientenverbände nach § 140f SGB V,



Gremium	
Koordinierungskreis Patientenverbände Berlin	Arbeitskreis der anerkannten Patientenverbände nach § 140f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss
Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	zuständig für die Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung in Berlin
Landesgesundheitskonferenz Berlin	Mitgliedschaft im Plenum, dem Entscheidungsgremium und benanntes Mitglied im Vorbereitenden Ausschuss
Landeskrankenhausbeirat Berlin	Vertretung der Patienteninteressen im Beirat
Landespflegeausschuss	2. Stellvertreterin für die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Lenkungs-gremium Qualitätssicherung Berlin	Gremium zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern nach § 137 SGB V, seit 2013 Patientenbeteiligung gem. Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses
Patientenbeirat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)	Dialogmöglichkeit der Beiratsmitgliedern zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragen
Selbsthilfeforum chronisch Kranker und behinderter Menschen	Abstimmungsforum der Berliner Selbsthilfe- und Patienteninitiativen
Treffen der Beauftragten für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher der Bezirke	Teilnahme zum fachlichen Austausch mit der Bezirksebene

# 7. Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Die Patientenbeauftragte und die Mitarbeiter ihres Büros haben im Berichtszeitraum Vorträge gehalten, Presseerklärungen abgegeben, Interviews für Zeitungen, Zeitschriften, Radio und Fernsehen gegeben, Publikationen erstellt und Internetseiten gepflegt.

Ausführliche Informationen dazu finden Sie auf den Internetseiten der Patientenbeauftragten: [www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)



Patientenbeauftragte für Berlin  
Oranienstraße 106  
10969 Berlin  
Tel (030) 9028-2010  
[www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

Fotos: ©Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

– Patientenbeauftragte für Berlin –  
weitere

- S. 4 © Alexander Beck

- Fotolia.com:

S. 16 © Alexander Raths, S. 25 © Tom Wang

S. 28 © spotmatikphoto, S. 33 © Dave Willman

S. 35 © Alexander Raths, S. 41 © Christophe Fouquin

S. 46 © Volker Witt, S. 49 © Trish23

S. 63 © Rido, S. 66 © Alexander Raths

Gestaltung: [schneider-cid.de](http://schneider-cid.de)

© Oktober 2014