



Mitglied in der BAG
PatientInnenstellen

PATIENTINNENSTELLE

GESUNDHEITSLADEN BREMEN E.V.

ORIENTIERUNGSHILFEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

AUFKLÄRUNG ÜBER PATIENTINNENRECHTE

UNTERSTÜTZUNG BEI BEHANDLUNGSFEHLERN

SELBSTHILFEARBEIT UND GESUNDHEITSPOLITIK

Dokumentation

1993 – 2004

der

PATIENTINNENSTELLE

im Gesundheitsladen Bremen e.V.

Herausgegeben von:

PATIENTINNENSTELLE im Gesundheitsladen Bremen e.V.
Braunschweiger Str. 53 b, 28205 Bremen
Tel./Fax: 0421- 49 35 21

eMail: PS Bremen@web.de
Internet: <http://www.patientenstellen.de/bremen>

Redaktion:

Edeltraud Paul-Bauer
Martina Münzer
Michael Bialek

Schutzgebühr: € 3,00

Finanzielle Unterstützung:

Selbsthilfeförderung Gesundheitsamt Bremen
Sparkasse Bremen

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	S. 2
2.	Beschreibung des Gesundheitssystems und Entwicklungstrends	S. 3
3.	Entwicklung und Aktivitäten zum Patientenschutz	S. 4
4.	Finanzierung	S. 8
5.	Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)	S. 9
5.1.	Ziele und Zielgruppen	
5.2.	Neutralität und Unabhängigkeit	
5.3.	Niedrigschwelliger Beratungszugang	
5.4.	Kompetenz der BeraterInnen	
5.5.	Beratungskonzept	
5.6.	Dokumentation und Auswertung	
6.	Leistungsspektrum der PatientInnenstellen	S. 11
6.1.	Einzelfallhilfe	
6.1.1.	Information	
6.1.2.	Beratung und Unterstützung	
6.2.	Dokumentation und Auswertung	
6.3.	Politisch-strukturelle Arbeit	
6.3.1.	Rückkoppelung der Beschwerden	
6.3.2.	Interessenvertretung	
6.3.3.	Öffentlichkeitsarbeit	
6.3.4.	Qualitätssicherung	
6.3.5.	Kooperation	
7.	Statistik der Beratungsarbeit	S. 15
7.1.	Auswertung	
8.	VerbraucherInnenschutz im Gesundheitssystem	S. 20
8.1.	Gesundheitspolitische, psychosoziale und rechtliche Fakten	
8.2.	Bürgerbeteiligung	
8.3.	Forderungskatalog	
8.4.	Bilanz und Forderungen auf Landesebene	
8.4.1.	Bilanz	
8.4.2.	Forderungen	
9.	Anhang (Angaben aus der Beratungsdokumentation 2004)	S. 25
10.	Veröffentlichungen	S. 26
11.	BAGP-Mitglieder- und Kontaktadressen	S. 28

(Im Text wird abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise verwendet)

1. Einleitung

In unseren Ausführungen beziehen wir uns auf die in den letzten 12 Jahren gesammelten Erfahrungen in der PATIENTINNENSTELLE BREMEN und aus der Zusammenarbeit mit anderen Patientenberatungsstellen. Gesundheitspolitische Entwicklungen auf Landesebene sind zwar überwiegend von der Bundespolitik abhängig, dennoch gibt es genügend Spielraum landeseigene Vorstellungen zu entwickeln. Unserer Betrachtungsweise liegt immer die Perspektive des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zugrunde.

Unser Gesundheitssystem wird als eines der besten, aber auch kompliziertesten bezeichnet. Immer wieder auftretende Medizinskandale und undurchsichtige Abrechnungssysteme zeigen jedoch, dass dieses System krankt. PatientInnen/Versicherte sind die schwächsten Glieder innerhalb unseres Gesundheitssystems. Krankheit, fehlende Informationen und das Gefühl von Ohnmacht gegenüber ÄrztInnen, Krankenkassen und Krankenhäusern verringern gleichzeitig die Qualität der medizinischen Behandlung.

BürgerInnen als Versicherte, Ratsuchende oder PatientInnen sind Zentrum und Ziel des Gesundheitssystems, für sie wird es organisiert, von ihnen wird es finanziert. Die Rolle der BürgerInnen ist einem zunehmenden Wandel unterworfen. PatientInnen befinden sich durch erlerntes Rollenverhalten und fehlende Aufklärung in einem Abhängigkeitsverhältnis. Zudem sind sie krankheitsbedingt z.T. in einer leidenden, schutzbedürftigen, oftmals passiven Rolle. Sie werden in ihrer Patientenrolle als akut oder chronisch erkrankte Patienten mittlerweile als „Koproduzenten“ und Experten für ihre eigene Gesundheit bzw. Partnerin im Behandlungsprozess, aber auch als KundInnen in einem „Markt“ mit einem Volumen von 150 Mrd. Euro entdeckt. Sie haben aber kaum Einfluss auf dessen Entwicklung und fühlen sich als einzelne überfordert, dieses komplizierte System zu durchschauen.

Mit den unterschiedlichen Rollen zeigt sich schon das erste Problem. Allein aus Lebensqualitäts-, Präventions- und Kostengründen müsste die BürgerInnen-Orientierung im Gesundheitssystem im Vordergrund stehen, zumal sich alle den Status PatientIn, wenn überhaupt, dann nur als einen vorübergehenden Zustand wünschen.

Die Interessenlage von Versicherten und PatientInnen ist nicht immer deckungsgleich. Während die einen auf niedrige Beiträge Wert legen, fordern die anderen optimale Versorgung.

Auch die Bedürfnislage von PatientInnen ist widersprüchlich. Einerseits hoffen sie auf Gesundung durch die BehandlerInnen und geben einen Teil der Verantwortung ab, andererseits haben sie das Bedürfnis auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper und das Interesse nach aktivem Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens. Sie möchten unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft und sozialem Status in ihrer Persönlichkeit und mit ihren Bedürfnissen behandelt werden.

Im Konfliktfall * tritt die unterlegene Position der PatientInnen am deutlichsten zutage. Während die ÄrztInnen meist mit breiter solidarischer Unterstützung ihrer KollegInnen und ihrer Haftpflichtversicherer rechnen können, werden die PatientInnen zu EinzelkämpferInnen ohne Lobby, denen als medizinischen Laien auch noch die Beweislast für das Vorliegen eines etwaigen Behandlungsfehlers zugemutet wird.

Wir wünschen uns mit dieser Dokumentation Motivation und Überzeugung zu schaffen, dass es sich lohnt, Anfragen und Beschwerden von PatientInnen/Versicherten als Impuls zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zu nutzen.

* Analog amerikanischer Schätzungen rechnet man für Deutschland aufgrund medizinischer (Fehl-)Behandlungen mit einer Zahl von 17.000 bis 30.000 Toten/Jahr.

2. Beschreibung des Gesundheitssystems und Entwicklungstrends

- Das Gesundheitssystem in Deutschland erfährt in den letzten Jahren eine zunehmende Entsolidarisierung und wird aus der Verantwortung des Staates immer weiter in die marktwirtschaftliche "Selbstregulierung" entlassen.
- Die Sparmaßnahmen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen verlagern die finanziellen Lasten zunehmend auf die PatientInnen. Leidtragende sind in erster Linie chronisch kranke, sozial schlechter gestellte und alte Menschen, MigrantInnen und Flüchtlinge.
- Der neu geschaffene und verschärft wirkende Wettbewerb führt zu steigender Intransparenz und Entsolidarisierung. Es werden vielfältige, nicht qualitätsgesicherte Leistungen (z.B. individuelle Gesundheitsdienstleistungen - IGeL-) angeboten. Das Angebot für PatientInnen wird somit immer unübersichtlicher und unkontrollierbarer. Nach der Continentale-Studie 2003 (in Zusammenarbeit mit TNS-Emnid) hat in den letzten Jahren die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem unter den Aspekten: Leistung und Preis abgenommen. Nach einer repräsentativen Telefonbefragung in NRW fanden nur 32 % die Patienteninteressen gut berücksichtigt, 7 % wollten eine Verbesserung der Beschwerdemöglichkeiten, 78 % eine bessere Aufklärung und Beratung und 80 % mehr Zeit der ÄrztInnen für ihre PatientInnen.
- Insgesamt ist die Entwicklung der Medizin zuwenig am Gemeinwohl und zu sehr am Profit einzelner Interessensgruppen ausgerichtet. PatientInnen sehen sich einem "medizinisch-industriellen Komplex" gegenüber, bei dem in erster Linie dessen ökonomische Interessen und nicht Gesichtspunkte des PatientInnenwohls dominieren. Dadurch verlieren viele PatientInnen das Vertrauen in das bestehende Gesundheitssystem.
- Zugleich ist das Gesundheitssystem gekennzeichnet durch ausgeprägte Hierarchien und Standesdünkel. Mündigkeit, Selbständigkeit und eine aktive Rolle von PatientInnen passen nicht in dieses System.
- Längst erkannte Krankheiten werden nicht zielgerichtet und nachhaltig kuriert, vielfach werden lediglich Symptome behandelt. Dies betrifft auch die Krankheitsursachen, vor allem die Bereiche Umwelt (z.B. Schadstoffbelastungen), Ernährung und die Lebens- und Arbeitswelt (Verschleißkrankheiten, Stress, Mobbing, Schadstoffexpositionen, Arbeitslosigkeit). Hier fehlen nachhaltige, praxisnahe und vernetzte Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung.
- Es besteht nach wie vor eine einseitige und sehr kostenintensive Ausrichtung auf die schulmedizinische Hochtechnologie.
- Die alternative und die "sprechende Medizin" sind weiterhin unterbewertet, obwohl nachgewiesen ist, dass die vertrauensvolle Beziehung zwischen BehandlerIn und PatientIn von entscheidender Bedeutung für den Heilerfolg ist.
- In der Bevölkerung zeigen sich zunehmend Tendenzen, mehr Eigenverantwortung bei der Erhaltung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zu übernehmen. Parallel dazu wächst die Zahl der Beschwerden von Betroffenen über negative Erfahrungen und über Missstände im Gesundheitssystem.

3. Entwicklung und Aktivitäten zum Patientenschutz

Der BREMER GESUNDHEITSLADEN befasst sich seit seiner Gründung Anfang der 80er Jahre mit dem Thema Verbesserung der Stellung der BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen im Gesundheitssystem. Dies geschieht durch (politische) Interessenvertretung, Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation durch Informationsvermittlung, Beratung und fachliche Unterstützung von einzelnen BürgerInnen und sozialen, gesundheitlichen (Selbsthilfe)-Gruppen, -Initiativen oder Vereinen.

1990

Ergebnisse der Fachtagungen von Patientenstellen bzw. -initiativen der Schweiz und der Bundesrepublik zu Standards für die Arbeit von Patientenstellen wie auch die Broschüre „Das Kleine Patienten-Rechte-ABC“ wurden veröffentlicht.

1992

Durch eine Vielzahl von Anfragen und Beschwerden angeregt, gründete sich zur gleichen Zeit im BREMER GESUNDHEITSLADEN ein Arbeitskreis Patientenschutz/Patientenrechte, der die für April angesetzte Fachtagung „Der mündige Patient – eine Illusion?“ vorbereitete und sich zum Ziel setzte, eine PatientInnenstelle zu gründen. Er setzte sich aus geschädigten PatientInnen, Mitgliedern aus Selbsthilfegruppen und aus interessierten Institutionen zusammen.

1993

Konzeptionelle Überlegungen, Fragen der Trägerschaft und Verhandlungen mit Senat, Parteien und Krankenkassen waren notwendig, ehe die PATIENTINNENSTELLE BREMEN zum September mit ihrer Arbeit - Orientierung und Unterstützung im Gesundheitssystem - beginnen konnte.

Bereits mit der Wahl des Namens PATIENTINNENSTELLE BREMEN war die Aussage verbunden, dass wir nicht nur eine Patientenberatungsstelle sein wollen, sondern wir das in der Arbeit mit ratsuchenden PatientInnen Erfahrene so schnell wie möglich nach außen aktiv in Veränderungsimpulse umsetzen wollen.

Wir legten den Entwurf eines Patientenfürsprecher-Gesetzes vor, woraus im SPD-Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes im § 9 die Aufgabe eines Patientenvertreters festgeschrieben wurde. Nach Bildung einer „Großen Koalition“ wurde dieses Ziel nicht weiterverfolgt.

Von 1993–1997 war eine Mitarbeiterin der PATIENTINNENSTELLE in der seit 1986 arbeitenden Ethikkommission für Medikamentenversuche als Patientenvertreterin berufen worden.

1994

Im gleichen Jahr initiierte die Landesbeauftragte für Frauen (ZGF) ein *Forum Frauengesundheit* zur Vernetzung und Durchsetzung frauengesundheitspolitischer Forderungen. Themenschwerpunkte sind Stärkung der Selbstkompetenz von Frauen z.B. zu Schwangerschaft, Mammascreeing, Hormonersatztherapie u.a.m.

1995

Ein von der PATIENTINNENSTELLE BREMEN angebotenes „Runder-Tisch-Gespräch“, in dem die bei ihr seit 1993 eingegangenen Beschwerden Diskussionsgrundlage zur Qualitätsverbesserung dienen sollte, fand bei den Bremer Leistungsanbietern und Kostenträgern kein Interesse.

1996

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hatte sich nach erstmaliger Anhörung von Patienten-/Verbraucherorganisationen (vertreten durch die PATIENTINNENSTELLE BREMEN) auf eine Weiterentwicklung des Patientenschutzes festgelegt, um Defizite bei der Gewährleistung des Patientenschutzes (Durchsetzung von Patientenansprüchen bei Mängeln in der Gesundheitsversorgung: unzureichende Rechtsstellung gegenüber Gesundheitsdienstleistern, Produktherstellern, nicht ausreichende Rechtsgrundlagen für eine Sanktionierung bei Fehlbehandlungen) abzubauen.

Die GMK-Sonderkonferenz forderte die Bundesregierung auf, die Rechtsstellung von PatientInnen zu verbessern.

1997

Die Durchführung einer Veranstaltung im Juli mit dem Titel: *„Diskussion zu Konzepten von Patienten-/Unterstützungsmodellen in Bremen“* hatte zur Folge, dass der PATIENTINNENSTELLE BREMEN die Finanzmittel noch im laufenden Jahr *„wegen mangelnder Akzeptanz bei Kostenträgern und Leistungserbringern“... „trotz anerkannter guter Beratungsarbeit“* von der Stadt Bremen entzogen wurde. Die ihr bisher gewährten Mittel sollten einer noch zu gründenden sog. „Unabhängigen Patientenberatungsstelle Bremen“ (UPB) zufließen, die ohne jegliche Diskussion und Beteiligung politischer Gremien u.a. der Öffentlichkeit präsentiert und später nachträglich durch das Parlament abgesegnet wurde.

Finanziers der UPB sind Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen und der Senator für Gesundheit, die durch Festlegung der Vorstandsverteilung sowie der Tätigkeitsefeldbegrenzung in der Satzung den im Titel formulierten Anspruch: „Unabhängigkeit“ jedoch infrage stellen.

Die 70. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vergab ein Rechtsgutachten an die Prof. Hart und Francke der Uni Bremen zur Vorbereitung einer Patientenrechtscharta mit Empfehlungen wie Aufbau von beteiligungsfähigen und wirksamen Patientenvertretungsstrukturen (wie in Holland), um erweiterte Formen der Patientenmitwirkung und –beteiligung im Gesundheitswesen zu ermöglichen, Unabhängigkeit insbesondere von Anbieterinteressen, Einzelfallhilfe und Arbeit an Strukturen. Auch das Land NRW erteilte an die zuvor genannten Wissenschaftler ein Gutachten zur Bürgerorientierung des Gesundheitswesen, Selbstbestimmung, Schutz und Beteiligung.

1998

Im Mai stellte die SPD eine große Anfrage an die Bundesregierung zu Patientenselbstbestimmung/-schutz.

Das Dokument: *Patientenrechte in Deutschland* wurde in einem gemeinsamen Beratungsprozess von Krankenkassen, Ärztekammer, Datenschutz-, Verbraucher-/Patientenorganisa-tionen auf der Grundlage des Gutachtens zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte für die GMK von Hart/Francke erstellt. Die Ärztekammer zog dann aber ihre zuvor erteilte Zustimmung zu diesem Dokument trotz Namensänderung zurück.

1999

Die Gesundheitsministerkonferenz legte Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen fest, die u.a. eine konsequente Patientenorientierung beinhalteten. Neben dem Aufbau von neutralen Patienteninformationssystemen, der Durchführung regelmäßiger Patientenbefragungen, der Einrichtung von anbieterunabhängigen Patientenberatungsstellen, sei zu prüfen, ob das Dokument **Patientenrechte in Deutschland heute** die gewünschte Wirkung entfaltet, oder ob weiterführende Maßnahmen wie z.B. ein Patientenschutzgesetz zu ergreifen sind.

Das Institut für Gesundheit und Medizinrecht (IGMR) mit Prof. Hart und Francke an der Uni Bremen initiiert ein Diskussionsforum zur Fortentwicklung der Patientencharta mit Bremer Akteuren im Gesundheitssystem, in dem sich diese Akteure auf die Einhaltung der von ihnen gemeinsam entwickelten Ergebnisse (z.B. zu Themen wie Einsichtsrecht, IGel - individuelle Gesundheitsleistungen -, z.Zt. Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Behandlung) verpflichten.

2000

In Bremen wurde das Mammascreeing-Modell ohne jegliche Beteiligung der Betroffenen und entsprechender Organisationen eingeführt. Die massive Kritik führte zu Verbesserungen, z.B. einer unabhängigen Beratung durch Frauengesundheitszentrum und Krebsgesellschaft.

Das Sachverständigen-Gutachten 2000/2001 empfahl die Prüfung,

- ob die in verschiedenen Gesetzen verstreuten Patientenrechte in einem Patientenrechtegesetz zusammen zu fassen sind,
- ob die Vertretung von Nutzerinteressen mit dem Ziel ihrer gleichberechtigten Beteiligung möglich bzw. weiterentwickelt werden kann,
- ob PatientInnen zukünftig eine Rolle als eigenständige Kraft im Gesundheitswesen übernehmen können, wobei Staat und parastaatliche Institutionen eine größere Bereitschaft zeigen sollten, den NutzerInnen mehr direkte Mitspracherechte einzuräumen.

2001

Die Evaluationsergebnisse zur Arbeit der UPB wurden trotz ihrer kritischen Bewertung weder der Politik oder Öffentlichkeit präsentiert, noch einer Diskussion geöffnet.

Mit der „Gesundheitsreform 2002“ wurden erstmals PatientInnen als dritter Faktor in die Gestaltung des Gesundheitswesens eingeführt, nachdem sich in Deutschland jahrzehntelang die gegensätzlichen Positionen gegenüberstanden, wonach sowohl die Ärzteschaft wie auch die Krankenkassen behaupteten, sie verträten als Anwälte der PatientInnen auch deren Interessen.

Vom Bundesministerium für Gesundheit mit Unterstützung des Bundesministeriums für Justiz wurde eine Arbeitsgruppe **Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und –möglichkeiten** (unter Mitwirkung der PATIENTINNENSTELLE BREMEN) und ein **Runder Tisch Gesundheit** mit 8 Untergruppen einberufen, um gesundheitspolitische Fragen mit den Akteuren des Gesundheitswesens zu diskutieren, allerdings nicht mit dem von den beteiligten PatientInnenorganisationen davon erhofften Erfolg.

Die in den letzten Jahren von BAGP-Mitgliedern auf Landes- und Bundesebene geleistete Lobbyarbeit sowie die Initiierung einer bundesweiten Zusammenarbeit von Selbsthilfe- (BAGH), Patienten-Organisationen (Notgemeinschaft Medizingeschädigter, Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfeschädigter), Verbraucherzentralen, Sozialverbänden u.a. in einer *PatientInnenbank* führte zur stärkeren Einbindung und Mitwirkungsmöglichkeit.

Der neu eingeführte § 65 b SGB V verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen zur **Modellförderung unabhängiger Patientenberatungsstellen**.

Das Modellprojekt zur Bestimmung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele (**gesundheitsziele.de**) wurde vom Bundesministerium Gesundheit und soziale Sicherheit (BMGS) und von der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. eingerichtet.

2002

Das BMGS und BMJ erarbeiteten unter Patienten-/Verbraucherbeteiligung (PATIENTINNENSTELLE BREMEN vertrat die BAGP) eine aktualisierte Dokumentation: **Patientenrechte in Deutschland** mit Zustimmung der Ärztekammer, wobei die Patienten-/Verbraucherorganisationen nach wie vor für ein Patientenschutzgesetz plädieren.

2003

Das Modellprojekt **Gesundheitsziele.de** legte unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erste Ergebnisse vor zu:
Verbesserung von Information und Transparenz (Autonomie), Qualität und Sicherheit (Kompetenzentwicklung), Mitbestimmung/Partizipation (Patientenrechte stärken) und Beschwerdemanagement.

2004

Neben den finanziellen Mehrbelastungen für die Versicherten durch Praxisgebühr, Zuzahlungen usw., die das **Gesundheitsmodernisierungsgesetz** brachte, wird eine Reform der Organisationsstrukturen bei der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, eine Fortbildungsverpflichtung für Ärzte u.a.m. festgeschrieben.

Die **Patientenbeauftragte** der Bundesregierung nimmt (lt. § 140h SGB V) ihre Arbeit auf. Sie soll die Weiterentwicklung von Patientenrechten, die stärkere Einbindung von Versicherten (von Betroffenen zu Beteiligten), Patienten-/Selbsthilfe-Organisationen usw. im Blick haben.

Gleichzeitig wird in § 140 f-g SGB V erstmals gesetzlich die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und seinen Unterausschüssen auf Bundesebene und entsprechend in § 90 SGB V in Ausschüssen auf Landesebene durch anerkannte Patienten-/Verbraucherorganisationen festgeschrieben. Im G-BA, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, wird über den Leistungskatalog der Krankenkassen durch Kassenärzte und Krankenkassen unter Mitbeteiligung (jedoch ohne Stimmrecht) von PatientenvertreterInnen entschieden.

Eine der wesentlichen Aufgaben der Patientenvertretung ist es, bei den Entscheidungen des Bundesausschusses für mehr Transparenz und Patientenorientierung zu sorgen, einschließlich der Berücksichtigung von Aspekten der Lebensqualität sowie der Beachtung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Belange von PatientInnen.

Der Behindertenrat (Zusammenschluss von Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), Sozialverbänden, Patientenselbsthilfegruppen), der Bundesverband der Verbraucherzentralen (vzbv), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (DAG Selbsthilfe) und unsere Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) wurden offiziell in der Rechtsverordnung als **Vertreterinnen unabhängiger Patienteninteressen** benannt, was wir als Bestätigung unserer bisherigen Arbeit sehen.

Die PATIENTINNENSTELLE BREMEN vertritt die BAGP auf Bundesesebene im G-BA-Unterausschuss: Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Es geht hier um Leistungen, für deren ambulante Behandlung die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern in Ergänzung der fachärztlichen Versorgung Verträge abschliessen können. Der Ausschuss hat die Aufgabe, über den in § 116b SGB V aufgelisteten Katalog von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen hinaus, neue Anträge, aber auch bereits genehmigte Anträge zu überprüfen.

Auf **Landesebene** ist die PATIENTINNENSTELLE BREMEN mit der Koordination der o.g. Organisationen unabhängiger Patienteninteressen für die einzelnen Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse beauftragt.

Auf Anregung des Zentrums für Public Health haben sich mehrere Institutionen/Organisationen aus dem Gesundheitsbereich zu einer Initiative zusammengefunden mit dem Ziel, eine **Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.** zu gründen. Diese soll sich mit Gesundheitsförderung und Prävention mit besonderem Schwerpunkt auf sozial Benachteiligte sowie auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit im Land Bremen beschäftigen.

Mit dem Gesetzesentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention der Bundesregierung soll der Grundstein für den Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule des Gesundheitssystems gelegt werden, mit dem Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege gleichrangig nebeneinander stehen.

Eine Arbeitsgruppe beim Bundesministerium Justiz wie auch die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages beschäftigte sich mit Patientenrechten am Ende des Lebens und hat Dokumente bzw. Zwischenberichte „Formulierungshilfe Patientenverfügung“ bzw. „Patientenverfügungen“ erstellt.

4. Finanzierung

Der GESUNDHEITSLADEN BREMEN e.V. als gemeinnütziger Träger der PatientInnenstelle ist unabhängig von den Einrichtungen im Gesundheitssystem. Finanziert wird die Arbeit über öffentliche Mittel (z.B. Selbsthilfe-, Projektförderung), Beiträge, Spenden und durch Leistung ehrenamtlicher Tätigkeit.

Für den Zeitraum September 1993 bis September 1997 bewilligte die Stadt Bremen jährlich DM 75.000 für die PATIENTINNENSTELLE BREMEN, womit Sach- und Personalkosten für eine halbe Stelle abgedeckt werden konnten. Nach Beendigung der Projektförderung führte die PATIENTINNENSTELLE BREMEN ihre Arbeit in gleichem Zeit- und Arbeitsumfang mit vier bis sechs MitarbeiterInnen ehrenamtlich weiter fort, wobei die Sachmittel im Rahmen der Selbsthilfeunterstützung bezuschusst wurden.

Seit Juli 2001 erhält die PATIENTINNENSTELLE BREMEN über unseren Dachverband BAGP im Rahmen der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen nach § 65 b SGB V finanzielle Unterstützung. Die Mitarbeit von ehrenamtlich tätigen Betroffenen oder Interessierten ist davon unberührt bzw. sogar notwendige Voraussetzung.

Die Mitgliedsorganisationen der BAGP haben fast alle eine ähnliche Finanzstruktur, lediglich die Münchner Patientenstelle erhält seit vielen Jahren über die Stadt verlässliche Finanzmittel aufgrund vertraglicher Beziehungen.

5. Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) *

Die BAGP - mit Sitz in München - gründete sich 1989 in Form einer Arbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen als ein Projekt innerhalb der GesundheitsAkademie e.V., in der die jeweiligen Träger der regionalen Patientenstellen Mitglied sind. Sie vertritt unabhängige und gemeinnützige PatientInnenstellen in Deutschland, die Rat suchende BürgerInnen und PatientInnen informieren, beraten und bei Beschwerden unterstützen. Sie engagiert sich für die Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung, die Stärkung der Patientenrechte, die Förderung der Handlungskompetenz der PatientInnen und der Beteiligung an Entscheidungen im Gesundheitsbereich.

Aus der Tatsache, dass sich BürgerInnen in einem komplexen, für sie kaum durchschaubaren, von den Eigeninteressen der Krankenkassen, Ärztekammern und kommerziellen Unternehmen dominierten Gesundheitssystem bewegen, leiten wir ihren Anspruch auf eine unabhängige Patientenberatung ab, die sich ausschließlich an den Interessen und Bedürfnissen der Ratsuchenden ausrichtet.

Um die Arbeit der in der BAGP zusammengeschlossenen PatientInnenstellen möglichst transparent zu machen, hat sie ihr Profil geschärft, Beratungsstandards zur Sicherung des qualitativen Niveaus festgelegt und Qualitätskriterien für schriftliche Informationsmaterialien entwickelt. Die BAGP hat zur eigenen Qualitätssicherung ihrer Arbeit eine externe Beschwerdestelle eingerichtet, die Beschwerden über Mitgliedsorganisationen bearbeitet.

5.1. Ziele und Zielgruppen

Globales Ziel der BAGP ist ein soziales, solidarisches, demokratisches, nicht hierarchisches Gesundheitssystem, in dem BürgerInnen, Versicherte, PatientInnen gleichberechtigte PartnerInnen sind. Dies verlangt:

- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Handlungsfähigkeit der PatientInnen durch gemeinsame Lobbyarbeit für PatientInnen
- Qualitätsbeurteilung von Kostenträgern, Leistungserbringern und Angeboten durch Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen
- Einflussnahme in patientenrelevanten Entscheidungsgremien, Kooperation mit anderen PatientInnen-, Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen
- Nutzerorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems
- Auswertung der Arbeit und Rückkoppelung an das Gesundheitssystem

Die genannten Ziele werden erreicht durch:

1. Schaffung von Transparenz über Angebote und Leistungen im Gesundheitssystem
2. die Bereitstellung und Vermittlung von fehlender Information über Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten, medizinische und therapeutische Leistungsangebote, sozialrechtliche Belange und Ansprüche
3. Beratung und Hilfe bei der Durchsetzung der individuellen Patientenrechte und der Respektierung des Patientenwillens und Wahrnehmung kollektiver Patientenrechte in Form von Beteiligung z.B. an Gesundheitskonferenzen, Ethikkommissionen, Gutachter-/Schlichtungsstellen u.a.
4. Beschwerdemanagement
5. psychosoziale Unterstützung und Befähigung

* Weitere Infos zur BAGP siehe: www.patientenstellen.de

Die Informations- und Beratungsangebote richten sich an vier verschiedene, sich überschneidende Zielgruppen:

1. BürgerInnen/Versicherte/PatientInnen, die unabhängige und neutrale Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit Lebensumständen, Umwelt, Arbeitswelt (auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung) suchen,
2. BürgerInnen/Versicherte/PatientInnen, die Informationen über Gesundheitsangebote, Therapien, Selbsthilfegruppen, Kranken- und Pflegeversicherung, PatientInnenrechte und weitere gesundheitsrelevante Themen suchen,
3. PatientInnen, die durch das Medizinsystem geschädigt wurden und Unterstützung bei der Klärung und Durchsetzung ihrer Rechte und Beschwerdemöglichkeiten suchen,
4. Beschäftigte im Gesundheitssystem und Entscheidungsträger in Institutionen und Politik, die an Verbesserungen im Gesundheitssystem interessiert sind.

Alle in der BAGP zusammengeschlossenen PatientInnenstellen verpflichten sich für ihre Arbeit folgende Kriterien zu beachten:

5.2. Neutralität und Unabhängigkeit

Nur wenn Beratungsangebote nicht im Verdacht stehen, interessengeleitet zu sein, werden sie die volle Akzeptanz der Adressaten finden. Unabhängige Patientenberatung ist weder in ihrer Existenz noch in ihrer Arbeit von der Unterstützung einzelner oder mehrerer Leistungserbringer, Kostenträger bzw. Sponsoren abhängig. Sie garantiert daher eine „neutrale“ (nicht von Fremdinteressen geleitete), bedarfsgerechte Beratungs- und Informationsvermittlung.

5.3. Niedrigschwelliger Beratungszugang

Die Angebote unabhängiger Patientenberatung stehen allen BürgerInnen offen und sind räumlich, verkehrstechnisch und zeitlich gut erreichbar und kostenfrei.

5.4 Kompetenz der BeraterInnen

Die MitarbeiterInnen unabhängiger Patientenberatung verfügen neben einer fachlichen Kompetenz und/oder Betroffenenkompetenz vor allem über die Fähigkeit, Informationen objektiv und patientenorientiert zu vermitteln und Gespräche so zu gestalten, dass den Ratsuchenden ein selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln möglich wird.

Das umfassende Beratungsangebot verlangt von den MitarbeiterInnen Weiterbildung zu gesundheitspolitischen, krankheitsbezogenen, organisatorisch-konzeptionellen, methodischen und rechtlichen Themen. Hierzu werden die Angebote der BAGP, der GesundheitsAkademie e.V. Bielefeld und anderer Bildungseinrichtungen genutzt. Auch die autodidaktische Fortbildung, die kollegiale Begleitung, die Nutzung aktueller Informationsquellen und Austausch mit anderen Beratungseinrichtungen sind notwendiger Bestandteil der Qualitätssicherung des Beratungsangebots.

5.5. Beratungskonzept

Unabhängige Patientenberatung reicht von der kommentierten Informationsvermittlung bis hin zur gezielten Beratung, d.h. interaktiv erarbeiteten Problemlösung, sowie zur Unterstützung mit anwaltschaftlichen (d.h. parteilichen) Komponenten. Sie bietet den Ratsuchenden

BürgerInnen Orientierungs-, Entscheidungs-, Planungs- und Handlungs- sowie Bewältigungshilfe.

Das Beratungskonzept lehnt sich an den Grundsätzen des Empowerment an. Dieses geht von der Annahme aus, dass die Ratsuchenden über eigene Handlungs- und Bewältigungskompetenzen verfügen, die durch eine entsprechende Unterstützung zur Entfaltung gebracht werden können. Grundziel der Beratungstätigkeit ist immer die Hilfe zur Selbsthilfe.

5.6. Dokumentation und Auswertung

Die Erfahrungen aus der Beratungsarbeit werden einheitlich dokumentiert und ausgewertet und bundesweit bei der BAGP zusammengeführt. So lassen sich Häufungen bestimmter Probleme der Ratsuchenden erkennen und durch Rückkoppelung an zuständige Einrichtungen, politische Gremien, Kostenträger und Anbieter Qualitätsverbesserungen erreichen. So

kann Dokumentation und Auswertung der Aufdeckung und Bekämpfung von Missständen und damit der Verbesserung des kollektiven und individuellen PatientInnenschutzes dienen.

6. Leistungsspektrum der PatientInnenstellen

Die Arbeit von PatientInnenstellen beruht immer auf drei Standbeinen:

1. Einzelfallhilfe
2. Dokumentation und Auswertung sowie
3. politisch-strukturelle Arbeit

Einzelfallhilfe und strukturell-politische Arbeit stehen als zwei zusammengehörige Standbeine der PatientInnenstellen nebeneinander. Verbunden werden sie durch die Auswertung der Fälle, an denen Defizite und Schwachstellen des Gesundheitssystems deutlich werden.

6.1. Einzelfallhilfe

Sie beinhaltet eine (parteiliche) Unterstützung individueller Interessen, d.h. Information, Beratung, Ermutigung, Gruppenarbeit in medizinischen, rechtlichen, politischen, umweltrelevanten oder allgemein gesundheitsstärkenden Fragen i.S.v. Empowerment. Ohne den Versuch des Empowerments wäre die Patienten-Unterstützung nur eine Wiederholung des viel zu ungleichen Arzt-Patient-Verhältnisses. Es macht die UnterstützerInnen von PatientInnen zu Verbündeten und nicht zu Professionellen im herkömmlichen Sinn, die ihr berufliches Terrain gegen „inkompetente Laien“ verteidigen.

6.1.1. Information

Die PatientInnenstelle stellt ein Angebot unabhängiger Beratung und Nutzerinformation für ein breites Spektrum von Fragestellungen zum gesundheitlichen Versorgungssystem bereit. Das Informationsspektrum ist vielfältig und umfasst: Behandlungsfehler, Medizinschadensrecht, Zahnbehandlungen, Zahnmetalle, Prävention, Krankenkassen und andere Kostenträger, FachärztInnen/TherapeutInnen (mit spezifischen Kenntnissen), geeignete stationäre Behandlungsmöglichkeiten, Arztrechnungen, Gebührenordnung, Selbsthilfegruppen, Behandlungsalternativen und Therapiemöglichkeiten, Medikamente und Nebenwirkungen, sozialrechtliche Fragestellungen, Beschwerdemöglichkeiten, Altenpflege, Patientenverfügung, Sterbehilfe u.a.m.

Darüberhinaus werden Ratsuchende in die Lage versetzt, Informationen über Diagnose- und Behandlungsmethoden, Behandlungsqualität und Behandlungskosten einzufordern, wenn sie es wünschen. Das wichtigste Instrument zur Stärkung von selbst- und solidarverantwortlichem Handeln ist das Wissen über Gesundheit und Krankheit, über Abläufe und Zusammenhänge im Gesundheitssystem und über Rechte und Pflichten von PatientInnen und Versicherten gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern.

PatientInnen selbst messen bei Befragungen ihrem Wunsch nach ausführlicher und verständlicher Information den wichtigsten Rang zu. Ärzte dagegen, die von PatientInnen als wichtigste Instanz nach medizinischen Informationen angesehen werden, weisen der Information nur einen Rangplatz im hinteren Drittel zu. Nach einer von der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführten Befragung bei ca. 1000 niedergelassenen ÄrztInnen, würden nur knapp die Hälfte von ihnen die Behandlung persönlich akzeptieren, die nach medizinischem Standard für PatientInnen als angemessene gilt. Problematisch ist, dass ÄrztInnen durch ihren Wissensvorsprung die wesentliche Nachfrage nach medizinischer Leistung selbst festlegen und zugleich das Leistungsangebot bereitstellen.

6.1.2. Beratung und Unterstützung

Ratsuchende wollen allgemeine Orientierung, Beratung und Information, andere wollen sich beschweren oder einem Verdacht auf Behandlungsfehler nachgehen.

Sie benötigen darüber hinaus bei Konflikten oftmals auch Begleitung und Ermutigung. Wer bereits in Behandlung ist und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern hat, bekommt in der PatientInnenstelle mögliche Handlungswege aufgezeigt, die ihn in die Lage versetzen, eigenverantwortlich seine Interessen zu vertreten. Grundsätzlich gilt für die Beratung das Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe. Immer erforderlich ist die integrierende Sicht der rechtlichen, medizinischen und psycho-sozialen Aspekte in der Beratung.

Auf Wunsch des Patienten schaltet sich die PatientInnenstelle bei festgefahrenen Konflikten auch als Vermittlerin ein. Dies gilt sowohl für Probleme mit Leistungserbringern als auch mit Kostenträgern. Die Vermittlung hat das Ziel, verhärtete Fronten aufzubrechen und gemeinsam mit den Beteiligten nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, die allen Parteien gerecht werden.

Ratsuchende/Betroffene erhalten die Möglichkeit der Mitarbeit, z.B. im Rahmen von Gruppenberatungen, Mitgliedschaft und anderer Aktivitäten. Zu Themen wie Patientenrechte oder Zahnprobleme im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern gibt es Arbeitsgruppen, die sich regelmäßig oder nur zeitweise und mit unterschiedlicher Dauer treffen.

6.2. Dokumentation und Auswertung

Die eingehenden Beschwerden und Beratungsanlässe werden gesammelt, analysiert und statistisch ausgewertet. Die Auswertung der Beschwerden, mit der Defizite und Schwachstellen des Gesundheitssystem deutlich werden, birgt ein bislang noch unausgeschöpftes Potential zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem.

Schwerpunkte der Beschwerdeführung sind z.B. über Mängel in der Gesundheitsversorgung, über Verhaltensweisen von ÄrztInnen und Krankenkassen, Verdacht auf Behandlungsfehler, mangelnde Aufklärung usw.

6.3. Politisch-strukturelle Arbeit

Parallel zu den zuvor genannten Arbeitsgebieten ist es notwendig, eine nach außen zielende Arbeit zu machen, damit nicht immer wieder neue, gleiche Schädigungen produziert werden, um dann mit intensiver Beratung wieder abgemildert und erträglich gemacht zu werden.

Im Alltag überwiegt die Einzelfallunterstützung gegenüber der strukturellen Arbeit, was noch verstärkt wird durch Geldgeber, die vor allem nur die Einzelfallarbeit bezuschussen. Damit wird nicht an den Strukturen gerüttelt, die größtenteils von denselben Institutionen, wenn nicht von ihnen selbst getragen, so doch gestützt werden.

6.3.1. Rückkoppelung der Beschwerden

Die Rückkoppelung der Beschwerden an das Gesundheitssystem ist am schwierigsten umzusetzen, einmal, weil es zu wenige solcher Stellen gibt, sie finanziell mangelhaft ausgestattet sind und sie in Form von eingetragenen Vereinen organisiert sind. Sie sind damit kein wirklich ernst zu nehmender Gesprächspartner für die Leistungsanbieter und Kostenträger im Gesundheitswesen, wenn es um gegen sie gerichtete Beschwerden geht.

Versuche, mit Vertretern von Krankenkassen, Zahn-/Ärztekammer, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, Krankenhäusern ins Gespräch zu kommen, um oft benannte Probleme wie mangelhafte Aufklärung, insbes. bei der Zahnbehandlung, aber auch das nicht gewährte Einsichtsrecht usw., zu diskutieren, scheitern häufig. Man ist lediglich bereit, den Einzelfall mit der jeweils betroffenen Institution zu klären und erkennt dabei bewusst, dass sich hinter jedem bekannt gewordenen Einzelfall viele ähnliche nicht öffentlich gemachte Schicksale verbergen.

Auch wird uns gegenüber gern das Argument der fehlenden Legitimation benutzt, denn „Patienten sind wir doch alle irgendwie“. Legitimiert seien nur die demokratisch gewählten Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der von ihnen repräsentierten Körperschaften.

6.3.2. Interessenvertretung

Die grundlegende Schwierigkeit unserer Arbeit liegt darin, dass sie wichtig und notwendig für ratsuchende PatientInnen ist, aber kaum etwas an den Strukturen des Gesundheitswesens ändert. Eine PatientInnenberatung allein reicht nicht, dazu bedarf es der Ausstattung mit Kompetenzen und Rechten, um wirklich als Patienten-Interessenvertretung wirken zu können (analog: Wiener Patientenanwaltschaft; Datenschutzbeauftragte ...).

Patienteninteressen sind nicht gleichzusetzen mit den Interessen von Leistungsanbietern und Kostenträgern und brauchen deshalb dringend eigene Vertreter in den entsprechenden Entscheidungsgremien wie z.B.: Ethikkommissionen, Gutachter- und Schlichtungskommissionen etc.

6.3.3. Öffentlichkeitsarbeit

Eine wichtige Aufgabe der PatientInnenstelle ist die Information der Öffentlichkeit über ihre Arbeit, sowie über neueste gesundheitsfördernde und gesundheitspolitische Entwicklungen, um das Bewusstsein auch für gesundheitspolitische Zusammenhänge in der Bevölkerung zu schärfen und sowohl individuelle als auch kollektive Beteiligung zu ermöglichen.

Dies geschieht über Medien, Vorträge, Diskussionsveranstaltungen, Ausstellungen, Broschüren und Faltblätter sowie Stellungnahmen an politische Gremien. Zur Öffentlichkeitsarbeit zählen auch Aktionen, Mitwirkung an Aus-, Fort- und Weiterbildung anderer Einrichtungen und Lobbyarbeit bei Entscheidungsträgern in Institutionen und Verbänden.

6.3.4. Qualitätssicherung

Die Einrichtung einer externen Beschwerdestelle, in der Beschwerden über Mitgliedsorganisationen der BAGP bearbeitet werden, dient zur Fortentwicklung und Qualitätsverbesserung der Beratungsarbeit.

Im 65b-Modellprojekt wurde eine wissenschaftliche Begleitforschung durchgeführt. Danach bewerteten Ratsuchende das Angebot überwiegend mit gut. Sie erhielten Informationen und Beratung in ausführlichen Gesprächen und fühlten sich mehrheitlich durch die Beratung in ihrem weiteren Vorgehen bestärkt. Insgesamt waren die befragten NutzerInnen sehr zufrieden mit den erhaltenen Informationen und Beratungen (81,7 %). Die Bewertung auf einer Notenskala von 1-6 ergab: 92,3 % der Befragten vergaben die Noten 1 und 2. *

6.3.5. Kooperation

Die PatientInnenstellen kooperieren mit anderen unabhängigen Patientenberatungsstellen und –initiativen innerhalb der BAGP und organisieren hierüber auch ihre Fortbildung, Qualitätssicherung, einheitliche Dokumentation und Vertretung der gemeinsamen Interessen nach außen. Über die BAGP gibt es eine überregionale Vernetzung mit weiteren Patienten-/Selbsthilfe-/Verbraucher-Organisationen.

Vor Ort findet die Kooperation statt mit anderen Beratungseinrichtungen, mit der Selbsthilfe und Universitätsfachbereichen, um nur einige zu nennen. Der Sinn dieser Kooperation liegt in einer Optimierung der Unterstützungs- und Beratungstätigkeit für PatientInnen und in einer schnellen Umsetzung von Änderungsvorschlägen der PatientInnen.

* *s.a. Evaluationsergebnisse der Modellprojekte nach § 65 b SGB V, Begleitforschungsbericht Seidel, Dierks, Med. Hochschule Hannover, Sept. 2004*

7. Statistik der Beratungsarbeit:

Die PATIENTINNENSTELLE BREMEN hatte in den letzten Jahren im Durchschnitt 800 Ratsuchende /Jahr. Die Kontaktaufnahme erfolgt zu 70 % telefonisch, zu 25 % persönlich und zu 5 % schriftlich mit einem Themenspektrum von A – wie Abrechnung bis Z – wie Zahnmedizin. Dem Erstkontakt folgen mit einer Häufigkeit von ca. 25 % weitere Kontakte. Es wenden sich mehr Frauen als Männer im Verhältnis 75 % zu 25 % an uns. Die Altersgruppe der über 40jährigen ist mit 84 % am stärksten vertreten. Dabei werden wir überwiegend von Personen mit einem mittleren bis hohem Bildungsgrad aufgesucht. Die Ratsuchenden sind wie im Bundesdurchschnitt zu 90 % in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Häufige Fragen sind z.B.: „Kennen Sie eine gute Ärztin, Krankenhaus ... ?“
 „Darf ich meine Ärztin wechseln ?“
 „Habe ich das Recht auf Einsicht in meine Krankenunterlagen ?“
 „Warum zahlt die Krankenkasse das nicht mehr ?“ usw.

Der Beratungsanteil lag im Durchschnitt

- zu Beschwerden und Behandlungsfehlern * bei ca. 30 %,
- zu rechtlichen Themen, insbes. zu Patientenrechten
 (zur Einsicht in Behandlungsunterlagen, Aufklärung usw.) bei ca. 45 %,
- zu gesundheitsbezogenen Themen bei ca. 20 %,
- zu Zuzahlungen und Privatleistungen bei ca. 20 %,
- zur zahnmedizinischen Behandlung bei ca. 40 % .

Da Ratsuchende zunächst ihr Hauptproblem ansprechen, im Gespräch bei der Sachverhaltsermittlung dann weitere Fragestellungen zur Klärung auftauchen, führt dies statistisch zu Mehrfachnennungen.

Viele Anfragen betreffen auch sozialrechtliche Themen wie z.B. Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit).

Auf der Grundlage der Beratungsdokumentation 2004 haben wir mehrere Themenbereiche weiter aufgeschlüsselt, um ihre Anteile zu ermitteln (s.a. Punkt 9. Anhang S. 25).

Tab. 1: **Beratungsthemen 2004**

Anfragen / Beschwerden ...	N = 2573	Prozent
... zu finanziellen Aspekten	706	27%
... zur medizinischen Behandlung	618	24%
... mit rechtlichem Schwerpunkt	554	22%
... zum Verhalten von Ärzten/KK	268	10%
... zur Arbeit der PatientInnenstelle	263	10%
... zu zahnmedizinischen Aspekten	106	4%
... zu sonstigen Themen	58	2%
Summe	2573	100%

* Bundesweit rechnet der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit 40.000 Verdachtsfällen pro Jahr, von denen ca. 15.000 als Behandlungsfehler anerkannt werden. Jeder 5. Patient vermutet jedoch, dass er schon einmal von seinem Arzt falsch behandelt worden ist.

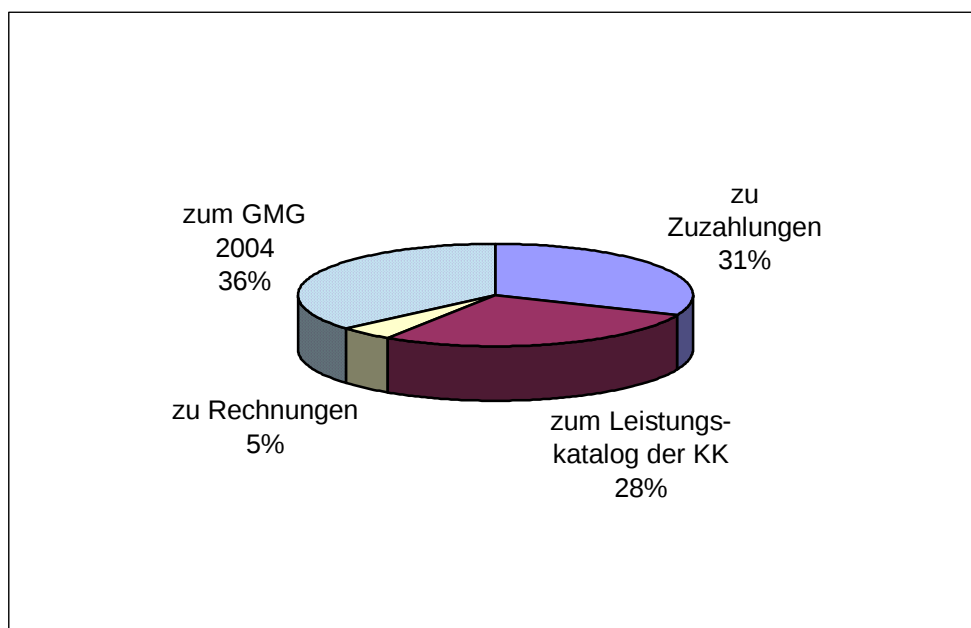
Die Berechnungen des Medizinischen Dienst der Krankenkassen, was die Zahl von Verdachtsfällen bei Behandlungsfehlern betrifft, wird auch durch unsere Beratungsdokumentation bestätigt.

Tab. 2: **Themenbereich: Anfragen mit rechtlichem Schwerpunkt** (2004: N = 554)

Anfragen mit rechtlichem Schwerpunkt ...	N	Prozent
... zu Patientenrechten	327	59%
... zu Behandlungs-/Aufklärungsfehlern	130	23%
... zum Schlichtungsverfahren	23	4%
... zu sozialrechtlichen Problemen (z. B. Schwerbehinderung, Rente)	74	13%
Summe	554	100%

Insbesondere durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 ist es beim folgenden Themenbereich zu einem starken Anstieg der Anfragen gekommen.

Tab. 3: **Themenbereich: Anfragen zu finanziellen Aspekten** (2004: N = 706)

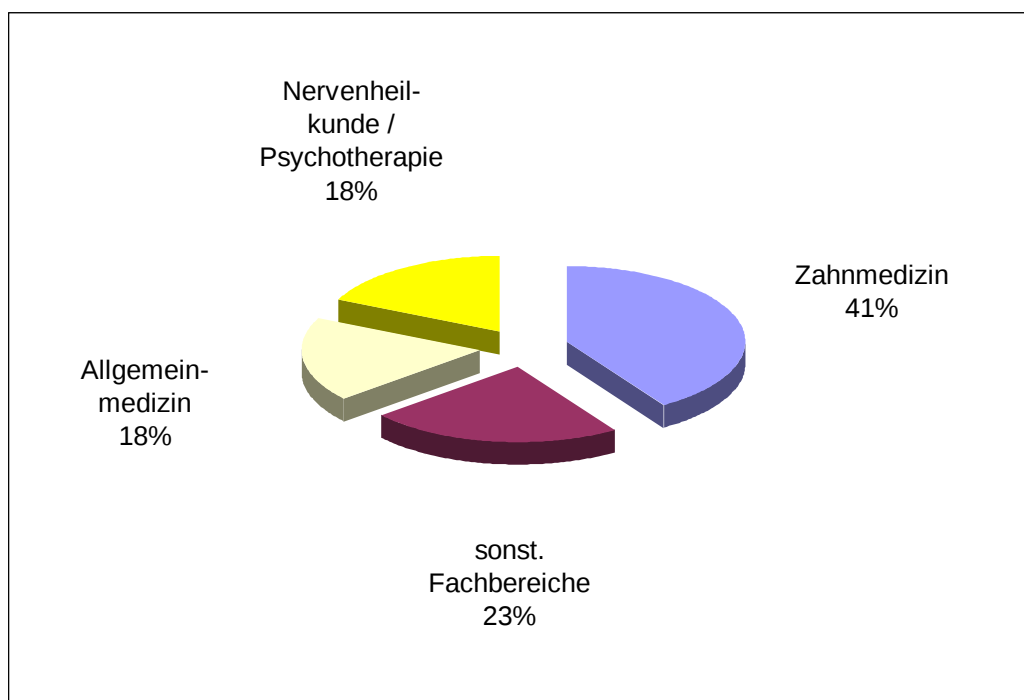


Tab. 4: **Themenbereich: gesundheitsbezogene Anfragen** (2004: N = 618)

Gesundheitsbezogene Anfragen ...	N	Prozent
... zur toxischen Belastung	33	5%
... zur Krankheitsbewältigung	43	7%
... zum Krankheitsbild	60	10%
... zu Diagnostik / Therapien / Medikamente	105	17%
... zu Selbsthilfegruppen	107	17%
... zur Behandlung	124	20%
... zu Behandlern / Einrichtungen	146	24%
Summe	618	100%

In welchem Verhältnis die Anfragen und/oder Beschwerden der Ratsuchenden zu den häufigsten medizinischen Fachbereichen stehen, zeigt:

Tab. 5: **Themenbereich: medizinische Fachbereiche** (2004: N =558)



Anfragen zur **zahnmedizinischen** Behandlung hatten in den letzten Jahren einen Anteil von ca. 40 %, wobei die privaten Zuzahlungen, aber auch Behandlungsfehlerfragen im Mittelpunkt standen. Dieser Bereich war damit im Vergleich zu anderen überproportional vertreten. Dabei stehen Fragen zu Prothetik/Implantate gefolgt von Fragen zu Zahnmetallen im Vorder-grund.

Tab. 6: **Themenbereich: Anfragen zur Zahnmedizin** (2004)

Anfragen ...			
... mit rechtlichem Schwerpunkt	N= 554	davon Zahnmedizin	24 %
unterteilt in Anfragen ...			
... zu Behandlungs-/Aufklärungsfehler	N= 130	davon Zahnmedizin	47 %
... zum Schlichtungsverfahren	N= 23	davon Zahnmedizin	39 %

Die folgende Übersicht zeigt am Beispiel der Beratungsschwerpunktt Themen die deutliche Zunahme, insbesondere im Vergleich der Erhebungsdaten von 2002 zu 2004. Allerdings wurde in 2004 feiner strukturiert.

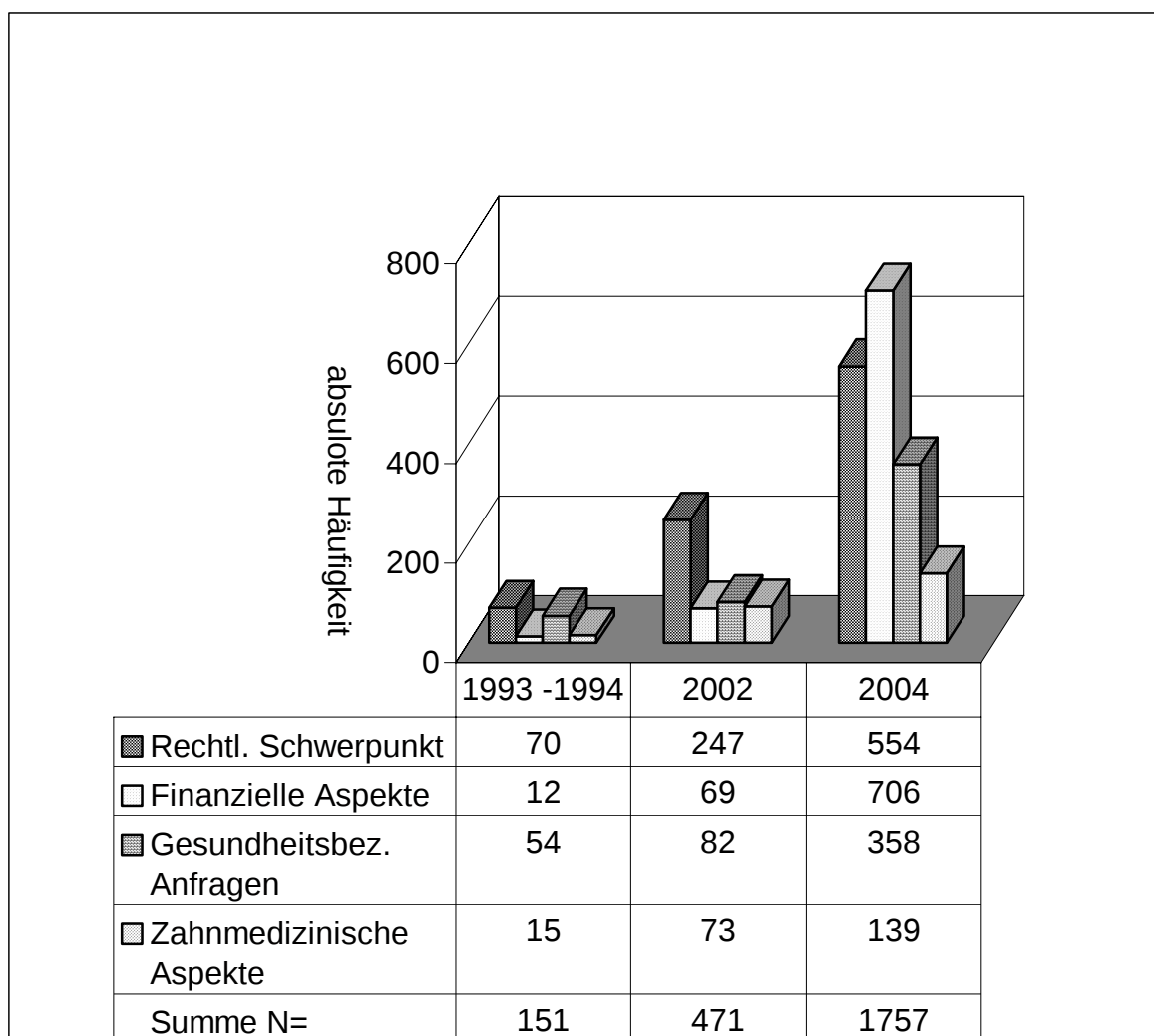
So wurden erfaßt unter finanzielle Aspekte:

Anfragen zu Rechnungen, Zuzahlungen, Leistungskatalog der Krankenkassen, GMG 2004,

und unter gesundheitsbezogene Anfragen:

Behandler, Diagnostik/Therapie, Selbsthilfegruppen.

Tab. 7: **Quantitative Entwicklung der Beratungsschwerpunkte zu den Zeitpunkten 1994, 2002, 2004 (inkl. Mehrfachnennungen)**



7.1. Auswertung

Die Kritik, die sich in den Beschwerden der PatientInnen äußern, sind in der Gewichtigkeit je nach Adressat folgende:

Kritik gegenüber Leistungserbringern:

Nach wie vor wird die Aufklärung über medizinische Behandlungen von Seiten der PatientInnen als nicht ausreichend bezeichnet, insbesondere mangelt es am Aufzeigen von Alternativen.

Ärztliche Behandlungsfehler, mit denen in einem solch gefahrgeneigten Bereich zu rechnen sind, werden nicht zugegeben, obwohl damit keine haftungsrechtlichen Folgen verbunden sein müssen; sie werden vertuscht mit manchmal sogar gravierenden lebensbedrohlichen Folgen für den Betroffenen.

Nach wie vor werden grundlegende Rechte wie das Einsichtsrecht nicht gewährt und sich als „mündige“ verhaltende PatientInnen häufig als „psychisch auffällig“ bezeichnet, obwohl die fachliche Qualifikation für eine solche Diagnosefeststellung fehlt.

Seit einigen Jahren versuchen Ärzte zudem verstärkt, medizinisch „sinnvolle“, aber nicht „notwendige“ Leistungen (IGeL) an gesetzlich Versicherte privat mit dem Hinweis zu verkaufen, dass die Krankenkassen Leistungen eingeschränkt haben, was aber so nicht zutrifft.

Auffallend ist, dass die Gruppe der Zahnärzte überproportional bei Beschwerden vertreten ist. Kritisiert wird hier insbesondere die mangelhafte Aufklärung über Behandlungsverlauf, Materialien und Alternativen, über Füllmaterialien und Nebenwirkungen, nicht verständliche Kostenpläne, fehlende Qualitätsstandards, schlechte Organisation, unfreundlicher Umgang u.a.m.

Weitere Kritikpunkte sind bei Zahn-Behandlungsfehlerverdacht die Einschränkung der freien Arztwahl, da die Krankenkassen der Nachbesserungsmöglichkeit durch den Behandler Vorrang einräumen und nicht dem für jede medizinische Behandlung notwendigen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. D.h. Krankenkassen verlangen von PatientInnen sich von dem Zahnarzt, dem sie – nicht grundlos – eine schlechte Behandlung vorwerfen, weiterbehandeln zu lassen.

Kritik gegenüber Kostenträgern:

Versicherte fühlen sich gegenüber ihren Krankenkassen in der Rolle als Bittsteller, obwohl sie als BeitragszahlerInnen deren Finanzierer sind. Anträge werden von Krankenkassen sehr oft mündlich oder telefonisch abgelehnt, obwohl jede Ablehnung eines Antrags auf Leistung einer Begründung bedarf, die nur durch eine schriftliche Formulierung eine Überprüfung möglich macht.

Versicherte/PatientInnen kritisieren massiv die Begutachtung durch Ärzte, sei es durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, durch Gutachter der Berufsgenossenschaften oder solcher in Arzthaftungsfällen. Häufig erfolgt eine Begutachtung nach Aktenlage, d.h. ohne jede körperliche Untersuchung. Selbst wenn eine solche stattfindet, bleiben Aussagen der Versicherten/PatientInnen zu ihren Beschwerden unberücksichtigt. PatientInnen werden von den Gutachtern als Simulanten und Rentenneurotiker dargestellt, wenn sich die von PatientInnen angegebenen Leiden nicht durch Labor-, Röntgen- und ähnliche Untersuchungen bestätigen lassen.

8. VerbraucherInnenschutz im Gesundheitssystem

8.1. Gesundheitspolitische, psychosoziale und rechtliche Fakten:

- Unbestritten ist die Tatsache, wonach das heutige Gesundheitssystem unter einem Demokratiedefizit leidet. Der Gesundheitswirtschaftsbereich unterliegt trotz solidarischen Ursprungs kaum einer demokratischen Kontrolle. Verbraucher-/Patienten-interessen kommen zu kurz.
- Bürgerbeteiligung ist ein demokratisches Grundrecht und meint die kollektive Einbeziehung von Bürger-/Versicherten-/Patienteninteressen durch individuelle oder gruppenbezogene Repräsentanz im Gesundheitssystem.
- Die Frage nach der Legitimation von Patientenvertretern und angemessener Verbandsstruktur wird von denen, die im System etabliert sind, als Hindernis für „neue“ Akteure aufgebaut.
- Patientenrechte und Konsumentenschutz sind in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern unterentwickelt.
- Die Aufklärung über Patientenrechte und ihre Durchsetzbarkeit ist nach wie vor unzureichend. Individuelle Patientenrechte basieren auf Rechtsprechung, es gibt keine kollektiven Patientenrechte.
- Die Leistungsanbieter behandeln PatientInnen immer weniger als Hilfsbedürftige, sondern als Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen, daher brauchen PatientInnen eine Lobby. In Holland hat die öffentlich finanzierte Medizin-Konsumentenbewegung 850.000 Mitglieder und großen Einfluss in der Gesundheitspolitik.

8.2. Bürgerbeteiligung

Damit Vertretungs- und Beteiligungsorganisationen von PatientInnen arbeiten können, benötigen sie Unabhängigkeit, gesetzlich gesicherte Vollmachten und öffentliche Förderung (ähnlich der Patientenbeauftragten, dem Datenschutzbeauftragten, der Patientenanwaltschaft Wien).

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann eine beteiligungsfähige und legitimierte Vertretung auf regionaler, kommunaler, auf Landes- und Bundesebene entstehen, so wie in den Niederlanden, wo ein politisch und finanziell unterstützter Aufbau von Patientenvertretung zur Bildung eigener Verbraucher-/Patientenverbände führte.

Nach Auffassung von PatientenvertreterInnen (nach §140 SGB V) müssen die bestehenden Ungleichgewichte zwischen Krankenkassen- und ÄrztevertreterInnen auf der einen und PatientenvertreterInnen auf der anderen Seite, was die finanzielle und personelle Ausstattung, was das Nichtvorhandensein vernetzter Strukturen betrifft, beseitigt werden. Darüberhinaus wird die oftmals dargestellte Einvernehmlichkeit der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht korrekt wiedergegeben, denn PatientenvertreterInnen haben sich gegen viele der getroffenen Beschlüsse ausgesprochen, konnten es aber durch das vorgegebene Abstimmungssystem - kein eigenes Stimmrecht - nicht gegenüber der Öffentlichkeit darstellen.

Wenn Bürgerbeteiligung die Transparenz und Qualität der Entscheidungsprozesse durch Einbringung von Erfahrungskompetenz erhöht, sollte die seit 1.1.2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz den Patientenorganisationen eingeräumte Verfahrens- und Beratungsbeteiligung um die Entscheidungsbeteiligung erweitert werden.

Die Einräumung von Entscheidungsrechten betrifft nicht nur den Aufgabenbereich des neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in dem neben den von Professionellen zu klärenden Fachfragen auch die Erfahrungskompetenz von PatientInnen zur Qualitätsverbesserung einfließen sollte, sondern auch den Zulassungsbereich bei neuen Arzneimitteln im Rahmen des Arzneimittelgesetzes.

8.3. Forderungskatalog:

Umsetzung der bereits 1996 von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) gefassten und aus unserer Sicht nicht verwirklichten Beschlüsse wie auch die der Empfehlungen des Sachverständigenrats 2001:

- Verbesserung der Rechtsstellung von BürgerInnen im Gesundheitssystem durch ein Patientenschutz-/Patientenrechtegesetz, in dem die Rechte von PatientInnen eindeutig festgehalten sind.
Nur ein PatientInnenschutz- bzw. Patientenrechtegesetz mit Autonomie-, Qualitäts- und Durchsetzungsrechten kann die bestehenden Defizite beseitigen. Die in verschiedenen Rechtsgebieten (z.B. Haftungsrecht, ärztliches Berufsrecht, Sicherheitsrecht - z.B. Arzneimittelrecht - und Krankenversicherungsrecht) befindlichen gesetzlichen Normen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze müssen zusammengefasst werden, damit PatientInnen/Versicherte ihre Rechte besser als bisher durchsetzen können.
Eine Kodifizierung der geltenden Rechtslage und seien es auch nur die in einfache Worte gefassten Grundzüge als Minimalstandards, würde dem Patienten unter dem Gesichtspunkt der Transparenz wertvolle Indizien für seine Rechte und Pflichten geben und so zu einer größeren Mündigkeit des Patienten führen. Gesetze sind rechtssicher, verbindlicher und transparenter.
- Absicherung im Schadensfall durch ein Ausgleichssystem mit angemessener Entschädigung oder durch Einführung einer verschuldensunabhängigen Versicherung mit einer verschuldensunabhängigen Haftung nach skandinavischem Vorbild, mindestens jedoch: Absenkung der Beweislastumkehrschwelle zu Lasten der ÄrztInnen.

Alternativ hierzu ist zu prüfen:

- o Änderung der Gerichtszuständigkeit bei Arzthaftpflichtfällen für gesetzlich Krankenversicherte von der bisherigen Zivil- zur Sozialgerichtsbarkeit mit der Folge, das nicht mehr der Patient als Laie, sondern das Gericht von Amts wegen den Sachverhalt ermitteln muss.
- o Änderung der Zuständigkeiten bei allen Themen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes von der bisherigen Verantwortlichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung zum Bundesministerium für Verbraucherschutz, um Rechte der Versicherten besser durchsetzen zu können und den Interessen von Versicherten gegenüber der starken Lobby von Kostenträgern/Leistungserbringern mehr Gewicht zu verleihen.

- Weiterentwicklung der Vertretung von Nutzerinteressen mit dem Ziel ihrer gleichberechtigten Beteiligung, d.h. PatientInnen erhalten zukünftig eine Rolle als eigenständige „dritte“ Kraft im Gesundheitswesen.
- Ausweitung der Beteiligungs-/Mitwirkungs-/Entscheidungsmöglichkeit der BürgerInnen im Gesundheitssystem über die seit 1.1.2004 geltenden Regelungen (§§ 140 ff / 90 ff SGB V) hinaus, damit sie besser auf Strukturen, Prozesse, Verfahren und Träger einwirken und mitgestalten können.
- Ausbau anbieterunabhängiger Patientenberatungsstellen, die finanziell abgesichert sind und Betroffenen unbürokratisch zur Seite stehen. PatientInnenschutz muss unabhängig von den Einrichtungen (Leistungserbringern/ Kostenträgern) arbeiten können, gegen die sie ggfls. im Sinne der Ratsuchenden handeln soll.
- Schutz von Versicherten/PatientInnen durch funktionsfähiges Qualitätsmanagement und besseres Recht durch Erfassung von Beschwerden, Behandlungsfehlerprozessen an neutraler Stelle zur Qualitätsverbesserung usw.
- Steigerung der Eigenkompetenz und Selbstbestimmung durch mehr Information und Aufklärung.
- Etablierung von PatientenfürsprecherInnen in allen Krankenhäusern.
- Aufbau von unabhängigen Schlichtungsstellen in freier Trägerschaft mit paritätischer Besetzung und ein Schlichtungsverfahren, an dem neben ÄrztInnen und RechtsanwältInnen auch Krankenkassen- und PatientenvertreterInnen sowie die betroffenen PatientInnen selbst beteiligt werden. Kein ausschließlich schriftliches Verfahren wie bisher, sondern eine mündliche Verhandlung, die PatientInnen eine faire Chance der Problemdarstellung bietet.
- Reform des Gutachterwesens mit Nachweisen von Neutralität, Unabhängigkeit und Qualifikation.
- Wettbewerbliche Elemente müssen für alle Akteure im Gesundheitssystem gelten.
- Die Anbieterdominanz der Leistungserbringer muss durch konsequente Regionalisierung der gesundheitlichen Versorgung, drittelparitätisch besetzter, neu zu schaffender Gesundheitskonferenzen mit entscheidender Koordinierungs- und Planungskompetenz überwunden werden.
- Patientenorientierte / sprechende Medizin durch Änderung der Abrechnungsmodalitäten zu Zeit-/Fallpauschalen, durch Verbesserung der Kommunikation.

8.4. Bilanz und Forderungen auf Landesebene

8.4.1. Bilanz

Angesichts der seit 1995 festzustellenden bremischen Aktivitäten, die natürlich nicht losgelöst von auf Bundesebene angesiedelten gesundheitspolitischen Entwicklungen gesehen werden können, zeigt sich, dass der Eindruck von fortschrittlichem gesundheitspolitischem Handeln täuscht. Bremen hat zwar gemeinsam mit Hamburg auf Länderebene durch Anträge an die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) die Diskussion zur Verbesserung des Patientenschutzes im Gesundheitswesen initiiert, die auch zu konkreten Beschlüssen führten.

Die Umsetzung von Patienten-/Bürgerorientierung im Gesundheitssystem des Landes Bremen erfolgt gemessen an den selbst formulierten gesundheitspolitischen hohen Ansprüche auf Bundesebene nicht. Mitursächlich für diese mangelnde Umsetzung von überregional vertretenen fortschrittlichen Ansätzen bei der Bürgerorientierung sind u.a. sicherlich auch die Besonderheiten eines Stadtstaates und die immer stärker werdende Dominanz der Verwaltung gegenüber dem Parlament bei der Entwicklung/Initiierung/Umsetzung von politischen Entscheidungsprozessen.

Die Realisierung von Bürgerorientierung im Gesundheitssystem muss als eine Gemeinschaftsaufgabe aller begriffen und angegangen werden. Erste Erfahrungen aufgrund der durch die neuen Regelungen (§ 140 g-h SGB V) eingeführten Patientenbeteiligungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und auf Landesebene zeigen jedoch, dass wichtige Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Partnerschaft fehlen.

Erst wenn die Organisationen der Patientenvertretung/-unterstützung stärker ausgebaut und aufgewertet sind (analog dem Holland-Modell), kann auf gleichberechtigter Grundlage an Kooperationen mit Leistungsanbietern und Kostenträger gedacht werden, z.B. der Entwicklung von Partizipationsmodellen in diesen Organisationen.

In der gesellschaftlichen Verpflichtung stehen neben Gewerkschaften, Arbeitnehmerkammer, Volkshochschule, Verbraucherzentrale u.a. auch die in diesem Bereich arbeitenden und interdisziplinär angelegten wissenschaftlichen Institutionen wie Zentrum für Sozialpolitik, Zentrum für Public Health, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin u.a. . Rechtliche Bewertungen und Abklärungen durch Hinzuziehung des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht sollten jedoch nicht am Anfang eines solchen Entwicklungsprozesses stehen.

8.4.2. Forderungen

- **Einrichtung einer regionalen Gesundheitskonferenz,**
in der neben Kostenträgern und Leistungsanbietern auch Organisationen/Institutionen aus dem Gesundheitsbereich und BürgerInnen/Versicherte/PatientInnen vertreten sind, um Bürgerorientierung im Gesundheitssystem und Selbstbestimmung zu verwirklichen.

Abgeleitet werden könnte dies

aus dem bremischen Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG)
§ 1 Grundsätze: Mitwirkung von BürgerInnen an der Gestaltung der gesundheitlichen Verhältnisse und
§ 2 Nr. 5 und § 21: Gesundheitlicher Verbraucherschutz,

aus dem Modellprojekt: *Nationale Gesundheitsziele*, wonach Bürgerbeteiligung und Mitsprache Voraussetzung zur bedarfsgerechten und effizienten Gestaltung des Gesundheitssystems innerhalb eines demokratisch legitimierten Rechtsstaats sind. Dazu bedarf es Verbesserungen bei der Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie einen Ausbau der kollektiven Rechte.

- **Einrichtung einer/s Patientenbeauftragten** auf Landesebene (analog Bundes-Patientenbeauftragte, Datenschutz-, Behinderten- oder Frauenbeauftragte, Wiener Patienten-anwaltschaft) mit den Aufgaben:
Behandlung von Beschwerden von PatientInnen/Angehörigen, Aufklärung von Mängeln oder Missständen, Erteilung von Auskünften, Prüfung von Anregungen, Abgabe von Empfehlungen
- **Einrichtung von PatientenfürsprecherInnen** in allen Krankenhäusern (s. Entwurf Landeskrankenhausgesetz § 9 von 1993)
- **Einrichtung einer Qualitätssicherungsstelle**, die Beschwerden gegen Kostenträger und Leistungserbringer als qualitätssicherndes Mittel zur Verbesserung prüft und an das Gesundheitssystem rückmeldet im Sinne: jede Beschwerde ist ein Schatz und dient zur Qualitätsverbesserung
- **Aufbau einer von Kostenträgern und Leistungsanbietern unabhängigen Patientenberatungsstelle**, die von einem Kooperationsverbund der bereits in diesem Bereich tätigen bremischen Institutionen (analog den nach § 140 f SGB V genannten Organisationen) als verantwortlicher Träger geleitet wird.
- die **Einflussnahme i.S. von Patientenschutzorientierung** auf bestehende Institutionen:

Beispiel Unabhängige Patientenberatung Bremen (UPB):

Wenn nicht der Aufbau einer tatsächlich unabhängigen Patientenberatungsstelle möglich ist, wäre zumindest die Satzungsänderung bezüglich der Tätigkeitsbereiche und der Vorstandszusammensetzung notwendig, um eine von Leistungserbringern/ Kostenträgern unabhängige Beratung zu ermöglichen. Der bisherige Vorstand könnte in einem Beirat seine fachliche Kompetenz einbringen.

Beispiel: Entwicklung von Interessenvertretungsmodellen unter Miteinbeziehung der bereits in diesem Bereich arbeitenden freien Träger und Institutionen (s. z.B. Modell Forum Frauengesundheit bei der ZGF).

Beispiel: Vernetzung der im Gesundheitsbereich arbeitenden freien Träger u.ä.

9. Anhang: (Angaben aus der Beratungsdokumentation 2004)

	N=	Prozent
Ratsuchende		
Betroffene	731	80%
Profis	111	12%
Angehörige, Freunde	76	8%
Summe	918	100%

Altersgruppe		
bis 40 Jahre	113	16%
40-60 Jahre	332	48%
über 60 Jahre	246	36%
Summe	691	100%

Anfragen Themenbereiche		
Patientenrechte / Einsichtsrecht	327	13%
Verhalten	268	10%
Arbeit der Patientenberatungsstelle	263	10%
GMG 2004	257	10%
Zuzahlung / Finanzierung	221	9%
Leistungskatalog Krankenkasse / IGeL	196	8%
Behandler / Einrichtungen	146	6%
Behandlungs-/Aufklärungsfehler	130	5%
Behandlung	124	5%
Selbsthilfegruppen	107	4%
Diagnostik / Therapie / Medikamente	105	4%
Prothetik / Implantate	75	3%
Sozialrecht allgemein / Anträge	74	3%
Krankheitsbild	60	2%
Sonstige Themen (<1%)	58	2%
Krankheitsbewältigung	43	2%
Toxische Belastung	33	1%
Rechnungen / Mahnungen	32	1%
Zahnmetalle	31	1%
Einigungsverfahren	23	1%
Summe	2573	100%

Fachbereiche		
Zahnmedizin	228	40,9%
sonstige Fachbereiche	128	22,9%
Allgemeinmedizin	101	18,1%
Nervenheilkunde/Psychotherapie	101	18,1%
Gesamt	558	100,0%

10. Veröffentlichungen

Bremen 1993- 1996



„Der mündige Patient“
Orientierung und Unterstützung im
Gesundheitswesen



**„Qualitätssicherung im
Gesundheitswesen“**
- die Sicht der Patienten -



„Chip Chip Hurra?“
Chipkarten im Gesundheitswesen – Auf
dem Weg vom gläsernen Menschen zum
Informations-Muster-Patienten
(PatientenZeitung Nr. 2)



„Patientenrechte, Ärztepflchten“
Informationen zur ärztlichen Behandlung
und zum Thema Verdacht auf
Behandlungsfehler“



„Zähne zeigen“
(PatientenZeitung Nr. 1)

Hg.: PATIENTENINNENSTELLE BREMEN:

„Einsicht in die Krankenunterlagen“

**„Informationen zu Problemen bei der
zahnärztlichen Behandlung“**

„Dokumentation 1993 – 1994“

Veröffentlichungen der BAGP



„PatientInnenrechte / Ärztepfllichten“
Informationen zur ärztlichen Behandlung
und zum Thema Verdacht auf einen
Behandlungsfehler
(BAGP 1998 mit Aktualisierungen)



„Patientenrechte bei ärztlichen Honorarforderungen“
Ihre Rechte bei unberechtigten
Forderungen von Ärzten und Zahnärzten
(BAGP 2002)



„Informationen bei Problemen mit der zahnärztlichen Versorgung“
Schwierigkeiten, Rechtsfragen, Änderung
durch die Gesundheitsreform
(BAGP 2004)



„Amalgam – Vorsicht Gift!“
Gesundheitsgefahren durch Amalgam und
andere Zahnmaterialien, medizinische und
rechtliche Patienteninformationen
(BAGP 2004)

Informationsreihe der BAGP zu folgenden Themen:

- Info 1 **IGeL-Leistungen**
- Info 2 **Nahrungsergänzungsmittel**
- Info 3 **Gesundheitsreform 2004**
- Info 4 **Ärztliche Aufklärung**

- Info 5 **Einsichtsrecht**
- Info 6 **Patientenrechte**
- Info 7 **für MigrantInnen**
- Info 8 **Zahnersatz 2005**
- Tipps für die Anwaltsuche**

11. BAGP–Mitglieder- und Kontaktadressen:

Kontaktadressen:

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) c/o Gesundheitsladen München e.V.

Auenstr. 31, 80469 München

Infotelefon: 089 / 76 75 51 31, Fax: 089 / 72 50 474

www.patientenstellen.de

- **Deutscher Patientenschutzbund DPSB e.V.**
 - **Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V.**
Schloßstr. 37, 41541 Dormagen
Tel.: 02133 / 46 753, Fax: 02133 / 24 49 55
www.dpsb.de
 - **DPSB e.V. LV Baden-Württemberg e.V.**
Schillerstr. 23, 88239 Wangen
Tel.: 07522 / 97 86 90, Fax: 07522 / 90 91 96
- **Notgemeinschaft Medizingeschädigter**
 - **Württembergisches und bayrisches Allgäu–Patientenbüro**
Salzstr. 18, 88316 Isny-Kleinhaslach
Tel.: 07562 / 39 95, Fax: 07562 / 98 14 58
www.ngm-bw.de
 - **NGM Bayern e.V.**
Altstädter Kirchenplatz 6, 91054 Erlangen
Tel.: 09131 / 97 09 88, Fax: 09131 / 97 09 89
www.ngm-bayern.de
- **Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V. (AKG)**
Münsterstr. 261, 44145 Dortmund
Tel.: 0231 / 52 58 72 oder 57 48 46, Fax: 0231 / 52 60 48
www.ak-kunstfehler-geburtshilfe.de
- **Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V. (BIG)**
Nordseher Str. 30, 31655 Stadthagen
Tel. 05721 / 72 372, Fax.: 05721 / 81 783
www.big-ev.de
- **Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)**
Referat Gesundheitsdienstleistungen
Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin
Tel. : 030 / 25 800-433, Fax: 030 / 25 800-418
www.vzbv.de
- **Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (NAKOS)**
Albrecht-Achilles Str. 65, 10709 Berlin
Tel.: 030 / 89 14 019, Fax: 030 / 89 34 014
www.nakos.de

BAGP-Mitgliederadressen:

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) c/o Gesundheitsladen München e.V. Auenstr.31, 80469 München Infotelefon: 089 / 76 75 51 31 Fax: 089 / 72 50 47	PatientenInitiative Hamburg e.V. Moorfurthweg 9 e, 22301 Hamburg Tel: 040 / 27 96 465, Fax: 040 / 27 87 77 18 hamburg@patientenstellen.de
PatientInnenstelle Bremen Träger: Gesundheitsladen Bremen e.V. Braunschweiger Str. 53b , 28205 Bremen Tel.+Fax: 0421 / 49 35 21 bremen@patientenstellen.de	Unabhängige PatientInnenstelle Minden-Lübbecke Träger:Pro PatientIn e.V. Simeonstr. 20 , 32423 Minden Tel: 0571 / 39 82 541, Fax: 0571 / 82 97 68 26 minden@patientenstellen.de
PatientInnenstelle Bielefeld Träger: Gesundheitsladen Bielefeld e.V. August-Bebel-Str. 16 , 33602 Bielefeld, Tel: 0521 / 13 35 61, Fax: 0521 / 17 61 06 bielefeld@patientenstellen.de	PatientInnenstelle Göttingen Träger: Gesundheitszentrum Göttingen e.V. Albanikirchhof 4-5, 37073 Göttingen Tel: 0551 / 48 67 60, Fax: 0551 / 42 759 goettingen@patientenstellen.de
PatientInnenstelle Osnabrück Träger: Verein f. regionale Gesundheitsförderung e.V. Koksche Str. 18 , 49080 Osnabrück Tel: 0541 / 84 264, Fax: 0541 / 60 03 517 osnabrueck@patientenstellen.de	PatientInnenstelle Barnstorf Träger: Gesundheitsladen Barnstorf e.V. Kampstr. 19, 49406 Barnstorf Tel: 05442 / 80 36 70, Fax: 05442 / 99 19 84 barnstorf@patientenstellen.de
PatientInnenstelle Köln Träger: gesundheitsladen köln e.v. Vondelstr. 9, 50677 Köln Tel: 0221 / 32 87 24, Fax: 0221 / 27 62 961 koeln@patientenstellen.de	Unabhängige Patienteninformation FFM Träger: Freie Gesundheitsinitiativen Frankfurt e.V. Rohrbachstr. 29, 60389 Frankfurt/Main Tel: 069 / 94 54 89 64, Fax: 069 / 94 54 89 65 frankfurt@patientenstellen.de
PatientInnenstelle München Träger: Gesundheitsladen München e.V. Auenstr. 31 , 80469 München Tel: 089 / 77 25 65, Fax: 089 / 72 50 474 muenchen@patientenstellen.de	PatientInnenstelle Nürnberg Träger: Gesundheitsladen München e.V. Ludwigstr. 67, 90402 Nürnberg Tel: 0911 / 24 27 172, Fax: 0911 / 24 27 174 nuernberg@patientenstellen.de
Patientenberatung Herdecke (assoziiert) Träger: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Wetterstr. 4, 58313 Herdecke Tel: 02330 / 60 79 20 Fax: 02330 / 60 79 29 info@patientenberatung-herdecke.de	Patientenberatung VZ Hamburg (assoziiert) Träger: Verbraucherzentrale Hamburg e.V. Kirchenallee 22 , 20099 Hamburg Tel: 040 / 24 832-230, Fax: 040 / 24 823-290 patientenschutz@verbraucherzentralehamburg.de
Impuls - Patienten- und Verbraucherberatung (assoziiert) Träger: Caritasverband Wetzlar/Lahn-Dill-Eder e.V. Silhöffertstraße 7, 35578 Wetzlar Tel: 06441 / 44 75 88, Fax: 06441 / 44 75 89 patientenberatung-wetzlar@t-online.de	Bundesverband der Frauengesundheitszentren (assoziiert) Goetheallee 9, 37073 Göttingen Tel: 0551 / 48 75 25, Fax: 0551 / 52 17 836