

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Das Beschwerdewesen für psychiatrische Patienten in Deutschland -  
Gesundheitspolitischer Kontext und empirische Untersuchung von  
Patientenfürsprechern und unabhängigen Beschwerdestellen

Agnes Lienert

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität  
München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin  
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.- Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Priv. - Doz. Dr. J. Hamann
2. Univ. - Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 03.09.2009 bei der Technischen Universität München  
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 27.01.2010 angenommen.

## **GLIEDERUNG**

EINLEITUNG.....	4
1. DIE OMBUDSPERSON IM POLITISCHEN SINN.....	7
2. ASPEKTE DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS .....	18
2.1. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM GESUNDHEITSPOLITISCHEN KONTEXT .....	18
2.2. BESCHWERDESYSTEM.....	29
2.3. FOKUS AUF DEN PSYCHIATRISCHEN BEREICH.....	36
2.4. GESETZESLAGE IN DEUTSCHLAND.....	43
3. ALTERNATIVE ANSÄTZE IN VERSCHIEDENEN GESUNDHEITSSYSTEMEN EUROPAS.....	47
3.1. DAS GESUNDHEITSWESEN DER NIEDERLANDE .....	48
3.2. DAS GESUNDHEITSWESEN ENGLANDS .....	65
3.3. DAS GESUNDHEITSWESEN ÖSTERREICHS.....	75
EMPIRISCHER TEIL.....	84
1. METHODIK.....	84
2. ERGEBNISSE.....	90
DISKUSSION.....	98
ZUSAMMENFASSUNG.....	116
LITERATURVERZEICHNIS .....	121

## VORBEMERKUNG:

Um eine bessere Lesbarkeit zu erreichen, wird in dieser Arbeit bei häufig gebrauchten Personenbezeichnungen (Arzt, Patient, Patientenfürsprecher etc) jeweils nur die männliche Form verwendet. Diese ist jedoch immer inklusiv verstanden, so dass die weibliche Form stets inbegriffen ist.

## EINLEITUNG

„Der Patient als kompetenter, mündiger Partner“ – so oder in ähnlicher Weise lauten die Forderungen, die in den letzten Jahren verstärkt in der deutschen Gesundheitspolitik Einzug gehalten haben. Der Patient als souveräner Partner, welcher ein größeres Maß an Verantwortung über sein eigenes Gesundheitsverhalten übernehmen und sich als „Experte“ bezüglich medizinischer Dienstleistung behaupten soll und dies auch will. [47, 59-66]

Wie kommt es zu diesem veränderten Rollenverständnis?

Die tiefgreifenderen Ursachen für die wachsende Bereitschaft zu einem solchen Wandel sind in einem veränderten Selbstverständnis des Laien-„Publikums“ im Ganzen zu suchen, in einer allgemeinen Erosion der Expertengläubigkeit, zunehmenden Legitimationsproblemen des Wohlfahrtsstaates und vielleicht auch in einem veränderten Planungs- und Steuerungsverständnis der Politik. [29, 98-104] In jedem Fall haben sich die Rollenerwartungen der Bürger und Patienten im Rahmen der Empowerment- und Bürgerrechtsbewegung in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt, Patienten fordern mehr Teilhabe an medizinischen Entscheidungen, mehr Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten und mehr Mitspracherecht auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene.

Vermehrte Partizipation für Patienten hat zahlreiche Vorteile wie etwa den, dass eine unterlassene Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen zu schlechteren, eine gelungene Einbeziehung zu besseren Behandlungsergebnissen führt, [76, 111-121] somit also „gesünder“ ist. Für die Anbieterseite können durch Anregungen von Patienten und Auswertung von Beschwerden und Kritik neue Sichtweisen und Aspekte erschlossen werden, die schließlich zu besserer Qualität und Nutzerorientierung von Gesundheitsdienstleistungen führen.

Um als Patient „mündig“ und „kompetent“ und von der Behandlerseite als „Partner“ angesehen zu werden sind einige Voraussetzungen unabdingbar, die Patienten und Bürger, vor allem aber die Leistungserbringer und die Gesundheitspolitik leisten und den dazu notwendigen Kontext liefern müssen.

Welche Kriterien müssen auch und gerade auf gesundheitspolitischer und struktureller Ebene erfüllt sein, dass man diesem neuen Selbstverständnis und den Forderungen der Patienten gerecht werden kann? In welchem gesundheitspolitischen Kontext ist die Rolle des Patienten als souveräner Partner und Mitgestalter möglich?

Folgende Aspekte sind meiner Meinung nach grundlegend:

Ein Patient sollte gesetzlich verankerte *Patientenrechte* haben, die ihn absichern und auf die er sich berufen kann. Um zu einem kompetenten Mitgestalter zu werden muss der Patient über Krankheit und Therapiemöglichkeiten umfassend informiert sein, eine *unabhängige und laienverständliche Informationsvermittlung* ist also unabdingbar, auch in Form von kompetenten Beratungsstellen. Um Patienten auch auf höherer Ebene die Mitgestaltung des Gesundheitssystems zu ermöglichen sind übergeordnete *Patientenorganisationen mit Patientenvertretern* notwendig, die die Interessen der einzelnen Mitglieder vertreten und als gemeinsame Stimme auftreten können. Dazu sind effektive Strukturen unabdingbar sowie eine für *Partizipation und Patientenorientierung offene Gesundheitspolitik*. Ein wichtiges Instrument hierzu ist ein *ernst genommenes Beschwerdesystem*, was Ausdruck für Offenheit Kritik gegenüber und Bereitschaft zu Veränderungen hin zu mehr Patientenfreundlichkeit sein kann. Spezielle Aufmerksamkeit sollte dem *psychiatrischen Bereich* gelten, in welchem die Patienten aufgrund ihrer seelischen Belastung und des weitreichenden Eingreifens in ihre Persönlichkeitsrechte besonders unterstützt werden müssen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile:

Im ersten, dem „*Theoretischen Teil*“ wird versucht, einen groben Überblick über den gesundheitspolitischen und rechtlichen Kontext zu geben, in dem der Patient von heute, im Besonderen der psychiatrische Patient zu existieren und agieren hat. Diese „Bestandsaufnahme“ erfolgt unter den oben genannten Aspekten, die meiner Meinung nach ausschlaggebend und grundlegend für die Entwicklung und Emanzipierung eines selbstbewussten Patienten sind und die Ausgangsbasis für weitere Veränderungen darstellen:

ein Überblick über die Geschichte und die Strukturen der Patientenunterstützung und Partizipationsmöglichkeiten, eine Darstellung des Beschwerdesystems und anschließend eine Fokussierung auf die äußeren Umstände und Bedingungen für psychiatrische Patienten.

Der Schwerpunkt hierbei wird auf das Beschwerdesystem des Gesundheitswesens gelegt, was eines der wichtigsten Mittel der Partizipationsmöglichkeit und Einflussnahme für Patienten darstellt und dessen Konzept und Durchführung ein effektives Zeichen für die Partizipationsbereitschaft und den Willen zur Veränderung zu Gunsten der Patientenbedürfnisse auf gesundheitspolitischer Ebene ist. Hierbei werden vor allem die Instanzen Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen ausführlicher dargestellt, die der zentrale Interessenschwerpunkt und Untersuchungsgegenstand des zweiten Teils und der empirischen Studie sind.

Um die Situation des Gesundheitswesens in Deutschland vergleichen zu können und um sich Anregungen zur Verbesserung der momentanen Umstände einzuholen, werden drei europäische Länder vorgestellt, *Niederlande, England und Österreich*, die einen ähnlichen medizinischen Standard wie Deutschland vorzuweisen haben, aber eine etwas differierende Grundkonstellation bezüglich Patientenstatus, Partizipationsmöglichkeiten und Beschwerdesystem.

Im zweiten, dem „*Empirischen Teil*“ werden zwei Einrichtungen von Beschwerdemöglichkeiten für psychiatrische Patienten genauer beleuchtet: die Ombudspersonen/Patientenfürsprecher der Psychiatrien und die unabhängigen Beschwerdestellen, die zwei der wenigen offiziellen unabhängigen Beschwerdeinstanzen in Deutschland darstellen. Unsere Studie besteht aus der ersten deutschlandweiten Umfrage in allen Psychiatrien, die Tätigkeitsprofile, Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen von Patientenfürsprechern und Beschwerdestellen empirisch erfassen soll.

In der abschließenden *Diskussion* wird der gesundheitspolitische und sozialstrukturelle Kontext, in dem sich der Patient in Deutschland befindet zusammengefasst und bewertet. Im Vergleich mit Strukturen und Gegebenheiten der vorgestellten Länder werden Verbesserungsmöglichkeiten für die bestehenden Verhältnisse vorgeschlagen mit Fokus auf das Beschwerdesystem und seine Instanzen Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten.

# 1. DIE OMBUDSPERSON IM POLITISCHEN SINN

## 1.1. GESCHICHTLICHER HINTERGRUND DES OMBUDSMANN-AMTES

Die Ursprünge des Amtes des Ombudsmannes liegen in Schweden, wo König Karl XII 1714 per Dekret seinen besonderen Vertreter erwählte: den „königlichen Ombudsmann“, der heute noch als Amt des Justizkanzlers bekannt ist. Nachdem dieser königliche Ombudsmann, heutiger Justizkanzler, der Regierung unterstand und deren Weisung unterlag, wurde ihm 1809 ein „Justitieombudsman“ zur Seite gestellt, ein vom Parlament gewählter Vertrauensmann, der regierungsunabhängig die Rechte und Anliegen der Bürger und des Volkes vertreten konnte. 1915 wurde in Schweden ein zweiter Ombudsmann mit der Zuständigkeit für die Militärverwaltung berufen. [40, 5] Die Idee der Mittelsinstanz zwischen Obrigkeit und Volk brachte König Karl aus seiner Zeit des Exils in der Türkei (1709-1714) mit, wo es nach alter islamischer Tradition schon seit langem das Amt des so genannten „Mohtasib“ gab. Der Mohtasib prüfte die Richtigkeit der Behandlung der Bürger nach dem geltenden Recht, war der Vermittler zwischen Volk und Herrscher, und stand ein für die Rechenschaftspflicht der Regierung. [64]

In Anlehnung an das schwedische Vorbild zog Finnland mit der Einführung des Ombudsmann-Amtes 1919 nach, das norwegische Parlament berief 1952 einen Ombudsmann für das Militär, und 1962 auch für zivile Angelegenheiten. Auch Dänemark beschloss in seiner Verfassung 1953 die Einführung eines „Ombudsmands“. [40, 5]

Bis zum Jahre 2000 begründeten über 100 Länder nach dem ursprünglich skandinavischen Vorbild ein eigenes Ombudsmann-System mit dem Ziel, dem Anspruch einer demokratischen Regierung gerecht zu werden und die Rechte des Volkes zu wahren und zu stärken. An der VII. Internationalen Ombudsmann-Konferenz vom 30.10. bis 02.11.2000 in Durban/Südafrika trafen und besprachen sich Ombudspersonen und vergleichbare Instanzen aus 70 der inzwischen über 100 Länder mit Ombudsmann-Institutionen. [70]

Auch die EU richtete 1992 mit den Maastrichter Verträgen das Amt eines „Europäischen Bürgerbeauftragten“ ein, [Vertrag über die Europäische Union ("Maastricht-Vertrag") vom 7. Februar 1992 in Kraft getreten am 1. November 1993, Art 138e] der Beschwerden über die Organe und Institutionen der europäischen Union untersucht, und dessen Aufgaben mit über 20.000 Beschwerdeeingängen seit der Amtseinführung 1995, davon allein 3920 im Jahre 2005, von den Bürgern als Ansprechpartner und Kontrollorgan intensiv in Anspruch genommen wird. [25]

## 1.2. BEGRIFFSERKLÄRUNG OMBUDSMANN

Ombudsperson leitet sich vom alten schwedischen Begriff „umbup“ ab, was soviel bedeutet wie *Macht, Autorität* und steht für eine Person, die als Vertreter oder Sprecher einer anderen Person handelt. Davon abgeleitet lautet die internationale Bezeichnung für dieses Amt nach wie vor meist „Ombudsman(n)“, wobei sich verschiedene Länder in einigen Übersetzungen versucht haben wie zum Beispiel *Bevollmächtigter, Beauftragter, Anwalt, Begutachter, Procurator*, und *Sachwalter*. Im deutschen Sprachraum erstreckt sich die Bezeichnung von *Ombudsmännern und -frauen* in der Schweiz über die *Volksanwaltschaften* in Österreich bis zu den *Beauftragten* in Deutschland. [40, 6]

## 1.3. WESENSMERKMALE UND AUFGABEN EINES OMBUDSMANNES

Eine Ombudsperson ist primär dazu da, die Beziehung und Kommunikation zwischen Volk und Staat beziehungsweise Verwaltung zu verbessern. Sie dient zum einen als direkter persönlicher Ansprechpartner, als Vertrauensperson und Schutzeinrichtung für den Bürger, dessen Beschwerden und Anliegen sie aufnimmt, zum anderen setzt sie sich vor der Verwaltung des Staates für die Bürger ein. So soll sie auf diese einwirken können, wozu sie mit institutionellen Kompetenzen ausgestattet sein muss. Der Ombudsman erfüllt gewissermaßen eine Mittlerrolle im Machtgefälle zwischen Staat, vor allem seiner vollziehenden Gewalt, und dem Bürger.

Trotz der Unterschiedlichkeit der Verfassungs- und Rechtssysteme der einzelnen Länder stimmen die verschiedenen Ombudsman-Formen doch in einigen wesentlichen Aspekten überein, mehr in den Funktionen als in der Organisation und Einrichtungen des Amtes.

Christoph Kranich hat in seinem Abschnitt „Versuch einer Systematik“ in der Broschüre „Patientenbeauftragte“ die wichtigsten Punkte der internationalen Standards des Ombudspersonenamtes wie folgt zusammengefasst: [40, 7-9]

1. Das Ombudsamt ist ein personalisiertes Amt hohen Ansehens an der Schnittstelle zwischen Bürgervertrauen und Staatsgewalt. Es kann keiner der drei klassischen Staatsgewalten zugeordnet werden, vielmehr stellt es eine Art „vierte, sanfte Gewalt“ dar, die mehr moralische als unmittelbare Macht besitzt.
2. Die Ombudsperson wird meist vom Parlament (=Legislative) gewählt oder bestimmt, und ist diesem jährlich Rechenschaft schuldig. Sie ist somit hinreichend unparteilich und unabhängig gegenüber Verwaltung und Regierung.

3. Ihre Arbeit gründet auf einem Gesetz, das ihre Aufgaben regelt, meist zusätzlich mit einem Verfassungsauftrag.
4. Die Ombudsperson ist in ihrer inhaltlichen Arbeit weisungsfrei und nur an ihren Gesetzesauftrag gebunden.
5. Die Aufgabe der Ombudsperson beinhaltet die typische Doppelfunktion: zum einen Ansprechpartner und Vertrauensperson für die Nöte und Beschwerden der Bürgerinnen und Bürger, zum anderen eine Art öffentliches Kontrollorgan, das wie ein Seismograph die Missstände des öffentlichen Lebens entdeckt und Impulse zu deren Abhilfe gibt.
6. Die Ombudsperson hat weitgehende Ermittlungskompetenzen, die das Recht auf Einsicht in alle relevanten Unterlagen beinhalten, sowie eine Auskunfts- und Mitwirkungspflicht der jeweiligen Ämter und Behörden des Staates. Dazu gehören auch eigene Prüfungs- und Initiativrechte, Zeugenvernehmungen und Einholen von Gutachten, sowie die Möglichkeit zu selbstständiger Öffentlichkeits- und Medienarbeit.
7. Die meisten Ombudspersonen haben hinsichtlich der Institutionen ihres Zuständigkeitsbereiches nur Vorschlagsrecht, und somit bleibt ihre Tätigkeit und Meinung eine öffentliche Empfehlung. Sie besitzen meist kein Weisungs- oder Ausführungsrecht.
8. Ombudspersonen müssen nicht unbedingt Rechtsgelehrte sein, an ihre Person werden aber angesichts der Wichtigkeit und Sichtbarkeit des Amtes bezüglich beruflichen Werdeganges und Ausstrahlung hohe Anforderungen gestellt.

Die Ombudsperson ist also nicht als Ersatz sondern vielmehr als Ergänzung zu den schon bestehenden Rechtsschutzeinrichtungen einer ernst genommenen Demokratie zu verstehen. Die besondere Bedeutung der Mittlerrolle besteht in der Möglichkeit, sich für Minderheiten einzusetzen, denn diese zeichnet häufig ein oft begründetes Misstrauen gegenüber dem Staat und seinen Verwaltungsinstitutionen aus. Insofern gewinnt die Schaffung regionaler Ombudsmänner primäre Bedeutung, wobei der Ombudsmann im Umgang mit Minderheiten darauf achten muss, nicht seinerseits als Teil des staatlichen Machtapparates betrachtet zu werden. [53]



#### 1.4. UNTERSCHIEDLICHE EBENEN UND ANBINDUNGEN DER OMBUDSPERSON

Ombudspersonen gibt es inzwischen auf allen Ebenen im Staatsbereich und sehr zahlreich in unterschiedlichsten Ausprägungsformen vor allem im nichtstaatlichen Bereich. Unterschiede existieren sowohl im Aufgaben- und Zuständigkeitsgebiet, der Machtbefugnis und Einflussmöglichkeit wie auch in der politischen Anbindungsform und im Verantwortungsbereich. Nachfolgend werden kurz die staatlichen Variationsformen der Anbindung dargestellt um unter anderem auch das unterschiedliche Maß der Unabhängigkeit aufzuzeigen:

1. Im ursprünglichen, also schwedischen Modell ist der Ombudsmann ein Parlamentsbeauftragter, der von der Legislative eingesetzt und ihr gegenüber verantwortlich ist, wie beispielsweise der schwedische Justitieombudsman oder die kantonalen Ombudsmänner der Schweiz.
2. Es gibt Beauftragte, die von der Regierung ernannt, aber dem Parlament verantwortlich sind, diesem zuarbeiten und somit ein Mindestmaß an Unabhängigkeit gegenüber der Regierung wahren wie etwa die Wiener Patientenanzwaltschaft.
3. Regierungsbeauftragte, die sowohl von der Regierung eingesetzt als auch dieser gegenüber Rechenschaftspflicht haben und somit eine interne Verwaltungskontrolle darstellen, zum Beispiel der schwedische Justizkanzler oder die deutschen Bürgerreferenten.
4. Schließlich gibt es Ombudsmann-Einrichtungen, die an einer nachgeordneten Institution der Exekutive wie etwa einem Krankenhaus, private Institutionen oder Firmen angesiedelt sind wie die deutschen Patientenfürsprecher, Spitalombudsleute Österreichs oder Ombudspersonen bei Banken und Krankenversicherungen.

Die Aufgabenbereiche erstrecken sich je nach Abhängigkeit des Zuständigkeitsgebietes auf nationaler, regionaler oder kommunaler Ebene, für die gesamte Verwaltung des Staates (zum Beispiel der Finnische Ombudsmann) bis hin zu sehr spezialisierten Ausprägungsformen (zum Beispiel der Deutsche Wehrbeauftragte oder der Internet-Ombudsmann). [40, 4-9]

#### 1.5. STAATS-OMBUDSMÄNNER IN EUROPA: EINIGE LÄNDERBEISPIELE

**SCHWEDEN:** Wie oben schon erwähnt existieren in Schweden zwei Ämter einer Ombudsperson: zum einen das „echte“ historische Ombudsmann-Amt (Justitieombudsman) als regierungsunabhängiges Parlamentsorgan, das landesweit zuständig ist für Verwaltung,

Gerichte und Militär und durch mehrere Personen besetzt ist. Zum anderen wird der Justizkanzler (ehemaliger Höchster Ombudsmann des Königs) von der Regierung eingesetzt, ist dieser Rechenschaft schuldig und berät die Exekutive, ist also in erster Linie Staatsmann, somit nicht unabhängig und im hier gemeinten Sinne kein Ombudsmann. [40, 16-18]

SCHWEIZ: In den Siebziger Jahren entstanden in der Schweiz echte Ombudsmänner nach schwedischem Vorbild, nicht auf nationaler, aber auf kantonaler und regionaler Ebene. Erster kommunaler Ombudsmann europaweit war der stadtzüricher Ombudsmann 1971, bei welchem Bürger auch heute noch persönlich vorsprechen können. [40, 16-18]

ÖSTERREICH: 1977 wurde in Österreich ein bundesweites Ombudsmann-Amt eingerichtet: der Volksanwalt. Dieser ist ein regierungsunabhängiges parlamentarisches Organ zur Kontrolle der öffentlichen Verwaltung und ein Vermittler zwischen Bürgern, Ämtern und Behörden. Die meisten Bundesländer haben sich der Bundesvolksanwaltschaft angeschlossen, nur Tirol und Vorarlberg haben einen eigenen Landesvolksanwalt. Die Volksanwaltschaft ist ein Kollegialorgan, was bedeutet, dass sich mehrere Personen den Aufgabenbereich aufteilen, bei wichtigen Angelegenheiten jedoch gemeinsam beraten und entscheiden. [40, 16-18]

POLEN: In Polen existieren zwei Möglichkeiten, Beschwerde über Missachtung des Rechtsschutzes einzureichen: zum einen über die Verfassungsbeschwerde, zum anderen seit 1987 über eine direkte Beschwerde an den landesweit verantwortlichen Ombudsmann („Rzecznik Praw Obywatelskich“). Dieser parlamentarische Ombudsmann ist zuständig für Beschwerden von Privatpersonen, Gemeindevertretungen und des Bürgerbeauftragten zum Schutze der Kinderrechte oder kann selbst kraft seines Amtes Überprüfungen einleiten und durchführen. Die Beschwerde muss keinerlei formale Kriterien erfüllen, sie muss lediglich Beschwerdeführer und Anliegen deutlich machen. [38]

TSCHECHIEN: In Tschechien wird seit 1999 vom Abgeordnetenhaus ein Ombudsmann auf sechs Jahre gewählt, der unter der Bezeichnung „Öffentlicher Schützer der Rechte“ („Veřejný ochránce práv“) landesweit zuständig ist für den Schutz der Bürger gegen Missstände bei Verwaltungstätigkeiten der öffentlichen und staatlichen Organe. Er besitzt weitgehende Rechte der Informationsbeschaffung, hat aber ebenfalls keine exekutive Gewalt. [56]

## 1.6. STAATS-OMBUDSMÄNNER IN DEUTSCHLAND

Ein bundesweites personalisiertes Ombudsmann-Amt mit Zuständigkeit für alle Staatsangelegenheiten existiert in Deutschland nicht. Hier gibt es die Institution der

*Petitionsausschüsse* und der speziellen *Beauftragten* auf Bundes- und auf Länderebene. Petitionsausschüsse sind vom Bundestag beziehungsweise von den Länderparlamenten errichtete Eingabe- und Beschwerdeausschüsse, deren rechtliche Verankerung im Grundgesetz liegt [Bundesebene: Art 45 c Abs. 1 GG: Petitionsausschuss des Bundestages, Art 17 GG: Recht eines jeden Bürgers auf Bitten und Beschwerden beim Bundestag] und die Beschwerden in schriftlicher Form, entgegennehmen. Der Petitionsausschuss legt dem Parlament regelmäßig Berichte vor (jährlich einen Bericht an den Bundestag), welche von diesem abgesegnet werden müssen bevor dem Beschwerdeführer die Art der Entscheidung mit der Begründung mitgeteilt wird. In den Verantwortungsbereich der Petitionsausschüsse fallen vor allem Petitionen, die den Zuständigkeitsbereich des Bundestages, der Bundesregierung, von Bundesbehörden oder sonstigen Einrichtungen, die öffentliche Aufgaben des Bundes wahrnehmen, betreffen. [24]

Seit 1975 hat der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages Rechte, die denen eines echten Ombudsmannes entsprechen: Recht auf Information und Auskunft gegenüber Behörden, Staatssekretären und Ministern, Einsicht in sämtliche Akten der Exekutive und der Gerichte, das Recht, Sachverständige und Zeugen anzuhören und Einrichtungen vor Ort zu besichtigen und inspizieren. Ähnlich verhält es sich mit den Petitionsausschüssen der Länder.

[Gesetz über die Befugnisse des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages (PetAG, GG45cG) vom 19. Juli 1975 (BGBl. I S. 1921) i.d.F. vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718)]

Obleich Petitionsausschuss und Ombudsperson im Prinzip dieselbe Aufgabe haben, Beschwerdeinstanz und Mittelsorgan für Bürger sowie Seismograph für öffentliche Missstände, besteht in der Wirkung nach außen ein Unterschied: Im Gegensatz zum „anonymen“ Petitionsausschuss kann das Amt des Ombudsmannes vom einzelnen Bürger personifiziert und so eine Nähe hergestellt werden, die das Vertrauen der Bevölkerung stärken kann und der Anonymität des Verwaltungsapparates entgegenwirkt.

Neben den Petitionsausschüssen gibt es in Deutschland die so genannten *Beauftragten*, die die Bürger bei der Wahrnehmung ihrer Rechte gegenüber der Verwaltung innerhalb eines Zuständigkeitsbereiches unterstützen. Die Beauftragten sind meist von der Bundesregierung berufene Personen für einen bestimmten thematischen Bereich, unterstützen diese in unabhängiger und beratender Form und sind nicht in die Hierarchie der Verwaltung eingliedert. Da die meisten Beauftragten somit Abteilungen der Regierung, also Exekutive, sind und offiziell nicht zum Parlament gehören, ist deren Unabhängigkeit im Sinne einer Ombudsperson formell nicht immer gewährleistet. Die Beauftragte der Bundesregierung für

die Belange der Patienten, kurz Patientenbeauftragte, beispielsweise ist ihrem Aufgabenfeld nach eine Ombudsperson. Sie soll die Interessen der Patienten gegenüber Staat, Politik und Verwaltung vertreten und Sorge tragen vor allem für die Einhaltung der Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung. [Sozialgesetzbuch V, §140h] Allerdings gehört sie verwaltungstechnisch zur Regierung, wird von dieser berufen und ist ihr Rechenschaft schuldig, im streng genommenen Sinne also nicht regierungsunabhängig und somit keine „echte“ Ombudsperson im strenggemeinten Sinne. Einige der Beauftragten haben jedoch gesetzlich zugesicherte Freiheiten und Verantwortlichkeiten gegenüber dem Parlament und nicht der Regierung, so dass die formelle Zugehörigkeit zur Regierung im Praktischen zum Teil relativiert wird. Vereinfachend und zusammenfassend ordne ich hier die Bundesbeauftragten von Deutschland als „Nicht-Ombudsmänner“ ein und erwähne das einzige Amt, das auf Bundesebene offiziell ein echtes Ombudsmann-Amt darstellt: den Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages. Auf Bundesebene wurde das Amt des Wehrbeauftragten 1959 nach Vorbild des schwedischen Militieombudsman geschaffen. Mit seiner typischen Doppelrolle, zum einen Ansprechperson zum Schutz der Grundrechte der Soldaten, zum anderen Hilfsorgan des Bundestages zur parlamentarischen Kontrolle und Schutz vor Missständen in der Armee, ist er, obwohl er seit 1982 formal eine Unterabteilung der Bundestag-Verwaltung ist, ein „echter“ Ombudsmann, da er in fachlicher Selbstständigkeit arbeitet. Er hat selbstständiges Inspektionsrecht in allen Truppenteilen und Rederecht im Parlament und nimmt an den Sitzungen des Verteidigungsausschusses des Bundestages teil. [40, 20-21]

#### AUF LÄNDEREBENE UND AUF KOMMUNALER EBENE

Auf Länderebene wie auch auf kommunaler Ebene gibt es im staatspolitischen Bereich einige echte Ombudsmänner. Die meisten dieser Beauftragten sind nur für einen bestimmten Themenbereich zuständig wie etwa der Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten in Schleswig-Holstein [52] oder ein bestimmtes Stadtgebiet wie zum Beispiel der Bürgerbeauftragte in Herne [85] oder der Bürgerbeauftragte von Mannheim [86].

In drei deutschen Ländern existieren aber Ombudsmann-Ämter mit Zuständigkeit für die gesamte Verwaltung und alle Bereiche des Bundeslandes: die so genannten „Bürgerbeauftragten“ von *Rheinland-Pfalz*, *Mecklenburg-Vorpommern* und *Thüringen*.

In Rheinland-Pfalz entstand 1974 das erste und lange Zeit einzige Ombudsmann-Amt Deutschlands in dieser Form. Laut Landesgesetz ist der Bürgerbeauftragte ständiger Beauftragter des Petitionsausschusses des Landtages und agiert in dessen Rahmen in Form von Vorbereitung der Anliegen über Vorschläge bis hin zu selbstständigen Regelungen von Petitionen. Seine Amtszeit beträgt acht Jahre und er kann selbstständig aktiv werden um Missstände und Probleme zu behandeln. Dabei ist er weisungsfrei und kann im Gegensatz zum Petitionsausschuss bei Missständen direkt den Gesetzgeber damit konfrontieren. [Landesgesetz über den Bürgerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz vom 03.05.1974 (GVBI S. 187) i.d.F. vom 05.11.1974 (GVBI S. 469, BS 1101-10)]

In Mecklenburg-Vorpommern ist der Bürgerbeauftragte laut Landesgesetz für die Wahrung der Bürgerrechte gegenüber der Landesregierung und Trägern der öffentlichen Verwaltung sowie für Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten zuständig, also ein echter Ombudsmann, [Verfassung des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 23.05.1993 i.d.F. vom 15.11.1994] ebenso wie der „jüngste“ Bürgerbeauftragte, der Thüringens. Die Rechtsgrundlage für die regierungsunabhängige Arbeit des Bürgerbeauftragten bilden das Thüringer Gesetz über den Bürgerbeauftragten (ThürBüBG) und das Thüringer Gesetz über das Petitionswesen (ThürPetG) vom 15. Mai 2007. Auch er hat das Recht und die Pflicht, die Bürgerinnen und Bürger im Umgang mit der Verwaltung zu unterstützen, und die an ihn herangetragenen Anliegen zu bearbeiten, auf die Beseitigung bekannt gewordener Mängel in der Verwaltung hinzuwirken und den Petitionsausschuss des Thüringer Landtags bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen. [Thüringer Gesetz über den Bürgerbeauftragten (Thüringer Bürgerbeauftragtengesetz - ThürBüBG -) vom 15. Mai 2007] Im Gegensatz zu den Petitionsausschüssen können Bürger ihre Bitten und Beschwerden persönlich an die Bürgerbeauftragten herantragen.

## 1.7. EURPÄISCHES OMBUDSMANN-INSTITUT (EOI)

1988 wurde in Innsbruck/Tirol der Verein des „Europäischen Ombudsmann-Institutes“ gegründet mit dem Zweck, Menschenrechts-, Bürgerschutz- und Ombudsmann-Fragen wissenschaftlich zu behandeln, Forschung auf diesem Gebiet zu betreiben und die Ombudsmann-Idee zu fördern und zu verbreiten. Weitere Ziele sind in- und ausländische Ombudsmann-Einrichtungen wissenschaftlich zu unterstützen, sich mit diesen auszutauschen und mit Einrichtungen vergleichbarer Zielsetzung zusammenzuarbeiten. [54] Diesen Zielen hat man sich seither intensiv gewidmet in Form von wissenschaftlichen Veranstaltungen,

Studien und Publikationen, bei denen immer aufs Neue die Internationalität des Ombudsmannwesens und der Grundrechte überhaupt die wesentliche Leitlinie bildete und die Verbesserung und Vervollständigung des Rechtsschutzes thematisiert wurde. Das Hauptaugenmerk liegt, gemäß dem Wesen des Ombudsmannes, auf dem Ausgleich des Machtgefälles zwischen Staat – vor allem der Exekutive – und dem Bürger, ebenso wie zwischen großen Wirtschaftseinheiten und Konsumenten. [53]

Neben dem europäischen gibt es auch ein internationales Ombudsmann-Institut mit Sitz in Edmonton, Alberta/Canada. [35]

#### 1.8. INTERNATIONAL UNTERSCHIEDLICHE SCHWERPUNKTE DES OMBUDSMANN-AMTES

Wie das europäische Ombudsmann-Institut bei genauerer Beleuchtung des „Phänomens Ombudsmann“ feststellte, zeigt sich für die jungen Demokratien des früheren Ostblocks im Gegensatz zu den westlichen Demokratien ein unterschiedliches Bild: In den westeuropäischen Staaten könnte der Ruf nach Ombudspersonen zum einen Teil mit einer gewissen allgemeinen Demokratieverdrossenheit zusammenhängen und dem Bedürfnis der Bürger, Politik und Gesellschaft über den bloßen Wahlakt hinaus aktiver mitzugestalten. Wenngleich auf hohem Standard, sind die rechtsstaatlich-demokratischen Verhältnisse nach wie vor verbesserungswürdig. Zum anderen könnte auch das ständige Wachstum der Bürokratie die Verbreitung der Ombudsmann-Idee vorangetrieben haben. In den jungen mittel- und osteuropäischen Demokratien hingegen verstehen sich die Ombudsleute vielmehr als Wegbegleiter und Garanten einer demokratischen Entwicklung in ihrer Entstehungsphase. Die Wahrung der Grund- Freiheits- und Menschenrechte stehen als fundamentale Bedingungen viel mehr im Mittelpunkt der Arbeit, die Bindung an das Gesetz wird stärker betont und die Ombudspersonen nehmen sogar eher eine gewisse Gegenrolle selbst zu den Parlamenten und deren tagespolitische Prägung ein. [53]

Wie wichtig und unabdingbar für eine wachsende Demokratie unter schwierigen Ausgangsbedingungen das Amt einer Ombudsperson ist, wurde am Beispiel des Konfliktgebietes Kosovo deutlich: Der Ombudsmann des Kosovo/Serbien, Marek Antoni Nowicki wurde nach dem Wiederaufbau durch die Vereinten Nationen und die KFOR besonders in Situationen gebraucht, in denen sich einerseits rechtsstaatliche Instrumente zum Schutze der einzelnen Menschen wie Gerichte und Rechtsschutzinstanzen noch nicht herausgebildet hatten und zum anderen die Verwaltungsstrukturen in vielerlei Hinsicht nur

außerhalb der normalen Kontrollmechanismen funktionierten. Die Ombudsperson als Mittelsfigur und direkter Ansprechpartner für die Bürger nahm eine zentrale Stellung ein im Wiederaufbau eines funktionierenden Gemeinwesens, in der Befriedung des Gebietes und während der Schaffung eines Rechtssystems: Der Ombudsmann musste das Vertrauen der Bürger in ihren neuen Staat stärken. Zudem sollte er den Führungsorganen die Positionen und Befürchtungen der Bewohner gegenüber dieser neuen Machtausübung verdeutlichen. So leistete der Ombudsmann in seiner Aufgabe als beiderseitiger Vermittler einen außerordentlichen Beitrag zum Prozess der Aussöhnung und Konfliktbewältigung auf allen Ebenen. [71] Von ähnlichen Erfahrungen berichten auch Ombudsleute aus Krisengebieten in afrikanischen Staaten oder solchen, in denen junge Demokratien bedeutende Änderungen erfahren. In einer Gesellschaft leben zu können, die von guter Staatsführung geprägt ist, stellt heute ein grundlegendes Element der Menschenrechte dar und ein Ombudsmannamt kann einen wichtigen Beitrag hin zu mehr Demokratie beisteuern.

#### 1.9. NICHTSTAATLICHE OMBUDSPERSONEN

Ombudsleute gewannen auch für den Zivilbereich schnell an Attraktivität. In allen erdenklichen Branchen gibt es inzwischen Ombudsleute, deren Einschaltung für den Kunden grundsätzlich kostenlos ist und deren Kompetenzen branchenabhängig sind. Ombudsleute werden, gemäß der ursprünglichen Idee dieses Amtes, an vielen Stellen tätig, wo Meinungsverschiedenheiten zwischen Unternehmen und Verbrauchern schnell, unbürokratisch und unentgeltlich ausgeräumt werden sollen und der Gang vor die Gerichte vermieden werden soll. In den meisten Fällen ist der Schiedsspruch durch das Ombudsmann-Amt für das Unternehmen bindend, solange eine bestimmte Betragsgrenze nicht überschritten wird. Beispielsweise beträgt der Maximalbetrag des Beschwerdegegenstandes, der für die privaten Banken verpflichtend ist, 5000 Euro. [96] Für den Kunden besteht im Falle von weiterer Unzufriedenheit die Möglichkeit der Klage. Seien es Banken, Versicherungen, Internetanbieter, Bestattungswesen oder die Deutsche Bahn - für all deren Kunden stehen Ombudsleute zur Verfügung, die sich der Anliegen, Fragen und Beschwerden annehmen und ihrer Mittler- und Schiedsfunktion zwischen Konsument und jeweiliger Institution gerecht werden müssen.

Eine Übersicht mit Linkverbindungen der meisten großen Ombudsmann-Einrichtungen im nichtstaatlichen Bereich in Deutschland ist auf der Internetseite [http://www.galli-institut.de/vr\\_om.htm](http://www.galli-institut.de/vr_om.htm) zu finden.

## 1.10. OMBUDSPERSONEN IM GESUNDHEITSWESEN

Im großen Geflecht des Gesundheitssystems nimmt der Patient die schwächste Position ein und besitzt normalerweise keinerlei Macht, in höherem Maße auf dieses Einfluss zu nehmen. Die Anbieterseite hingegen wie Krankenhäuser, Krankenkassen und Ärzte wissen viele Institutionen hinter sich wie etwa Krankenhausträger, Kammern und Berufsverbände und haben somit eine gefestigte und weitaus stärkere Macht- und Handlungsposition. Zudem ist der Patient per se in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zu den Gesundheitsanbietern und deren Institutionen, da er im Krankheitsfall immer auf diese angewiesen ist und krankheitsbedingt nicht mit voller Kraft agieren und sich behaupten kann. Gerade hier sind institutionalisierte Ombudspersonen von Nöten, die die Position des Schwächeren – hier also des Patienten – stärken, bei Problemen eine Mittlerrolle zwischen den Parteien einnehmen können und auch von allen Seiten wahr- und ernstgenommen werden. International gibt es die unterschiedlichsten Ausformungen und Regelungen bezüglich Ombudspersonen im Gesundheitsbereich. In einigen Ländern existieren nationale Ombudsleute für Patienten mit einem großen Stab an Mitarbeitern, einer guten gesetzlichen Verankerung und großem politischen Einfluss. In anderen Ländern gibt es dieses Amt nur auf lokaler Ebene im einzelnen Krankenhaus mit sehr eingeschränktem Einfluss. Unterschiede bestehen auch im Grad der Abhängigkeit vom Arbeitgeber, in der flächendeckenden Verbreitung, in der Akzeptanz in den einzelnen Institutionen und der Politik, in der Gesetzeslage und in der finanziellen Ausstattung. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden einzelne dieser Instanzen noch genauer beleuchtet werden.



## 2. ASPEKTE DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS

### 2.1. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM GESUNDHEITSPOLITISCHEN KONTEXT

#### 2.1.1. PATIENTENRECHTE

In Deutschland gibt es kein explizites Gesetz zum Schutz oder zur Unterstützung von Patienten. Alle Rechte, die dem Patienten zustehen sind durch Rechtsprechung ausgelegte Grundrechte, also Richterrechte. Jedes Urteil, das durch die obersten Gerichte ausgesprochen wird, ist in den meisten Fällen zwar sehr patientenfreundlich, gilt aber streng genommen nur für den Einzelfall. 1999 haben die Gesundheitsministerien der Länder aufgrund dieser unbefriedigenden Situation eine „Charta der Patientenrechte“, ähnlich wie in Österreich in Auftrag gegeben. Diese sollte die schon durch Rechtsprechung geschaffenen Rechte zusammenfassen (Teil 1) und deren Weiterentwicklung vorantreiben (Teil 2). [43, 139-141] Der erste Teil dieser Arbeit liegt in einer ersten Version vor („Patientenrechte in Deutschland heute“), abzurufen zum Beispiel über die Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [(<http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003746068>) Stand: 27.03.2009], und in einer vereinfachten Form als Patientenbroschüre von 2003 vor [„Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte“ abzurufen zum Beispiel über die Seite des Bundesministerium der Justiz (<http://www.bmj.de/media/archive/226.pdf>) Stand: 27.03.2009]. Am zweiten Teil, der Weiterentwicklung der Patientenrechte, wird immer noch in den Bundesministerien für Justiz und Gesundheitswesen gearbeitet. Diese Zusammenstellung umfasst vor allem folgende Patientenrechte: [37]

1. *Patientenrecht auf sorgfältige Information* mit Aufklärungspflicht seitens der Gesundheitsdienstleister, Information über Krankheit, Diagnostik und Behandlung, Recht auf Beratung und Information durch bestimmte Stellen;
2. *Patientenrechte in der Behandlung* mit Recht auf qualifizierte und dokumentierte Versorgung, Mitwirkung und Akteneinsichtsrecht des Patienten bei der Behandlung, Verschwiegenheit und Datenvertraulichkeit von Seiten des Gesundheitsdienstleisters und die Aufklärung der Kostenübernahme der Behandlung;
3. *Recht auf selbstbestimmtes Sterben*;
4. *Rechte im Schadensfall* mit dem Verweis auf Beratungs- und Beschwerdestellen, Schiedsstellen und andere Einrichtungen mit dem Zuständigkeitsbereich Schadensersatzansprüche.

### 2.2.2. INFORMATION

**INFORMATION ÜBER BEHANDLUNG:** Eines der richterrechtlich geregelten Patientengesetze ist das Recht auf Information und Aufklärung. Jeder diagnostische und therapeutische Eingriff, offiziell eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, muss mit Einwilligung der Patienten erfolgen, nachdem über Diagnose, Behandlung, deren Alternativen, Risiken, Folgen und mögliche Nebenwirkungen verständlich aufgeklärt wurde. Es liegt in der Pflicht des Behandlers abzuklären, ob das Erklärte auch verstanden wurde, da ohne rechtmäßige Einwilligung ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff einen Strafbestand darstellt.

**LEISTUNGSDATEN:** Es gibt kein gesetzlich verankertes Recht und somit auch wenige offizielle staatlich eingerichtete Wege für den Patienten um an beurteilende Information über abgegebene Leistungen und die Kompetenz der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, so genannte „Leistungsdaten“ der Einrichtungen. Es gibt vor allem für Krankenhäuser laut Gesetzestext [Sozialgesetzbuch V (SGBV §294-305), Krankenhausfinanzierungsgesetz (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) vom 29.06.1972 i.d.F. vom 26.03.2007] diverse Verpflichtungen zur Erfassung und Weitergabe von Daten zur Erstellung von Statistiken, auch bezüglich der Qualität einer Einrichtung. Eine für Patienten verständliche Zusammenführung der Daten ist jedoch nicht vorhanden oder vorgesehen.

**ALLGEMEINE INFORMATION:** Möchte sich ein Patient außerhalb der ärztlichen oder krankenhäuslichen Struktur über Krankheiten, Behandlungskonzepte oder Alternativen individuell informieren oder beraten lassen, stehen ihm inzwischen aber sehr viele verschiedene Institutionen und Beratungsstellen zur Verfügung, ebenso wie zahlreiche Internetseiten und Patientenforen. Laut Broschüre „Patientenrechte in Deutschland heute“ sind institutionalisierte Einrichtungen, die bei Informations- oder Beratungsbedarf von Patienten aufgesucht werden können, freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. [37] Die wichtigsten Institutionen der speziellen und unabhängigen Patientenberatung werden im nächsten Abschnitt dieses Kapitels ausführlich beschrieben.

Ein Problem dieses reichen Angebotes ist die oft nicht ersichtliche Herkunft und Seriosität der Information, gerade bei solcher aus dem Internet: Sucht man hier nach krankheits- oder therapiespezifischen Informationen, stellt sich besonders im psychiatrischen Sektor heraus, dass der Informationssuchende mit einer teils redundanten Fülle von weder als unabhängig

noch als verlässlich einzustufenden Internetseiten konfrontiert wird. [28, 292-299] Regelmäßig stößt man auf einseitige Darstellungen gegeben von Pharmaunternehmen, kommerziellen Anbietern oder von der „Antipsychiatrie-Bewegung“ zum Beispiel durch Sekten wie Scientology. Will man dem Anspruch auf den „aufgeklärten Patienten“ gerecht werden, so ist man sich einig, dass evidenzbasierte, qualitativ hochwertige, unabhängige und laienverständliche Informationen für den Patienten verfügbar gemacht werden müssen, um dem Patienten die Basis für seine Souveränität und Kompetenz zu bieten. [3, 379-385] Um diesem Anspruch Folge zu leisten, werden von Seiten der Politik unterschiedliche Anbieter von Informationsangeboten gefördert und, gesetzlich verankert, finanziert. Neben den unabhängigen Patientenberatungsstellen fördern die Spitzenverbände der Krankenkassen unter anderem auch die Qualitätsprüfung und Verbreitung von Informationsquellen durch das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ), das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) für medizinische Leitlinien, Patienteninformationen, Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin. [97] Auch das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“, geschaffen im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der Krankenversicherung (GMG) 2003, bietet unabhängige und evidenzbasierte Informationen für die Öffentlichkeit über gesundheitsrelevante Fragen wie Merkblätter, Graphiken, bewertete Leitlinien und Filme. [34] Patientenleitlinien zu einigen häufigen Krankheitsbildern erarbeitete das „Nationale Versorgungsleitlinien-Programm“, eine Initiative der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.. [75] Bei den eben genannten Institutionen wurden bei der Beurteilung bzw. der Erstellung der Informationen Patientenvertreter einbezogen, was als wichtiger Beitrag zur Qualität und Zielgerichtetheit der Informationen erachtet wird. [3, 379-385]

Patientenbroschüren zu Themen wie etwa Suchtaufklärung, Kinder- und Jugendgesundheit oder Essstörungen finden sich auch auf der Internetseite der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“. [10] Das Bundesministerium für Gesundheit bietet neben aktuellen politischen Ereignissen im Gesundheitsbereich unterschiedliche Informationen und Leitfäden zum Beispiel für Krebsfrüherkennung, Kindergesundheit, den Qualitätscheck beim Arztbesuch und die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ auf seiner Internetseite an. [9]

Zusätzlich wurden einige nationale und internationale Initiativen zur Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen aus dem Internet eingerichtet, um den Nutzern einen Anhaltspunkt

darüber zu geben, ob die einzelnen Internetinformationen als verlässlich bzw. unabhängig einzustufen sind. Zu den wichtigsten dieser qualitätssichernden Initiativen zählen „Health on the Net“, „DISCERN“ und das „Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme BMG“. Der Informationssuchende kann anhand eines Siegels auf der Webpage erkennen, ob und von wem die jeweilige Seite qualitätsgeprüft wurde. [76, 111-121]

Kritisiert werden diese Instrumente, da sie ihren Beobachtungsschwerpunkt in erster Linie auf Struktur Aspekte legen und inhaltliche Aspekte sowie die Darstellung der Seiten eher vernachlässigen [39, 353-357] Patienten informieren sich einer nationalen Umfrage zufolge jedoch nur zu geringem Teil über das Internet (10%). Sie nutzen in der Regel Informationsangebote aus Rundfunk und Fernsehen (über 40%), von Krankenkassen (über 20%) oder aus Apothekenheften (20%) und anderen leicht verfügbaren Zeitungen (über 15%). [33, 1250-1255] Gerade diese Informationsquellen sind indessen meist nicht unabhängig und entgehen oft einer Qualitätsprüfung. Darüber, wie viele und welche Bürger die wenigen qualitätsgesicherten und unabhängigen Informationsmaterialien tatsächlich nutzen bzw. die unabhängigen Patientenberatungsstellen in Anspruch nehmen, finden sich kaum Untersuchungen. [76, 111-121]

Diese vor allem politisch unterstützten Neuerungen bezüglich unabhängiger und evidenzbasierter Informationsangebote sind ein beachtenswerter Schritt, jedoch fehlt es noch an einem strukturierten, übersichtlichen und leicht zugänglichen Informationsüberblick. Denn, wie die Patientenbeauftragte auf dem 1. Berliner Fachtag zur Patientenberatung und -information so trefflich formulierte: „Es gibt viele Informationen, aber für die Informationssuchenden ist es schwierig, unabhängige und qualitativ gute Informationen zu finden, um sich für eine für sie optimale Behandlung entscheiden zu können. Wer mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen will, der muss auch dafür sorgen, dass Versicherte und Patienten ihre Rolle als ‚mündiger Patient‘ ausfüllen können.“ [51]

### **2.2.3. ENTWICKLUNG DER PATIENTENUNTERSTÜTZUNG UND PARTIZIPATION IM GESCHICHTLICHEN KONTEXT**

Im Folgenden wird in erster Linie die geschichtliche Entwicklung folgender Institutionen behandelt: PatientInnenstellen, Gesundheitsläden, Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentralen, Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Gemeinsamer Bundesausschuss.

Die unabhängige Patientenunterstützung in Deutschland ist historisch gewachsen. Veränderungen und Einführungen bestimmter Beratungs- und Beschwerdeenrichtungen wurden meist auf Drängen und durch die hartnäckige Arbeit von engagierten Selbsthilfegruppen, Angehörigenverbänden und anderen Patientenorganisationen herbeigeführt. Zur vorherrschenden Machtposition von Gesundheitsdienstleistern und Einrichtungen im Gesundheitswesen bildeten sich als erste Gegenbewegung seitens der Patientenschaft in den Siebziger Jahren die so genannten *Patientenschutzverbände*, die vor allem kunstfehlergeschädigte Patienten bei der Durchsetzung ihrer Schadensersatzansprüche vor Gericht unterstützten und zum Teil auch heute noch existieren. Als Reaktion darauf schuf die Ärzteschaft die *Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen*, die für den Geschädigten kostenlos medizinische Fachgutachten durchführen und im Schadensfall eine außergerichtliche Einigung anstreben. (siehe Abschnitt „Beschwerdesystem“) Eine zweite Gegenbewegung ging, ebenfalls in den Siebzigern, von der Schweiz aus, die sich in den Achzigern mit der autonomen „Gesundheitsbewegung“ in Deutschland verband, die vornehmlich von den Gesundheitsläden initiiert wurde: In Zürich wurde 1978 die erste *PatientInnenstelle* im deutschsprachigen Raum eingerichtet als Weiterentwicklung des Projektes der Patienten-Klagemauer und nahm die Vorreiterrolle für alle anderen PatientInnenstellen auch in Deutschland ein. [29, 98-104]

Daraufhin folgte die Gründung des ersten *Gesundheitsladens* in Berlin 1978 durch Medizinstudenten und kritische Beschäftigte des Berliner Gesundheitswesens mit dem Ziel, Alternativen im Gesundheits- und Sozialbereich zu diskutieren, zu planen und durchzusetzen. Er sollte eine Anlauf- und Beratungsstelle für Patienten mit Fragen und ihren Anliegen darstellen. In der Folge des Berliner Gesundheitstages 1980, der durch diesen Gesundheitsladen organisiert wurde und mit über 10.000 Besuchern großen Anklang gefunden hat, haben sich in einigen größeren Städten, unter anderem München, ebenfalls Gesundheitsläden und autonome PatientInnenstellen nach dem Berliner Vorbild gebildet. In diesem zeitlichen Kontext ist auch die sich neu ausbildende Szene der *Selbsthilfegruppen* zu nennen. [42, 20-27] Mit der Etablierung der Selbsthilfegruppen wurde 1984 eine nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) gegründet, eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), (Fachverband der Selbsthilfeunterstützung und -förderung in Deutschland) die generelle Aufklärungsarbeit über Möglichkeiten der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige liefert. Die NAKOS wird über verschiedene Projektmaßnahmen durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

(BMFSFJ), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), sowie durch pauschale Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit durch die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 20 c SGB V gefördert und ist eine der Vereinigungen, die Patientenvertreter für den Gemeinsamen Bundesausschuss stellen darf. [57] Eine weitere Entwicklung in Richtung mehr Patientenunterstützung ergab sich durch die Beteiligung der *Verbraucherzentralen* an der Patientenunterstützung. Ausgangspunkt hierzu war der Bernbeck- Skandal 1984 mit der Gründung der *Patienteninitiative Hamburg*. Von der medizinischen Fehlbehandlung Betroffene konnten sich in offiziellem Auftrag der Landesregierung eine staatlich finanzierte Beratungsstelle für Patienten errichten: die *Patienteninitiative Hamburg*. Diese war somit eine der ersten unabhängigen Patientenberatungsstellen in Deutschland und bestand, im Gegensatz zu den meisten späteren Beratungsstellen, größtenteils aus hauptamtlichen Mitarbeitern. 1987 konnte auch die *Verbraucherzentrale Hamburg* Patientenberatung anbieten. [67] Etwa zeitgleich hat die *Verbraucherzentrale Berlin* begonnen, auf dem Gebiet Patientenberatung zu arbeiten. 1998 existierten schließlich fünf PatientInnenstellen (Bremen, Hamburg, Bielefeld, Köln, München) und vier *Verbraucherzentralen*, die unabhängige Patientenberatung anboten (Hamburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen) – insgesamt also etwa zehn Mitarbeiter für etwa 82 Millionen deutsche Bürger. [42, 20-27] Inzwischen bieten zehn deutsche *Verbraucherzentralen* Beratung und Hilfestellung auch für psychisch kranke Menschen an. Im Zuge der Entwicklung der PatientInnenstellen und Gesundheitsläden wurden, in Berlin schon in den Siebzigern, im Rest von Deutschland ab den Achziger Jahren in einigen Krankenhäusern das Amt des *Patientenfürsprechers* oder *Ombudsmannes* als lokaler Ansprechpartner und Beschwerdemittelsmann eingeführt. Die Institution des *Patientenfürsprechers*, die wir auch in unserer Studie genauer untersucht haben, wird im Abschnitt „Beschwerdesystem“ noch ausführlich behandelt.

Neben diesen bundesweiten Entwicklungen wurden an verschiedenen Orten unterschiedlichste Arten von Beratungs- und Interessensvertretungen gegründet, auf die hier mangels Übersichtlichkeit und aufgrund lokaler individueller Entwicklung nicht näher eingegangen werden soll und kann.

Mit der Einführung der Gesundheitsreform im Jahr 2000 durch die Rot-Grüne Regierung wurde von politischer Seite durch die Ergänzung des §65b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch „*Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung*“ ein weiterer Grundstein der Entwicklung zu mehr Patientenorientierung und -partizipation gelegt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen mit gut fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im

Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung fördern, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die von den Spitzenverbänden als förderungsfähig anerkannt wurden. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. [SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482) i.d.F. vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 545), §65b]

Das politische Ziel ist, ein von Kassen und Leistungserbringern unabhängiges Beratungs- und Informationsangebot als Regelleistung aufzubauen. Nach einer ersten Testphase von 2001 bis 2005 hat 2006 eine zweite, fünfjährige Modellzeit begonnen, die für jedes Bundesland mindestens eine allgemeine Patientenberatungsstelle vorsieht sowie diverse thematische Sonderprojekte. Spätestens im Jahre 2010 sollen nach wissenschaftlicher Evaluation Vorschläge für die dauerhafte Implementierung gemacht werden. [91] Im Rahmen dieser verpflichtenden Auflagen konnte durch die Förderung des GKV Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen die *Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)* als gemeinnützige GmbH gegründet werden. Da die UPD den ersten geglückten Versuch darstellt, allgemeine unabhängige Patientenberatung deutschlandweit anzubieten und zu koordinieren, soll sie an dieser Stelle ausführlicher vorgestellt werden:

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

Seit Januar 2007 sind unter dem Label UPD bundesweit momentan 22 regionale und mehrere überregionale Beratungsstellen zusammengefasst, die zusätzlich zu einem bundesweiten Beratungstelefon für Patienten aller Art zur Verfügung stehen – genauere Angaben über die einzelnen Beratungsstellen und ihrer Ansiedlung sind über [www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de) zu erfahren. Träger der einzelnen regionalen Stellen sind, ortsabhängig, meistens Verbraucherzentralen, Gesundheitsläden, Sozialverbände oder andere Einrichtungen, die über langjährige Erfahrung in Patientenberatung und -vertretung verfügen. Unter dem gemeinsamen Label UPD stellen sie ihre Infrastruktur zur Verfügung und bringen ihre Verankerung in die örtlichen Netzwerke ein. Gesellschafter der UPD sind der Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale-Bundesverband e.V. und der Verbund unabhängige Patientenberatung e.V.. [92]

Auftrag des UPD-Verbundes ist es, eine nachhaltige und effiziente Beratungs- und Informationsstruktur in Deutschland zu entwickeln, die sich an den Bedürfnissen und

Möglichkeiten von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen orientiert. Das Leistungsspektrum umfasst individuelle Information, Beratung und Begleitung. Weitreichendes und gesamtpolitisches Ziel der UPD ist es, Ratsuchende zu einem souveränen Umgang mit dem Gesundheitssystem zu befähigen, um auch die angebotenen Gesundheitsleistungen effektiver nutzen zu können. Die Träger der einzelnen Beratungsstellen verfügen über langjährige Erfahrungen in Patientenberatung und –vertretung, stellen ihre örtliche Infrastruktur zur Verfügung und können über den Dachverband UPB vernetzt, weiterentwickelt und ergänzt werden. Das Arbeitsfeld der UPD erstreckt sich laut ihrem Leitbild auf folgende Aufgaben: [93] Der UPD-Verbund

1. konzipiert eine an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientierte Patientenberatung und entwickelt sie kontinuierlich weiter.
2. legt gemeinsame Qualitätsstandards fest und sorgt für die kontinuierliche Qualifizierung der Mitwirkenden sowie ein übergreifendes Qualitäts- und Wissensmanagement.
3. gewährleistet ein kostenfreies, bürgernahes und niedrigschwelliges Angebot regionaler und überregionaler Beratung, das die Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer – insbesondere sozial Benachteiligter – im selbstbewussten Umgang mit dem Gesundheitswesen stärkt.
4. sichert bundesweite Bekanntheit und Erreichbarkeit des Beratungsangebotes vor Ort.
5. vernetzt das Angebot mit bereits bestehenden Initiativen der Patientenberatung und Patientenunterstützung, insbesondere mit den Beratungsangeboten der Selbsthilfe.
6. kooperiert mit allen relevanten Akteuren des Gesundheitswesens.
7. ist als souveräne Organisation im Gesundheitswesen akzeptiert und in das Versorgungsgeschehen integriert.
8. trägt zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem bei.

Dabei sind Patientenparteilichkeit, Professionalität, Unabhängigkeit, und Vertraulichkeit grundlegende Werte und Leitlinien ihrer Arbeit. Die Beratung unterliegt keiner Gewinnorientierung und die Finanzierung ist transparent: Budgetplanung, Rechnungs- und Verwendungsprüfung erfolgen jährlich mit entsprechender Veröffentlichung der Ergebnisse.

[93]



Die Gesundheitsreform von 2004 brachte zwei große Neuerungen im Hinblick auf mehr Patientenunterstützung und Partizipationsmöglichkeiten: die Einrichtung des Amtes des „Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ (kurz *Patientenbeauftragter*) und die Beteiligung von Patientenvertretern am *Gemeinsamen Bundesausschuss*.

### *Der Patientenbeauftragte*

Der Patientenbeauftragte ist dem Bundesministerium für Gesundheit zugeordnet und wird von der Bundesregierung ernannt. Seit Amtseinführung ist die Patientenbeauftragte Frau Helga Kühn-Mengel, frühere gesundheitspolitische Sprecherin und Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion. Aufgabenstellung und Kompetenzbereiche sind im V. Sozialgesetzbuch §§140h, 139b und 303b festgeschrieben:

Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung, berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Sie hat einen Stab von Mitarbeitern zur Hand und ist an allen Gremien der Regierung beteiligt, die Patientenbelange bearbeiten. Am Gemeinsamen Bundesausschuss ist sie als Mitglied beteiligt und wird von allen Bundesbehörden sowie sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes bei der Erfüllung der Aufgabe unterstützt. [Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20.12.1988 (BGBl. IS. 2477, 2482) i.d.F. vom 17.03.2009, §140h] Somit nimmt die Patientenbeauftragte ein Ombudsmann-Amt ein, streng genommen (siehe Kapitel „Die Ombudsperson im politischen Sinn“) nur mit beschränkter Unabhängigkeit, da sie von der Regierung ernannt und dieser auch zuzuordnen ist. Am 04.03.2009 fand in Berlin der 1. Berliner Fachtag zur Patientenberatung und -information statt, eine gemeinsame Veranstaltung von UPD und der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, mit dem Hauptanliegen, nach besserem Austausch und einer intensiveren Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zu streben. Astrid Burkhardt, die Geschäftsführerin der UPD, bemerkte hierzu: „Wir haben mit allen Akteuren, die sich mit

Beratung und Information von Patientinnen und Patienten beschäftigen, den Diskurs eingeleitet, um zukünftig in diesem Bereich Synergien besser nutzen zu können. Damit Patientinnen und Patienten rasch erkennen, welche Gesundheitsinformationen verlässlich sind, fordern wir ein Qualitätssiegel.“ [49]

#### *Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*

Die zweite wichtige Neuerung im Zuge der Gesundheitsreform 2004 ist die nun beschlossene Teilnahme von ehrenamtlichen *Patientenvertretern* in einigen politischen Gremien unter anderem im mächtigsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem „*Gemeinsamen Bundesausschuss*“ und den entsprechenden Landesgremien. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er legt zum einen fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, zum anderen beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. [32] Die im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, sind für alle Akteure der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bindend und müssen dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt werden. Dabei ist der G-BA keine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums, sondern eine eigenständige juristische Person des öffentlichen Rechts. [31] Gesetzliche Grundlage hierzu ist das Sozialgesetzbuch V §§91, 140f-g, 139b, 303b, laut dem Patientenvertreter als rede- und antragsstellende Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Länderausschüsse beteiligt, jedoch nicht stimmberechtigt sind. Ihnen stehen nur das „Mitberatungsrecht“ und das „Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung“ zu [Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), i.d.F. vom 17.03.2009, §140h, Beteiligung von Interessensvertretungen von Patientinnen und Patienten (BGBl. I S. 545)] mit der Begründung, dass die Patientenvertreter nicht demokratisch legitimiert sind wie alle anderen Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung [29, 98-104]. Die vertretungsberechtigten Organisationen werden in einer Patientenbeteiligungsverordnung namentlich aufgeführt und dabei in zwei Gruppen aufgeteilt: einerseits die Betroffenenverbände, die im deutschen Behindertenrat zusammengeschlossen sind und zu denen vor allem die Selbsthilfeorganisationen gezählt werden, andererseits die Beraterverbände, zu denen

Selbsthilfe-Unterstützungsstellen, Verbraucherzentralen und Patientenstellen zählen. [29, 98-104]

Für inhaltliche Auswertungen der Arbeit der Vertreter im Bundesausschuss ist es noch zu früh, aber nach den Erfahrungen auf Landesebene ergeben sich von Seiten der Patientenvertreter folgende Kritikpunkte: Bisher seien die Patientenvertreter nur an Gremien beteiligt, die eher periphere Themenbereiche im Gesundheitswesen angehen, nicht aber an wichtigen, die sich beispielsweise mit Vorbereitungen zu patientenrelevanten Gesetzesvorhaben befassen. Kritisiert wird auch die mangelnde personelle wie auch finanzielle Unterstützung, da Patientenvertreter im Gegensatz zu allen anderen, meist hauptamtlichen Beteiligten mit eigenem Stab von Helfern, weder ein angemessenes Schulungsprogramm noch ein Honorar geboten bekommen. Viele Vertreter fordern auch das volle Stimmrecht, um als vollwertiger Mitgestalter des Gremiums wahrgenommen zu werden und um ihrer Aufgabe als Patientenvertreter gewissenhaft nachkommen zu können. [29, 98-104]

Neben der Entwicklung hin zu den allgemeinen Patientenberatungsstellen haben sich im Laufe der Zeit diverse themenbezogene Patienteninitiativen gegründet wie etwa die Notgemeinschaft Medizingeschädigter, ebenso wie sich viele Behindertenorganisationen unter dem Dach der Landes- beziehungsweise Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte entwickelt haben. Diese Institutionen beraten Patienten und vertreten die Interessen der jeweiligen Bezugsgruppe und sind deshalb keine „allgemeinen“ Beratungsstellen. Ebenso hat sich auch in und um die Krankenhäuser eine bunte Landschaft aus lokalen Initiativen und Beratungsinstanzen gebildet wie etwa Familienräte und Angehörigengruppen, die ehrenamtlich arbeiten und keiner größeren Organisationsstruktur angehören. Sie stellen lokale Anlaufstellen für Patienten mit einem bestimmten Problem- und Interessensgebiet dar und werden hier deshalb nicht genauer und gesondert ausgeführt.

## **2.2. BESCHWERDESYSTEM**

### **2.2.1. BUNDES- UND LANDESWEIT EINGERICHTETE STRUKTUREN**

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie etwa England gibt es in Deutschland kein „Beschwerdesystem“ im Sinne eines ausgearbeiteten und umfassenden Konzeptes. Bundes- beziehungsweise landesübergreifend institutionalisiert existieren nur zwei öffentliche Einrichtungen, die offizielle Ansprechpartner für Beschwerdeanliegen von Patienten darstellen: die *Patientenbeauftragte* der Bundesregierung und die *Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen* der Ärztekammern. Für „einfache“ Beschwerden, die also keinen Anspruch auf materielle Entschädigung enthalten, existiert erst seit 2004 das Amt der *Patientenbeauftragten der Bundesregierung*. Wie im vorigen Kapitel schon erwähnt, ist sie grundsätzlich für alle Belange aller Patienten in Deutschland zuständig, also auch und nur unter anderem für Beschwerden einzelner Personen. Diese Einrichtung ist für Deutschland eine sehr erwähnenswerte Neuerung, wobei die Hauptaufgabe der Patientenbeauftragten, einer Person für etwa 82 Millionen Bürger, laut Aufgabenbeschreibung sicherlich nicht in der Bearbeitung von Einzelbeschwerden liegt. Neben der neuen Einrichtung der Patientenbeauftragten gibt es nur noch einen einzigen offiziellen außergerichtlichen Beschwerdeweg, der flächendeckend vorhanden ist und nur dann begangen wird, wenn materielle Entschädigung seitens der Patienten gefordert wird: die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern.

#### *Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern*

Grundsätzliche Aufgabe der Ärztekammern ist es, die Qualität der ärztlichen Praxis zu sichern sowie die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen. Bei den Landesärztekammern sind seit 1975 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die als weisungsunabhängige Gremien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient objektiv klären, ob die gesundheitliche Komplikation auf einer haftungsbegründeten ärztlichen Behandlung beruht. Patienten haben die Möglichkeit bei vermuteten Behandlungsfehlern und Kunstfehlern, somit also Arzthaftpflichtfragen die für das jeweilige Bundesland zuständige Gutachter- oder Schlichtungsstelle anzurufen. Ziel dieser Einrichtungen ist die schnelle, außergerichtliche und unbürokratische Einigung zwischen Arzt und Patient. Die Beteiligung der Ärzte und Haftpflichtversicherer hierbei ist aber freiwillig, das heißt, wenn sich ein Arzt weigern sollte, an diesem Verfahren teilzunehmen, wird diese Kommission nicht aktiv. [8] Diese Einrichtungen werden

ausschließlich von den Ärztekammern getragen und zum Teil gemeinsam mit den Haftpflichtversicherungen der Ärzte finanziert. Die Gutachterkommissionen, die aus entsprechenden Fachärzten und einem juristischen Vorsitz bestehen, prüfen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Die Schlichtungsstelle beurteilt in ihrer Stellungnahme Schadensersatzansprüche dem Grunde nach und bemüht sich darüber hinaus um eine Schlichtung des geltend gemachten Anspruches in Zusammenarbeit mit Vertretern der Haftpflichtversicherungen. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist für die Beteiligten gebührenfrei und dauert laut Bundesärztekammer durchschnittlich etwa 10-12 Monate. Die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind nur Feststellungen oder Empfehlungen. Wenn der Patient oder Arzt mit der Entscheidung der Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle nicht einverstanden ist, kann er den ordentlichen Rechtsweg beschreiten. Eine Klage vor Gericht wird durch die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen also nicht ausgeschlossen. [8]

Kritisch betrachtet sind Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen als Beschwerdeinstanzen für Patienten mit einigen Schwierigkeiten behaftet:

1. Da diese Einrichtungen ausschließlich von den Ärztekammern getragen werden und von der Arzthaftpflichtversicherung mitfinanziert werden entsteht automatisch eine gewisse Parteilichkeit und Abhängigkeit, obwohl sie formal von diesen unabhängige Gremien darstellen und meist von einem Juristen geleitet werden.
2. Durch die Besetzung dieser Gremien mit Ärzten und Volljuristen ist Sachverstand und Professionalität zwar grundsätzlich gewährleistet, jedoch ist weder die Auswahl medizinischer Gutachter transparent, noch werden die allgemeinen Ergebnisse ihrer Arbeit für Patienten verständlich dargestellt und zugänglich gemacht mit Ausnahme der Einsichtserlaubnis in das jeweils persönliche Gutachten des einzelnen Patienten, der Beschwerde eingereicht hat. Es werden von den Schlichtungsstellen und den Gutachterkommissionen sehr gute und aussagekräftige Daten erhoben und ausgewertet (seit 2007 mit Hilfe des einheitlichen Datenerfassungsprogrammes „Medical Error Reporting System – MERS“). Die Ergebnisse dieser Statistiken sind aber vornehmlich für den internen Gebrauch der Qualitätssicherung, Fehlerprävention und Weitergabe von den Ärztekammern an die Ärzteschaft, die Kranken- und Haftpflichtversicherungen, den Medizinischen Dienst, die Krankenkassen und die Politik vorgesehen, [11] nicht jedoch für den Patienten.

3. Die Erreichbarkeit der Schiedsstellen ist für den Patienten relativ aufwendig: bisher muss jede Beschwerde auf schriftlichem Wege erfolgen, zum Teil formlos, meist jedoch mittels eines langen Formulars von mindestens vier Seiten. Das Formular der Norddeutschen Schiedsstelle besteht beispielsweise aus fünf Seiten, wobei dort auch ein formloser Antrag genügt. [61] Bisher existiert noch keine zuständige Stelle, die dem Patienten beim Formulieren und Einreichen einer Beschwerde behilflich wäre, wobei einige Ärztekammern beziehungsweise Schiedsstellen ausführliche Erklärungen zum Einreichungs- und Verfahrensablauf auf ihrer Internetseite liefern wie beispielsweise bei der Norddeutschen Schiedsstelle. [62] Auf dem 103. Deutschen Ärztetag im Jahre 2000 wurde eingeräumt, dass im Interesse der Patienten eine Verbesserung im Verfahren vorstellbar sei. So sollte eine mündliche Anhörung der Beteiligten möglich sein, der Patient sich zudem durch einen Vertreter seines Vertrauens vertreten lassen können und auch Beteiligungsrechte an der Auswahl der zu beauftragenden Gutachter – wo sie noch nicht bestehen – eingeführt werden. [7]
4. Von Seiten der Patientenverbände wird immer wieder gefordert, wie etwa auch am 103. Deutschen Ärztetag, einen Patientenvertreter in den Verfahrensablauf mit einzubeziehen, um die Patientenseite stärker zu präsentieren. Eine Beteiligung von Patientenvertretern an den Spruchkörpern der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen lehnte die Deutsche Ärzteschaft hingegen bisher entschieden ab, da es bei den Gutachten oder Schlichtungsvorschlägen allein um die objektive Beurteilung medizinischer und/oder juristischer Sachverhalte gehe. Unabhängig davon bestünde ein großes Problem in der Legitimation von Patientenvertretern, da es bis heute keine hinreichend legitimierten Patientenorganisationen gäbe, die umfassend, ausgewogen und gerecht für alle Patienten sprechen könnten. [7]

Außer den beiden beschriebenen Einrichtungen kann sich der Patient im Beschwerdefall auch an andere bundesweit etablierte Institutionen richten, wobei diese ursprünglich für andere Arbeitsbereiche und nur für eine bestimmte Art von Anliegen zuständig sind, keinen offiziellen oder einheitlichen Beschwerde- und Beschwerdebearbeitungsmodus haben und gewiss nicht den Status einer „Beschwerdestelle“ für Patienten einnehmen. Jeder Bürger in Deutschland hat beispielsweise das Recht, sich direkt an die *Landes- oder Bundesministerien* zu richten, im Patientenfall am ehesten an die Gesundheits- oder Justizministerien.

Auch die *gesetzlichen Krankenkassen* sind gesetzlich zur Auskunft und Beratung ihrer Versicherten verpflichtet. Bei Beschwerden über Gesundheitsleistungen oder Verdacht auf

Behandlungsfehlern sind sie bundesweit ein möglicher Ansprechpartner, wobei sie natürlich ebenfalls nicht die Funktion einer richtigen Beschwerdestelle für Patienten einnehmen.

Bei Beschwerden über die ärztliche Behandlung eines Patienten müssen auch die jeweiligen *Ärztekammern* und die *Kassenärztliche Vereinigung* kontaktiert werden können.

Weitere neue Einrichtungen, die inzwischen bundesweit koordiniert, erreichbar und regional anwesend sind, stellen die Einrichtungen unter dem Dach der *Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)* dar, an die unter anderem auch Beschwerden herangetragen werden können und die im letzten Kapitel ausführlich vorgestellt wurden. Schwerpunkt der Arbeit dieser Stellen ist nicht Beschwerdebearbeitung sondern Beratung und Information, doch können sich Patienten im Beschwerdefall auch an sie wenden. Ähnlich verhält es sich mit den *Verbraucherzentralen*, die zum Teil Abteilungen haben, welche sich mit Gesundheits- und Krankheitsangelegenheiten befassen wie beispielsweise die Hamburger Verbraucherzentrale. Diese bieten neben Patientenberatung und Informationen meist auch die Möglichkeit der Beschwerdebearbeitung an oder können zumindest den Patienten mit seinem Beschwerdeanliegen an die jeweils zuständige Beschwerdeeinrichtungen auf kommunaler oder lokaler Ebene weitervermitteln.

### **2.2.2. EINRICHTUNGEN AUF KOMMUNALER EBENE**

Auf kommunaler Ebene sind die Beschwerdeinstanzen für Patienten die *Patientenfürsprecher* oder *Ombudspersonen* der Krankenhäuser. Da die Institution Patientenfürsprecher Hauptinhalt unserer Studie und die Ombudsperson als Vermittlerinstanz Hauptschwerpunkt dieser Arbeit darstellen, soll sie an dieser Stelle genauer erklärt werden.

#### *Patientenfürsprecher und Ombudsperson des Krankenhauses*

##### DEFINITIONSVERSUCH

Ein Patientenfürsprecher ist eine in der Regel ehrenamtliche Ombudsperson, die vor Ort im Krankenhaus als Ansprechpartner für Patienten meist vermittelnd tätig ist. Sie prüft Anliegen und Beschwerden und vertritt Patienten auf deren Wunsch gegenüber dem Krankenhaus oder vor Behörden. Sie ist innerhalb von Sprechstunden oder telefonisch erreichbar und hat zu jeder Zeit freien Zutritt zu allen Stationen. Sie kann – abhängig vom jeweiligen Krankenhaus – für somatische und psychiatrische Abteilungen der Kliniken zuständig sein.

## URSPRUNG UND ENTWICKLUNG DES AMTES

Das Amt des Patientenfürsprechers, nach schwedischem Vorbild ein Ombudsmann-Amt, wurde als weitere lokale Instanz für mehr Patientenunterstützung in den Krankenhäusern einiger Bundesländer, allen voran Berlin (1974), Saarland (1987) und Hessen (1989) als Ehrenamt eingeführt. Der Patientenfürsprecher stellt eine der wenigen offiziellen unabhängigen Beschwerdeinstanzen für Patienten dar. Zum Teil wurde dieses Amt von Anfang an gesetzlich verankert, zum Teil wird in einigen Bundesländern wie Bayern noch um eine solche Verankerung im Landeskrankenhausgesetz gerungen. Da es keine bundesweite Regelung über die Institution Patientenfürsprecher gibt und bundespolitische bisher keine konkrete Aussage über die Einführung oder Regelung bezüglich des Patientenfürsprecheramtes getroffen wurde, ist die geschichtliche Entwicklung sowie die aktuelle Lage in den einzelnen Bundesländern, Bezirken oder Städten eine eher undurchsichtige und unterschiedlich gewichtete Angelegenheit. Es gibt momentan keine zentrale Koordinationsstelle oder Informationsquelle, die eine Übersicht über alle existenten Patientenfürsprecher in Deutschland geben könnte. Informationen über Patientenfürsprecher erhält der Ratsuchende am sichersten direkt im Krankenhaus selbst. Alle erfassbaren Patientenfürsprecher, die für *psychiatrische* Patienten zuständig sind, sind auf der Internetseite [www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de) gelistet und für Interessierte einfach einzusehen. Mit unserer Studie über das Vorhandensein und die Aufgabenbereiche der Patientenfürsprecher für Psychiatrien in Deutschland haben wir versucht, dieses Amt wissenschaftlich zu untersuchen und Details über die Arbeitsweise und konkreten Aufgaben zu beleuchten. Die Ergebnisse hierzu sind im Ergebnisteil dieser Arbeit zusammengefasst und werden deshalb hier nicht genauer erläutert.

## AKTUELLE POLITISCHE BESTREBUNGEN

Um die Vertretung der Patientenanliegen zu verbessern und das Vorhandensein von unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten zu garantieren, gab und gibt es diverse Versuche, eine einheitlichere Regelung und den Ausbau schon bestehender Strukturen zu schaffen. Patientenverbände, Interessensgruppen und Gesundheitsläden organisierten und koordinierten immer wieder Tagungen und Informationsveranstaltungen zu den Themen Patientenorientierung, -unterstützung und Beschwerdeeinrichtungen auf kommunaler, Landes- und auch Bundesebene. Zwei Beispiele hierzu wären: 1. die Tagung „Unabhängige Patientenunterstützung in Bayern“ am 26.06.1998 im Krankenhaus München-Bogenhausen organisiert vom Gesundheitsladen München. Letzterer setzt sich sehr für die Schulung,



Supervision und Weiterbildung der Patientenfürsprecher ein. 2. die Tagung „Missstände abstellen – weg mit der Angst“ über und mit Patientenfürsprechern und Beschwerdestellen Deutschlands, durchgeführt von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), 14.-16.06.2002 in Hannover. Auch auf regierungs-politischer Ebene gibt es neuerdings Bemühungen in dieser Richtung. Seit ihrem Amtsantritt setzt sich die Beauftragte der Bundesregierung für Belange der Patientinnen und Patienten Frau Helga Kühn-Mengel für die flächendeckende Einführung von Patientenfürsprechern in Krankenhäusern ein. Mit der Einberufung der Berliner Tage der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, der erste fand am 29.06.2006 statt, möchte die Politikerin Multiplikatoren im System informieren und eine Diskussionsplattform schaffen um möglichst viele Personen anzusprechen, die Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern sind. Dadurch soll auch die Vernetzung und der Austausch untereinander gefördert werden. [48]

Diese regelmäßige Veranstaltung soll auf die Institution Patientenfürsprecher aufmerksam machen und weitere Kliniken zur Einrichtung einer solchen Institution anzuregen. Den 3. Berliner Tag der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher schloss Frau Kühn-Mengel mit folgender Aufruf: „Ein gutes Beschwerdemanagement ist Aufgabe und Chance zugleich – auch um Patienten durch Qualitätssicherung zu überzeugen und Konflikte unbürokratisch zu entschärfen.“ Deshalb appellierte sie an alle Kliniken hinsichtlich der Patientenorientierung, Patientenfürsprecher und die dafür notwendige Infrastruktur einzurichten und deren Arbeit und Anregungen ernst zu nehmen. An die verantwortlichen Landespolitiker ergeht der Appell, in allen Bundesländern gesetzliche Regelungen für unabhängige Patientenfürsprecher zu schaffen. [48]

#### ALTERNATIVE EINRICHTUNGEN

An einigen Orten haben sich, zusätzlich oder auch alternativ zu den Patientenfürsprechern andere Modelle der Patientenberatung und Beschwerdebearbeitung herausgebildet, die aufgrund des Einzelvorkommens hier nicht näher erwähnt werden sollen – ausgenommen das Hamburger Modell:

Im Vergleich zum Amt des „allgemeinen“ Patientenfürsprechers besteht in Hamburg ein weitergehendes Modell der Patientenunterstützung an Krankenhäusern: 1999 wurde aus der Patienteninitiative-Hamburg heraus die „*Patienteninitiative im Krankenhaus*“ (PI(K)) am Krankenhaus St. Georg gegründet mit finanzieller Unterstützung des Krankenhauses und einer Anschubfinanzierung der AOK Hamburg. [67] Inzwischen ist die PI(K) an sieben

Hamburger Krankenhäusern tätig, unter anderem auch in psychiatrischen Abteilungen und Tageskliniken. Die Mitarbeiter sind im Gegensatz zu den „üblichen“ Patientenfürsprechern hauptamtlich angestellt, sind werktäglich und vor Ort im Krankenhaus anwesend und üben Ihre Fürsprecherfunktion für Patienten in Form von Sprechstunden, an drei Tagen der Woche, Besuchen auf den Stationen und vereinbarten Terminen aus. [68]

### **2.2.3. INSTITUTIONELLE BESCHWERDEEINRICHTUNGEN**

Viele Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleistungszentren haben inzwischen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements interne Beschwerdewege geschaffen. In Form von Briefkästen (auch „Kummerkästen“), Beschwerdeformularen, Beschwerdebeauftragten oder Beschwerdestellen kann der Patient seine Anliegen äußern oder sich beschweren. Dies dient zur internen Qualitätsverbesserung der Einrichtung und hat nicht den Anspruch einer unabhängigen oder Patienten-parteilichen Beschwerdestelle. Somit werden diese Vorkehrungen im hier gemeinten Sinne nicht als eine Form der Patientenberatungs- oder Beschwerdestelle eingeordnet.

## **2.3. FOKUS AUF DEN PSYCHIATRISCHEN BEREICH**

### **2.3.1. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IN DER PSYCHIATRIE IM GESCHICHTLICHEN KONTEXT**

Für den psychiatrischen Bereich gab es die ersten politischen Anstöße bezüglich Einrichtung von Beratungs- und Beschwerdeinstanzen durch die Psychiatrie-Enquête von 1975. Anfang der Siebziger Jahre beschäftigte sich der Deutsche Ärztetag erstmals ausführlich mit der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und in den folgenden Jahren wurden zwei der größten Vereinigungen im psychiatrischen Bereich gegründet: Die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP), ein unabhängiger Fachverband für psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen [20] und die „Aktion psychisch Kranke e.V.“ von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich Psychiatrie. Ziel dieser Gründung war, mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken und um psychisch Kranken eine Lobby zu geben. [1]

Das Thema Qualität der psychiatrischen Versorgung wurde aktuell und brisant, woraufhin 1971 die Psychiatrie-Enquête gegründet wurde: Diese, eine Sachverständigenkommission aus etwa 200 Mitgliedern aller Bereiche der Psychiatrie, untersuchte die Zustände und Versorgungsstrukturen des deutschen Psychiatriewesens und legte 1975 ihren Endbericht vor. [18] In diesem offenbarte die Kommission schwerwiegende Mängel bei der Versorgung der psychisch Kranken und stellte eine Reihe von Forderungen und Empfehlungen, die unabdingbar wären für eine zufriedenstellende und menschenwürdige Versorgung im psychiatrischen Bereich. Die Forderungen erstreckten sich unter anderem auf die Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, gemeindenaher Versorgung, Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser, getrennter Behandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter, der Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker und der Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter in die allgemeinen Gesundheitsversorgung. [22, 15-32] Sie forderte zudem die gesetzliche Einrichtung einer bundesweiten Ombudsperson für psychiatrische Patienten in Form eines Patientenanwalts, der die Funktion einer unabhängigen Appellationsstelle für stationär untergebrachte Kranke und Behinderte jedweder Art haben sollte und die Weiterentwicklung der Begehungskommissionen (Vorläufer der Besuchskommissionen), die es in einigen Bundesländern damals schon für die Landeskrankenhäuser gab. [21, 216-220] Dieser Psychiatrie-Ombudsmann sollte, gemäß des Wesens einer Ombudsperson, den Klagen von Patienten nachgehen und die Öffentlichkeit auf die Probleme der Psychiatrie aufmerksam machen. Seine Aufgabe sollte außerdem die

Wahrung der Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen für die Patienten, die interne Kontrolle im Krankenhaus und die Durchsetzung von verbessernden Neuerungen im psychiatrischen Bereich sein. [80, 61] In der Stellungnahme der Bundesregierung von 1979 hieß es daraufhin, dass zwischen den Ländern keine Einigung bezüglich der Notwendigkeit und Art eines Patientenanwaltes erzielt werden könnte, mit der Folge, dass keine bundesgesetzliche Regelung geschaffen wurde. Die Bundesregierung verwies auf die mögliche Weiterentwicklung von schon bestehenden Strukturen und die neuen Erfahrungen mit diesen. [23, 34]

Dieser Ombudsmann blieb so der Psychiatrie verwehrt, eine andere Art von Ombudsperson wurde jedoch in einigen Bundesländern auch in Psychiatrien eingesetzt: das Ehrenamt des *Patientenfürsprechers*, das eine wichtige Anlauf- und Beschwerdestelle für Patienten vor Ort darstellt, aber durch seine Ehrenamtlichkeit und lokal begrenzten Zuständigkeitsbereich in seinem Einfluss eingeschränkt bleibt. Die Weiterentwicklung hin zur unabhängigen Patientenunterstützung erfolgte somit wieder lokal-spezifisch. Das Vereins-Feld der Interessensverbände, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen wurde weiter ausgebaut, offizielle oder politische Initiativen bezüglich bundesweiter oder einheitlicher unabhängiger Beratungs- oder Beschwerdeeinrichtungen gab es nicht. Auf Landes- und Kommunalebene wurden hier und da einzelne Institutionen wie etwa Patientenfürsprecher, Beschwerdestellen oder Verbraucherzentralen geschaffen, zum Teil sogar mit in das Landes- beziehungsweise Psychischkrankengesetz aufgenommen, eine systematische oder koordinierte Institutionalisierung fand nicht statt. Eine erste Erfassung der existierenden Einrichtungen wurde durch eine Umfrage des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen 1991 erreicht, in der alle Sozialministerien und Träger der Landeskrankenhäuser der neuen Bundesländer nach Besuchskommissionen, Patientenfürsprecher und Psychiatriebeiräten angefragt wurden. In neun der damals elf Bundesländer (alle außer Baden-Württemberg und Bayern) gab es aufgrund gesetzlicher Verankerung (PsychKGs und/oder Landeskrankenhausgesetz) inzwischen Besuchskommission, Aufsichtskommission oder Patientenfürsprecher, eine Beschwerdekommision existierte in Nordrhein-Westfalen. In Baden-Württemberg gab es Möglichkeit der Beschwerdeeinreichung im psychiatrischen Bereich nur über den Petitionsausschuss des Landtags oder bei den Gesundheitsämtern, in Bayern existierten aufgrund Empfehlungen vom Verband der bayrischen Bezirke (ein Psychiatriegesetz existierte nicht) seit 1982 ehrenamtliche Patientenfürsprecher. Alle gesetzlichen Regelungen, vor allem die der Besuchskommissionen, betrafen allerdings nur

den stationären Bereich. Insgesamt ergab die Umfrage, dass man sich in der Einrichtung von Beschwerdeinstanzen in Deutschland bisher sehr zurückgehalten hatte. [78, 12-17]

Seit dieser ersten Bestandsaufnahme ist die Verbreitung von Beschwerdeinstanzen im psychiatrischen Bereich durch lokale Initiative zunehmend vorangeschritten, auch der Zuständigkeitsbereich von rein stationärer Betreuung hin auch zum ambulanten und komplementären Bereich hat sich im Laufe der Zeit ausgeweitet. Will man sich jedoch bundesweit einen genauen Überblick über die Entwicklung der einzelnen Instanzen verschaffen stößt man unweigerlich auf Grenzen: Gesundheitspolitik ist Ländersache, und da bundesweite Regelungen auf dem behandelten Gebiet spärlich gesät sind entwickelte jedes Bundesland für sich seine eigenen zahlreichen aber unübersichtlichen Strukturen. Weitere Schwierigkeiten bezüglich der Übersichtlichkeit bilden außerdem die länderspezifischen Unterschiede in der Administration des Psychiatriewesens, eine Vielzahl von Angeboten kleinerer lokaler Selbsthilfe- oder Angehörigen- oder Betroffenenverbänden. und das Problem der Begrifflichkeiten. Patienten- oder Klientenfürsprecher versus Patientenanwalt, Beschwerdestelle versus Ombudsperson sind nur einige Beispiele von Begriffen, die zum Teil synonym verwendet werden, sich teilweise jedoch in Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich sowie Unabhängigkeit und Einflussvermögen unterscheiden. Ein entscheidender Schritt hin zur Erfassung schon bestehender Strukturen und Weiterentwicklung der unabhängigen Patientenunterstützung war das Projekt „*Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen*“ das im Mai 2005 startete, Ende April letzten Jahres (2008) seinen Abschluss fand und in dessen Kontext auch diese Doktorarbeit entstand. Im Abschnitt „Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie“ dieses Kapitels wird darauf genauer eingegangen. Ziel dieses Projektes war die Bestandsaufnahme, Sammlung, Ausbau, Qualitätsverbesserung und Erweiterung von unabhängiger Patientenunterstützung vor allem im Bereich Psychiatrie. Die Strukturen, die den zentralen Inhalt dieses Projektes darstellten, waren unabhängige Beschwerdestellen und Patientenfürsprecher. Mit unserer Studie haben wir versucht, alle für psychiatrische Patienten zuständigen Patientenfürsprecher und unabhängigen Beschwerde- und Beratungsstellen Deutschlands ausfindig zu machen und diese mittels Fragebogen über ihre Arbeit, ihr Aufgabenfeld, Kritik und ihre Verbesserungsvorschläge zu befragen. Die Ergebnisse dieser Studie werden im Ergebnisteil dieser Doktorarbeit erläutert.

### **2.3.2. BESCHWERDEMÖGLICHKEITEN IN DER PSYCHIATRIE**

Alle schon aufgeführten Instanzen, die als Informations-, Beratungs- oder Beschwerdeeinrichtungen für Patienten institutionalisiert sind wie etwa Schlichtungsstellen

oder die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, gelten selbstverständlich auch für psychisch Kranke.

In vielen psychiatrischen Krankenhäusern ist auch das Amt des *Patientenfürsprechers* eingerichtet, das schon genauer besprochen wurde und Inhalt unserer Studie ist.

Für Patienten in psychiatrischen Kliniken oder Heimen gibt es zusätzlich zu den schon genannten Einrichtungen noch drei weitere Beschwerdeinstanzen: für Patienten in Heimen die *Heimaufsicht*, für stationäre Kranke regional die *Besuchskommissionen* und vor allem für ambulante aber auch stationäre Patienten kommunal die *Beschwerdestellen*.

### *Besuchskommission*

Die Einrichtung der Besuchskommission ist in den meisten Psychischkrankengesetzen der Länder rechtlich verankert. Alle hier genannten Fakten sind den einzelnen Psychischkrankengesetzen der Bundesländer entnommen.

Als Kontrollorgan für die Behandlung gesetzlich Untergebrachter haben die meisten Länder Besuchskommissionen für Psychiatrien vorgesehen, die jährlich oder alle zwei Jahre unangemeldet psychiatrische Einrichtungen besuchen, um diese auf die Wahrung der Rechte der Patienten zu überprüfen. Die Besuchskommission setzt sich – je nach Bundesland variierend – meist aus vier Personengruppen zusammen: 1. einer Person oder Beamten aus dem öffentlichen Dienst mit der Befähigung zum Richteramt, 2. einem Richter der mit Unterbringungsangelegenheiten vertraut ist, 3. einem Arzt für Psychiatrie, 4. einer erfahrenen Person aus dem nicht-medizinischen Bereich wie etwa einem Sozialarbeiter. Besuchskommissionen sind nicht für ambulante Patienten im psychiatrischen Bereich eingerichtet. Sie sind in ihrem Auftreten unabhängig und erstellen öffentlich zugängliche Berichte über ihre Tätigkeit. Hat ein Patient eine Beschwerde über seine Behandlung oder Missstände in der Psychiatrie vorzutragen, ist die Besuchskommission der richtige Ansprechpartner. Durch ihren Besuchsturnus von einmal jährlich beziehungsweise zweijährlich, stellen sie vielmehr eine Kontrollinstanz dar als eine ständige Beschwerdeeinrichtung für Patienten.

### *Unabhängige Beschwerdestellen*

Die unabhängigen Beschwerdestellen als spezieller Ansprechpartner und Beschwerdeinstanz für alle psychiatrischen Patienten, ist neben den Patientenfürsprechern Hauptinhalt unserer

Studie und soll auch deswegen an dieser Stelle mit seiner Entwicklungsgeschichte genauer vorgestellt werden.

## DEFINITIONSVERSUCH

Eine Beschwerdestelle ist meist ein unabhängiges Gremium, bestehend aus Vertretern von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitern in der Psychiatrie. Sie informiert den Patienten und Interessierten über seine Rechte, berät über Handlungsmöglichkeiten und vermittelt in Konflikten. Mitglieder der Beschwerdestelle arbeiten in der Regel ehrenamtlich, nicht im Krankenhaus direkt sondern in leicht erreichbaren Räumlichkeiten außerhalb der Einrichtungen. Diese Art von Beschwerdestellen ist in der Regel nur für psychiatrische Patienten und deren Angehörigen zuständig.

Aus der bunten Vielzahl an lokalen Verbänden und Vereinigungen im Bereich Interessensvertretung, Beratung und Beschwerde psychiatrischer Angelegenheiten hat sich die Instanz, die heute zumeist als „Unabhängige Beschwerdestelle“ bezeichnet wird, herauskristallisiert und zu etablieren begonnen: In Stuttgart entstand in den Achtziger Jahren die erste Initiative einer unabhängige Beschwerdeeinrichtung für Patienten in der Psychiatrie basierend auf der Idee der niederländischen Patientenvertrauensperson („Beschwerdestelle“ umfasst in dieser Zeit und in diesem Zusammenhang auch die Patientenfürsprecher, da diese zum Teil schon etabliert waren). Eine Gruppe aus drei Frauen, eine Psychiatrie-Erfahrene, eine Psychiatrie-Tätige und eine Bürgerhelferin, brachten das Thema Installierung einer Beschwerdeinstanz 1989 in die PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) ein, 1993 fand dazu eine Anhörung im Psychosozialen Ausschuss der Stadt Stuttgart statt. Die Beteiligten zeigten sich zwar aufgeschlossen, stellten aber klar, dass die Finanzierung eines hauptamtlichen Patientenfürsprechers die nächsten Jahre keine Chance haben würde. Aufgrund dessen wurde 1993 die erste deutsche Beschwerdestelle in ehrenamtlicher Tätigkeit unter dem Dach der PSAG gegründet mit einem multiprofessionellen Team aus Psychiatrie-Erfahrenen, professionellen Mitarbeitern, Angehörigen, Bürgerhelfern und Juristen. Nach ihrer erfolgreichen ersten Arbeitsphase konnte die „Konzeption für Patientenfürsprecher als Interessensvertretung psychisch erkrankter Menschen“, die von einer Arbeitsgruppe beim Sozialministerium entwickelt wurde, 1994 verabschiedet werden. In einer Modellphase (1996-1998) wurde diese Form von Beschwerdeeinrichtung in den Landkreisen erprobt, die Standorte der Zentren für Psychiatrie waren. Das Ergebnis war, dass die bereits tätigen

Patientenfürsprechern beibehalten wurden und das Sozialministerium die flächendeckende Ausweitung den Stadt- und Landkreisen empfahl. Eine gesetzliche Verankerung konnte nicht erwirkt werden. [77, 350-358]

Nach dem Stuttgarter Vorbild einer trialogisch gestalteten unabhängigen Beschwerdestelle in ehrenamtlicher Arbeit gründeten sich bald weitere Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten wie etwa in Bielefeld (1998) oder Herford (2000). Themenbereiche wie Patientenpartizipation, Mündigkeit der Patienten in der Wahrung ihrer Rechte, verstärkter Aufklärungsbedarf im medizinischen Behandlungsbereich wurden immer publikler und stießen auf verstärktes Interesse in der Bevölkerung ebenso die Nachfrage nach unabhängigen Beratungsstellen. Im Juni 2002 veranstalteten die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie), der BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener) und der BApK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) in Hannover eine Tagung mit dem Titel „Missstände abstellen – weg mit der Angst“, auf der unter anderem Patientenfürsprecher, Beschwerdestellen und Verbraucherzentralen, die im Bereich Beschwerde im psychiatrischen Umfeld tätig sind, zu Wort kamen. In Berichten über ihre Arbeit, Erfahrungen und Probleme informierten und motivierten sie die Beteiligten. Der größte Fortschritt bezüglich Weiterentwicklung der Instanz „Unabhängige Beschwerdestelle“ war wohl das Projekt „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen“, das im Mai 2005 startete und Ende April letzten Jahres (2008) seinen Abschluss fand: „Aktion Mensch“ förderte dieses 3 Jahres-Projekt, angesiedelt in der DGSP-Geschäftsstelle, durchgeführt in Zusammenarbeit von DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie), BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener ) und BApK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) in dem die Erfassung und Vernetzung unabhängiger Beschwerdestellen in der BRD ermöglicht werden sollte. [19]

Im Kontext dieses Projektes entstand auch unsere Studie zum Thema Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen der Psychiatrie. Einige Hauptziele der Projektteilnehmer waren: eine bundesweite Vernetzungsstelle zu bilden, die Anlaufstelle und Informationsträger für Interessierte darstellt, der Versuch, Beschwerdeeinrichtungen möglichst flächendeckend auch für den nicht-stationären Bereich zu initiieren, allgemeine Standards und Informationsgrundlagen für möglichst alle bestehenden und zukünftigen Beschwerdestellen zu entwerfen und einen Ratgeber über Beschwerdeführung und Anlaufstellen für Patienten und Angehörige zu erstellen. Die Projektarbeit war nach Meinung der Teilnehmer sehr erfolgreich: So existiert seither zum ersten Mal in der Geschichte der Beschwerdeeinrichtungen in Deutschland eine Informationsstelle in Form einer Website ([www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de)), wo versucht



wird, alle existierenden Beschwerdeeinrichtungen mit Erklärungen für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der einzelnen Instanzen aufzulisten und ständig zu aktualisieren. Zudem wurde ein Ratgeber für Patienten entwickelt der auf großes Interesse gestoßen ist. Durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit unter Anderem in Form von Tagungen, Vorträgen und Artikeln in Fachzeitschriften wurde deutschlandweit Aufmerksamkeit und Interesse geweckt mit der Folge, dass sich während dieser Projektzeit sechs neue Beschwerdestellen gegründet haben und mindestens sechs weitere in Planung sind. Außerdem wurden generelle Standards verfasst, auf deren Grundlage Beschwerdestellen ihre Satzungen bundesweit einheitlich entwickeln können. [90]

## **2.4. GESETZESLAGE IN DEUTSCHLAND**

ANMERKUNG: Die folgenden Informationen sind, soweit nicht anders markiert, den jeweiligen Landeskrankenhaus- beziehungsweise Psychisch-Kranken-Gesetzen entnommen und nicht explizit als Quellenangabe aufgeführt. Die Daten beziehen sich auf die zugänglichen landesweiten Gesetze der jeweiligen Bundesländer. Spezielle Verordnungen sowie Vereinbarungen einzelner Regionen sind hierbei nicht berücksichtigt.

Dieses Kapitel ist der Versuch, die aktuelle gesetzliche Lage bezüglich *Patientenfürsprechern*, *Beschwerdestellen* und *Besuchskommissionen* für den psychiatrischen Bereich systematisch darzustellen.

In Deutschland gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung für die Existenz einer Beschwerdeeinrichtung für Patienten wie zum Beispiel Patientenfürsprecher oder unabhängige Beschwerdestellen. Die Einrichtung dieser Stellen liegt im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Bundesländer und ist – sofern dies überhaupt der Fall ist – im jeweiligen Landeskrankenhausgesetz beziehungsweise Psychischkrankengesetz der einzelnen Länder rechtlich verankert. Die Einrichtung eines Patientenfürsprecheramtes ist laut Landeskrankenhausgesetz derzeit geregelt in Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, die Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle in Brandenburg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Existiert keine gesetzliche Regelung wie etwa in Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern, liegt die Einrichtung dieser Beschwerdeinstanzen im Ermessen der einzelnen Krankenhäuser, Städte oder Landkreise. In einigen Bundesländern (Baden-Württemberg Berlin, Brandenburg, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen) ist die Einrichtung des Amtes des Patientenfürsprechers speziell für Psychiatrien noch einmal explizit im Psychischkrankengesetz rechtlich verankert.

### **WAS IST GEREGET?**

Trotz einiger Unterschiede vor allem in der Ausführlichkeit der gesetzlichen Regelungen der einzelnen Bundesländer, besteht eine große Übereinstimmung in der Beschreibung des Amtes des *Patientenfürsprechers*: Alle Landeskrankenhausgesetze regeln die Wahl des Patientenfürsprechers (gewählt wird dieser meist durch den Stadtrat oder Kreistag), schließen bei den zu Wählenden Dienstkräfte und Angestellte des Krankenhauses aus, äußern sich zur erwünschten engen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Patientenfürsprecher und

bestimmen das Amt des Patientenfürsprechers zum Ehrenamt mit dem Zugeständnis einer Aufwandsentschädigung. Laut aller Krankenhausgesetze besteht die Aufgabe des Patientenfürsprechers vor allem darin, Anregungen und Beschwerden der Patienten zu prüfen und deren Anliegen zu vertreten. Sie unterstehen der Schweigepflicht.

Die Psychischkrankengesetze der Länder äußern sich meist nicht so ausführlich zum Amt des Patientenfürsprechers. Sie beschränken sich auf eine nachdrückliche Empfehlung zu dessen Einrichtung (Brandenburg, Schleswig-Holstein) und treffen Bestimmungen zur Wahl und den Aufgaben des Patientenfürsprechers (Sachsen).

Eine relativ genaue Aufgabenbeschreibung des Patientenfürsprechers liefert das Thüringer Psychischkrankengesetz, das ich an dieser Stelle zitieren möchte: „Durch regelmäßige Besuche wirkt der Patientenfürsprecher auf die Einhaltung menschenwürdiger Unterbringungs- und Behandlungsverhältnisse hin. Er hat zu jeder Zeit Zugang zu allen geschlossenen Stationen und Betreuungsbereichen. Der Patientenfürsprecher prüft Wünsche und Beschwerden der Patienten. Bei Anregungen oder Beanstandungen berät er die Mitarbeiter der Einrichtungen. Der Patientenfürsprecher wird in Rechtsfragen von dem zum Richteramt befähigten Mitglied der Besuchskommission beraten. Werden schwerwiegende Mängel bei der Unterbringung oder Behandlung festgestellt, informiert der Patientenfürsprecher hierüber den ärztlichen Leiter der Einrichtung, den für die Einrichtung zuständigen Träger und das Ministerium für die Gesundheit und Soziales.“ (§26 ThürPsychKG)

Die gesetzliche Regelung bezüglich der *Beschwerdestellen* in den Krankenhausgesetzen ist weitaus weniger explizit und besteht lediglich aus der Prämisse, dass das Krankenhaus Vorkehrungen zu treffen hat, um Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Beschwerdestelle zu bearbeiten.

Ergänzend zu oben genannten Patientenfürsprechern und unabhängigen Beschwerdestellen sind als weitere Beschwerdeinstanz speziell für psychiatrische Patienten die *Besuchskommissionen* (siehe „Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie“) mit aufgeführt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht der momentanen Gesetzeslage Deutschlands bezüglich Patientenfürsprecher, Beschwerdestellen und Besuchskommissionen.

<b>Gesetzesverankerung im jeweiligen Landeskrankenhaus- bzw. Psychischkranken-Gesetz (LKHG) (PsychKG)</b>					
<b>Bun- des- land</b>	<b>Patienten- fürsprecher (PF)</b>	<b>PF speziell für Psychiatrie</b>	<b>Beschwerde- stelle</b>	<b>Besuchskommission</b>	<b>Psychisch- krankengesetz</b>
<b>BW</b>	NEIN	(JA), nur für die Zentren der Psychiatrie EZPsychG §6	NEIN	NEIN	„Unterbringungs- gesetz Baden- Württemberg“ + „Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie“ (EZPsychG) i.d.F. vom 3. Juli 1995
<b>BY</b>	NEIN	NEIN	NEIN	JA - UnterbrG Art. 21 - mind. alle 2 Jahre	„Unterbringungs- gesetz Bayern“ (UnterbrG)
<b>BE</b>	JA LKHG §26	JA PsychKG §40	NEIN	NEIN	„Psychischkranken- gesetz Berlin“ (PsychKG)
<b>BB</b>	NEIN	JA BbgPsychKG §31	JA LKGBbg §5	JA - BbgPsychKG §32 - mind. 1x / Jahr - i.d.R. unangemeldet	„Brandenburg Psychischkranken- gesetz“ (BbgPsychKG)
<b>HB</b>	NEIN	NEIN	NEIN	JA - PsychKG §36 - mind. 1x / Jahr	„Psychischkranken- gesetz“ (PsychKG)
<b>HH</b>	NEIN	NEIN	JA HmbKHG §6a + zusätzlich „Hamburger Erklärung“ zum patienten- orientierten Umgang mit Beschwerden	JA - heißt hier „Aufsichtskommission“ - HmbPsychKG §23 - mind. 1x / Jahr - i.d.R. unangemeldet	„Hamburgisches Psychischkranken- gesetz“ (HmbPsychKG)
<b>HE</b>	JA Hessisches KHG §7	NEIN	NEIN	NEIN	„Hessisches Freiheitsentziehungs- gesetz“
<b>MV</b>	NEIN	NEIN	NEIN	JA - PsychKG M-V §31 - mind. 1x / Jahr	„Psychischkranken- gesetz Mecklenburg- Vorpommern“ (PsychKG M-V)

<b>NI</b>	Ich konnte <u>kein</u> LKHG erreichen.	NEIN	NEIN	JA NPsychKG §30	„Niedersächsisches Psychischkranken- gesetz“ (NPsychKG)
<b>NW</b>	NEIN	NEIN	JA - KHG NRW §5 - PsychKG §24	JA - PsychKG NRW §23 - mind. 1x / Jahr	„Psychischkranken- gesetz Nordrhein- Westfalen“ (PsychKG NRW)
<b>RP</b>	JA LKG §25	NEIN	NEIN	JA - PsychKG §29 - mind. 1x / Jahr	„Psychischkranken- gesetz Rheinland- Pfalz“ (PsychKG)
<b>SL</b>	JA Saarländisches KHG §8	NEIN	NEIN	NEIN	„Unterbringungs- gesetz Saarland“
<b>SN</b>	NEIN	JA SächsPsych KG §4	JA Sächsisches KHG §24	JA - SächsPsychKG §3 - mind. 1x / Jahr - wenn nötig unangemeldet	„Sächsisches Psychischkranken- gesetz“ (SächsPsychKG)
<b>ST</b>	NEIN	NEIN	NEIN	JA - PsychKG LSA §29 - mind. 1x / Jahr - wenn nötig unangemeldet	„Psychischkranken- gesetz des Landes Sachsen-Anhalt“ (PsychKG LSA)
<b>SH</b>	Es gibt <u>kein</u> Landes- krankenhaus- gesetz.	JA - heißt hier „Anliegen- vertretung“ - PsychKG §26	NEIN	JA - PsychKG §26 - mind. 2x / Jahr im Abstand von weniger als 6 Monaten - wenn nötig unangemeldet	„Psychischkranken- gesetz Schleswig- Holstein“ (PsychKG)
<b>TH</b>	NEIN	JA ThürPsych KG §26	NEIN	JA ThürPsychKG §25	„Thüringer Psychischkranken- gesetz“ (ThürPsychKG)

### 3. ALTERNATIVE ANSÄTZE IN VERSCHIEDENEN GESUNDHEITSSYSTEMEN EUROPAS

Im folgenden Kapitel werden drei europäische Länder vorgestellt, die auf unterschiedlichen Systemen der Gesundheitspolitik, Patientenpartizipation und Patientenperspektive basieren. Nach den vorausgegangenen Erläuterungen zu den deutschen Strukturen soll hier ein möglichst genauer Überblick unter ausgewählten Gesichtspunkten gegeben werden, um unterschiedliche internationale Formen und Bestrebungen im Gesundheitswesen kennenzulernen und um möglicherweise eine vergleichende Beurteilung für Deutschland durchführen zu können. Für die Länder sollen jeweils folgende Aspekte kurz dargestellt werden:

1. ein grober Überblick über die Struktur des *Gesundheitswesens*,
2. eine Darstellung der wichtigsten Strukturen der *Patientenunterstützung im gesundheitspolitischen Kontext* in ihrer geschichtlichen Entwicklung,
3. die Erläuterung des *Beschwerdesystems*;
4. Bestrebungen, die vorgenannten Strukturen im Bereich der *Psychiatrie* umzusetzen.

Die *Niederlande* haben bezüglich Patientenpartizipation, Beschwerdesystem und patientenorientierter Politik meiner Ansicht nach das ausführlichste und am besten konzipierte Gesundheitswesen mit vorbildhaften Einrichtungen und Instanzen. Deshalb werden die Strukturen der Niederlande in dieser Arbeit ausführlich und genau dargestellt, um das Bewusstsein und die Durchführungen einer patientenorientierten Politik auch im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen aufzuzeigen.

### **3.1. DAS GESUNDHEITSWESEN DER NIEDERLANDE**

#### **3.1.1. GESUNDHEITSSYSTEM**

Wie in Deutschland basiert auch das Gesundheitssystem in den Niederlanden auf dem Prinzip der Sozialversicherung. Der Verantwortliche für das Gesundheitssystem ist der Minister für Wohlfahrt, Gesundheit und Sport („Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport“), der alle Entscheidungen bezüglich Preisen, Planung, Leistungsgewährung und Beitragssätzen trifft. Alle haushaltstechnischen Belange müssen zusätzlich vom Parlament verabschiedet werden. Der Minister hat zur Unterstützung seiner Aufgaben einen Beraterstab von Mitgliedern aus dem nationalen Gesundheitsrat, Krankenhausbeirat, der Tarifbehörde zur Festlegung der Gebühren und dem Krankenversicherungsrat. Die gesamte Bevölkerung ist in der Nationalen Pflichtversicherung für besondere Krankheitskosten („Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten“ (AWBZ)) für chronische Erkrankungen und Langzeitpflege pflichtversichert, außerdem sind 60% der Bevölkerung in etwa 40 Krankenkassen gesetzlich krankenversichert. Zusätzlich zu diesen können sich die Bürger Zusatzversichern, was etwa 90% auch tun, beispielsweise für die Abdeckung der Ausgaben für ihre zahnärztliche Versorgung. Da die Beitragsbemessungsgrenze in den Niederlanden sehr niedrig ist, müssen sich 37% der Niederländer zur Deckung der Ausgaben in der Akutversorgung zusätzlich noch privat krankenversichern, es gibt also im Gegensatz zu Deutschland keine grundsätzliche Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Vollkrankenkasse. Das Gesundheitswesen wird zu etwa 70% durch die Krankenkassen, 15% durch private Versicherungsbeiträge, etwa 10% durch Selbstzahlungen (Zuzahlung privater Haushalte, Arbeitgeberanteile) und etwa 5% durch staatliche Zuschüsse und Subventionen finanziert. Die Gesundheitsleistungen werden auf vier Ebenen erbracht:

1. *Grundstufe*: die allgemeine Gesundheitsfürsorge wie Impfschutz, Schulgesundheitspflege, Mütterberatung wird durch die örtlichen Behörden und private Organisationen durchgeführt.
2. *Erste Stufe*: sie umfasst sie haus- und fachärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, Geburtshilfe und die Arzneimittelversorgung.
3. *Zweite Stufe*: sie besteht aus der klinischen und poliklinischen Behandlung der Patienten inklusive aller Fachspezialisierungen, Drogenbekämpfung, Psychotherapie, Pflegeheimen und Einrichtungen für geistig Behinderte und Blinde.
4. *Dritte Stufe*: sie umfasst die Behandlung in Spezialkliniken und Universitätskrankenhäusern.

Die *ambulante Versorgung* erfolgt fast ausschließlich durch den Hausarzt (ein Hausarzt versorgt etwa 23.000 Einwohner), der in den Niederlanden eine starke Gatekeeper-Funktion einnimmt und der bei Bedarf an den Facharzt überweist. Jeder gesetzlich Versicherte muss sich bei einem Hausarzt und einem Apotheker einschreiben, was anschließend bei den Krankenkassen registriert wird. Die Hausärzte treffen sich sechs bis zwölf Mal jährlich in lokalen Qualitätszirkeln um Erfahrungen auszutauschen und sich weiterzubilden. Theoretisch besteht die freie Arztwahl, jedoch muss ein Hausarztwechsel bei der Krankenkasse beantragt werden, was einen der häufigsten Beschwerdegründe in den Niederlanden darstellt. Fachärzte praktizieren nahezu ausschließlich in Krankenhäusern.

Die *stationäre Versorgung* erfolgt durch private, gemeinnützige und selbstverwaltete Krankenhäuser, meist mit ambulanten Abteilungen. Die Krankenhausplanung obliegt aufgrund der dezentralen Struktur den Provinzen. Beraten werden diese durch den Krankenhausausschuss und die Krankenversicherungsvertreter. Die Verweildauer ist wegen der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung auf sehr niedrigem Niveau. [4, 9-12]

### **3.1.2. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM GESUNDHEITSPOLITISCHEN KONTEXT**

#### **PATIENTENPOLITIK**

Seit fast 30 Jahren bemüht sich das Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Sport nachdrücklich und erfolgreich um eine Patientenpolitik, welche die Position der Patienten und Konsumenten in der Gesundheitsfürsorge stärken soll. Die Forderungen nach einer solchen Politik kamen nicht zuletzt von der stärker werdenden Stimme der sich etablierenden Patientenvereinigungen und Interessensgruppierungen, die sich seit Anfang des Jahrhunderts in den Niederlanden um die Belange und Rechte der Patienten bemühten. Die erste schriftliche Fixierung fand in „Patientenpolitik“ 1981 statt, die bisher mehrmaligen Erneuerungen unterlag. [79, 31-43]

Ziel der Gesetze war es, die Patientenposition im Gesundheitswesen zunächst durch Information und Aufklärung zu stärken und später durch Beteiligung und Mitarbeit an Entscheidungsprozessen zu verbessern und Patientenorganisationen mehr Gewicht zu verleihen. [27, 197-203]

Grundlage der niederländischen Politik ist das so genannte Konsens- oder „Poldermodell“, das ein Aushandlungsmodell zwischen unterschiedlichen Interessensgruppen beschreibt,



welches überwiegend auf gesellschaftlichem Konsens beruht. Hierzu ist ein enges Beziehungsgeflecht zwischen Politik, Verbänden und Organisationen im gesundheitspolitischen Bereich notwendig um einen Ausgleich der Bedürfnisse der verschiedenen Interessensgruppen (Leistungserbringer, Krankenkassen und Patienten- und Verbraucherverbände) schaffen zu können. [4, 12-17]

Diese Patientenpolitik besteht im Speziellen aus: [79, 31-43]

1. der deutlichen Formulierung der materiellen und formellen Rechtsposition des Patienten,
2. dem Schutz des Patienten durch ein gut funktionierendes System der Beschwerdebehandlung,
3. der Förderung von Beratungsstrukturen mit Involvierung der Patienten in Verwaltung und Politik im Gesundheitswesen,
4. der Stärkung der Selbsttätigkeit von Patienten durch Stimulieren von Patientenvereinigungen,
5. der Förderung der Mündigkeit von Patienten durch gute Aufklärung und Information.

Ausgeführt wird diese Politik, indem das Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Sport: [79, 31-43]

1. gesetzliche Regelungen entwirft,
2. Projekte über „Fürsorge Untersuchung Niederlande ZON“ („Zork Onderzoek Nederland“) stimuliert,
3. Patientenvereinigungen über die „Stiftung Patientenfonds“ unterstützt,
4. Forschung und Experimente zur „Fürsorge Untersuchung Niederlande ZON“ (Zork Onderzoek Nederland) stimuliert.

Ein konkretes Beispiel der politischen Unterstützung bei der Förderung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen soll an dieser Stelle aufgeführt werden:

In den Neunziger Jahren (1990-1995) unterstützte die Regierung ein sehr umfangreiches Programm des Nationalen Patienten- und Konsumentenverbandes NPCF („Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie“), welches die nachdrücklichen Bestrebungen der Politik unterstützte, das Gesundheitswesen stärker an die Bedürfnisse der Patienten und Bürger anzupassen. Das Programm wurde von einer Koordinierungsgruppe verschiedener Konsumentenorganisationen geleitet und hatte zum Ziel, Messinstrumente zur Bewertung von

Qualität aus Patientenperspektive zu entwickeln, um einen Vergleich zwischen den einzelnen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen im Hinblick auf Patientenfreundlichkeit und -orientierung zu gewährleisten. Hierzu wurden 27 Forschungs- und Entwicklungsprojekte realisiert und daraus, in Zusammenarbeit mit der Niederländischen Krankenhausgesellschaft („Vereeniging van Ziekenhuizen“), des NPCF und der Unternehmensberatung „Bakkenist“, ein eigenes Instrumentarium zur Bewertung von Patientenfreundlichkeit an Krankenhäusern entwickelt. Die Besonderheit hierbei war, dass die Patienten selbst eine Basisliste zusammenstellten, die ihre Zufriedenheit erfassen konnte und sie somit in der Praxis Einrichtungen nach ihren eigenen Normen beurteilen und Verbesserungsvorschläge einbringen konnten. Weiterhin nahmen Vertreter von Patienten- und Verbraucherorganisationen zusammen mit Mitarbeitern der Krankenhausleitung an organisatorischen Zirkeln teil, um gemeinsam über Verbesserungen und Veränderungen im Krankenhaus zu beraten und zu entscheiden. Nach einer Testphase des erarbeiteten Instrumentariums an 50 Kliniken hat sich dieses als zu aufwendig erwiesen, und so wurde es durch ein neues von der Universität Maastricht entwickeltes abgelöst. Nun wird die Bewertung der Krankenhäuser vom Konsumentenbund und dem „Nederland Instituut Voor Onderzoek Van De Gezondheidszorg (NIVEL)“ durchgeführt. Dieses neue Instrumentarium trägt den Namen „Qualität der medizinischen Versorgung durch die Augen der Patienten (QUOTE)“. Der Patientenfragebogen beruht im Wesentlichen auf den Items des vorigen Systems des NPCF, und der Inhaltsschwerpunkt liegt auf Lebensqualitätsforschung und der Bewertung durch die Erfahrung der Patienten bezüglich Qualität von Angeboten, Kontinuität und Vertrauen der einzelnen Gesundheitseinrichtungen. Die Auswertungen dieser Befragungen werden regelmäßig veröffentlicht. [4, 20-25]

## INFORMATION

Um dem Anspruch des informierten und aufgeklärten Patientenbildes gerecht zu werden und die Transparenz des Gesundheitssystems zu erhöhen, bemüht sich die Politik, neben den Informationen durch die lokalen Informations- und Beschwerdebüros und anderen niederschweligen Instanzen, weitere Informationen in Form von landesübergreifenden Daten zu liefern. Das Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Sport veröffentlicht drei Datenbanken im Internet, in denen es demographische Daten, Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und geographisch geordnete Struktur- und Prozessdaten über Gesundheitseinrichtungen anbietet. Diese Informationen sind sowohl für professionelle Mitarbeiter im Gesundheitswesen wie auch für interessierte Patienten aufbereitet. Außer dem Ministerium bietet auch der *Dachverband der niederländischen Gesundheitswegweiser*

„Gemeentelijke Gezondheidsdiensten“ (GGD-Niederland) schriftliche Informationen und mündliche Beratungen zu Strukturdaten (Adressen von Ärzten, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen etc.) sowie zu Krankheiten und Behandlungen, zum Teil auch pädagogisch aufbereitete Materialien für Unterrichtszwecke an. Dies erfolgt in den mehr als 20 staatlichen, unterschiedlich großen Informationszentren, die in jeder Region leicht aufzufinden sind und aus Landes- und kommunalen Mitteln finanziert werden. [4, 27-29]

#### PATIENTENINFORMATION IM KRANKENHAUS

Der Anspruch auf den informierten Patienten und Transparenz in der Behandlung wird auch im Krankenhaus sehr ernst genommen. Schon bei der Aufnahme erhalten Patienten Informationen über das Krankenhaus, die jeweilige Erkrankung, die möglichen Therapien und die Folgen des Krankenhausaufenthaltes. Um diese Informationsstrukturen zu verdeutlichen, sollen hier exemplarisch für das niederländische System die Erfahrungen des Patientennavigationsteams dargestellt werden, die sie im Dezember 2000 im Krankenhaus in Deventer („Deventer Ziekenhuis“) gemacht haben: [4, 30]

1. Im Informationsbereich am Eingang des Krankenhauses stehen drei fest angestellte Krankenschwestern und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung, die ausschließlich zur Betreuung und Kommunikation mit den Patienten zuständig sind. Sie informieren über das Krankenhaus, die ambulanten Versorgungsstrukturen und regionalen Selbsthilfegruppen, sie helfen und beraten bei Beschwerden und deren Weiterleitung an die zuständigen Stellen und organisieren bei Bedarf den Dolmetscherdienst.
2. In den Informationsbereichen der einzelnen Fachabteilungen stehen Leitlinien in patientengerechter Sprache zur Verfügung, und eine Schwester gibt Auskunft über die Abteilung und organisiert Sprechstundentermine.
3. Jeder Patient erhält eine individuelle Patientenakte („Informatieboek“), die Informationen über seine Krankheit und Therapiemöglichkeiten beinhaltet. Hier können auch private Angaben und Daten eingetragen und gesammelt werden.
4. Für die Kommunikation zwischen den einzelnen Krankenhausbereichen ist eine Managerin zuständig, die dafür Sorge trägt, dass der Patient möglichst ohne Wartezeit durch den Untersuchungs- und Behandlungsprozess gelangen kann indem sie den Verwaltungs-, medizinischen und Pflegebereich miteinander verbindet.

## DIE RECHTE DES PATIENTEN

Die Niederlande verfügen über eine eigene umfangreiche Gesetzgebung für den Patienten. Die Rechte des Patienten sind in unterschiedlichen Gesetzen geregelt, wobei die wichtigsten die drei Folgenden sind: 1. Das *Gesetz über den Behandlungsvertrag* WGBO („Wet Op De Geneeskundige Behandelingsovereenkomst“) von 1995, auch Patientenrechtsgesetz genannt, 2. Das *Gesetz über die Mitbestimmung der Klienten im Gesundheitswesen* WMCZ („Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen“) von 1996, und 3. Das *Gesetz über das Beschwerderecht im Gesundheitswesen* WKCZ („Wet Klachtrecht Clienten Zorgsector“) von 1995. Alle Gesetze gelten für das gesamte Gesundheitswesen, also für Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, medizinische Hilfsberufe und Physiotherapeuten. [4, 12-16]

Das *Gesetz über den Behandlungsvertrag* umfasst fünf Hauptrechte des Patienten: [79, 31-43]

1. *Das Recht auf Notwendigkeit der Zustimmung*, was bedeutet, dass der Patient zur Behandlung oder Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie ausdrücklich seine Zustimmung geben und über alle Fakten informiert sein muss.
2. *Das Recht auf Einsicht*, bei dem der Leistungserbringer ein Dossier des Patienten führen muss mit Notizen über dessen Zustand und Behandlung, welches dieser einsehen, ergänzen und korrigieren lassen kann.
3. *Das Recht auf Privacy*, laut dessen der Patient ausdrücklich seine Zustimmung geben muss, wenn Informationen über ihn eingeholt werden oder an Dritte weitergegeben werden sollen.
4. *Das Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers*, das dem Patienten erlaubt, seinen Leistungserbringer selbst zu wählen und jederzeit zu wechseln.
5. *Das Beschwerderecht*

Aus diesem Gesetz wird auch die Notwendigkeit eines Dolmetschers abgeleitet, der nicht-niederländischen Patienten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird und immer telefonisch erreichbar ist. [4, 12-16]

Im Gesetz über die Mitbestimmung der Klienten im Gesundheitswesen wird die Verpflichtung einer jeden Institution im Gesundheitswesen festgelegt, einen Klientenrat einzurichten, der verbindliche Beratung bezüglich der Patientenbelange durchzuführen hat. [4, 12-16]

## PATIENTENVEREINIGUNGEN IM GESCHICHTLICHEN KONEXT

Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts haben sich in den Niederlanden verschiedene Patienten- und Behindertenvereinigungen gegründet. Sie verstanden sich als Interessensvertreter eines bestimmten Kollektivs an Bürgern (z.B. Menschen mit Diabetes, Hörgeschädigte) und behielten nicht nur das kollektive Interesse sondern auch die Anliegen der einzelnen Betroffenen im Auge. In den siebziger- und achtziger Jahren wurde die Vereinslandschaft noch durch die Gründung vieler lokaler allgemeiner Patientengruppen erweitert, die sich mit Themen wie Mündigkeit und Rechtslage von Patienten und behinderten Menschen befassten. Diese Bewegungen wurden vor allem durch die Aktivitäten im psychiatrischen Bereich vorangetrieben und stimuliert. Auch die ersten Einrichtungen und Gesetzesänderungen die durch erfolgreiche Arbeit von Personen aus dem psychiatrischen Spektrum erzielt wurden, hatten Vorbildcharakter für alle anderen medizinischen Bereiche. [79, 31-43]

In der breit gefächerten Landschaft der Patientenorganisationen und -vereinigungen nimmt der Nationale Patienten- und Konsumentenverband „Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie“ eine zentrale Stellung ein. Er ist der größte und bedeutendste Patientenverband in den Niederlanden mit weitreichendem Einfluss auf Politik und Sozialwesen und soll deshalb an dieser Stelle ausführlicher dargestellt werden.

### *Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)*

Nachdem die Stimmen nach mehr Mitspracherecht von Patientenseite im Gesundheitswesen Ende der Achtziger immer lauter wurden, hat sich 1992 der Nationale Patienten- und Konsumentenverband NPCF gegründet, der einen Dachverband über Hunderte von Patienten- und Verbraucherorganisationen darstellt. Durch verständliche Information wollte und will er die Wahlfreiheit der Betroffenen erleichtern und die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten bestimmen, um so die Sichtweisen von Bürgern und Nutzern in das System zu integrieren und implementieren. Er übernimmt auch die Koordination der unterschiedlichen Interessensgruppen. [27, 197-203]

Der NPCF sieht sich als nationales Sprachrohr der betroffenen Bevölkerung mit dem Ziel, die Positionen der Patienten und Konsumenten zu stärken, indem er Einfluss auf Regierung, Politiker auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, professionelle Organe, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Krankenkassen nimmt. [79, 31-43]

Seinen beiden Kernaufgaben – Interessensvertreter und Dienstleister zu sein – wird er wie folgt gerecht: [79, 31-43]

#### *Interessensvertreter*

1. Er entwickelt Standpunkte zu Gesundheit, Krankheit, Organisation, Qualität und Finanzierung von Fürsorge und zu anderen wichtigen Themen.
2. Er tauscht Standpunkte mit Politikern, Versicherern und Berufsverbänden aus.
3. Er kommentiert neue Gesetze und Regeln.
4. Er ist in vielen Beratungsorganen vertreten.

#### *Dienstleister*

1. Er berät, schult und unterstützt Patientenvereinigungen.
2. Er organisiert Veranstaltungen zu Aktivitäten rund um Patienten-/Konsumenteninformation.
3. Er veröffentlicht diverse Periodika.
4. Er berät bei Aktivitäten und organisatorischen Aufgaben der Vereinigungen.
5. Er stellt für Patienten/Konsumenten umfassende Informationsfunktion dar.

In den letzten 5 Jahren erstreckte sich der Schwerpunkt des politischen Aufgabenfeldes des NPCF vor allem auf die Themenbereiche der Gesundheitsreform, im Speziellen Akteneinsicht, Versorgungsqualität und Transparenz des Gesundheitssystems und die Position der Patienten und Verbraucher. [58]

Im Hinblick auf die politische und gesellschaftliche Anerkennung und Akzeptanz der Patientenperspektive im Gesundheitswesen trug die Einrichtung des NPCF reife Früchte, und man hat sich mit Erfolg dafür eingesetzt, dass die Legitimität dieser nationalen Patientenvertretung bei Gesetzgebungsverfahren und gerichtlichen Entscheidungen anerkannt wird. [12, 166-167]

Der Verband vereint 26 überregionale Organisationen und mehr als 26 regionale Patientenplattformen, repräsentiert durch seine Mitglieder insgesamt etwa drei Millionen Bürger und vereinigt etwa 70% aller Patientenorganisationen. Seine Mitglieder entstammen fünf Bereichen: 1. chronisch Kranke und körperlich Behinderte, 2. Menschen mit geistiger Behinderung, 3. Personen mit psychischen Erkrankungen, 4. Nutzern von Heim- und Sozialdienst, und 5. Nutzern von Krankenhaus und Niedergelassenen (Hausärzten,

Zahnärzten, Physiotherapeuten etc.). Die Zentrale des NPCF befindet sich in Utrecht, wo der Verband 35 Mitarbeiter beschäftigt. 15 davon arbeiten ausschließlich im politischen Bereich. Der Verein arbeitet unabhängig und wird hauptsächlich finanziert durch FUND PGO („Fond für Patienten, behinderte und alte Menschen“), andere Fonds und durch das Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport. Derzeit stehen ihm jährlich etwa 2,5 Millionen Euro zur Verfügung. An den NPCF sind zahlreiche weitere Verbände angeschlossen, die an dieser Stelle nicht weiter genannt werden. [59]

Der zweite große Patienten-Dachverband ist der Rat der chronisch Kranken und Behinderten (CG-Raad = „Chronisch Zieken En Gehandicapten Raad Nederland“), der 120 nationale, provinzielle, regionale und lokale Organisationen von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen vereinigt. [4, 20-25]

### **3.1.3. DAS BESCHWERDESYSTEM**

Die Niederlande legen sehr viel Wert auf ein patientenfreundliches Beschwerdesystem. Laut Länderbericht der Patientennavigation gibt es europaweit kein anderes Land, das eine solche Fülle von Organisationen und Projekten vorweisen kann, die es Patienten erleichtern sollen, ihre Unzufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung zu äußern. Laut Gesetz über das Beschwerdewesen („Wet Klachtrecht Clienten Zorgsector“) muss jede Einrichtung des Gesundheitswesens jedem Patienten eine Möglichkeit der Beschwerdeführung anbieten. Die Art und Weise wie eine Beschwerde eingereicht werden kann sind per Leistungserbringer und Sektor des Gesundheitsbereichs unterschiedlich. [4, 20-25]

Seit Anfang der Neunziger wird das Beschwerdesystem offiziell noch stärker und systematischer unterstützt und ausgebaut, nämlich durch die Gründung und Arbeit der „SOKG“.

#### *Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG)*

1992 wurde eine Stiftung zur Unterstützung von Beschwerdesystemen im Gesundheitswesen gegründet, die „Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg“ (SOKG), deren Mitgliederorganisationen der Patientenverband (NPCF), die Königlich Medizinische Gesellschaft („Kononklijke Maatschappij Tot Bevordering Der Geneeskunst“), die niederländische Krankenhausvereinigung („Vereniging Van Ziekenhuizen“) und Einrichtungen der ambulanten Pflegedienste sind. Die Hauptaufgabe der Stiftung liegt in der

Unterstützung aller Beschwerdesysteme des niederländischen Gesundheitswesens. So obliegt dieser Stiftung die Ausbildung der Mitarbeiter der verschiedenen Beschwerdeeinrichtungen: Die überwiegend ehrenamtlichen Mitarbeiter der lokalen Informations- und Beschwerdebüros („Informatie En Klachtenbureau Gezondheidszorg“ = IKG) beispielsweise müssen einen 40-stündigen kostenlosen Basiskurs absolvieren. Den Mitarbeitern von Leistungsanbietern wie etwa Krankenhäusern werden zielgruppenorientierte, kostenpflichtige Kurse angeboten. In den Kursen werden die Teilnehmer über die Strukturen der Patientenunterstützung, die verschiedenen Möglichkeiten der Beschwerdebearbeitung und die allgemeinen und speziellen Patientenrechte informiert. Außerdem werden Kommunikationstraining und Übungen in der Analyse von Beschwerden angeboten. Seit 1994 sammelt die SOKG alle eingegangenen Beschwerden in einem Register, auf das Patientenorganisationen und die Beschwerdebeauftragten der Krankenhäuser bei Bedarf zugreifen können, sofern der Patient seine Zustimmung hierfür abgibt. Außerdem ist die SOKG der Anbieter des Nationalen Informationsservices in Form eines landesweiten Telefondienstes („Landelijk Informatiepunt Voor Patënten = LIP) (eine genauere Beschreibung erfolgt in einem späteren Abschnitt dieses Kapitels). [4, 20-25]

## BESCHWERDEINSTANZEN

In der nachfolgenden Tabelle, die ich aufgrund der übersichtlichen Darstellung der angegebenen Quelle entnehme, sind die verschiedenen Beschwerdeorgane der Niederlande in ihren verschiedenen Ebenen in leichter Abwandlung vom Original dargestellt und anschließend genauer erklärt: [44, 53-56]



DAS BESCHWERDESYSTEM IM NIEDERLÄNDISCHEN GESUNDHEITSWESEN						
<b>EBENE III</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg					
	Ombudsman					
<b>EBENE II</b>	Klachtencommissies (=Beschwerdekommision)	Klachtencommissies (=Beschwerdekommision)				
<b>EBENE I</b>	Informatie in Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG) + SOKG	Klachtenfunktionarisse	Patiëntenvertouwensperson (PVP)	Geschillencomissie		Tuchtcolleges
	Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP),  Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (LIP)	(=Beschwerdebeauftragte)  für somatische KH +VKIG	(=Patientenvertouwensperson)  für psychiatrische Abteilungen	Ziekenhuizen		
	ambulant	stationär		außergerichtlich	zivilrechtlich	berufsrechtlich
	Wege für „einfache“ Beschwerden			materielle Entschädigung	Wege zu Sanktionen	

*Ambulanten* Patienten werden so schon auf der ersten Ebene mehrere staatlich unterstützte, jedoch organisatorisch unabhängige Ansprechpartner zur Verfügung gestellt:

1. ein landesweiter *telefonischer Informationsdienst* („Landelijk Informatiepunt voor Patiënten“ = LIP), der von der SOKG angeboten wird und über Beschwerdewege informiert. Etwa 60% der Beschwerden werden dann an die regionalen IKGs weitervermittelt.
2. etwa 32 *Informations- und Beschwerdestellen* („Informatie en Klachtenbureaus Gezondheidszorg“ = IKG), die als Ansprechpartner vor Ort Information, Beratung und

Vermittlung bei Beschwerden leisten und sich als Teil der regionalen Patienten- und Konsumenten Plattformen des NPCF verstehen. Sie erteilen keine medizinischen Auskünfte und stellen keine eigenen Nachforschungen an, sondern vermitteln bei Bedarf medizinische oder juristische Beratung. Ihr Service ist für Patienten kostenlos und wird vom Staat bezuschusst. Die Büros arbeiten überwiegend auf ehrenamtlicher Basis.

3. ebenso viele Büros der *regionalen Patienten- und Konsumenten-Plattformen* (RP/CPs), weitgehend von Patienten und Laien selbst- bzw. mitorganisierte Unterstützungsstellen und zugleich Träger der IKGs.

Den *stationären* Patienten stehen auf der ersten Ebene die *Beschwerdebeauftragten* („Klachtenfunctionarisse“) in den somatischen Krankenhäusern zur Verfügung, die auf einer persönlichen und direkten Ebene Beschwerden entgegennehmen und bearbeiten. In der Psychiatrie heißen diese „*Patiëntenvertrouwenspersoon*“ (PVP) und sind gesetzlich verankert Instanzen. (siehe Abschnitt „Fokus auf den psychiatrischen Bereich“) Das Aufgabenfeld von PVP und Beschwerdebeauftragten ist zwar annähernd dasselbe, jedoch sind die Beschwerdebeauftragten der somatischen Häuser (noch) ein freiwilliges Angebot für den Patienten und Mitarbeiter des Krankenhauses. Die PVPs hingegen stellen verpflichtend eingerichtete Instanzen auf gesetzlich geregelter Grundlage dar, die Angestellte einer Stiftung, und somit gänzlich vom Krankenhaus unabhängig sind. [44, 53-56]

Die Beschwerdebeauftragten konnten sich inzwischen auch ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erkämpfen, indem sie einen eigenen Berufsverband, den „Vereniging Van Klachtenfunctionarissen In Instellingen Voor Gezondheidszorg =VKIG“ gegründet haben. [4, 20-25]

Sollte die Beschwerde des Patienten noch nicht ausreichend durch den Beschwerdebeauftragten des Krankenhauses bearbeitet worden sein, kann dieser sich an die Institutionen der nächst höheren Ebene wenden: Die Beschwerdekommision („Klachtenkommissie“), die verpflichtend in jedem Krankenhaus vorhanden sein muss. Sie besteht aus mindestens drei Mitgliedern, von denen zwei Angehörige des Krankenhauses sein können, der Vorsitzende aber nicht im Gesundheitswesen tätig sein darf. [4, 12-16]

Auf nächst höherer Ebene ist der Ombudsmann und die Inspektion der Gesundheitsfürsorge der nächste Ansprechpartner für die Bearbeitung von Beschwerden sowohl von ambulanten wie auch von stationären Patienten.

Außer den hier genannten Einrichtungen zur Beschwerdeannahme und -bearbeitung haben die einzelnen Instanzen des Gesundheitssystems wie schon oben erwähnt oft noch zusätzliche interne Beauftragte unter unterschiedlicher Bezeichnung wie beispielsweise Patientenservicebüro, Patientenkontaktperson, Beschwerdefunktionär oder Beschwerdemittelsmann. [79, 31-43]

### **3.1.4. FOKUS AUF DEN PSYCHIATRISCHEN BEREICH**

#### **DIE ENTWICKLUNG DER "PATIENTENVERTRAUENSPERSON" (PVP)**

Ähnlich wie in anderen Ländern Europas machten auch in den Niederlanden in den 70er-Jahren kritische Personen darauf aufmerksam, dass die Rechtsstellung psychiatrischer Patienten sehr zu wünschen übrig ließ. Auch Patienten brachten damals ihre Unzufriedenheit und die vorherrschenden Missstände an die Öffentlichkeit, ebenso übten Angehörige, Studenten und Pflegepersonal Druck aus, um Veränderungen und Verbesserungen im damals überwiegend stationär geprägten psychiatrischen Versorgungssystem herbeizuführen. Infolgedessen richteten einige Psychiatrien auf eigene Initiative die Instanz eines Ombudsmannes ein, dessen Aufgabe es war, Patienten in ihrer Suche nach Lösungen von Beschwerden über die psychiatrische Behandlungspraxis zu unterstützen und zu beraten. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsweise, Position und Akzeptanz dieser Ombudsleute entstand die Idee einer einheitlichen Aufgabenstellung und des möglichst flächendeckenden Einsatzes dieser Einrichtung. Eine eigens dafür gegründete Kommission (Vertreter aus psychiatrischen Krankenhäusern, Patientenorganisationen und der Aufsichtsbehörde für seelische Gesundheit) erstellte 1980 in Kooperation mit der niederländischen Regierung und unter der Schirmherrschaft des nationalen Krankenhausrates eine Konzeption, in der vorgeschlagen wurde, in allen psychiatrischen Krankenhäusern der Niederlande eine Patientenvertrauensperson einzustellen, die unabhängig von der Krankenhausleitung agieren können und einen Berater sowie Beschwerdebeförderer für Patienten darstellen sollte. [55, 24-26]

Nach Ablauf einer erfolgreichen Modellphase wurde 1981 die unabhängige Stiftung Patientenvertrauensperson im Gesundheitswesen für geistige Gesundheit („Stichting Patientenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg“ kurz: „Stichting PVP“) gegründet. 1982 nahmen die ersten acht PVPs ihre Arbeit in Psychiatrien auf. Nach der durchwegs positiven Beurteilung in der Auswertung der Studie zum Modellprojekt PVP 1986 wurde beschlossen, die PVP als Institution beizubehalten und ihr ein allgemeingültiges Design zu verschaffen. Mit der Einführung des „Gesetzes zur besonderen Aufnahme in

psychiatrische Krankenhäuser“ (BOPZ) („Wet Bijzondere Opneming In Psychiatrische Ziekenhuizen“) am 17.01.1994 wurde die Arbeit von PVPs für alle knapp 70 psychiatrischen Krankenhäuser und knapp 45 psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser gesetzlich geregelt und ihr Einsatz obligatorisch. Seit dem 01.05.2001 ist auch der gesamte ambulante Bereich mit eingeschlossen. Alle psychiatrischen Einrichtungen müssen einen Vertrag mit der Stiftung PVP eingehen und erhalten alljährlich einen Geschäftsbericht. Seit Ende 2006 gibt es mehr als 56 PVPs im psychiatrischen Versorgungsbereich. Aufgrund der Erfolge ihrer Arbeit sind diese jetzt auch im Bereich Arbeit mit Menschen geistiger Behinderung vertreten. [89]

#### FINANZIERUNG DER PVP

Die Stiftung finanziert sich und die PVPs primär über die Tagespflegesätze der psychiatrischen Krankenhäuser (Beschwerden gilt in den Niederlanden also als pflegesatzwürdig), wobei etwa 80% dieses Budgets für Personalkosten aufgewendet wird. Für den Patienten/Klienten ist die Inanspruchnahme einer PVP kostenfrei. [55, 24-26]

#### POLITISCHE AUFGABEN DER STIFTUNG PVP

Die Stiftung PVP steht aktiv mit vielen anderen Gruppierungen der Niederlande in Kontakt, die sich ebenfalls für die Wahrung von Patienteninteressen und –rechten einsetzen, insbesondere mit den örtlichen Patientenräten der Krankenhäuser und regional tätigen Rechtsanwälten, wo sie auch Beratungsfunktion einnimmt. Sie ist am Bereitschaftsdienst für Zwangseinweisungen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes mitbeteiligt. Des Weiteren beschäftigt sich die Stiftung mit neuen Gesetzesvorhaben der niederländischen Psychiatrie und vertritt dabei ihren Standpunkt und entsprechende Eingaben. [55, 24-26]

#### AUS-/WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN UND SUPERVISION DER PVPs

Die PVPs werden durch die Stiftung PVP nach ihrer Bewerbung ausgewählt und erhalten von ihr ihre Aus- und Weiterbildung. Sowohl im regionalen Bereich wie auch in der nationalen Geschäftsstelle in Utrecht gibt es außerdem Unterstützungsangebote für die PVPs durch Einzel- und Gruppengespräche sowie Angebote in Form von externer Supervision. Die Stiftung überwacht die Qualität und Kontinuität der Arbeit der PVPs, koordiniert diese und bildet Ersatz-Personal aus. Um wirklich unabhängig bleiben zu können, sieht die Stiftung vor, dass die PVPs im Turnus von einigen Jahren rotieren und die psychiatrische Einrichtung wechseln. [55, 24-26]

## ARBEIT UND AUFGABEN DER PVP

Patientenvertrauenspersonen sind zum größten Teil Professionelle aus den Bereichen Psychologie, Sozialwissenschaft, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, wobei etwa 20% selbst Psychiatrie-Erfahrene sind. Alle Mitarbeiter haben nach einem systematischen Auswahlverfahren und einer intensiven vierwöchigen Schulung zunächst ein halbes Jahr einen Mentor an ihrer Seite. Diese Mentoren bleiben auch darüber hinaus ihre Ansprechpartner. Die jetzige Probezeit von zwei Monaten soll zukünftig ein Jahr betragen. [55, 24-26]

PVPs sollten Erfahrung im psychiatrischen Klinikbetrieb haben und imstande sein, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, ebenso die Fähigkeit besitzen, Lösungswege für komplexere Anliegen und Probleme psychisch kranker Menschen zu finden. Akademische oder höhere Bildung sind Voraussetzung. PVPs sind an vier Wochentagen in den Kliniken, am fünften Tag treffen sie sich alle 2 Wochen zur gemeinsamen Aussprache. Um Interessensvermischung mit dem Klinikpersonal zu vermeiden rotieren sie nach drei Jahren in eine andere Einrichtung. [40, 26-27]

Die Arbeit der PVPs basiert auf vier Eckpfeilern: [55, 24-26]

1. *Unabhängigkeit*: Die PVP ist nicht der Krankenhausleitung unterstellt und ihr somit keine Rechenschaft schuldig.
2. *Parteilichkeit*: Die PVP ist parteiisch indem sie eindeutig für die Interessen und Wünsche des Psychiatrie-Betroffenen eintritt. Der Klient entscheidet ob, was und in welchem Maße die PVP unternehmen soll.
3. *Unbürokratischer Zugangsweg*: Die Patienten können die PVP besuchen, die PVPs können sich aber auch frei im Krankenhaus bewegen und haben das Recht, jede Station zu jeder Zeit ohne Voranmeldung aufzusuchen und jede Information, die sie für ihre Arbeit benötigen, einzufordern. Mit Erlaubnis des Klienten haben sie auch Akteneinsicht.
4. *Offenheit*: Die PVP muss jede Beschwerde ernst nehmen und dieser nachgehen, sie kann sich dem Patientenanliegen nicht eigenmächtig verweigern. Beschwerden eines Klienten über einen anderen Klienten werden nicht entgegengenommen. Für den Patienten besteht auch die Möglichkeit, sich bei einem unabhängigen Beschwerdeausschuss über eine PVP zu beschweren.

Die Praxis der Beschwerdebearbeitung durch eine PVP ist wie folgt gekennzeichnet: [55, 24-26]

1. *Beratung*: Hauptaufgabe einer PVP besteht in der Lösungssuche von den individuellen Problemen, Beschwerden und Fragen ihres Klienten. Dies kann auch bedeuten, dass der Klient nach einer Beratung selbst mit der Konfliktpartei verhandelt oder die PVP lediglich dabei hilft, eine Fragestellung eindeutig zu formulieren. Klienten können sich jederzeit über die Rechtslage oder zu Behandlungsfragen bei den PVPs informieren.
2. *Beschwerdevermittlung*: Sobald sich die PVP aktiv mit der Frage eines Klienten befasst, wird vom Prozess der Beschwerdevermittlung gesprochen. Im Verlauf der Beschwerdebearbeitung, beispielsweise im Gespräch mit dem Klienten und der Konfliktpartei, tritt die PVP parteiisch für ihren Klienten ein. Manchmal setzen Klienten ihre PVP auch als Treuhänder ein.
3. *Signalisierungsauftrag*: Neben Beratung und Beschwerdevermittlung hat die PVP ebenso den Auftrag, auch ohne Anfrage eines Klienten auf strukturelle und organisatorische Missstände hinzuweisen, sobald Patientenrechte beeinträchtigt sind. Diese Missstände werden dann als „Signal“ an die Krankenhausleitung weitergeleitet, wobei die folgende Bearbeitung nicht mehr in den Aufgabenbereich der PVP fällt sondern in die Verantwortlichkeit der Krankenhausleitung um die Unabhängigkeit der PVP zu wahren. Sollte nach dieser Signalgebung der jeweilige Missstand nicht beseitigt werden, kann sich die PVP an den Staatsanwalt wenden oder einen Klienten bei der Einreichung einer offiziellen Klage unterstützen. PVPs haben nicht die Befugnis, Lösungen zu erzwingen.

Über ihre Arbeit müssen die PVPs der Stiftung einen jährlichen Bericht vorlegen, der an die jeweiligen Gesundheitsleister weitergeleitet wird. [89]

## GESCHÄFTSBERICHTE

Alle Institutionen die mit der Stiftung PVP einen Vertrag vereinbart haben, erhalten einen jährlichen Bericht mit allen Beschwerdeeingängen, der Arbeit der PVPs und Verbesserungsvorschlägen bezüglich der Qualität in den jeweiligen Einrichtungen. Anfragen und Beratungen können außer im direkten Kontakt mit den PVPs auch über ein Helpdesk in Form von Telefondienst erfolgen. Zusammenfassend kann zum aktuellsten Geschäftsbericht, den vom Jahr 2007, gesagt werden, dass die Zahl der Anfragen im Vergleich mit den Jahren zuvor nahezu unverändert geblieben, die Zahl der Beschwerden allerdings leicht

zurückgegangen ist. Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgte meist direkt und konnte so gelöst werden. War dies nicht der Fall, so wurde ein formelles Verfahren eingeleitet. Die Zahl der formell eingeleiteten Beschwerdeverfahren ist erheblich gestiegen. Die aktuellen Zahlen der Jahresberichte und Erfassungen, auch im Vergleich mit den Vorjahren, sind immer aktuell über <http://www.pvp.nl> Stichwort: „jaarverslag“ einzusehen. [88]

Zusätzlich zu den Geschäftsberichten werden in einigen Zeitabständen Kundenbeurteilungen in Form von Forschungsumfragen der Stiftung PVP durchgeführt, die letzte erfolgte 2006 mit Fragebögen der „Forschung Kwadraad“, in welcher mehr als 759 Klienten befragt wurden. [87]

## **3.2. DAS GESUNDHEITSWESEN ENGLANDS**

### **3.2.1. DAS GESUNDHEITSSYSTEM**

Das Gesundheitssystem in Großbritannien hat, wie auch das in Deutschland, eine lange Tradition des wohlfahrtsstaatlichen und ärztlichen Paternalismus. Beide Systeme werden größtenteils öffentlich-solidarisch finanziert, haben einen umfassenden Versorgungsanspruch und sind weitgehend ohne Zuzahlung nutzbar. 1948 wurde der Nationale Gesundheitsdienst („National Health Service“ =NHS) gegründet, dem die vier Gesundheitsministerien für England, das größte der vier („Department of Health“ =DH), Schottland, Wales und Nordirland unterstehen, der also zentral geplant und regional verwaltet wird. Mittlerweile erfolgt die Gesundheitspolitik allerdings dezentral, weswegen ich in den nächsten Abschnitten dieses Kapitels vor allem auf die Strukturen speziell im englischen Gesundheitssystem eingehen werde. Die unmittelbare Verantwortung für die Organisation des NHS liegt bei der Regierung, ebenso wie die Finanzierung, die zum größten Teil durch Steuergelder erfolgt. Die Ausführung auf lokaler Ebene liegt in England bei den „Primary Care Trusts“ (=PCTs) oder „Primary Care Groups“ (=PCGs), denen die Hausärzte, Augenärzte, Zahnärzte und Apotheker unterstehen. Die Leistungserbringung erfolgt in drei Ebenen: [5, 34-35]

1. Die *Basisgesundheitsversorgung* (Primary Care) obliegt weitgehend dem Allgemeinarzt („General Practitioner“ =GP), der, als erste Anlaufstelle, im Bedarfsfall an den Facharzt weiter überweist. Patienten müssen sich bei einem Hausarzt einschreiben.
2. Die *fachärztliche Versorgung* („Secondary Care“) erfolgt nahezu ausschließlich in Krankenhäusern („Trusts“), wobei viele Fachärzte („Consultants“) nebenbei noch eine Privatpraxis betreiben.
3. *Spitzenmedizin* („Tertiary Care“) wird nur in wenigen speziellen Krankenhäusern angeboten.

### **3.2.2. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM GESUNDHEITSPOLITISCHEN KONTEXT**

#### **PATIENTENPOLITIK**

In den letzten Jahren, genauer seit der Zeit des „New Labor“ 1997, bemüht sich England verstärkt um mehr Autonomie innerhalb des NHS, Patientenzentrierung und ein eher partnerschaftliches Modell zwischen Leistungserbringer und Leistungsnehmer im



Gesundheitssystem. Bis in die siebziger Jahre war das Verhältnis des NHS zu Patienten und Bürgern stark vom medizinischen Paternalismus geprägt: Das Angebot der Versorgungsleistung wurde durch Ärzte, Gesundheitsverwaltung und Politik bestimmt und es gab nur wenig Versuche, Vorstellungen, Erfahrungen und Stellungnahmen der Betroffenen in Form von Einrichtungen der Patientenperspektive stärker zu berücksichtigen. [29, 98-104]

Eine wichtige Instanz zur Wahrnehmung der Patienteninteressen stellten die „Community Health Councils“ (=CHCs) dar, die, aus Forderungen von Patientenorganisationen hervorgegangen, 1974 gesetzlich verankert wurden. Ihre Hauptaufgaben bestanden darin, vor Ort den NHS-Service kritisch zu beobachten, Patienten über Möglichkeiten ihrer Behandlung zu informieren und zu beraten, ebenso wie Betroffene bei ihren Anliegen und Beschwerden über medizinische Einrichtungen oder deren Mitarbeiter zu unterstützen. [15]

Sie hatten auch den Auftrag, den „Health Authorities“ (=HA), den Verantwortlichen der primären Gesundheitsversorgung eines kommunalen Gebietes, ihre Vorschläge zur Verbesserung des Gesundheitssystems aus ihrer Erfahrung in der Arbeit mit den Patienten zu unterbreiten. Bei tiefgreifenderen Veränderungen der angebotenen Dienste mussten die CHCs aufgesucht werden und waren somit direktes Bindeglied zwischen den Verbrauchern und NHS auf kommunaler Ebene. In den siebziger Jahren erlebten auch die Selbsthilfeorganisationen einen deutlichen Aufschwung und traten zunehmend als „pressure groups“ auf.

In der neoliberalen Politikära des „Thatcherismus“ (1979-1996) rückte, festgeschrieben in der „Patient's Charter“, der Patient als „individueller Konsument“ und „souveräner Kunde“ in den Mittelpunkt der Gesundheitsreformen. Um Wünsche und Bedürfnisse der Patienten wie auch Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zu erfassen, wurden Marktforschungstechniken und privatwirtschaftliche Konzepte angewendet. Bei der Entwicklung neu strukturierter Gesundheitsdienste wurden Bürger lokaler Gemeinden konsultiert. [29, 98-104]

„New Labor“ (seit 1997) rückt das gesundheitspolitische Interesse verstärkt in Richtung Patientenbeteiligung und -zentrierung. „Empowering“ und „Patient Involvement“ nennt das Department of Health als zentrale Schlüsselbegriffe, und unterstützt die Einflussnahme der Patienten -und Bürgerstimmen, um ihnen eine größere Rolle in der Entwicklung des Gesundheitssystems zuzuweisen und direkter zu fokussieren, was Patienten benötigen. [15]

## INFORMATION

England erweckt den Eindruck, sich um vollständige Datentransparenz im Rahmen seines staatlichen Gesundheitssystems zu bemühen. Mittels zahlreicher Institute und Organisationen

des NHS werden System-, Prozess- und Leistungsdaten gesammelt, generiert und in verständlicher Form aufbereitet (wie etwa durch den „NHS Wide Clearing Service“), um Ärzten und Patienten Informationen liefern zu können, die sie als Entscheidungshilfe bei der Wahl einer Gesundheitseinrichtung nutzen können und um das Vertrauen in den NHS zu erhöhen. Erstaunlicherweise werden diese Daten nur in zweiter Linie als Entscheidungshilfe für Patienten genutzt: Erste Priorität hat offenbar die Wartezeit auf eine fachärztliche Behandlung, die in England aufgrund der Länge ein ernstzunehmendes Problem zu sein scheint. Das „College of Health“ bietet deshalb einen landesweiten Wartezeitenservice auf Grundlage eigenständiger und aufwendiger Recherchen an, der Patienten und auch Hausärzte über die konkreten Wartezeiten auf eine Facharztbehandlung informiert. [5, 51-57]

Im NHS Plan von 2000 schuf die Regierung die Basis für eine umfassende Strukturlandschaft neuer Beteiligungsmöglichkeiten, die sich zum Großteil noch in der praktischen Testphase befinden. Dabei wird vor allem auf Patienteninformation und Patientenberatung/-unterstützung Wert gelegt. Die Möglichkeit des Zugriffs auf qualitätsgesicherte und leicht zugängliche Information wird am deutlichsten in der Einrichtung des „NHS Direkt“: Ein durchgehend verfügbarer, leicht zugänglicher, standardisiert vorgehender Telefonservice, der sowohl allgemein über Krankheit, Beschwerden und Behandlung informiert wie auch im konkreten Fall berät und vermittelt. [5, 51-57]

Wie kaum ein anderes Land in Europa bemüht es sich um national standardisierte Erhebungen von Patientenstellungnahmen und -meinungen, Anleitungsmöglichkeiten zur Selbstorganisation von Selbsthilfegruppen, öffentliche Angebote von Daten aus dem Versorgungsbereich um Vergleichs- und Auswahlmöglichkeiten für den Patienten zu ermöglichen und Unterstützung von Institutionen, die regelmäßig durch Erhebung von Vergleichsstudien die Qualität der Behandlungsleistungen kontrollieren und verbessern sollen. Die Hauptleistung der neuen Politik liegt von allem im Bereich der *Patienteninformation* und Erhebung von Daten von *Patientenerfahrung*. Inwiefern all die Einrichtungen im Sinne von Patientenpartizipation praktikabel und effektiv sein werden, wird sich in den nächsten Jahren noch herausstellen. [29, 98-104]

## PATIENTENBERATUNGS- UND PATIENTENPARTIZIPATIONS-STRUKTUREN

In diesem Abschnitt werden die einzelnen wichtigen Patientenberatungs- und Patientenpartizipationsstrukturen Englands genauer erläutert:

Die schon beschriebenen 1974 eingerichteten *Community Health Councils* (=CHCs) wurden im Dezember 2003 abgeschafft und von der Einrichtung der „*Patient and Public Involvement*

*Forums*“ (=PPI-Forums) abgelöst, die einen ähnlichen Aufgabenbereich innehatten. Da diese jedoch nicht den erwarteten Erfolg brachten, wurden sie 2008 wiederum aufgelöst und durch die „*Lokal Involvement Networks*“ (=LINKs) ersetzt. [15]

#### *Lokal Involvement Networks (LINKs)*

Im „Local Government and Public Involvement in Health Act 2007“ wurde die Einführung der LINKs, die von den jeweiligen kommunalen Local Authorities initiiert und organisiert werden sollen, rechtlich festgesetzt mit dem Ziel, Ende 2008 eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Nach einer Testphase 2007 in neun Gebieten Englands konnte das Department of Health einen Leitfaden bezüglich Aufgabenbereich und Planungshilfen zur Errichtung von LINK-Stellen in den Gemeinden veröffentlichen. Das „NHS Centre for Involvement“ (=NCI) steht für fortlaufende Hilfestellung und Unterstützung dieser Einrichtungen zur Verfügung. Die Teams der LINKs sind aus einzelnen Mitarbeitern und lokalen Vereinigungen in den Gemeinden zusammengestellt, deren Hauptaufgabe darin besteht, die Wünsche, Bedürfnisse und Forderungen der Patienten und Bürger zu ergründen und weiterzuleiten. Außerdem sollen sie die lokale Serviceleistung des NHS, vor allem den reibungslosen und angemessenen Ablauf der Behandlung, kritisch beobachten und ihre Ansichten und Vorschläge an die Zuständigen weitergeben. Sie dürfen die einzelnen Einrichtungen der Trusts jederzeit visitieren, stichprobenartig Serviceleistungen überprüfen und bei Bedarf nach Informationen verlangen. Sie dürfen und sollen Berichte und Empfehlungen an die Trusts schicken und haben ein Recht auf Stellungnahme. Wenn die Notwendigkeit besteht, können die LINKs bestimmte Angelegenheiten an das „Overview and Scrutiny Committee“ (=OSCs) weiterleiten. Dies ist eine Einrichtung vornehmlich aus Lokalpolitikern bestehend, die den Gesundheitsdienst vor Ort prüft und untersucht, vor allem bezüglich Arbeitsweise, Planung und Funktionieren der Dienstleistungen. LINKs müssen einen Jahresbericht bezüglich ihrer Arbeit und den Schlussfolgerungen daraus an das Secretary of State liefern. [16]

#### *Patient Advice and Liaison Services (PALS)*

Eine zweite Einrichtung der Patientenberatung und Interessensvertretung, die seit 2002 gesetzlich verpflichtend jeder NHS Trust und Primary Care Trust einrichten muss, sind die „*Patient Advice and Liaison Services*“ (=PALS): Als Ansprechpartner direkt vor Ort in den Trusts sind sie die erste Anlaufstelle für Patienten und deren Angehörige, wenn sie

Informationen und Beratung über Servicedienstleistungen des Gesundheitssystems oder allgemeine Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten einholen möchten. Wenn es erforderlich ist werden Patienten von den PALS an andere Stellen weitervermittelt. Sie bieten Hilfestellung beim Lösen von Problemen und Anliegen mit den lokalen Gesundheitsdiensteanbietern und unterstützen die Klienten beim Einreichen und Formulieren von Beschwerden, verweisen gegebenenfalls an Organisationen außerhalb des NHS z.B. an die ICAS (Näheres in folgendem Abschnitt dieses Kapitels) und stehen in ihrer Funktion als Interessensvertreter auf Seiten der Patienten. Die Mitarbeiter der PALS, alles Angestellte des NHS, werden aus erfahrener Personal aus den Bereichen Management oder Nursing ausgewählt. Durch die direkte Arbeit mit Betroffenen können sie Missstände und Mängel im lokalen NHS- System aufdecken und diese im Sinne eines Frühwarn-Systems an die Leitungsebene der Trusts weitergeben. Durch dieses Monitoring und Feedback gegenüber der Anbieterseite sollen Verbesserungen erfolgen, um die Qualität des NHS und letztendlich die Zufriedenheit der Konsumenten zu erhöhen. Die PALS arbeiten eng mit anderen Institutionen innerhalb und außerhalb des NHS zusammen, sind untereinander stark vernetzt und bieten so für die Patienten eine umfassende niederschwellige Informations- und Beratungsstruktur. [17]

Eine dritte neue Einrichtung sind die „*Independent Complaints and Advocacy Services*“ (=ICAS), deren Hauptaufgabe aus Information, Beratung und Hilfestellung für Patienten und deren Angehörigen im Beschwerdefall besteht. Sie werden im Abschnitt „Beschwerdesystem“ genauer erläutert.

### **3.2.3. BESCHWERDESYSTEM**

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen Patientenunterstützungsinstanzen sind auch als Anlaufstelle im Beschwerdefall eines Patienten vorgesehen, vor allem für einfache Beschwerden. Für stationäre Patienten sind die PALS erste Kontaktstelle, da diese vor Ort im Trust angesiedelt sind. LINKs oder ICAS sind für den stationären wie ambulanten Bereich zuständig.

#### *Independent Complaints and Advocacy Services (=ICAS)*

Die ICAS werden von unabhängigen Organisationen angeboten, die in keiner Verantwortlichkeit gegenüber dem NHS stehen. Sie werden vom Gesundheitsministerium beauftragt und finanziert, und sind mit ihren Büros innerhalb des Landes an leicht erreichbaren Stellen platziert. Die Mitarbeiter der ICAS, sogenannte „Patient Advocates“,

haben einen ähnlichen Aufgabenbereich wie die deutschen Patientenfürsprecher: dieser besteht vor allem aus Information, Beratung und Hilfestellung für Patienten und deren Angehörigen im Beschwerdefall, besonders bei formellen Beschwerden. Sie bieten Möglichkeit zum vertraulichen Gespräch, erklären Optionen und Durchführung von Beschwerdewegen, geben konkrete Hilfestellung beim Verfassen der Korrespondenzen und bieten Vorbereitungshilfe auf die dem Klienten bevorstehenden Treffen an. Sie agieren im Sinne des Patienten und stellen, wenn erwünscht, Kontakt zu einer dritten Instanz her. ICAS sind vor allem für formelle Beschwerdeanliegen erste Anlaufstelle für Patienten. [83]

Können Probleme nicht auf rein informellem und einfachem Weg gelöst werden, bietet der NHS für formelle Beschwerden ein dreistufiges Konzept an. Nicht bearbeitet werden auf diesem Weg finanzielle Schadensersatzansprüche, Disziplinarverfahren, Beschwerden über private Gesundheitsanbieter, Heim- und Sozialdienst. [81]

Um Betroffene während des Beschwerdeweges zu informieren und zu unterstützen gibt es außer ICAS und den oben genannten Einrichtungen noch weitere Dienste – (z.B. „SOUTH OF ENGLAND ADVOCACY PROJECTS“ (=SEAP) –, die jederzeit für alle Patienten zur Verfügung stehen.

Der formelle Beschwerdeweg des NHS umfasst drei Stufen, wobei die Angelegenheit in die nächst höhere gelangt, wenn trotz Ausschöpfung der jeweiligen Möglichkeiten die Beschwerde noch nicht zufriedenstellend bearbeitet werden konnte. Vor und auf jeder Ebene bieten Institutionen wie ICAS oder öffentliche Internetseiten (z.B. [www.healthcarecommission.org.com](http://www.healthcarecommission.org.com)) Informationen und konkrete Hilfestellung für den Betroffenen bei der Formulierung der Beschwerde an.

## FORMELLER BESCHWERDEWEG

*Stufe 1 – „Local Resolution“:* Die Beschwerde des Betroffenen erreicht direkt die Person, die für den Beschwerdeinhalt verantwortlich ist. Sie sollte innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis erfolgen und auch innerhalb dieser Zeit bearbeitet und gelöst werden. Kontaktpersonen sind meist Practice Manager (im nichtstationären Bereich), Complaints Manager oder Chief Executive of the NHS Trust (im stationären Bereich). Beschwerden können direkt, telefonisch, per E-mail oder schriftlich erfolgen, die erste Stellungnahme muss den Beschwerdeführer innerhalb von 25 Werktagen erreichen. Die Bearbeitung auf dieser Ebene kann eine Ermittlung der Fakten des Beschwerdeinhaltes umfassen, ein Treffen mit einem Zuständigen der Gesundheitseinrichtung oder das Einschalten eines unabhängigen

Schlichters. Im Anschluss daran werden alle Beschwerdeinhalte, Fakten, Erklärungen, gegebenenfalls Entschuldigungen und geplanten Veränderungen in einem „final response letter“ zusammengefasst, den der Betroffene erhält. Konnten die Anliegen bisher nicht zufriedenstellend, inkomplett oder inadäquat gelöst werden, oder handelt es sich um schwerwiegendere Beschwerden über den allgemeinen Standard des Systems wird die nächste Stufe gewechselt.

*Stufe 2 – „Healthcare Commission“:* Diese Kommission ist gänzlich unabhängig vom NHS und der Regierung. Die Beschwerde muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Anlass schriftlich erfolgen. Die Healthcare Commission klärt in einer „initial review“ die Fakten und entscheidet daraufhin das weitere Procedere. Dies kann die Einleitung einer größeren Ermittlung („Full Investigation“) bedeuten oder die Einberufung eines unabhängigen Untersuchungsausschusses („Independent Panel“). Die Healthcare Commission kann, wenn nötig, die Angelegenheit auf die nächst höhere Ebene weiterleiten oder den Fall wieder auf die Local Resolution Ebene zurückzustellen. Sowohl Ermittlungs- wie auch Untersuchungsausschuss prüfen noch einmal genau die Fakten, kontaktieren die betroffenen Personen und führen Gespräch mit beiden Parteien. Über alle Schritte und Ergebnisse wird der Beschwerdeführer ausführlich informiert.

*Stufe 3 – „Health Ombudsman“:* Der Gesundheits-Ombudsman ist ebenfalls eine NHS- und regierungsunabhängige Instanz und bearbeitet Beschwerden, die auf allen bisher genannten Ebenen nicht ausreichend bearbeitet werden konnten und nicht länger als ein Jahr zurückliegen. Auch er kann die Beschwerde wieder auf eine niedrigere Ebene zurückstufen wenn das nach seinem Dafürhalten die bessere Lösungsmöglichkeit darstellt oder kann ebenfalls einen Ermittlungsausschuss einberufen der sich mit dem Fall genauestens auseinanderzusetzen hat. Er leitet alle Fakten und Ergebnisse seiner Nachforschungen an alle beteiligten Parteien und an die Staatsregierung weiter und informiert über sein weiteres Vorgehen. Der Betroffene, sollte er mit dem Ergebnis nicht zufrieden sein, hat das Recht, eine zweite Bearbeitung seines Falles durch den Ombudsman einzufordern. [81]

### **3.2.4. FOKUS AUF DEN PSYCHIATRISCHEN BEREICH**

Den Patienten und deren Angehörigen stehen wie auch denen der somatischen Häuser selbstverständlich alle oben besprochenen Informations-, Beratungs- und Beschwerdeinstanzen zur Verfügung. Zudem gibt es für psychiatrische Patienten noch spezielle Unterstützungsstrukturen: die „Mental Health Advocacy“. In Form von

„Advocates“, ähnlich den deutschen Patientenfürsprechern, stellen diese Anlaufstelle für Informationen, Interessenswahrer, Beschwerdebeförderer und Berater für Patienten dar. Sie sind kein Ersatz für den gesetzlichen Betreuer, medizinischen Therapeuten oder Sozialdienst, schränken also deren Kompetenzen und Aufgabenbereiche nicht ein, sondern sie stellen ein zusätzliches Unterstützungsangebot dar. Mental Health Advocates sind vom Krankenhaus als auch von ambulant Behandelnden, Sozialdienst und Verwaltung unabhängige Instanzen.

Aktuell seit der Gesetzesänderung, die ab dem 1. April dieses Jahres (2009) in Kraft getreten ist, müssen zwei Formen von Mental Health Advocacy unterschieden werden: 1. die „ursprüngliche“ und nicht gesetzlich verankerte und 2. die neue gesetzliche Mental Health Advocacy. In Aufgabenbereich und Funktion gegenüber den Patienten stimmen beide Formen im Großen und Ganzen überein. Deutliche Unterschiede bestehen im obligatorischen Angebot und in den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden beide Formen der Mental Health Advocacy unter Berücksichtigung der gesetzlichen Neuerungen vorgestellt.

#### NICHT GESETZLICHE MENTAL HEALTH ADVOCACY

In vielen Regionen Englands existieren unterschiedliche Organisationen, die vor Ort für psychiatrische Patienten so genannte „Mental Health Advocacy“ kostenfrei anbieten. Diese Advocates stellen ähnlich den Patientenfürsprechern Ansprechpartner, Berater und Interessensvertreter für Patienten dar, unterstützen diese bei Visiten, Gerichtsverhandlungen verwaltungstechnischen Verpflichtungen oder anderen Begebenheiten. Sie werden nur auf Wunsch des Patienten aktiv und im Gegensatz zu den gesetzlich verankerten Mental Health Advocates nicht automatisch eingeschaltet. Neben professionellen Fachkräften arbeiten auch sogenannte „Peer Advocates“, die im Sinne von Psychiatrie-Erfahrenen selbst Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung und Klinikaufenthalten gemacht haben. Die unterschiedlichen Mental Health Advocacy Anbieter bilden ihre Mitarbeiter selbst aus, beziehen in ihre Trainingsprogramme immer auch Psychiatrie-Erfahrene als Berater mit ein und stellen ihren Advocacy-Dienst für Patienten kostenlos zur Verfügung. Sie sind, wie bereits erwähnt, kein Ersatz für den gesetzlichen Betreuer, medizinischen Therapeuten oder Sozialdienst und arbeiten als unabhängige Instanzen. [82]

#### ARBEITSWEISE DER ADVOCATES

Die Advocates führen regelmäßige Besuche in bestimmten psychiatrischen Krankenhäusern durch, können Patienten aber auch auf Wunsch in anderen Einrichtungen wie Betreutes Wohnen oder zu Hause aufsuchen. Sie sind telefonisch oder über Anrufbeantworter immer

über die Zentrale erreichbar. Durch regelmäßige Kontakte lernen sie die Ansichten, Bedürfnisse und Wünsche des Patienten kennen und helfen ihm, diese auch vor Dritten zu vertreten. Sie begleiten die Patienten auch zu Gerichtsterminen, Visiten und Arztgesprächen. Der Advocate nimmt so die Rolle eines Interessens- und Rechtswahrers für den Patienten ein und sorgt auch dafür, dass diesem ausreichend Informationen zur Verfügung stehen, um wichtige Entscheidungen treffen zu können. [84]

## GESETZLICH VERANKERTE MENTAL HEALTH ADVOCACY

### *Independent Mental Health Advocates (=IMHAs)*

Seit dem 1. April 2009 stehen einem bestimmten Patientenpotenzial („Qualifying patients“) IMHAs laut dem Gesetz „The Mental Health Act 1983 (Independent Mental Health Advocates) (England) Regulations 2008“ als zusätzliches Unterstützungsorgan zu. [63] Hierbei handelt es sich in erster Linie um Patienten in gesetzlicher Unterbringung, im Betreuten Wohnen und mit gesetzlichem Betreuer, außerdem solche mit besonderer Therapie – in Form von Psychochirurgie, Hormonimplantationen bezüglich Reduzierung des männlichen Sexualtriebes (130C(3)(a)), oder einer Elektrokonvulsiven Therapie, falls der Patient jünger als 18 Jahre ist (130C(3)(b)). IMHAs sind nicht nur für Patienten im Krankenhaus, sondern auch in anderen Einrichtungen wie etwa im betreuten Wohnen zuständig. Primary Care Trusts müssen, im Fall der Aufnahme dieser Menschen, dafür Sorge tragen, dass ein IMHA zur Verfügung gestellt werden kann. IMHAs stellen vom NHS und anderen staatlichen und sozialen Einrichtungen völlig unabhängige Instanzen dar. Jegliche Arbeit der IMHAs ist für den Patienten kostenfrei. [14]

## KENNZEICHEN UND ARBEITSWEISE DER IMHAs

### *Vorraussetzungen für das Amt*

Personen, die als Advocate arbeiten sollen Erfahrungen im Arbeitsbereich der Psychiatrie und Advokatschaft (im Fürsprecherinne) mitbringen und die Ausbildung und Qualifikation der Advokatschaft erfolgreich absolviert haben.

### *Ausbildung*

Alle Advocates müssen vor oder innerhalb des ersten Arbeitsjahres eine „Advocacy Qualification“ absolvieren, die momentan noch von unterschiedlichen unabhängigen Advocacy-Anbietern durchgeführt wird. An einer „National Advocacy Qualification“ wird



noch gearbeitet. Die Ausbildung ist in verschiedene Module gegliedert mit allgemeinen und speziellen Ausbildungsabschnitten.

#### *Rechtliche Pflichten und Zugeständnisse der IMHAs*

IMHAs haben im Gegensatz zu nicht gesetzlichen MHAs das Recht, Patienten jederzeit auf Station zu besuchen und sich bei Professionellen über die Behandlung zu informieren, aber nur, wenn sie dies innerhalb ihrer gesetzlich festgelegten Funktion als IMHA für einen bestimmten Patienten tun. Auf Zustimmung (und nur dann) des Patienten dürfen sie dessen Krankenakten während des Klinikaufenthaltes, der Nachbehandlung und der lokalen sozialen Betreuung einsehen. Wenn eine Person gesetzlich untergebracht werden soll, muss ein IMHA im Beurteilungsprozess anwesend sein und über die Notwendigkeit dieser Unterbringung mitentscheiden. IMHAs können in Gesprächen mit der Krankenhausleitung, Gerichtssitzungen und anderen Begebenheiten den Patienten als „moralischer“ Interessens- und Rechtswahrer begleiten und unterstützen. Er nimmt aber nicht den Status des gesetzlichen Vertreters ein, darf dementsprechend also nicht die Art von Entscheidungen treffen, welche ein Betreuer vornehmen kann. Die Funktion, Existenz und Notwendigkeit des Betreuers oder der gesetzlichen Vertretung eines Patienten wird durch die Existenz der IMHAs nicht eingeschränkt. [14]

### **3.3. DAS GESUNDHEITSWESEN ÖSTERREICHS**

#### **3.3.1. GESUNDHEITSSYSTEM**

Das österreichische Gesundheitswesen ist wie auch das deutsche ein Sozialversicherungsmodell, das dezentral geregelt ist. Die Durchführung der gesundheitlichen Versorgung wird durch die Verfassung zwischen Bund und den neun Bundesländern aufgeteilt. 99% der Bevölkerung sind in den 24 Krankenkassen versichert, die nicht frei gewählt werden können sondern sich aus dem Beschäftigungsverhältnis der Bürger ergeben. Ein Drittel der Bevölkerung hat eine private Zusatzversicherung. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird etwa zur Hälfte durch die Krankenversicherungsbeiträge gewährleistet, ein Fünftel durch Steuern und mehr als ein Viertel durch private Zuzahlung und Privatversicherungen. Die Primärversorgung erfolgt durch Einzelpraxen frei praktizierender Ärzte, kassengeführte Ambulatorien und die Ambulanzen der Krankenhäuser. Der stationäre Bereich erstreckt sich einerseits auf öffentliche und privat-gemeinnützige Krankenhäuser, die einem Versorgungs- und Aufnahmegebot unterliegen und öffentliche Subventionen erhalten. Andererseits existieren private gewinnorientierte Krankenhäuser, die über die Patientenaufnahmen frei entscheiden können aber nicht öffentlich subventioniert werden. Seit der Gesundheitsreform 1997 wird auch in den österreichischen Krankenhäusern größtenteils nach dem Fallpauschalensystem mit Diagnosenfallgruppen abgerechnet. Vom Gesetzgeber ging die Initiative zur Stärkung der Patienteninteressen vor allem Anfang der 90er Jahre mit der Festlegung und Erweiterung der Patientenrechte aus. [6, 118-119]

#### **3.3.2. PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM GESUNDHEITSPOLITISCHEN KONTEXT**

Die wesentlichen Instanzen für Patienteninformation, -beratung, -partizipation und Beschwerde bilden in Österreich die Patientenanwälte, Selbsthilfegruppen oder Vereine auf lokaler Ebene, sowie verschiedene Internetportale. Die *Selbsthilfebewegung* in Österreich ist größtenteils auf lokale Initiativen beschränkt. Auf Länderebene haben die etwa 600 Gruppen Dachverbände gebildet, nicht jedoch auf Bundesebene. Auf dieser werden sie vom „Fonds Gesundes Österreich“ vertreten. [6, 120-121]

#### **PATIENTENRECHTE**

Österreich war eines der ersten Länder in Europa, in denen es gesetzlich festgeschriebene Patientenrechte gab. Schon 1920 hatte der Patient laut Krankenanstaltsgesetz (KAG) den Anspruch auf Behandlung nach dem medizinischen „state of the art“ und musste seine

Zustimmung zu operativen Eingriffen geben. 1957 wurden weitere sechs Bestimmungen in das KAG aufgenommen, welche die Position des Patienten im Krankenhaus stärken sollten. 1993 wurde auf Bundesebene eine „*Patientencharta*“ verabschiedet, die die gesetzliche Grundlage für die einzelnen Landeskrankenhausbestimmungen darstellt und mit dem Titel „Patientenrechte“ überschrieben wurde. [36] Die hier festgeschriebenen Patientenrechte umfassen unter Anderem das Recht auf 1. Informationen über die dem Patienten zustehenden Rechte, 2. Krankenakteneinsicht, 3. Zustimmungspflicht zur Behandlung, 4. Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken, 5. ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt, 6. seelsorgerische und psychologische Unterstützung wenn erwünscht. [Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) (NR: GP XXII RV 57 AB 98 S. 29. BR: 6815 S. 700.), StF: BGBl. I Nr. 88/2003, Art 12, 14, 16, 17, 19]

Durch diese Zusammenfassung und Notierung sind die Rechte der Patienten leichter zugänglich, besser verständlich geworden und vor allem mehr ins Bewusstsein gerückt, sowohl auf Patientenseite wie auch bei den Leistungserbringer.

## INFORMATION

Die Bemühung um Datentransparenz der einzelnen Gesundheitseinrichtungen ist im Vergleich zu England noch nicht so weit fortgeschritten. Vor allem im Bereich der Leistungs- und Qualitätssicherungsdaten ist noch keinerlei systematische Information für Patienten vorhanden die es ermöglichen würde, die Einrichtung aufgrund von Information über Angebot und Qualität zu wählen. Anfänge und Bemühungen hin zu mehr Patientenorientierung im Sinne von mehr Datentransparenz und vergleichbarer Leistungsqualität im Krankenhaus sind ersichtlich in einigen Krankenhausprojekten, die sich um Qualitätsverbesserung und Erfassung von Leistungsdaten bemühen wie etwa das Pilotprojekt zur „Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus“ (2001 abgeschlossen) oder das „International Quality Indicator Project“, wobei die Ergebnisse noch nicht systematisch, verständlich und öffentlich für Patienten aufbereitet und einsehbar sind. [6, 122-125]

Informationen und Antworten auf ihre Fragen können Patienten in Österreich neben den Patientenanwälten und lokalen Beratungsstellen vor allem aus dem Internet erhalten:

1. Der österreichische Zweig von „*Netdoktor*“ informiert über Krankheiten, Pressemeldungen und Strukturdaten des Gesundheitssystems. [(<http://www.netdoctor.at>) Stand: 23.02.2009]

2. Der Fonds „*Gesundes Österreich*“ bietet allgemeine Informationen zum Thema körperliche und seelische Gesundheit mit Anregungen und zahlreichen Veranstaltungen, weniger allgemeine Information über Krankheiten. [(http://www.gesundesleben.at) Stand: 23.02.2009]
3. Das „*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*“ (=BMSG) bietet in seinem Internetauftritt eine ausführliche Sammlung möglichst aller Adressen und Kurzbeschreibungen von Vereinen, Interessens- und Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Das systematisierte Informationsangebot umfasst Strukturdaten, Pressemitteilungen, Gesetze und aktuelle Projekte ebenso wie Information und Kontaktstellen für Freiwilligenarbeit. [(http://www.bmsg.gv.at) Stand: 23.02.2009]
4. Ein besonders weitreichendes Informationsangebot lieferte bisher das „*Gesundheitsinformationsnetz*“ (=GIN) der Universität Innsbruck mit Informationen über diverse Einrichtungen des Gesundheitssystems, Krankheiten und Therapiemöglichkeiten, psychosoziale Einrichtungen und die jeweils vorhandenen freien Kapazitäten. Diese Seite wird aber leider nicht mehr gewartet und aktualisiert. [(http://www.gin.uibk.ac.at) Stand: 28.02.2009]
5. Eine Gesellschaft, die vor allem Bewertungen und Rankings bestimmter Gesundheitsleistungseinrichtungen anbietet ist das Projekt „*patients-online*“. Durch Veröffentlichung von Erfahrungsberichten von Patienten und deren Bewertung einzelner Einrichtungen mittels eines Fragebogens werden Rankings erstellt, und Tipps, Hinweise und Informationen zu Diagnosen und Behandlungsarten angeboten. In Zukunft soll es von dieser Seite auch eine Version für Deutschland und England geben. [(http://www.patients-online.at) Stand: 25.02.2009]

Zusätzlich zu den oben genannten hat es auch verschiedene Initiativen zur Einrichtung von Patienteninformations- und Beratungszentren gegeben ähnlich den deutschen PatientInnenstellen, diese konnten sich aber bundesweit institutionalisiert nicht durchsetzen. [6, 129-131]

In einigen Städten gibt es jedoch lokale Anlaufstellen zur Patienteninformation und -beratung wie zum Beispiel das „*Gesundheits-Informationszentrum*“ der Salzburger Gebietskrankenkasse: Seit Februar 2000 bietet die Salzburger Gebietskrankenkasse im GIZ Besuchern die Möglichkeit sich kostenlos über die eigene Gesundheit oder über jene eines nahe stehenden Menschen zu informieren. Der Arbeitsbereich erstreckt sich von der Beschreibung einzelner körperlicher und seelischer Krankheitsbilder über verschiedenste Behandlungsmöglichkeiten

bis zu den damit verbundenen psychischen, sozialen, finanziellen und rechtlichen Fragen. Das GIZ organisiert außerdem verschiedene Veranstaltungen pro Jahr zum Thema Gesundheit und Krankheit und steht Patienten und Interessierten bei persönlichen, telefonischen und schriftlichen Anfragen offen. [30]

Die einzige bundesweit institutionalisierte Einrichtung der unabhängigen Patientenunterstützung ist das Amt der „Patientenanwaltschaft“ (siehe nächster Abschnitt dieses Kapitels), das eine wichtige und durchgreifende Institution mit weitreichendem Einfluss auf politischer und sozialer Ebene für die Belange der Patienten darstellt. Da der Patientenanwalt als offizielle Beschwerdeinstanz für Patienten gilt, wird dieser, obwohl er auch zentrale Bedeutung im Bereich „Patientenunterstützung und Partizipation“ trägt, im nächsten Abschnitt „Beschwerdesystem“ genauer erläutert.

### **3.3.3. BESCHWERDESYSTEM**

#### **PATIENTENANWALTSCHAFT**

Die zentrale Instanz für Aufnahme, Hilfestellung und Bearbeitung einer Beschwerde von Patienten und Wahrnehmung der Patienteninteressen im österreichischen Gesundheitssystem ist die *Patientenanwaltschaft*. Sie stellt die einzige bundesweit institutionalisierte Einrichtung der unabhängigen Patientenunterstützung dar und ist ein vollwertiges Ombudsmann-Amt. In einigen Bundesländern wie zum Beispiel in Salzburg oder Tirol wird für diese Institution der Begriff *Patientenvertreter* verwendet, um eine Verwechslung mit dem Patientenanwalt der Psychiatrie zu vermeiden. (siehe „Fokus auf den psychiatrischen Bereich“) Anfang der 90er Jahre entstand das Amt des Patientenanwalts nach dem Vorbild der österreichischen „Volksanwaltschaft“, die schon Mitte der 70er Jahre nach dem schwedischen Modell des Ombudsmannes eingerichtet wurde. Jedes der neun Bundesländer finanziert und verfügt über eine Patientenanwaltschaft, die erste wurde 1990 in Kärnten [65], die letzte 2001 im Burgenland eingerichtet. Rechtliche Grundlage für diese Art der unabhängigen Patientenvertretung ist das Bundeskrankenanstaltgesetz von 1993. Die Umsetzung liegt in der Hand der Länder, weshalb sich die einzelnen Patientenanwaltschaften in Struktur und personeller Besetzung, Aufgabenbeschreibung und Zuständigkeitsbereich geringfügig unterscheiden. Die Patientenanwälte sind professionelle Fachkräfte, erhalten einen guten Verdienst, haben landesabhängig mehrere Mitarbeiter, unter Anderem Juristen und Mediziner, und sind dem Rang nach bei Politikern angesiedelt. Bei der Gesetzesbegutachtung und bei Planungs-vorhaben im Gesundheitswesen besitzen die Anwaltschaften Mitwirkungs-befugnis

und sind in zahlreichen Kommissionen als Mitglieder vertreten, wie etwa in der Gesundheitsreformkommission oder der Ethik- und Gentechnikkommission. Manche Patientenanwälte sind für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen eines Bundeslandes zuständig, also auch für Patienten von Niedergelassene und des Heimbereiches, andere nur für bestimmte Gebiete wie z.B. die Krankenanstalten. In einigen Bundesländern ist die Zusammenarbeit zwischen Patientenanwaltschaft und Krankenhaus vorgeschrieben wie etwa in Salzburg, in anderen beruht diese auf beidseitigem Wohlwollen ohne Gesetzesverpflichtung. Niedergelassene Ärzte sind grundsätzlich nicht zur Zusammenarbeit verpflichtet, sind aber in den meisten Fällen zu dieser gerne bereit. Die Patientenanwälte sind weisungsfrei und können unabhängig agieren. Sie stellen service- und patientenorientierte Einrichtungen dar, die mit dem Personal innerhalb und außerhalb der Institutionen zusammenarbeiten und in beiderparteilichem Interesse außergerichtliche Lösungen suchen. Ihre Wirksamkeit erstreckt sich über den Einzelfall hinaus auf die Gesundheitspolitik, da sie Erfahrungen und Vorschläge einbringen können und damit auch präventive und strukturelle Effekte erzielen. Sie verstehen sich vor allem als Kommunikationsorgan für alle Beteiligten, wobei sie dabei primär im Interesse des Patienten handeln. Schwerpunkt und juristisch wie medizinisch anspruchsvollste Aufgabe der Patientenanwaltschaften liegt in der Prüfung, Vorbereitung und Ausarbeitung von außergerichtlichen Lösungsversuchen im Verdachtsfall des medizinischen Behandlungsfehlers. Das Interesse einer guten Lösung liegt nicht nur beim Geschädigten sondern auch beim Krankenhaus, dem durch die Arbeit der Patientenanwälte meist eine rasche und relativ friedvolle Konfliktlösung ohne Verurteilung und medialer Aufarbeitung garantiert werden kann. Daraus folgt eine hohe Akzeptanz der Lösungsvorschläge und eine gesteigerte Bereitschaft Verhaltens- oder Leistungsstrukturen zu verändern. [2, 148-153]

Folgende Vorgehensweisen sind allen Patientenanwälten (PA) gemein:

1. Bei *Anfragen von Betroffenen*: Der PA informiert und berät selbst oder leitet an die zuständige Stelle weiter.
2. *Beschwerdebearbeitung*: Der PA arbeitet mit dem Patienten sein Anliegen auf, konfrontiert die betroffene Stelle damit und bittet sie um Stellungnahme. Seine Rolle soll vor allem die des Mittlers und Kommunikators sein, der die Sichtweise des Patienten der betroffenen Stelle verdeutlicht und begreiflich macht, um durch einen Bewusstseinsprozess ein Verhalten zu mehr Patientenorientierung zu ermöglichen.

3. Bei *Verdacht auf einen Behandlungsfehler*: Im Falle guter Beweislage leistet der Patientenanwalt die notwendigen Vorarbeiten für den Abschluss von Vergleichen. Das Schadensersatzrecht kommt zur Anwendung und häufig kann die Angelegenheit in direkten Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung geregelt werden.

Wenn im Verdachtsfall eines Behandlungsfehlers keine direkte Lösung gefunden wird, kann die Schiedsstelle angerufen werden, die je nach Bundesland bei den Ärztekammern, der Bundesregierung oder direkt bei der Patientenanwaltschaft angesiedelt ist. Diese erstellt einen Erledigungsvorschlag, der von Krankenhaus und Patient akzeptiert werden kann. Ist dies nicht der Fall, steht dem Patienten noch die Klage vor Gericht offen. Kann das Verschulden dem Behandelnden nicht eindeutig nachgewiesen werden, der Patient aber dennoch zu Schaden kam (sogenannte „Härtefälle“), kann der Entschädigungsfonds eingesetzt werden: dieser wurde auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte eingerichtet und gesetzlich verankert, um dem Betroffenen im außergerichtlichen Verfahren Schadensersatz zu gewährleisten. In diesen Fonds zahlen Kassen und staatliche Einrichtungen gleichermaßen ein. Die Höchstsumme der Auszahlung liegt, abhängig vom Bundesland, momentan etwa bei etwa 21.000 Euro – beispielsweise 21.000 Euro in Niederösterreich, bei besonderen sozialen Umständen bis zu 36.000 Euro [60], dagegen maximal 35.000 Euro in Kärnten [66].

Die Patientenanwälte sind zu einer Erstellung und Veröffentlichung eines Jahresberichtes über die eingegangenen Beschwerden verpflichtet, aus welchem eine krankenhausspezifische Beschwerdestatistik entnommen werden kann. [2, 148-153]

Um die Unterschiede der einzelnen Aufgaben- und Zuständigkeitsbeschreibungen der Bundesländer auszugleichen und koordiniert vorzugehen, haben sich alle Patientenanwälte Österreichs in einer *Arbeitsgemeinschaft* zusammengeschlossen. Ziele der Arbeitsgemeinschaft sind 1. Förderung und Weiterentwicklung der Patientenrechte, 2. Koordination der Patientenanwaltschaften und deren Vorgehensweise, 3. Erfahrungs- und Informationsaustausch, 4. Weiterentwicklung in ihrer Struktur und Rolle als Sprachrohr für Patienten, 5. Beitrag zur Qualitätssicherung durch Auswertung und Weitergabe von Beschwerden, 6. Einheitliche Stellungnahmen zu bundesweit interessanten Themen, 7. Kompetenzerweiterung der Patientenanwaltschaften, 8. Abstimmung der Stellungnahmen bezüglich Gesetzesentwürfe des Bundes. [6, 125-128]

Auch in Österreich gibt es vereinzelt Krankenhäuser, die ihren Patienten als Informations- und Beschwerdeinstanz zusätzlich einen „Patientenombudsmann“ anbieten wie beispielsweise

das „Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien“ oder [45] das Krankenhaus Tamsweg [46].

### 3.3.4. FOKUS AUF DEN PSYCHIATRISCHEN BEREICH

Offizielle und gesetzlich verankerte Anlauf- und Beschwerdestelle ist auch für Patienten der Psychiatrie der Patientenanwalt des jeweiligen Bundeslandes. Zusätzlich steht Patienten in der Psychiatrie laut dem neuen Unterbringungsgesetz von 1991 eine weitere Vertretungsperson zur Verfügung: der *Patientenanwalt der Psychiatrie*.

#### PATIENTENANWALT DER PSYCHIATRIE

**AUFGABENBEREICH:** Hauptaufgabe der Patientenanwaltschaft der Psychiatrie ist die parteiliche Vertretung von untergebrachten Patienten in psychiatrischen Kliniken. Diese Instanz ist laut Gesetz zwar nur für untergebrachte Patienten zuständig, das Angebot der Patientenanwälte erstreckt sich aber inzwischen in gewissem Maße auch auf nicht Untergebrachte, Angehörige und Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses. (siehe unten). Der Patientenanwalt wird – soweit nicht selbst vom Patienten ein Vertreter (Rechtsanwalt oder Notar) berufen wurde – vom Vorsteher des zuständigen Bezirksamtes mit der Aufnahme eines ohne Verlangen untergebrachten Kranken automatisch bestellt. Er ist kraft Gesetzes dessen Vertreter für gerichtliche Verfahren und Rechtswahrer, vor allem gegenüber dem Krankenhaus, wobei weder die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen noch die Vertretungsbefugnis eines sonstigen Vertreters beschränkt werden. Die Büros der Patientenanwaltschaft befinden sich direkt in der Psychiatrie, die Institution Patientenanwaltschaft ist aber vom Krankenhaus unabhängig. Der Patientenanwalt muss den Betroffenen über alle seine Tätigkeiten und wichtigen Angelegenheiten und Maßnahmen informieren, den Wünschen dessen nachkommen, soweit diese zum Wohle des Betroffenen sind. Er unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht. [Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz - UbG) §13ff]

**ARBEITSWEISE:** Sobald die Patientenanwaltschaft nach der Unterbringung eingeschaltet wird, nimmt der Patientenanwalt mit der untergebrachten Person Kontakt auf, bespricht mit ihr die aktuelle Situation und erkundigt sich nach deren Sicht der Dinge. Der Patientenanwalt klärt Anliegen und Vertretungsbedarf gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, informiert den



Patienten über seinen Rechtsstatus und das gerichtliche Unterbringungsverfahren, in dem die Zulässigkeit der Unterbringung überprüft wird. [69]

Zusätzlich zu diesen gesetzlich verpflichtenden Aufgaben bieten die hauptberuflichen und ehrenamtlichen Patientenanwälte kostenlose Beratung und Unterstützung für alle Patienten der Psychiatrie, damit sie Aufenthalt und Therapie aktiv mitgestalten können. Ebenso beraten sie zum Teil auch Personen, die Fragen zum Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung haben, sowie Angehörige von Betroffenen und auch Mitarbeiter von sozialen Institutionen und Krankenhäusern. [94]

ÜBERGEORDETE VERBÄNDE: Alle Patientenanwälte sind Vereinsmitglieder im „Institut für Soziale Dienste“ (Voralberg) oder im „VertretungsNetz-Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung (VSP)“ (alle anderen Bundesländer). 1980 als „Verein für Sachwalterschaft“ (ein Sachwalter entspricht in etwa dem Amt des Betreuers in Deutschland) ins Leben gerufen, umfasst der VSP die Instanzen Sachwalterschaft, Patientenanwälte und Bewohnervertreter (professionelle Interessensvertreter von Personen in Alten- und Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen, Tageszentren und in Krankenanstalten). Er tritt in seinen Tätigkeiten und mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit für die Interessen von psychisch kranken, geistig behinderten und alten Menschen ein und bemüht sich um die Schaffung eines flächendeckenden sozialen Versorgungssystems. Die Tätigkeit der Vereine wird durch das Bundesministerium für Justiz fachlich beaufsichtigt und überwiegend durch dieses finanziert. [95]

#### ANDERE EINRICHTUNGEN DER PATIENTENUNTERSTÜTZUNG IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH

Zusätzlich zu den oben genannten Institutionen gibt es in einigen Bundesländern (z.B. Niederösterreich) in Spitälern direkt vor Ort niederschwellige Ombudspersonen als Anlaufstelle für Patienten, die Beschwerden oder Anliegen vorbringen möchten. [69]

Im psychiatrischen Bereich hat sich, wie auch in vielen anderen Ländern, im Laufe der Zeit eine bunte Landschaft aus Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, Patientenplattformen und Interessensvertretervereinen entwickelt. Einer der wichtigsten übergeordneten Verbände auf diesem Gebiet ist „pro mente austria“, der Dachverband von 19 Mitgliederorganisationen aus allen Bundesländern, der sich auf verschiedene Weise für psychische und soziale Gesundheit in Österreich einsetzt. Grundstein dieser Struktur war der Verein „pro mente Wien“, der 1965 gegründet wurde und sich in Wien seit dieser Zeit für Patienten und Menschen mit

psychischen und sozialen Problemen engagiert. Die Tätigkeiten des Dachverbandes erstrecken sich auf Erfahrungsaustausch, Koordination und gemeinsame Aktivitäten der Mitgliedsorganisationen ebenso wie Kooperationen mit nationalen und internationalen Organisationen aus dem psychosozialen Spektrum. Zudem hat der Dachverband Einfluss auf einschlägige Gesetze und Verordnungen auf Landes- und Bundesebene, erarbeitet in Arbeitskreisen neue Standards zu den Themen Arbeit, Bildung, ehrenamtliche Mitarbeit, Finanzen, Geschäftsführung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung. Pro mente austria bietet Weiterbildungen für Interessenten an, berät die Mitglieder beim Aufbau psychosozialer Einrichtungen, und organisiert gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit in Form von Informationsdarstellung über psychische Erkrankungen und andere Themen im psychiatrischen Themenbereich. [73] Hauptziel des Dachverbandes mit seinen Mitgliederorganisationen ist die Sicherung der Grundrechte psychisch kranker Menschen und die Forderung nach deren gesetzlicher Verankerung, die Entwicklung und der Ausbau psychosozialer Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und die bestmögliche Behandlung und Rehabilitation nach modernem Wissensstand für Psychiatrieerfahrene. [72] Die einzelnen Mitgliederverbände wie zum Beispiel pro mente Wien bieten Menschen mit psychischen und sozialen Problemen sowie deren Angehörigen vor Ort das Angebot der Information, Beratung, Begleitung und persönlicher Betreuung durch ihre hauptberuflichen und vor allem ehrenamtlichen Mitarbeiter an. [74]

## EMPIRISCHER TEIL

Ernst genommene Beschwerdeführung ist ein wichtiger Bestandteil der Teilnahme an der gemeinsamen Gestaltung des Gesundheitswesens. Hierfür ist das Angebot von leicht erreichbaren und allen bekannten Beschwerdeinstanzen notwendig, die Beschwerden aufnehmen, bearbeiten und an die entsprechenden Stellen weiterleiten. Im deutschen Gesundheitswesen ist unter anderem der erforderliche Bekanntheitsgrad problematisch: die meisten Patienten und ebenso die Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen wissen nicht um Angebot und Aufgaben der Beschwerdeinstanzen, die zwar spärlich gesät aber dennoch vorhanden sind. Beschwerdeeinrichtungen sind nur dann sinnvoll, wenn sowohl Patienten als auch Behandelnde ausreichend informiert sind, wo und wie man sich beschweren kann und wie diese Beschwerdeeinrichtungen arbeiten. Meines Erachtens gibt es bisher keine wissenschaftlich erfassten und aufbereiteten Daten über die Arbeit von Patientenbeschwerdeeinrichtungen der ersten Beschwerdeebene in Deutschland. Aus diesem Grund haben wir für unsere Studie zwei dieser wenigen offiziellen Einrichtungen für psychiatrische Patienten ausgewählt und durch unsere Umfrage genauer beleuchtet: die Ombudspersonen oder Patientenfürsprecher der Psychiatrien und unabhängigen Beschwerdestellen. Diese Studie besteht aus der ersten deutschlandweiten Umfrage in allen Psychiatrien, die Tätigkeitsprofile, Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen empirisch erfassen soll. Mit Auswertung und Interpretation der Daten möchten wir aussagekräftige Fakten zu einer differenzierteren Bewusstseinsbildung über die Notwendigkeit anbieten, Verbreitung, Nutzung und Bedingungen von Patientenbeschwerdeeinrichtungen in Deutschland zu optimieren und den Bekanntheitsgrad dieser wichtigen Einrichtungen durch Veröffentlichung der Ergebnisse erhöhen.

### 1. METHODIK

Die Arbeit der Patientenfürsprecher und der Beschwerdestellen wurde mittels einer postalischen Umfrage dokumentiert (November 2006 bis Mai 2007), ergänzt durch eine telefonische Stichprobennacherhebung bei den Patientenfürsprechern.

#### *Fragebogenentwicklung*

Idee und Gegenstand des Fragebogens wurde innerhalb eines multiprofessionellen Teams geschaffen (Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Patientenfürsprecher, Mitarbeiter einer Beschwerdestelle und der Leiterin der „Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen in der

Psychiatrie“). Inhaltlicher Kontext dieser Umfrage war die Förderung und der Ausbau von unabhängigen Anlauf-, Informations- und Beschwerdeinstanzen, im Besonderen für psychiatrische Patienten in Form des Projektes „Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie“, das von „Aktion Mensch“ unterstützt wurde. Im Rahmen dieser Förderung schien auch die wissenschaftliche Erfassung und Auswertung des Tätigkeitsprofils und der Arbeitsbedingungen dieser Einrichtungen sinnvoll. So könnte anhand der gewonnenen Daten ermittelt werden, wo Information- und Beschwerdeeinrichtungen den Bedarf der Patienten schon abdecken, wo und in welcher Weise noch Defizite bestehen und was verbessert werden könnte. Ziel unserer Studie war es, Arbeitsfeld, Arbeitsweise und Rahmenbedingungen von Patientenfürsprechern in deutschen Krankenhäusern zum ersten Mal wissenschaftlich zu erfassen, auszuwerten und zu allgemeinen Informationszwecken in verständlicher Form zu veröffentlichen. Da Patientenfürsprecher fast ausschließlich für stationäre Patienten zuständig sind, haben wir, um den ambulanten Bereich mit einzuschließen, ebenso die unabhängigen Beschwerdestellen mit in unsere Untersuchung aufgenommen. Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen haben ein sehr ähnliches Aufgabenfeld und stellen die einzigen unabhängigen und deutschlandweit etablierten Beschwerdeeinrichtungen der ersten Beschwerdeebene für psychiatrische Patienten dar. Deshalb schien es uns wichtig, beide Instanzen in annähernd gleicher Weise zu erfassen. Zur Befragung der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen wurde jeweils ein spezifischer Fragebogen entwickelt und dabei versucht analoge Fragen einheitlich zu formulieren, um bei der Auswertung Vergleiche in bestimmten Themenbereichen zu ermöglichen. Die fertige Rohfassung der Fragebögen wurde anschließend zum Vortest an drei Patientenfürsprecher beziehungsweise drei Beschwerdestellen verschickt mit der Bitte, notwendige Korrekturen und Verbesserungsvorschläge bezüglich Fragestellung und Inhalt zu ergänzen. Nach Einarbeitung dieser Anmerkungen entstand die endgültige Fragebogenfassung..

#### *Inhalt des Fragebogens:*

Beide Fragebögen sind in zwei Teile gegliedert, einen ersten mit *allgemeinen Fragen* zur Arbeit der Beschwerdeeinrichtung und einen zweiten zu *konkreten Beispielfällen*.

Der *erste Teil* des Fragebogens der Patientenfürsprecher erfasst zunächst Daten zur Person des Fürsprechers wie Alter, Geschlecht, erlernter Beruf und letzte ausgeführte berufliche Tätigkeit. Anschließend wird nach den äußeren Umständen des jeweiligen Patientenfürsprecheramtes gefragt wie etwa nach der genauen Bezeichnung der Tätigkeit, ob der Fürsprecher von jemandem vorgeschlagen wurde, ob schon eine frühere Tätigkeit in der

Klinik bestand, wie lange die Person das Amt des Patientenfürsprechers schon inne hat und ob dieses zeitlich begrenzt ist. Außerdem wird erfragt, für welche medizinischen Abteilungen außer der psychiatrischen der Klinik der Fürsprecher zuständig ist und mit welcher Bettenzahl die Abteilungen in etwa ausgestattet sind.

Der Fragebogen der Beschwerdestellen erfasst zu Anfang äußere Daten wie Alter und Trägerorganisation beziehungsweise übergeordnete Verbände der Beschwerdestelle, ihre Organisations- oder Vereinsform und die zu betreuenden Bereiche. Hier interessiert auch die personelle Zusammensetzung des Beschwerdestellenteams, wer für die Beschwerdebearbeitung zuständig ist und ob noch externe Berater dem Team zur Verfügung stehen.

Beide Fragebögen erfragen, ob eine Bezahlung der Mitarbeiter der Beschwerdeeinrichtung vorgesehen ist, wenn ja, durch wen und wie diese finanziert wird. Ebenso wird auch nach Aus- und Weiterbildungsangeboten der Mitarbeiter gefragt und ob Supervisionen und Begleitungen durch Fachkräfte vorgesehen und durchgeführt werden. Bezüglich der Präsenz und Erreichbarkeit für den Patienten werden Fragen hinsichtlich Räumlichkeiten, Sprechzeiten, und Bekanntmachungen gestellt, ebenso nach alternativen Beschwerdemöglichkeiten für den Patienten. Es interessiert der Dokumentationsmodus der einzelnen Anliegen und Beschwerden hinsichtlich schriftlicher Dokumentation der Beschwerdebearbeitung, erforderlichem Jahresbericht und möglicher Weiterverfolgung des Falles.

Der nächste Fragenblock beider Bögen behandelt die Art und Bearbeitung der jeweiligen Patientenanliegen: die Anzahl der Anfragen pro Monat, welche Personengruppen Kontakt aufnehmen, die Möglichkeit der rein telefonischen Klärung des Falles und der Anteil der primär psychotisch bedingten Anfragen. Schließlich wird nach den drei häufigsten Beschwerdeinhalten gefragt und welche Stellen, die Inhalt oder Beschwerdegrund waren, von der Beschwerdeeinrichtung kontaktiert wurden. Ergänzend werden an dieser Stelle nur die Patientenfürsprecher gefragt, ob sie sich während ihrer Beschwerdebearbeitung noch mit externen Beratern besprochen haben und ob sie sich über die individuelle Beschwerdebearbeitung hinaus für bestimmte Belange im Krankenhausbereich besonders engagiert haben.

Im *zweiten Teil* des Fragebogens werden die Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen gebeten, ihre letzten zwei bearbeiteten (Beschwerde-)Fälle (Beschwerdestellen: drei Fälle) exemplarisch darzustellen.

Zuerst werden Hintergrundinformationen des Beschwerdeführers erfragt wie sein Alter, Geschlecht, ob er Patient oder Angehöriger ist und gegebenenfalls seine Diagnose. Weiter interessieren nun Grund und Inhalt der Beschwerde, und anschließend die Art der Beschwerdebearbeitung durch den Fürsprecher beziehungsweise durch einen Mitarbeiter der Beschwerdestelle. Weiterhin wird erfragt, ob die Beschwerdeeinrichtung die erste Kontaktstelle des Patienten war, welcher Zeitraum zwischen Anlass der Beschwerde und Kontaktaufnahme mit der Einrichtung bestand und wie viele Kontakte insgesamt stattgefunden haben. Anschließend wollten wir wissen ob und wie der Fall zu einem Abschluss kam und ob der Beschwerdeführer den Kontakt während der Fallbearbeitung abgebrochen hat. Abschließend wird erfragt, ob es für den Beschwerdefall alternative Einrichtungen oder Stellen gäbe, an die sich der Patient noch hätte wenden können.

### *Datenerhebung*

#### PATIENTENFÜRSPRECHER:

Unser Ziel war es, eine Vollerhebung aller Patientenfürsprecher zu erreichen, die für den psychiatrischen Bereich in Deutschland zuständig sind. Ende 2006 wurden die Klinikdirektoren aller psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Deutschlands (nach dem Krankenhausregister der Deutschen Krankenhausgesellschaft) angeschrieben mit der Bitte um Auskunft, ob an ihrer Klinik ein Patientenfürsprecher beziehungsweise eine Ombudsperson tätig wäre. War dies der Fall wurde die Klinikleitung gebeten, den mitgesandten Fragebogen direkt an den Patientenfürsprecher weiterzuleiten. Wir baten die Klinikleitung um Rück-Fax eines vorgefertigten Antwortbogens, ob in ihrer Klinik ein Patientenfürsprecher tätig ist oder nicht. Bei fehlenden Antworten der Klinikleitungen wurde so lange telefonisch (über Klinikleitung, Telefonzentrale, Sozialdienst) nachgefragt bis Klarheit über das Vorhandensein eines Patientenfürsprechers bestand. Im positiven Fall wurde diesem der Fragebogen direkt zugesandt.

Erhielten wir von den angeschriebenen Patientenfürsprechern keine Rück-Post in Form von ausgefülltem Fragebogen wurde nach 4 Monaten telefonisch, soweit diese direkt erreichbar waren, erneut um das Ausfüllen und Zusenden des Fragebogens gebeten. War dies nicht der Fall, so haben wir uns erlaubt, den Fragebogen mit einem Erinnerungsschreiben erneut an die Patientenfürsprecher zu schicken, dieses mal direkt an sie adressiert und nicht über das Büro der Klinikleitung.

Patientenfürsprecher, die in Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung beziehungsweise Universitätsklinik tätig waren, wurden immer dann in die Untersuchung eingeschlossen, wenn sie auch für die psychiatrische Abteilung zuständig waren- unabhängig davon, ob aus diesen Abteilungen tatsächlich Beschwerden eingingen.

Nicht mit in die Erhebung aufgenommen wurden zum einen Beschwerdeeinrichtungen, die im Rahmen des krankenhausinternen Qualitätsmanagements eingerichtet und demnach nicht klinikunabhängig waren, zum anderen unabhängige alternative Beschwerdemöglichkeiten, die strukturell oder rechtlich gesehen deutlich von der Institution eines Patientenfürsprechers abzuweichen schienen.( z.B. Familienrat der Hans-Prinshorn-Klinik Hemer)

#### STICHPROBE DER TELEFONISCHEN ERREICHBARKEIT

Neben den Inhalten des Fragebogens wollten wir auch den Weg und die Möglichkeit der Erreichbarkeit von Patientenfürsprechern für einen Patienten nachvollziehen. Dazu wurde von uns eine Stichprobengruppe von Patientenfürsprechern ausgesucht, die bereits auf unseren Fragebogen geantwortet hatten und deren Existenz somit als gesichert galt. Wir wählten, alphabetisch nach der Stadt der psychiatrischen Einrichtung, jeden Dritten, der uns rückgeantwortet hatte.

Wir gingen davon aus, dass sich ein Patient bei Wunsch nach Kontaktaufnahme mit einem Patientenfürsprecher an die Telefon- oder Informationszentrale wenden würde, falls er über die jeweilige Station keine Information erhalten sollte. Deshalb wählten wir als ersten Zugangsweg einen Anruf bei der Telefonzentrale der jeweiligen Klinik und baten dort darum, unseren Anruf zum Patientenfürsprecher durchzustellen. Wenn der Patientenfürsprecher auf diese Weise erreichbar war, wurde ihm für die Teilnahme an der Untersuchung gedankt und noch einige individuelle Fragen bezüglich seines Fürsprecheramtes gestellt. Konnten wir ihn nicht direkt erreichen, wurde auf dem Anrufbeantworter die Bitte um einen Rückruf hinterlassen oder bei der Informationsstelle der Klinik eine Nachricht hinterlegt. Diese telefonische Untersuchung bestand in einem einmaligen Anruf bei der Zentrale mit jeweiliger Weitervermittlung- unabhängig davon, ob der Patientenfürsprecher in diesem Moment Sprechzeiten hatte oder nicht.

**BESCHWERDESTELLEN:**

Anfang 2007 wurden alle Beschwerdestellen angeschrieben, die zu diesem Zeitpunkt von der „Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln ([www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de)) gelistet waren. Wie bei den Patientenfürsprechern strebten wir eine Vollerhebung an. Bei ausbleibender Antwort wurde mindestens einmal schriftlich beziehungsweise telefonisch nachgefragt. Im Fall der Beschwerdestellen unternahmen wir keine telefonische Stichprobenerhebung bezüglich der Erreichbarkeit für den Patienten.

*Statistische Auswertung:*

Neben einer deskriptiven Auswertung der erhobenen Daten wurden t-Tests/Chi<sup>2</sup>-Tests zum Vergleich der beiden Stichproben verwendet.



## 2. ERGEBNISSE

Von den insgesamt 426 angeschriebenen psychiatrischen Kliniken hatten nach den vorliegenden Daten (Antwortschreiben der Klinikleitungen beziehungsweise telefonisches Nachfragen) N=215 (51%) einen Patientenfürsprecher. In 211 psychiatrischen Kliniken (49%) gab es keine Patientenfürsprecher. Sieben Kliniken gaben an, über vergleichbare Einrichtungen (z.B. Beschwerdemanagement) zu verfügen oder verwiesen im Fall von Beschwerden an eine unabhängige Beschwerdestelle. Dabei hatten Häuser mit Patientenfürsprecher eine deutlich höhere Bettenzahl (M=357 Betten) als Häuser ohne Patientenfürsprecher (M=275 Betten;  $t=2,99$ ;  $p=0,003$ ).

Zudem war es auch vom Bundesland abhängig, ob Kliniken Patientenfürsprecher hatten oder nicht ( $\chi^2=89,2$ ;  $p<0,001$ ). So hatten etwa in Niedersachsen nur 5 der befragten 33 Kliniken einen Patientenfürsprecher (15%), wogegen in Hessen 26 von 38 befragten Kliniken einen Patientenfürsprecher hatten (68%).

Von den 215 Kliniken, in denen Patientenfürsprecher eingerichtet waren, sandten uns insgesamt 152 den ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklauf: 71%). Da einige Patientenfürsprecher für mehr als eine Klinik zuständig waren, erhielten wir Informationen von N=137 Personen, von denen 127 die Bezeichnung „Patientenfürsprecher“ führten. Andere Bezeichnungen waren „Ombudsmann“, „Klientenfürsprecher“ oder Ähnliches.

Von den 37 angeschriebenen unabhängigen Beschwerdestellen sandten 23 den ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklauf: 62%). Alle Beschwerdestellen befinden sich in größeren Orten oder Ballungsgebieten.

### PATIENTENFÜRSPRECHER

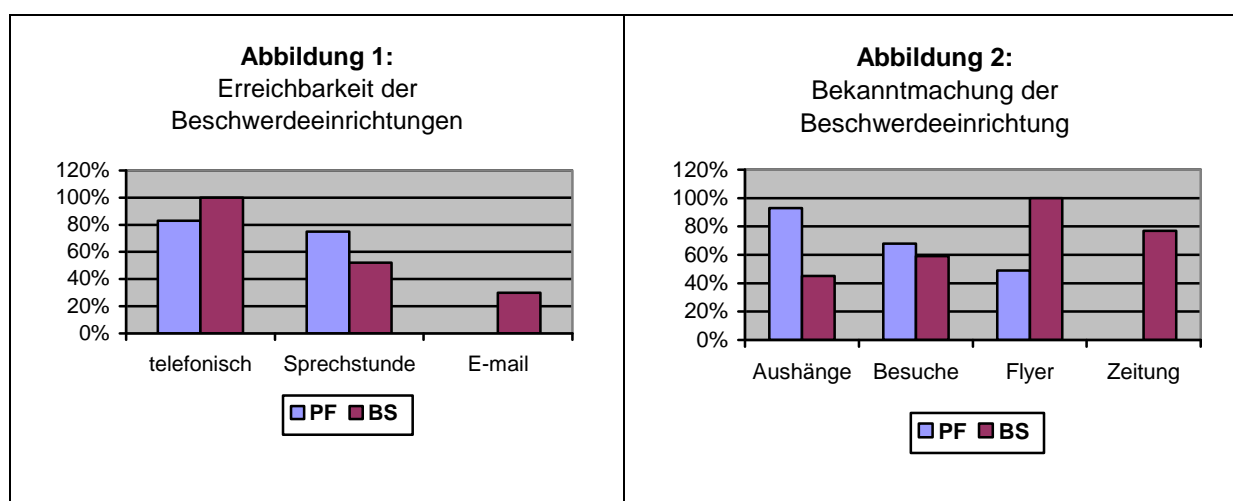
Von den 137 Patientenfürsprechern waren 78 Männer (57%), 59 Frauen (43%). Die Altersspanne reichte von 26 bis 81 Jahren (M = 63,6 Jahre). Der berufliche Hintergrund der Patientenfürsprecher war sehr unterschiedlich (wie etwa Maurer, Opernsänger), jedoch hatten viele Patientenfürsprecher einen medizinischen beziehungsweise sozialen Beruf (Pfleger, Sozialarbeiter) oder Erfahrungen im sonstigen Klinikbereich (Verwaltungsangestellte, Seelsorger). Etwa 30% der Patientenfürsprecher waren an der jeweiligen Klinik früher in anderer Position tätig gewesen. Die Dauer ihrer Tätigkeit als Patientenfürsprecher variierte von 0 bis 33 Jahren (M = 5,7 Jahre), wobei mehr als 50% der Patientenfürsprecher angaben, dass ihre Tätigkeit zeitlich begrenzt sei (z.B. Amtszeit von zwei Jahren). 51% waren in

irgendeiner Weise auf ihre Tätigkeit vorbereitet worden, wobei es sich hierbei sowohl um kurze Unterweisungen in das Amt gehandelt hatte, als aber auch um Fortbildungen, Treffen mit anderen Patientenfürsprechern oder um Supervision.

75% der Patientenfürsprecher gaben an, dass sie eine Aufwandsentschädigung, zumeist auf monatlicher Basis erhielten.

Die meisten Patientenfürsprecher (75%) waren für die Patienten über feste Sprechstunden (zumeist einmal pro Woche) beziehungsweise telefonisch (83%) erreichbar. (*siehe Abbildung 1*) 30% der Befragten gaben an, auch forensische Abteilungen zu betreuen. 25% der Patientenfürsprecher waren darüber hinaus für bestimmte Bereiche außerhalb der Klinik zuständig (z.B. Landkreis, Wohnheim, Rehabilitationseinrichtung).

Die Patientenfürsprecher machten auf vielfältige Weise auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit ihnen aufmerksam. Am häufigsten (90 %) informierten sie Interessierte über ihre Angebote durch Aushänge im Krankenhaus, 68% besuchten die Stationen und 39% legten Flyer aus. (*siehe Abbildung 2*)



Die Patientenfürsprecher erhielten im Durchschnitt  $M=5,6$  Anfragen pro Monat, wobei die Spanne von 0 bis 45 Anfragen pro Monat reichte. Die Anzahl der Anfragen korrelierte mit der Zahl psychiatrischer Betten des Krankenhauses ( $r=0,31$ ;  $p=0,03$ ). In diesem Zusammenhang ist wohl auch zu sehen, dass Patientenfürsprecher, die für ihre Tätigkeit eigene Räumlichkeiten zur Verfügung hatten, mehr Anfragen ( $t=-3,0$ ;  $p=0,003$ ) bearbeiteten, als Patientenfürsprecher ohne eigene Räumlichkeiten. Patientenfürsprecher, die für ihre Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung erhielten bearbeiteten ebenfalls mehr Anfragen ( $t=-4,3$ ;  $p<0,001$ ).

Aus Sicht der Patientenfürsprecher waren nur etwa 18% der Anfragen bzw. Beschwerden primär ein unmittelbarer Ausdruck der psychischen Erkrankung des Patienten (z.B. paranoider Patient beschwert sich, vom Geheimdienst abgehört zu werden).

*Wer wendet sich mit welchen Anliegen an die Patientenfürsprecher?*

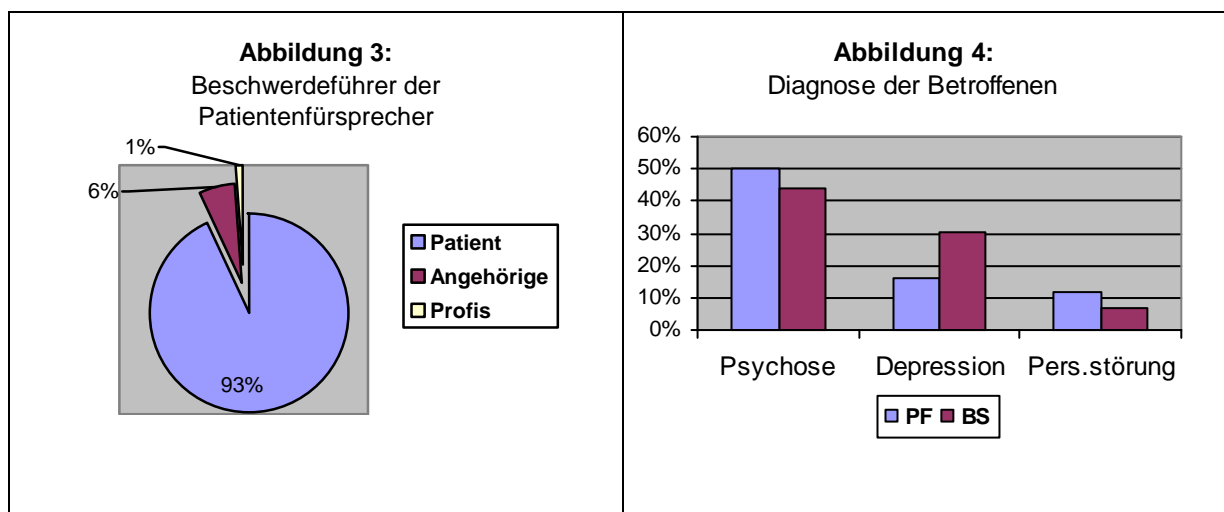
Aus den Antworten der Patientenfürsprecher konnten insgesamt N=225 konkrete Fälle ausgewertet werden. Dabei handelte es sich um die Anliegen von etwas mehr Männern als Frauen (4 fehlende Werte). (*siehe Tabelle 1*)

**Tabelle 1**

Beschwerdeführer	Patientenfürsprecher (N=236 Beschwerden)	Beschwerdestelle (N=60 Beschwerden)
Alter, Mittelwert (SD)	43 Jahre (SD: 13,7)	50 Jahre (SD: 12,7)
Geschlecht (m/w)	123/98	14/46

Die meisten Anfragen kamen von den betroffenen Patienten selbst, weitaus weniger von Angehörigen und von Mitarbeitern der jeweiligen Klinik. (*siehe Abbildung 3*)

Bei 106 Anfragen (47%) gaben die Patientenfürsprecher Daten zur Grunderkrankung des Patienten an. Dabei handelte es sich mit 50% vorwiegend um psychotische Erkrankungen (vor allem Schizophrenien, Manien). 16% kamen von Patienten mit depressiven Erkrankungen oder Angststörungen und je 12% von Patienten mit Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen (9% sonstige Diagnosen). (*siehe Abbildung 4*)



**Table 2** zeigt die häufigsten Inhalte der Beschwerden: 32 Patienten protestierten gegen ihre Unterbringung auf einer geschlossenen Station, 41 Patienten hatten Probleme mit ihrer Therapie (z.B. „Nebenwirkungen unter Medikation“, „zu hohe Dosierung“, „Ablehnung von Depottherapie“), 29 Patienten waren mit Verlegungen, Entlassungen oder Ausgangsregeln nicht einverstanden und 34 beklagten sich über das Verhalten der Krankenhausmitarbeiter (z.B. „Nichtbeachtung der Intimsphäre“, „Mobbing durch das Personal“, „Arroganz des Personals“).

Zusätzlich beklagen sich viele Patienten über organisatorische Mängel im jeweiligen Krankenhaus („schlechtes Essen“, „ausgefallene Therapien“, „schmutzige sanitäre Einrichtungen“ etc.).

**Table 2**

	<b>Patientenfürsprecher</b>	<b>Beschwerdestellen</b>
<b>Beschwerdegründe</b>	Beschwerdethemen der letzten 2 Beschwerdefälle (N=236 Beschwerden)	Beschwerdethemen der letzten 3 Beschwerdefälle (N=66 Beschwerden)
Therapien, Medikation, Diagnose	41 (17%)	8 (12%)
Verhalten des Personals (alle Berufsgruppen) gegenüber den Patienten	34 (14%)	19 (29%)
Unterbringung	32 (14%)	10 (15%)
Entlassung, Verlegung, Ausgang	29 (12%)	2 (3%)
Allgemeiner Gesprächsbedarf, persönliche Nöte	24 (10%)	3 (5%)
Sonstiges	20 (8%)	3 (5%)
Bauliche Mängel, Hygiene auf Station	16 (7%)	
Organisatorisches auf Station, Ausfälle von Therapien, Überbelegung, Hausordnung	15 (6%)	2 (3%)
Gesetzliche Betreuung	9 (4%)	9 (14%)
Verpflegung, Essen	7 (3%)	
Mitpatienten	7 (3%)	
(Versorgungs-)Ämter	2 (1%)	4 (6%)
Wohnheime		6 (9%)

Viele Patientenfürsprecher betonen, dass sich die Patienten nicht nur mit Beschwerden an sie wenden, sondern auch mit persönlichen Nöten (z.B. „Bitte an den Patientenfürsprecher, Geld von der Bank zu holen“, „Angst vor der Zeit nach Entlassung“, „Angst von Einsamkeit“) oder auch nur mit der Suche nach einem Gespräch oder Gesprächspartner.

Die Patientenfürsprecher gaben an, dass im Mittel etwa vier Tage (SD=4,4) zwischen dem Anlass für die Beschwerde und dem ersten Kontakt zum Patientenfürsprecher lägen.

**Tabelle 3** zeigt die Häufigkeiten der unterschiedlichen Bearbeitungsarten von eingegangenen Beschwerden: In den allermeisten Fällen (94 %) erfolgte die erste Kontaktaufnahme über ein Gespräch mit dem Patientenfürsprecher, in fast der Hälfte der Fälle (46%) wurde ein Brief an die Stelle geschickt (ein Telefonat geführt) über die sich der Patient beschwert hatte. In 41% der Fälle wurde ein vermittelndes Gespräch zwischen dem Patienten und der Stelle, über die er sich beschwert hatte, geführt. Die Patientenfürsprecher hatten während einer Beschwerdebearbeitung im Mittel 3,5 Kontakte (SD=3,4) mit dem jeweiligen Patienten.

**Tabelle 3**

<b>Beschwerdebearbeitung</b>	<b>Patientenfürsprecher (N=236 Beschwerden)</b>	<b>Beschwerdestellen (N=60 Beschwerden)</b>
Gespräch mit Beschwerdeführer	211 (94 %)	55 (92 %)
Telefonat mit/Brief an die Stelle über die sich beschwert wurde	103 (46 %)	31 (52 %)
Vermittelndes Gespräch	91 (41 %)	32 (53 %)
Verweis an andere Beratungsstelle	28 (13 %)	5 (8 %)
Anzahl der Kontakte mit einzelnen Klienten	M = 3,5 Kontakte (SD =3,4)	M = 5,4 Kontakte (SD = 4,7)

### *Telefonische Erreichbarkeit der Patientenfürsprecher*

Um zu prüfen, wie gut die Patientenfürsprecher telefonisch für die Patienten erreichbar sind, wurden von uns N=30 Patientenfürsprecher angerufen, die bereits auf unseren Fragebogen geantwortet hatten. Wir wählten als Zugangsweg dabei einen Anruf bei der Telefonzentrale der jeweiligen Klinik und baten dort darum, unseren Anruf zum Patientenfürsprecher durchzustellen. Im Fall, dass der Patientenfürsprecher anwesend war, wurde ihm für die Teilnahme an der Untersuchung gedankt, ansonsten auf dem Anrufbeantworter die Bitte um

einen Rückruf hinterlassen. Diese telefonische Untersuchung bestand in einem einmaligen Anruf bei der Zentrale mit jeweiliger Weitervermittlung, unabhängig davon, ob der Patientenfürsprecher in diesem Moment Sprechzeiten hatte oder nicht. Wir konnten lediglich 43% der tatsächlich existierenden Patientenfürsprecher überhaupt erreichen (*siehe Tabelle 4*), 57 % blieben trotz Begehen des offiziellen Weges der jeweiligen Klinik unerreichbar.

**Tabelle 4**

<b>17 Patientenfürsprecher wurden <u>nicht</u> erreicht.</b>	<b>13 Patientenfürsprecher wurden erreicht.</b>
<p>Weshalb wurden die Patientenfürsprecher nicht erreicht? (Anzahl)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telefonzentrale versicherte, dass es keinen Patientenfürsprecher gäbe (2)</li> <li>2. Versuch der Telefonzentrale, zum Patientenfürsprecher durchzustellen nicht gelungen (2)</li> <li>3. Gespräch durchgestellt, aber weder abgenommen noch Anrufbeantworter (9)</li> <li>4. kein Rückruf (2)</li> <li>5. Sonstiges (2)</li> </ol>	<p>Wie zeitnah wurden die Patientenfürsprecher erreicht? (Anzahl)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gespräch sofort angenommen (4)</li> <li>2. Rückruf am nächsten Tag (5)</li> <li>3. Rückruf 3-10 Tage später (4)</li> </ol>

## BESCHWERDESTELLEN

Die 23 Beschwerdestellen, von denen Antworten vorlagen, bestanden im Mittel seit 5 Jahren (einige waren gerade erst gegründet worden, andere bestanden bereits seit 14 Jahren). 60% der Beschwerdestellen haben eine Trägerorganisation (z.B. Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychiatrie Erfahrene e.V.) und 62% erhalten eine finanzielle Unterstützung ihrer Arbeit zumeist durch ihre Gemeinde, aber auch durch Spenden. Im Gegensatz zu den Patientenfürsprechern betreuen die Beschwerdestellen nicht einzelne Kliniken, sondern verstehen sich als Anlaufstelle für verschiedenste Anliegen von ambulanten wie stationären Patienten ihrer Region. Die Beschwerdestellen sind in der Regel triadisch angelegt. So arbeiten in 77% der befragten Beschwerdestellen Betroffene, in 68% Angehörige und in 75% Mitarbeiter psychiatrischer Dienste (Sozialarbeiter, Ärzte, Bürgerhelfer, Psychologen, Pflegekräfte). Häufig sind noch andere Berufsgruppen (Geistliche, Pädagogen, Rechtsanwälte, Berufsbetreuer) beteiligt. Im Mittel arbeiten in einer Beschwerdestelle acht Personen (von N=1 bis N=19), wobei nicht immer alle auch mit der Bearbeitung der Beschwerden befasst waren. Die meisten der Beschwerdestellen haben noch externe Berater (Ärzte, Rechtsanwälte, gesetzliche Betreuer, Psychologen oder Sozialpädagogen), die sie in speziellen Fällen zu Rate ziehen können.

14 der 23 Beschwerdestellen gaben an, dass ihre Mitarbeiter eine Schulung erhalten hatten.

Für die Belange der Patienten waren alle 23 befragten Beschwerdestellen nach eigenen Angaben telefonisch erreichbar, 12 waren zudem im Rahmen einer festen Sprechstunde kontaktierbar, sieben zusätzlich über E-Mail. (*siehe Abbildung 1*)

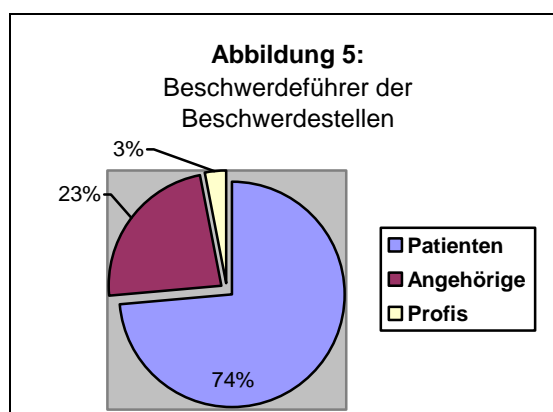
Die Beschwerdestellen erhielten im Mittel  $M=2,8$  Anfragen ( $SD=2,3$ ) pro Monat (deutlich weniger, als die Patientenfürsprecher,  $t=3,4$ ;  $p=0,001$ ), wobei die Spanne von 0 bis 10 Anfragen pro Monat reichte. Aus Sicht der Beschwerdestellenmitarbeiter waren etwa 17% der Anfragen bzw. Beschwerden primär Ausdruck der psychischen Erkrankung des Patienten.

Auf ihre Tätigkeit machen (bei 22 Beschwerdestellen, die hierzu Angaben lieferten) im Gegensatz zu den Patientenfürsprechern alle durch Flyer (100%) auf sich aufmerksam, (*siehe Abbildung 2*), 17 durch Zeitungsartikel (77%), 13 durch Besuche in Kliniken (59%) und 10 durch Aushänge in den Kliniken (45%).

*Wer wendet sich mit welchen Anliegen an die Beschwerdestellen?*

Aufgrund der Angaben der Beschwerdestellen konnten  $N=60$  Beschwerdefälle ausgewertet werden. Dabei handelte es sich im Gegensatz zu den Patientenfürsprechern um weitaus mehr Frauen (77%) als Männer (23%). Das mittlere Alter betrug 50 Jahre ( $SD: 12,7$ ). (*siehe Tabelle 1*)

Auch bei den Beschwerdestellen lag der Hauptanteil der Klienten bei den Patienten selbst (73%), jedoch wandten sich Angehörige von Patienten (23%) offenbar eher an Beschwerdestellen als an Patientenfürsprecher ( $\chi^2=18,0$ ;  $p<0,001$ ). 3% der Beschwerdeführer waren Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen. (*siehe Abbildung 5*)



In 54 Fällen gaben die Beschwerdestellen Daten zur Grunderkrankung der Patienten an. Den größten Anteil machten auch hier psychotische Erkrankungen mit 44% der Fälle aus (vor allem Schizophrenien und Manien). In 30% handelte es sich um depressive Erkrankungen oder Angststörungen, und in je 7 % um Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen (12% Sonstiges). (*siehe Abbildung 4*)

Die Inhalte der Anfragen ähnelten denen der Patientenfürsprecher. So fanden 10 Patienten die Unterbringung auf einer geschlossenen Station ungerechtfertigt, 19 Klienten beklagten das Verhalten von Mitarbeitern psychiatrischer Dienste (z.B. „öffentliche Anzweiflung der Diagnose durch Oberarzt“, „Konflikt mit Leitung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes“), 8 Klienten hatten Beschwerden hinsichtlich Therapien und Diagnosen (z.B. „Gutachtensinhalte“, „fehlende Psychotherapie“).

Deutliche häufiger als bei den Patientenfürsprechern gingen Beschwerden über gesetzliche Betreuer (z.B. „keine Gewährung von Akteneinsicht“, „zu wenig Taschengeld“), Wohnheime (z.B. „unzumutbare Zustände“) oder Schwierigkeiten bei der Genehmigung von Maßnahmen durch Krankenkassen oder Ämter ein. (*siehe Tabelle 2*)

Von Seiten der Beschwerdestellen erfolgte die Beschwerdebearbeitung wie auch bei den Patientenfürsprechern in erster Linie durch ein Gespräch mit dem Klienten (92%) , in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (52%) wurde ein Brief an die Stelle geschickt (bzw. ein Telefonat geführt) über die sich der Klient beschwert hatte beziehungsweise kam es zu einem vermittelnden Gespräch zwischen Klient und besagter Stelle (53%). (*siehe Tabelle 3*) Schließlich wurden 5 Fälle (8%) an eine andere Beratungsstelle weiterverwiesen. Um die Beschwerden der Klienten zu bearbeiten hatten die Mitarbeiter der Beschwerdestellen im Mittel mehr Kontakte ( $M=5,4$ ,  $SD=4,7$ ) mit den jeweiligen Klienten als die Patientenfürsprecher ( $M=3,5$ ;  $SD=3,4$ ;  $t=-2,9$ ;  $p=0,005$ ).



## DISKUSSION

### DISKUSSION DES BESCHWERDESYSTEMS

#### 1. ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIENERGEBNISSE

In der vorliegenden Erhebung zur Arbeit der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen in der Psychiatrie zeigte sich, dass beide Einrichtungen sich mit ähnlichen Patientenanliegen befassen, wobei Beschwerden über das Verhalten des psychiatrischen Personals gegenüber den Patienten, Kommunikationsdefizite sowie Fragen der Angemessenheit von Therapien und Zwangsmaßnahmen den größten Teil der Beschwerden ausmachten. Patientenfürsprecher wurden zusätzlich häufig mit Beschwerden befasst, die krankenhauserne Mängel (z.B. Qualität der Krankenhauskost, Hygienemängel auf Station) betreffen. Die unabhängigen Beschwerdeeinrichtungen bearbeiten häufig auch Beschwerden über gesetzliche Betreuer und Heimangelegenheiten. Das heißt, beide Beschwerdeeinrichtungen bieten den Betroffenen bei der Wahrnehmung/Durchsetzung ihrer Rechte (z.B. bei Zwangsmaßnahmen, Betreuung, Therapien, Ausgangsregeln) Unterstützung, wobei zur Lösung des Problems in der Regel das vermittelnde Gespräch gesucht wird. Die Patientenfürsprecher sind zudem Anlaufstellen für Beschwerden über krankenhauserne Organisationsmängel. Beschwerdeführer sind sowohl bei den Patientenfürsprechern (97%) wie auch bei den Beschwerdestellen (73%) in erster Linie die Patienten selbst, wobei sich deren Angehörige öfter an die Beschwerdestellen (23%) wenden als an die Fürsprecher (6%).

#### 2. STÄRKEN UND LIMITATIONEN DER STUDIE

Eine Stärke der Untersuchung ist der Versuch einer Vollerhebung und der hohe Rücklauf der Befragung. Zudem stellt die Untersuchung den ersten bundesweiten Überblick über die untersuchten Einrichtungen dar.

Eine Limitation der Untersuchung ist die Beschränkung auf die beiden am weitesten verbreiteten Beschwerdemöglichkeiten (Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen), d.h. sie lässt andere in manchen Regionen vorhandene Beschwerdemöglichkeiten außer Acht (z.B. Beschwerdemöglichkeiten in Hamburg im Rahmen der sogenannten „Hamburger Erklärung“). Die Umfrage gibt außerdem nur die Sicht derer, die Beschwerden entgegennehmen und bearbeiten wieder, nicht jedoch die Sichtweise

der Klienten. Dementsprechend können wir keine Aussagen zur Klientenzufriedenheit mit der Bearbeitung ihrer Anliegen machen.

### **3. INTERPRETATION DER BEFUNDE**

Unsere Befunde der Befragung zeigen, dass die untersuchten Einrichtungen die an sie gestellten Anforderungen in wesentlichen Bereichen gut erfüllen konnten. Für Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen treffen folgende positive Aspekte zu:

#### 1. Etablierte Beschwerdeinstanzen

Die Patientenfürsprecher der Krankenhäuser und die unabhängigen Beschwerdestellen sind die einzigen deutschlandweit verbreiteten und in einigen Regionen etablierten unabhängigen Anlauf- und Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten, die auch in nennenswertem Umfang genutzt werden.

#### 2. Unabhängige niederschwellige Einrichtungen

Im Sinne einer Ombudsperson sind die Patientenfürsprecher tatsächlich unabhängig und nehmen eine Mittlerrolle zwischen Patient und Krankenhaus beziehungsweise Gesundheitsdienstleister ein, wobei sie dabei den Patienten parteiisch vertreten und somit als dessen Sprachrohr fungieren können. Missstände leiten sie an die betroffenen Stelle oder die Krankenhausleitung weiter, und zeigen so im Sinne ihrer seismographischen Funktion Mängel und Verbesserungsbedarf auf. Patienten können ihre Anliegen ohne bürokratischen Aufwand persönlich oder telefonisch vorbringen und bleiben während der Bearbeitung mit ein und derselben Person in Kontakt.

#### 3. Zufriedenstellende Beschwerdebearbeitung

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen können die vorgebrachten Beschwerden und Anliegen meist zur Zufriedenheit der Beteiligten bearbeiten, Konfliktsituationen lösen und somit einen Teil zur allgemeinen Qualitätsverbesserung und Zufriedenheit vor allem der Patienten beitragen. Laut Studie fand die Beschwerdebearbeitung während durchschnittlich 4-5 Kontakten in über 90% zuerst durch ein persönliches Gespräch mit dem Beschwerdeführer statt, anschließend folgte in etwa der Hälfte der Fälle ein vermittelndes Gespräch, Telefonat oder brieflicher Kontakt mit der Stelle, die Beschwerdeinhalt war.

#### 4. Hohes Engagement der Mitarbeiter der Beschwerdeeinrichtungen

Sowohl Patientenfürsprecher als auch die Mitarbeiter der Beschwerdestellen scheinen sehr engagierte Personen zu sein, die sich im Rahmen ihres Ehrenamtes um Patienten und deren Probleme bemühen und auch ohne große Unterstützung von außen engagiert und erfolgreich arbeiten. In einigen Regionen und Städten werden die Fürsprecher und Mitarbeiter der Beschwerdestellen aus eigener Veranlassung von professionellen Strukturen unterstützt, supervidiert und fortgebildet.

#### 5. Wachsende gesundheitspolitische Unterstützung

In den letzten Jahren erfreuen sich dank hartnäckiger Lobby-Arbeit unabhängige Beschwerdeinstanzen zunehmender Bekanntheit und Unterstützung, zaghafte aber dennoch auch von gesundheitspolitischer Seite. Das Projekt „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen“ ist auf großes Interesse gestoßen so dass sich nun neue Beschwerdestellen gründen werden. Die Patientenbeauftragte bemüht sich um die Förderung der Einrichtung der Patientenfürsprecher und organisiert die „Berliner Tage der Fürsprecher und Beschwerdebeauftragten“. Dieser beginnende Wandel ist sehr zu begrüßen und wird hoffentlich weiterhin fortschreiten.

Bezüglich der untersuchten Einrichtungen gibt es aber auch Bereiche, in denen noch einige Mängel bestehen und Verbesserungen nötig sind. Dies trifft vor allem für folgende Aspekte zu:

##### 1. Keine flächendeckende Verbreitung

Patientenfürsprecher sind noch keineswegs deutschlandweit flächendeckend vorhanden. Nur etwa 50% aller psychiatrischen Kliniken haben diese Institution eingerichtet, ähnlich verhält es sich vermutlich mit den somatischen Krankenhäusern. Auch Beschwerdestellen existieren in Deutschland noch sehr wenige, was insgesamt bedeutet, dass Patienten, oft gar keine Möglichkeiten haben, sich zu beschweren wenn sie denn wollen.

##### 2. Keine flächendeckende Gesetzesverankerung

Nicht alle Bundesländer empfehlen in ihren Landeskrankenhaus- beziehungsweise Psychischkrankengesetzen die Einrichtung einer unabhängigen Anlauf- oder Beschwerdeinstanz in Form von Patientenfürsprechern oder unabhängiger Beschwerdestellen. Laut Studie korreliert das Vorhandensein eines Patientenfürsprechers auch mit dem Bundesland, also mit der Gesetzesverankerung: In Hessen beispielsweise,

wo der Patientenfürsprechers im Landeskrankenhausgesetz verankert ist, haben 68% der psychiatrischen Kliniken einen Patientenfürsprecher, wohingegen dies in Niedersachsen ohne Gesetzesverankerung nur in 15% der Fälle zutrifft. Nur 10 Bundesländer sprechen sich explizit in ihren Landeskrankenhausgesetzen für die Einrichtung einer Beschwerdeinstanz im Krankenhaus aus. Dies kann die Existenz einer Beschwerdeinstanz zwar nicht garantieren, zumal es sich um eine Empfehlung und keine Verpflichtung handelt, erhöht aber die Motivation, einen Fürsprecher einzurichten.

### 3. Unzufriedenstellende Erreichbarkeit

Selbst wenn ein Patientenfürsprecher im Krankenhaus oder eine Beschwerdestelle existiert ist es nicht immer sichergestellt, dass diese für den Patienten auch erreichbar ist.

Wie unsere Telefonanfrage zeigte, konnten nur 13 von 30 Patientenfürsprechern tatsächlich auf den ersten Versuch hin erreicht, beziehungsweise überhaupt kontaktiert werden. In 57% der Fälle blieb der Kontaktaufnahmeversuch erfolglos, sei es durch Unwissenheit der Zentrale von der Existenz dieser Einrichtung, nicht erfolgte Telefonatdurchstellung, keinen Anrufbeantworter des Patientenfürsprechers oder keinen erfolgten Rückruf.

### 4. Niedriger Bekanntheitsgrad der Beschwerdeeinrichtung im Krankenhaus

Das Amt des Patientenfürsprechers, falls vorhanden, scheint innerhalb des Krankenhauses oftmals nicht bekannt zu sein, sowohl bei den Patienten als auch beim Personal. Obwohl die Patientenfürsprecher auf sich aufmerksam machen wie etwa durch Flyer, Aushänge oder Besuche auf den Stationen, war es beispielsweise während der telefonischen Erhebung zu dieser Studie sehr oft der Fall, dass die Informationszentrale oder auch weitervermittelte „kundigere“ Personen nichts mit dem Begriff Patientenfürsprecher anfangen konnte - in Kliniken, die nachweislich einen Patientenfürsprecher eingerichtet hatten. Außerdem ergab eine Erhebung an Patienten mit der Diagnose Schizophrenie in zwei Münchener Kliniken, dass nur etwa einem Drittel der Patienten die Existenz der Patientenfürsprecher bekannt war (Hamann, unpubliziertes Manuskript). Es entsteht der Eindruck, dass Beschwerden nicht wichtig, erwünscht und vom Krankenhaus nicht unterstützt wird.

### 5. Keine Garantie auf Aus- und Weiterbildung, Supervision oder Begleitung

Für Patientenfürsprecher oder Mitarbeiter einer Beschwerdestelle gibt es keine einheitliche Amtsstruktur. Sie haben mangels Gesetzesverankerung auch kein Recht auf

eine gesicherte professionelle Aus- und Weiterbildung, keine Möglichkeit zur Supervision oder sonstiger unterstützender Begleitung bei auftretenden Problemen oder Belastungen, die durch das Wesen ihrer Arbeit zu erwarten wären. Laut Studie werden nur etwa die Hälfte der Patientenfürsprecher in irgendeiner Weise auf die Ausübung ihres Amtes vorbereitet oder währenddessen begleitet, die Hälfte arbeitet ohne jegliche fachliche organisierte Unterstützung. Beachtet man, dass viele Fürsprecher zudem keine Berufsausbildung genossen haben, die sie auf die Arbeit als Fürsprecher und Vermittler vorbereitet hat, so sind sie in ihrer Arbeit und ihren Belastungen sehr allein gelassen.

#### 6. Keine übergeordneten Interessensvertretungen oder Dachverbände

Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen haben in ihrer Funktion als Beschwerdeeinrichtung bisher keinen übergeordneten Zusammenschluss oder eigenen Dachverband. Dieser wäre notwendig, um arbeitstechnischen Rückhalt, Interessenswahrung und „Lobby“ für seine Mitglieder zu bieten, und um zudem auch auf höherer, gesundheitspolitischer Ebene verstärkt Einfluss zu nehmen.

#### 7. Ehrenamtlicher Status

Alle untersuchten Patientenfürsprecher arbeiten ehrenamtlich. Dies schafft zwar Unabhängigkeit vom Krankenhaus und dessen Mitarbeitern, bringt aber viele Einschränkungen mit sich. Die Arbeitskapazität ist durch die Nichtbezahlung sehr eingegrenzt was eine geringe Präsenz und somit Schwierigkeiten der Erreichbarkeit für die Patienten nach sich zieht. Seltene Präsenz und der Status des Ehrenamtes führen im Krankenhausbetrieb zu geringerer Beachtung und weniger Einflussmöglichkeit als dies bei einer fest integrierten Vollkraft wäre.

#### 8. Insgesamt geringer Stellenwert innerhalb des Krankenhauses

Aus den aufgeführten Punkten muss geschlossen werden, dass den Patientenfürsprechern und Ombudspersonen von der Gesundheitspolitik und den Krankenhäusern in den meisten Fällen ein noch sehr geringer Stellenwert und wenig Bedeutung beigemessen wird.

## 4. BEURTEILUNG DES DEUTSCHEN BESCHWERDESYSTEMS

Das aktuelle Beschwerdesystem in Deutschland soll an dieser Stelle im Fokus auf die Einrichtungen Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen anhand von den fünf Kriterien bewertet werden, die in Großbritannien vom Dachverband der Gesundheitsräte („Association of Community Health Councils for England and Wales“ (ACHCEW)) zur Bewertung der Qualität von Beschwerdesystemen aus Patientensicht aufgestellt wurden:

1. Sichtbarkeit des Beschwerdeweges
2. Leichte Zugänglichkeit des Beschwerdeweges
3. Schnelligkeit der Beschwerdebearbeitung
4. Unparteilichkeit beziehungsweise Unabhängigkeit der Beschwerdebearbeitung
5. Gewünschte Auswirkung der Beschwerde

Für das Gesundheitssystem Deutschlands, in dem im Gegensatz zu England noch fast keine Beschwerdekultur herrscht, reichen diese Kriterien nicht aus. Deshalb werden weitere fünf aufgeführt, die Kranich als zusätzliche Voraussetzungen für ein gutes Beschwerdesystem vorgeschlagen hat [41, 121-132] und welche allesamt in England bereits erfüllt sind:

6. Eindeutige Regelung des Beschwerdesystems
7. Allgemeine Akzeptanz und Bewusstseinsverankerung des Beschwerdesystems bei allen Akteuren
8. Mehrstufigkeit des Beschwerdesystems
9. Professionalität der Beschwerdebearbeitung
10. Transparenz des Beschwerdesystems

*Zu 1.: Sichtbarkeit des Beschwerdeweges:*

Jeder Patient, Angehörige und alle behandelnden Personen sollen wissen, wo und wie man sich beschweren kann.

Dies ist in Deutschland meist nicht gewährleistet: wenn es denn eine Beschwerdeeinrichtung gibt wie etwa einen Patientenfürsprecher an einem Krankenhaus, so wissen, wie unsere Studie gezeigt hat, Patienten wie auch Personal oft nicht einmal von der Existenz und den Aufgaben dieser Beschwerdeeinrichtung. Auch unabhängige Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten sind noch nicht in ausreichendem Maße bekannt, so dass der Patient schon bei der

Frage nach dem „wo kann ich mich beschweren“ scheidet. In Deutschland existiert keine zentrale Stelle, die über Beschwerdemöglichkeiten und Einrichtungen informieren würde.

#### *Zu 2. Leichte Zugänglichkeit des Beschwerdeweges*

Eine Beschwerde anzubringen sollte niederschwellig, unkompliziert und für alle leicht zugänglich sein. Am besten wäre laut englischer Empfehlung ein „one point of access“, also ein einheitlicher Zugangsweg für alle Anbieter im Gesundheitsbereich.

Der Beschwerdeweg der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen ist leicht zugänglich und unbürokratisch, jeder Beschwerdeführer kann telefonisch, persönlich oder teilweise per e-Mail formlos und ohne schriftliche Voranfrage Kontakt aufnehmen. Auch die Patientenbeauftragte ist für jeden Patienten direkt postalisch oder per e-Mail erreichbar, ebenso Unabhängige Patientenberatungsstellen, Verbraucherzentralen und andere Einrichtungen die unter anderem auch Patientenbeschwerden entgegennehmen. Leichte Zugänglichkeit bedeutet aber auch gute Erreichbarkeit der Beschwerdeeinrichtung, was für die Patientenfürsprecher, wie unsere Untersuchung zeigte, nicht immer zutrifft. Der Beschwerdezugangsweg der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen ist relativ aufwendig, es muss ein bis zu fünfseitiger Antrag in schriftlicher Form abgegeben werden, mündliche oder persönliche Beschwerden werden nicht entgegengenommen.

#### *Zu 3. Schnelligkeit der Beschwerdebearbeitung:*

Werden Beschwerden bei Patientenfürsprechern oder Beschwerdestellen vorgebracht, so werden diese gewöhnlich sofort bearbeitet, jedoch sind den Mitarbeitern durch geringe Präsenz und eingeschränkte Arbeitszeiten deutliche Grenzen gesetzt. Über die Bearbeitungszeit von Beschwerden der Patientenbeauftragten liegen keine Daten vor, die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen beanspruchen einen Gesamtbearbeitungszeitraum von 10-12 Monaten, was in Anbetracht der Erstellung von Gutachten ein angemessener Zeitraum ist.

#### *Zu 4. Unparteilichkeit beziehungsweise Unabhängigkeit der Beschwerdebearbeitung*

Wer Beschwerden bearbeitet, sollte nicht zur Organisation des Beschwerdegegners gehören. Patientenfürsprecher wie auch Beschwerdestellen stellen tatsächlich unabhängige Beschwerdeeinrichtungen dar, die Unabhängigkeit garantieren können und ergreifen im Zweifelsfall Parteilichkeit für den Patienten. Ebenso verhält es sich mit den Verbraucherzentralen und der unabhängigen Patientenberatung. Internes Beschwerdemanagement, was von Krankenhäusern oft als Alternative zu Patientenfürsprechern oder ähnlichen Einrichtungen als Argument hervorgebracht wird, erfüllt

nicht die Kriterien der Unabhängigkeit, da es sich um Angestellte und Mitarbeiter des Krankenhauses handelt. Auch wird oftmals die Unabhängigkeit der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen in Frage gestellt, die ausschließlich von den Ärztekammern organisiert sind und nur dann eine Beschwerde bearbeiten, wenn der betroffene Arzt hierzu einwilligt.

#### *Zu 5.: Gewünschte Auswirkung der Beschwerde*

Beschwerdeführung und -bearbeitung macht nur dann Sinn, wenn sie auch die gewünschte Auswirkung erzielen und Veränderungen hervorrufen kann.

Laut Angaben der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen während unserer Umfrage konnte der Großteil der Beschwerden zur Zufriedenheit aller Seiten gelöst werden. Bei niederschweligen Einrichtungen, welche Letztere sind, beschränkt sich aber die Beschwerdebearbeitung in erster Linie auf die unmittelbare Problematik der Patienten und bearbeitet Missstände auf lokaler oder maximaler kommunaler Krankenhausebene. Für grundsätzliche Verbesserung und Veränderung im landes- beziehungsweise bundespolitischen Rahmen sind im Sinne eines mehrstufigen Konzeptes, weitere Strukturen nötig, die schwerwiegendere Beschwerden bearbeiten und Kritik in höhere politische Gremien einbringen können. Solche Instanzen wären beispielsweise Vertreter aus gemeinsamen Zusammenschlüssen und Verbänden der Beschwerdeeinrichtungen oder ein übergeordneter Patientenombudsmann. Diese Strukturen der zweiten oder dritten Beschwerdebene existieren in Deutschland aber noch nicht. Eine Ausnahme bildet die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die aber angesichts des Verbesserungsbedarfes des Beschwerdesystems alleine noch nicht ausreicht.

Den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen wird vorgeworfen, oftmals zu Ungunsten der Beschwerdeführer und parteiisch zu Gunsten der Ärzte zu entscheiden, was jedoch objektiv schwierig zu beurteilen ist.

#### *Zu 6. Eindeutige Regelung des Beschwerdesystems*

Ein gut funktionierendes Beschwerdesystem muss eindeutig geregelt sein, am besten durch gesetzliche Regelungen oder Verordnungen mit klaren Zuständigkeitsbereichen bezüglich der Beschwerdebene und der Beschwerdebearbeitung.

Dies ist im deutschen Gesundheitssystem gegensätzlich zu vielen europäischen Ländern nicht der Fall. Es existiert bundes- oder länderübergreifend keine Verordnung, die die Planung eines organisierten Beschwerdesystems aufgreifen würde - ein Hinweis darauf, welcher geringe Stellenwert dem Phänomen „Beschwerde“ gesamtpolitisch beigemessen wird. Einige



Landes- beziehungsweise Psychischkrankengesetze regeln Beschwerden im medizinischen Schadensfall oder empfehlen die Einrichtung niederschwelliger Beschwerdeinstanzen wie Patientenfürsprecher. Hierbei handelt es sich jedoch um Empfehlungen zur Einrichtung einzelner Instanzen, ohne den Anspruch auf Eingliederung in einen Gesamtkontext und ohne geregelten Arbeitsablauf der Beschwerdebearbeitung. Von einem übergeordneten Konzept, das durchdacht flächendeckend und in allen Bereichen des Gesundheitswesens für Patienten Beschwerdeeinrichtungen vorsieht und die Beschwerdebearbeitung regelt, kann also nicht die Rede sein.

#### *Zu 7. Allgemeine Akzeptanz und Bewusstseinsverankerung des Beschwerdesystems bei allen Akteuren*

Ein gutes Beschwerdesystem setzt voraus, dass es im Bewusstsein aller Akteure verankert und von der großen Mehrheit der Beteiligten akzeptiert wird.

Vorraussetzung hierfür ist zunächst die Einsicht und Akzeptanz, dass Beschwerden an sich notwendig und mit Chancen verbunden sind. Erst dann kann auch ein Beschwerdesystem konzipiert werden, das anschließend akzeptiert werden muss. Dies scheint, wie schon erwähnt, im deutschen Gesundheitssystem noch problematisch zu sein. Beschwerdeinstanzen werden noch zu wenig durch Politik und Medien gefördert und unterstützt mit der Folge, dass sie sich nicht einer ausreichenden Existenz, Bekanntheit und selbstverständlichen Nutzung erfreuen können. Wo schon Beschwerdeeinrichtungen vorhanden sind, sind diese teilweise bei Patienten und vor allem beim Personal völlig unbekannt, was dazu führt, dass sich beschweren immer noch unüblich, unangenehm und inakzeptabel zu sein scheint.

#### *Zu 8. Mehrstufigkeit des Beschwerdesystems*

Ein Beschwerdesystem sollte mehrstufig aufgebaut sein: hinter einem leicht erreichbaren Erst-Ansprechpartner sollte es weitere Instanzen geben, die Beschwerden bearbeiten die auf erster Ebene nicht gelöst werden können.

Da in Deutschland noch kein systematisches Beschwerdekonzert für Patienten existiert, kann es auch keine Mehrstufigkeit geben. Wenn überhaupt vorhanden, sind Beschwerdeinstanzen für unterschiedliche Bereiche eingerichtet: Beispielsweise sind die Patientenfürsprecher für die Probleme der stationären Patienten, die unabhängigen Beschwerdestellen für die der psychiatrischen Patienten zuständig, Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen helfen bei Schadensersatzansprüchen durch Fehlbehandlung weiter, und Krankenkassen bei Beschwerden bezüglich der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Beurteilt man das Gesundheitswesen also nach Aspekten der Mehrstufigkeit, so sind in einigen Regionen

Deutschlands schon Instanzen auf erster Beschwerdeebene vorhanden, auf zweiter und dritter Ebene aber verschwindend wenige.

#### *Zu 9. Professionalität der Beschwerdebearbeitung*

Die Bearbeitung von Beschwerden sollte professionell erfolgen. Der Umgang mit Beschwerden erfordert am besten hauptamtliches Personal, das landesweit vernetzt ist, für seine Aufgaben geschult wird und über eine gemeinsame Interessensvertretung verfügt. Der Beschwerdeweg sollte für den Patienten klar und einfach ersichtlich sein, die Beschwerdebearbeitung sollte auf der Basis eines einheitlichen Konzeptes erfolgen.

Dies alles ist in Deutschland, wie schon in den vorigen Punkten erwähnt, nicht garantiert. In einigen Regionen und Städten unter anderem in Berlin, München, Hamburg existieren gute Konzepte der Schulung, Weiterbildung und Unterstützung von Patientenfürsprechern und Beschwerdestellen, jedoch ist dies die Ausnahme. Die Landeskrankenhausgesetze, die den Patientenfürsprecher oder eine unabhängige Beschwerdestelle empfehlen, äußern sich in keiner Weise über Aus- oder Weiterbildung und so ist es nicht verwunderlich, dass weniger als die Hälfte der genannten Einrichtungen auch eine Unterstützung in dieser Art erhalten.

#### *Zu 10. Transparenz des Beschwerdesystems*

Wenn sich ein Patient beschweren möchte, sollte er wissen wo und wie er sich beschweren kann, wie das Ergebnis der Beschwerdebearbeitung lautet und was deren längerfristigen Folgen sind.

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen arbeiten transparent, der Beschwerdeführer wird über die einzelnen Schritte und das Ergebnis seiner Beschwerde ausführlich informiert. Die Verbraucherzentralen und die Patientenbeauftragte verfassen über ihre Tätigkeit Jahresberichte. Was allerdings nicht transparent ist, ist das Beschwerdesystem in Deutschland an sich, das, wie schon öfter erwähnt, nicht als solches existiert. Wo und wie man sich als Patienten beschweren kann ist zum großen Teil noch Glückssache.

## VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE FÜR DAS BESCHWERDESYSTEM

### *1. Umdenken und Umbewerten des Beschwerde-Phänomens*

Grundvoraussetzung für die Existenz und das Funktionieren eines guten Beschwerdesystems ist die Einsicht, dass Beschwerden mit ihren Konsequenzen notwendig und qualitätsfördernd sowohl für den Patienten und seine Genesung als auch für die Gesundheitsdienstleister sowie das Gesundheitssystem an sich sind. Deshalb ist ein *Umdenken* und *Umbewerten* gerade auf der Gesundheitsdienstleisterseite unverzichtbar, damit die Beschwerde von der momentanen Färbung des störend Unhöflichen gelöst wird und als Chance auf Verbesserung gesehen werden kann. Dieses Umdenken, das in vielen europäischen Ländern schon längst selbstverständlich ist, hat in Deutschland heute in Ansätzen Fuß gefasst wie man an den gesundheitspolitischen Neuerungen wie etwa der Einrichtung einer Patientenbeauftragten, der Förderung der unabhängigen Beschwerdestellen oder der Bekanntmachung des Amtes des Patientenfürsprecher durch die Berliner Tage der Krankenhausfürsprecher und Beschwerdebeauftragten sehen kann. Diese neue Entwicklung sollte in jedem Fall fortschreiten.

### *2. Klares Konzept des Beschwerdesystems mit Gesetzesverankerung*

Da in Deutschland, im Gegensatz zu den anderen besprochenen Ländern, noch kein systematisches Beschwerdewesen im Gesundheitsbereich konzipiert ist, sollte dies ein gesamtpolitisches Anliegen und Vorhaben werden. Ein gutes und erfolgreiches Beschwerdesystem basiert auf einem *klaren gesundheitspolitischen Grundkonzept* das *gesetzlich verankert* wird. Je *einheitlicher* dieses bundesweit konzipiert ist, desto *transparenter* und somit einfacher und glaubwürdiger wäre die Nutzung für Gesundheitspersonal und Patienten. Dieses Konzept muss beinhalten, dass Beschwerdemöglichkeiten in ausreichender Anzahl und Form *flächendeckend* vorhanden sind und dass die *Zuständigkeitsbereiche* der einzelnen Einrichtungen in etwa klar definiert sind. Ein *mehrstufiges* Konzept mit breitgefächerter erster Beschwerdeebene ermöglicht die Beschwerdebearbeitung und Einflussnahme auf allen Ebenen.

ZUM VERGLEICH: Ein gutes Beispiel für ein organisiertes, mehrstufiges und unabhängiges Beschwerdesystem mit niederschwelliger erster Ebene kann *England* vorweisen: verschiedene leicht erreichbare Anlauf- und Beschwerdestellen (PALS, LINKs oder ICAS) können unkompliziert kontaktiert werden. Der formelle Beschwerdeweg ist klar in drei Stufen gegliedert: "Local Resolution", „Healthcare Commission“ und „Health Ombudsman“, wobei

die Aufgaben der jeweiligen Instanz klar abgeklärt sind und die Beschwerdebearbeitung eindeutigen Regelungen folgt. Zudem gibt es eigens Institutionen wie etwa SEAP, die Patienten für den Fall der Beschwerdeführung Hilfestellung geben und Unklarheiten erklären. Auch in den *Niederlanden*, die wohl das umfangreichste Beschwerdesystem aller europäischen Länder besitzen, ist dieses ein mehrstufiges Konzept mit Abdeckung aller Bereiche der Beschwerdeinhalte und Patiententypen: auf erster Ebene gibt es zahlreiche verschieden Einrichtungen für „einfache“ Beschwerden ( beispielsweise IKGs, RPs / CPS) für ambulante, für stationäre Patienten die Beschwerdebeauftragten oder Patientenvertrauenspersonen im psychiatrischen Bereich. Auf zweiter Ebene muss jedes Krankenhaus für stationäre und auch ambulante Patienten Beschwerdekommisionen bei Bedarf einberufen, auf dritter Ebene stehen ein Ombudsmann und Gesundheitsinspektionen zur Verfügung. Es wurden auch spezielle Einrichtungen zur Bearbeitung von materiellen Entschädigungs- Beschwerden auf allen Ebenen eingerichtet. Es wurde sogar eine Stiftung (SOKG) gegründet, die speziell zur Unterstützung und Förderung von unterschiedlichsten Beschwerdestellen im Gesundheitssystem zuständig ist. Diese berät und schult, neben anderen Aufgaben, Gesundheitseinrichtungen bezüglich der Einrichtung von neuen oder der Verbesserung schon bestehender Beschwerdeinstanzen.

In *Österreich* ist das Beschwerdesystem erfolgreich etwas anders organisiert: jedes Bundesland hat als Hauptbeschwerdeinstanz einen gesetzlich verankerten „Patientenanwalt“ oder „Patientenvertreter“ mit einem professionellen Mitarbeiterstab, der sich, gemäß eines Ombudsmannes, als unabhängiger Mittler und Kommunikator für die Interessensvertretung der Patienten einsetzt. Er hat sehr gewichtigen Einfluss auf die Politik, nimmt an Gesetzesvorhaben teil, kümmert sich um außergerichtliche Schadensersatzansprüche und ist direkt und niederschwellig für jeden Patienten erreichbar.

### *3. Niederschwellige Beschwerdeeinrichtungen in ausreichender Anzahl*

Für jeden Patienten muss es möglich sein, sich bei einer unabhängigen Stelle unkompliziert und jederzeit beschweren zu können. Erste Voraussetzung hierfür sind niederschwellige Beschwerdemöglichkeiten in ausreichender Anzahl und flächendeckender Verbreitung. Gute und funktionierende Instanzen der ersten Ebene sind Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten oder auch die Verbraucherzentralen, nur sollten sie auch in jeder Stadt und jedem Krankenhaus eingerichtet werden. Dies kann am effektivsten auf Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen aller Landeskranken-

hausgesetze der Bundesländer erreicht werden, da Empfehlung allein wie bisher nicht ausreichen. Dies ist auch das erklärte Ziel der Patientenbeauftragten ist, die sagt: „Bislang sind Patientenfürsprecher in Krankenhäusern oder Patientenbeschwerdestellen nur in einigen Bundesländern in den Landeskrankenhausgesetzen festgeschrieben. Ich appelliere deswegen an die übrigen Länder, ebenfalls entsprechende Regelungen zu schaffen, um dieser wichtigen Arbeit eine gesetzliche Grundlage zu geben.“ [50]

Auch für ambulante Patienten sollten leicht zugängliche Beschwerdestellen auf gesetzlich verankerter Grundlage flächendeckend zur Verfügung stehen - beispielsweise in Form von unabhängigen Beschwerdestellen ähnlich derer für psychiatrische Patienten.

ZUM VERGLEICH: In den *Niederlanden* beispielsweise gibt eigens ein Gesetz über das Beschwerdewesen, das jede Einrichtung des Gesundheitswesens dazu verpflichtet, den Patienten mindestens eine Möglichkeit der Beschwerdeführung direkt vor Ort anzubieten und über diese auch genau aufzuklären. Auch außerhalb der Krankenhäuser steht dem Patienten ein mannigfaltiges Netz an ersten Anlaufstellen im Beschwerdefall zur Verfügung.

#### *4. Klarer und eindeutiger Beschwerdeweg und leichte Erreichbarkeit*

Die Auswahl der Beschwerdeinstanz, die Kontaktaufnahme und der Beschwerdeweg müssen möglichst klar und eindeutig geregelt sein: „wo kann ich mich wie bei wem über was beschweren?“

Um die momentan schlechte *Erreichbarkeit* der Beschwerdeeinrichtungen zu verbessern, sind häufigere Präsenzzeiten zur persönlichen Kontaktaufnahme als bisher nötig. Es kann von ehrenamtlichen Mitarbeitern nicht erwartet werden, mehrmals pro Woche unentgeltlich zu arbeiten, was einer der zahlreichen Gründe dafür wäre, Fürsprecher als bezahlte Vollkraft einzurichten. Auch die telefonische Erreichbarkeit einer Beschwerdestelle ist unumgänglich - Patientenfürsprecher beispielsweise sollten selbstverständlich einen eigenen Telefonanschluss mit Anrufbeantworter zur Verfügung gestellt bekommen. Das Beispiel der „Patienteninitiative Hamburg im Krankenhaus PIK“ zeigt, dass es möglich und auch empfehlenswert ist, dass bezahlte Beschwerde-Ansprechpartner mehrmals pro Woche im Krankenhaus präsent sind, Stationsbesuche durchführen und allein schon deswegen bei Patienten wie auch beim Personal ernster, folglich auch mehr in Anspruch genommen werden.

ZUM VERGLEICH: Ein gutes Beispiel für Erfolge durch gute Erreichbarkeit und Präsenz stellt die Patientenvertrauensperson (PVP) der Psychiatrie in den *Niederlanden* dar: diese arbeitet an vier Wochentagen in der Klinik, sind bei Patienten und Mitarbeitern bekannt,

anerkannt, immer erreichbar und in jeder psychiatrischen Klinik eingerichtet. So ist die Hemmschwelle sich zu beschweren sehr niedrig, wird als Selbstverständlichkeit angesehen und führt zu einer höheren Zufriedenheit bei Patienten und Krankenhauspersonal.

Erreicht werden kann nur, wer auch bekannt ist: Um die *Bekanntheit* einer Beschwerdeeinrichtung bei Personal und Patienten zu garantieren, muss das Krankenhaus ein Konzept entwickeln, über das alle Mitarbeiter ausreichend informiert werden müssen und das auch akzeptiert wird. Es ist unumgänglich, dass alle Beteiligten im Krankenhaus die Beschwerdeinstanzen gut kennen um Patienten bei Bedarf darauf hinzuweisen, was bisher zum Großteil nicht der Fall ist. In einigen Kliniken in Deutschland erscheint der Patientenfürsprecher mit Aufgabenbeschreibung und Sprechzeiten beispielsweise auf der Internetseite der Klinik oder auf gut sichtbaren Aushängen innerhalb des Krankenhauses. Regelmäßige Stationsbesuche, wie es vielerorts schon gehandhabt wird, erhöhen den Bekanntheitsgrad der Beschwerdeeinrichtung und senken die Hemmschwelle der Patienten. Auch sollte im Aufnahmegespräch selbstverständlich auf Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen und dazu ausdrücklich eingeladen werden wie das etwa in den Niederlanden zum gängigen Erstgespräch mit dem Patienten gehört.

##### *5. Einfluss und Wirkung von Beschwerden*

Beschwerden sollen auch die gewünschte Wirkung in Form von Änderung der bestehenden Missstände erzielen. Dazu ist es nötig, dass die Beschwerdestelle genügend *Einfluss* auf die Gesundheitseinrichtungen hat, von dieser ernst genommen und anerkannt wird. Um dies auch auf übergeordneter und gesundheitspolitischer Ebene zu ermöglichen braucht es *übergeordnete Verbände* oder Organisationsstrukturen, die neben Interessensvertretung von Patientenwohl und der Mitglieder ihrer Beschwerdeeinrichtungen als gemeinsame Stimme sprechen und so verstärkt Einfluss nehmen können. Zur Verbesserung des gesamten Gesundheitssystems ist ebenso eine *Gesundheitspolitik* nötig, die offen und gewillt ist, auf Veränderungsvorschläge von Seiten dieser Interessensvertreter zu reagieren.

Laut unserer Umfrage konnten die meisten der eingegangenen Beschwerden auch zur Zufriedenheit aller gelöst werden, was einen gewissen Einfluss dieser Instanzen innerhalb ihrer Gesundheitseinrichtungen bedeutet. Betrachtet man aber deren Arbeitsbedingungen und mangelnden Bekanntheitsgrad beim Personal, so muss geschlussfolgert werden, dass sie innerhalb des Krankenhauses einen eher geringen Stellenwert einnehmen. Mehr Einflussmöglichkeit, eine bessere Stellung und ein höherer Bekanntheitsgrad könnte

beispielsweise durch die Einrichtung *hauptamtliche Patientenfürsprecher* erzielt werden. Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen haben in ihrer Funktion als Beschwerdeeinrichtung bisher keinen übergeordneten Zusammenschluss oder eigenen Dachverband, was unbedingt geändert werden sollte.

ZUM VERGLEICH: In *allen Ländern*, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden gibt es übergeordnete Verbände für die einzelnen Beschwerdeeinrichtungen. Sie wahren die Rechte und Interessen der einzelnen Mitglieder, sorgen für angemessene Arbeitsbedingungen, treffen die Auswahl der Bewerber und organisieren deren Aus- und Weiterbildungen. Zudem nehmen sie auf gesundheitspolitischer Ebene auch an der Entwicklung von Gesetzesvorhaben bezüglich Patienteninteressen teil wie Mitglieder der „Stichting PVP“ im psychiatrischen Bereich der Niederlande oder die „Arbeitsgemeinschaft Patientenanwälte“ in Österreich. Durch ihr Auftreten als gemeinsame, starke Stimme haben sie dementsprechend Einfluss auf das Gesundheitswesen und tragen ihren gewichten Teil dazu bei, dieses patientengerechter und –freundlicher zu gestalten.

#### *6. Garantie der Unabhängigkeit*

Beschwerdeführung ist am gerechtesten, effektivsten und am wenigsten unangenehm für alle Beteiligten, wenn sie gegenüber dem jeweiligen Gesundheitsleistungsanbieter unabhängig und weisungsfrei ist. Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen sind derartige unabhängige Einrichtungen. Allerdings wird diese Tatsache mit dem Status des Ehrenamtes bezahlt, was Unabhängigkeit zwar leichter erreichbar macht aber nicht zwingend voraussetzt. Unabhängigkeit von einer Gesundheitseinrichtung kann auf verschiedene Weise ermöglicht werden, etwa durch die Organisation und Bezahlung über Stiftungen oder den Staat.

In den *Niederlanden* werden die PVPs, die hauptamtliche Vollkräfte sind, über die Tagespflegesätze der Psychiatrien bezahlt und sind somit nicht vom Krankenhaus selbst abhängig. Die Aus-, Weiterbildung, Auswahl und Koordination wird von einer eigens gegründeten Stiftung („Stichting PVP“) geleistet, die ebenfalls unabhängig agieren kann.

Die Patientenanwälte in *Österreich*, unabhängige und einflussreiche Ombudspersonen, werden staatlich gefördert und sind trotz Gehaltes weisungsfrei.

### 7. Arbeitsbedingungen und Professionalisierung der Mitarbeiter

Die verantwortungsvolle Aufgabe der Beschwerdebearbeitung sollte möglichst professionell erfolgen. Dies bedeutet, dass nicht nur das Konzept der Beschwerdebearbeitung sondern auch die Beschwerdebearbeiter selbst dies auf professionelle Weise tun können. Dazu gehört eine angemessene Unterstützung der Mitarbeiter sowohl durch gesundheitspolitische Maßnahmen wie auch durch die Einbettung in übergeordnete Verbände in Form von Aus- und Weiterbildungen, die Möglichkeit des Austausches und der Supervision, und im Bedarfsfall einen fachlichen Ansprechpartner. Eine Beschwerdeeinrichtung sollte auch hauptamtlich arbeiten können.

Wie schon erwähnt erhalten nur knapp die Hälfte aller untersuchten Patientenfürsprecher und Mitarbeiter einer Beschwerdestelle diese fachliche Unterstützung. Jedem Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen-Mitarbeiter sollte diese Form der Aus- und Weiterbildung zustehen, wie es schon in einigen Städten in Deutschland praktiziert wird. Dazu ist eine gesetzlich verankerte Konzeption notwendig, es müssen Strukturen geschaffen werden - so weit noch nicht vorhanden - in deren Rahmen dies veranstaltet und organisiert werden kann und es sollte einen übergeordneten Verein für Mitarbeiter von Beschwerdeeinrichtungen gegründet werden, der sich unter anderem für die Interessenswahrung seiner Mitglieder sorgt.

ZUM VERGLEICH: In den *Niederlanden* übernimmt die Stiftung Patientenvertrauensperson unter anderem auch die Organisation der regelmäßigen Aus-, Weiterbildung und Supervision wie auch Gruppengespräche und Austauschrunden. Jede PVP muss vor Amtsbeginn eine vierwöchige Pflichtausbildung absolvieren und arbeitet das erste halbe Jahr mit einem Mentor an der Seite, der auch später noch persönlicher Ansprechpartner ist. So haben sie einen ständigen Ansprechpartner und können auftretende Probleme zeitnah besprechen.

### *8. Spezieller Fokus auf den psychiatrischen Bereich*

Psychiatrische Patienten sind und werden während der Behandlung ihrer Krankheit und auch im Alltagsleben noch stärker als somatische Patienten in ihrer seelischen Intimsphäre und persönlichen Integrität eingeschränkt. Besonders diese Menschen brauchen eine unabhängige kompetente Anlaufstelle, an die sie sich mit Problemen, Fragen und Beschwerden wenden können. Mit den Patientenfürsprechern in den Psychiatrien und den unabhängigen Beschwerdestellen sind schon sehr gute Instanzen hierfür geschaffen, nur sollten diese für



tatsächlich alle Patienten erreichbar sein. Dies erfordert eine dementsprechende Gesetzesverankerung speziell in den Psychischkrankengesetzen aller Bundesländer.

Patientenfürsprecher in Psychiatrien sollten zudem besonders geschult, begleitet und unterstützt werden, da gerade sie oftmals mit Themen konfrontiert werden, die über reine „einfache“ Beschwerden hinausgehen und vom Fürsprecher eine gute Gesprächsführung, ausreichenden Einblick in das Krankheitsgeschehen und Verständnis erfordern. Zudem stellen gerade solche Gesprächsinhalte eine große seelische Belastung dar, die es bei Bedarf aufzufangen gilt.

ZUM VERGLEICH: In den *Niederlanden* sind seit Langem speziell für psychiatrische Patienten unabhängige Patientenvertrauenspersonen gesetzlich verankert institutionalisiert, die für die Wahrung der Interessen, Rechte und für die Beschwerdebearbeitung ihrer Patienten zuständig sind. Auch auf übergeordneter Ebene setzen sie sich für Patienten indem sie unter anderem an der Formulierung und dem Beschluss von Gesetzesvorhaben die Psychiatrie betreffend mitbeteiligt sind. Sie werden über die Tagespflegesätze der Kliniken bezahlt.

In *Österreich* sind neben den allgemeinen Patientenanwälten der Bundesländer seit 1991 spezielle Patientenanwälte für alle Psychiatrien eingerichtet. Jedem untergebrachten Patienten wird automatisch ein Patientenanwalt zur Verfügung gestellt, der als Berater und parteilicher Vertreter auftritt, aufklärt, im Beschwerdefall Unterstützung liefert und für die Wahrung der Interessen und Rechte seines Patienten zuständig ist.

Auch in *England* stehen bestimmten Patienten in Psychiatrien per Gesetz seit April 2009 automatisch spezielle Fürsprecher (IMHAs) als Interessens- und Rechtswahrer zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass viele Bereiche des Beschwerdesystems im deutschen Gesundheitswesen verändert und verbessert werden müssen, um eine patientenfreundliche Beschwerdekultur erst zu ermöglichen. Dass dies grundsätzlich erfolgreich realisierbar ist, zeigen die angeführten Beispiele aus dem europäischen Ausland.

Zur tatsächlichen Verbesserung der Strukturen und Einrichtungen ist die Kenntnis ihrer Stärken und Schwächen und ein Überblick über deren Gesamtkontext unabdingbar. Dies ist in Deutschland nur sehr bedingt möglich, zumal sich kaum nennenswerte wissenschaftliche Untersuchungen in diesem Bereich finden. Dementsprechend wäre es sehr wünschenswert, wenn das wissenschaftliche Interesse verstärkt auf die Untersuchungen von Struktur, Arbeitsprofil und Arbeitsbedingungen unterschiedlicher Beratungs- und Beschwerdeeinrichtungen verlegt würde, um brauchbares und aussagekräftiges Datenmaterial zu erhalten. Unsere Studie versucht dies für den begrenzten Bereich der Patientenfürsprecher und unabhängigen Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten zu gewährleisten. Gleichzeitig ist es aber auch notwendig, Meinung und Einschätzung der Patientenseite zu evaluieren, um Informationen über Zufriedenheit oder Bedarf und Mängel zu erhalten. Insgesamt ergeben sich so zum einen aussagekräftige Informationen über den status quo der Strukturen und Einrichtungen, zum anderen eine fundierte Ausgangsbasis für deren Veränderung und effektive Verbesserung. Es bleibt zu hoffen, dass die vorliegende Arbeit im Ganzen zur Klärung und zum strukturellen Überblick des deutschen wie auch einiger europäischen Gesundheitssysteme beitragen und Ideen wie auch Vorschläge zu deren Ausbau und Verbesserung liefern kann

## ZUSAMMENFASSUNG

„Der Patient als kompetenter, mündiger Partner“ – so oder ähnlich lauten Forderungen, die in den letzten Jahren verstärkt in der deutschen Gesundheitspolitik Einzug gehalten haben. Die wachsende Bereitschaft zu diesem Rollenwandel und veränderten Selbstverständnis der Patienten zeigt sich vor allem darin, dass Patienten zunehmend mehr Teilhabe an medizinischen Entscheidungen, mehr Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten und mehr Mitspracherecht auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene erwarten. Darüber hinaus führt die aktive Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen zu höherer Zufriedenheit, gesteigerter Compliance und somit zu besseren Behandlungsergebnissen. Auch die Anbieterseite kann von verstärkter Patientenpartizipation profitieren, indem durch deren Anregungen und Kritik neue Sichtweisen und Aspekte erschlossen werden, die schließlich bessere Qualität und Nutzerorientierung von Gesundheitsdienstleistungen erbringen können.

Um „mündig“ und „kompetent“ zu werden, brauchen Patienten einen gesundheitspolitischen und sozialstrukturellen Kontext, der dies auch zulässt und unterstützt. Dazu gehören vor allem eine sichere Gesetzlage zum Schutz der Patientenrechte, unabhängige und qualitativ hochwertige Informationsangebote, Patientenorganisationen mit Patientenvertretern auf höherer politischer Ebene, eine für Patientenorientierung und Partizipation offene Gesundheitspolitik, und ein ernst genommenes Beschwerdesystem.

Ein gut funktionierendes und systematisch konzipiertes Beschwerdesystem stellt eines der wichtigsten Mittel der Patientenpartizipation und zudem einen der Hauptaspekte der Patientenorientierung eines Gesundheitswesens dar. Angesichts der ungleichen Position zwischen Patient und Behandelnden sind Beschwerdemöglichkeiten ein notwendiges Mittel zum Ausgleich dieses „Machtgefälles“ und zur Wahrung der Autonomie des Patienten. Dies ist insbesondere für psychiatrische Patienten von Bedeutung, deren Intimsphäre dem Behandelnden stärker ausgesetzt ist.

*Patientenrechte:* In Deutschland existiert noch immer kein explizites Gesetz zum Schutze der Patienten wie beispielsweise in Österreich oder den Niederlanden. Mittlerweile wurden aber die bisher festgesetzten Richterrechte in einer laienverständlichen Fassung als „Charta der Patientenrechte“ zusammengefasst und veröffentlicht.

*Information:* Patienten können sich auf verschiedene Arten und bei zahlreichen Stellen über Krankheiten, Behandlungen und Therapiemöglichkeiten informieren und beraten lassen. Da die seriöse Herkunft und Qualität bei Informationen verschiedener Webseiten, Fernsehen und diversen Zeitschriften nicht immer gewährleistet ist, fördert die Gesundheitspolitik zunehmend die Bereitstellung unabhängiger, qualitativ hochwertiger Information.

*Patientenpartizipation:* In den letzten Jahren haben sich einige nennenswerte Neuerungen im gesundheitspolitischen Kontext bezüglich verstärkter Patientenorientierung manifestiert: Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen zur „Förderung von Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung“ gesetzlich verpflichtet. Im Rahmen dieser Förderung entstand die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“, die das erste deutschlandweit vernetzte und systematisierte Angebot von unabhängiger Patientenberatung darstellt und einen zunehmenden Bekanntheitsgrad erreicht. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden dann zwei weitere wichtige Neuerungen geschaffen: Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die sich auf bundespolitischer Ebene für die Wahrung der Patienteninteressen einsetzt und gerade auch die Einrichtung der Patientenfürsprecher und Beschwerdeinstanzen sehr unterstützt. Die zweite Neuerung betrifft den Gemeinsamen Bundesausschuss, an dem zum ersten Mal Patientenvertreter aus verschiedenen Patientenverbänden mitbeteiligt sind.

*Beschwerdesystem:* Im deutschen Gesundheitswesen existiert im Vergleich zu anderen Ländern nach wie vor kein systematisch konzipiertes und gesetzlich geregeltes Beschwerdesystem, das alle Bereiche im Sinne eines mehrstufigen Modells umfassen würde. Aktuell existieren in Deutschland als Beschwerdeeinrichtungen die *Patientenbeauftragte der Bundesregierung*, die *Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen*, einige *Verbraucherzentralen* und die neuen Einrichtungen der *UPD*, deren Arbeitsschwerpunkt aber mehr in der Patientenberatung liegt. Explizite unabhängige Beschwerdeinstanzen für Patienten sind vor allem auf erster, niederschwelliger Ebene vorhanden in Form von *Patientenfürsprechern* der Krankenhäuser und *unabhängigen Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten*.

## EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Da kaum nennenswerte wissenschaftliche Untersuchungen zum psychiatrischen Beschwerdewesen vorliegen, wurden zwei dieser Instanzen - Patientenfürsprecher und

unabhängige Beschwerdestellen – hinsichtlich ihrer Organisation und ihres Tätigkeitsprofils empirisch untersucht.

Unsere Studie war die erste deutschlandweite Umfrage, die Tätigkeitsprofile, Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen empirisch erfasste. Hierzu wurde die Arbeit dieser Beschwerdeinstanzen mittels einer postalischen Umfrage untersucht und durch eine telefonische Stichprobennacherhebung bei den Patientenfürsprechern ergänzt.

Für beide Einrichtungen wurden spezifische Fragebögen in Zusammenarbeit mit Patientenfürsprechern und Beschwerdestellen entwickelt. Im ersten Teil werden allgemeine Merkmale der Beschwerdeeinrichtung und ihrer Mitarbeiter erfragt (z.B. Alter, beruflicher Hintergrund, Einzugsbereich, Erreichbarkeit), anschließend Merkmale der Beschwerdebearbeitung (z.B. Anzahl der Beschwerden pro Monat, Art der Bearbeitung). Im zweiten Teil des Fragebogens sollten die Patientenfürsprecher ihre zwei zuletzt bearbeiteten Fälle (Beschwerdestellen: drei Fälle) exemplarisch darstellen. Angestrebt wurde eine Vollerhebung aller Einrichtungen auf dem Gebiet der Psychiatrie. Um die praktische Erreichbarkeit zu testen, wurde zusätzlich eine Stichprobe von Patientenfürsprechern telefonisch kontaktiert.

Von den insgesamt 426 angeschriebenen psychiatrischen Kliniken hatten N=215 (51%) einen Patientenfürsprecher, von denen uns 152 den ausgefüllten Bogen zurücksandten (Rücklauf: 71%). Von den 37 angeschriebenen unabhängigen Beschwerdestellen sandten 23 den ausgefüllten Fragebogen zurück (Rücklauf: 62%)

Laut unserer Umfrage zeigte sich, dass beide Einrichtungen sich mit ähnlichen Patientenanliegen befassen, wobei Beschwerden über das Verhalten des psychiatrischen Personals gegenüber den Patienten sowie Fragen der Angemessenheit von Therapien und Zwangsmaßnahmen den größten Teil der Beschwerden ausmachten. Patientenfürsprecher wurden zusätzlich häufig mit Beschwerden befasst, die krankenhauserne Mängel (z.B. Qualität der Krankenhauskost, Hygienemängel auf Station) betreffen.

Die unabhängigen Beschwerdeeinrichtungen, meist triadisch aufgebaut, bearbeiten häufig auch Beschwerden über gesetzliche Betreuer und Heimangelegenheiten. Das heißt, beide Beschwerdeeinrichtungen bieten den Betroffenen bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Rechte (z.B. bei Zwangsmaßnahmen, Betreuung, Therapien, Ausgangsregeln)

Unterstützung, wobei zur Lösung des Problems in der Regel das vermittelnde Gespräch gesucht wird.

Etwa die Hälfte der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellenmitarbeiter erhielten in irgendeiner Weise eine Aus- oder Weiterbildungsmöglichkeit. Die meisten Patientenfürsprecher waren für die Patienten über feste Sprechstunden (zumeist einmal pro Woche) bzw. telefonisch erreichbar, wobei bei der telefonischen Stichprobenerhebung lediglich 43% der tatsächlich existierenden Fürsprecher erreichbar waren. Alle Beschwerdestellen konnten nach eigenen Angaben telefonisch kontaktiert werden, die Hälfte zudem im Rahmen einer festen Sprechstunde oder über E-Mail. Über mögliche Kontaktaufnahme mit Patienten informierten beide Einrichtungen meist über Aushänge im Krankenhaus, Besuche auf Stationen und Flyer, die Beschwerdestellen zusätzlich über Zeitungsartikel.

Positiv für die untersuchten Instanzen zu verzeichnen ist, dass Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen etablierte, unabhängige Beschwerdeeinrichtungen darstellen, die mit großem Eigenengagement Patientenanliegen bearbeiten und lösen können und zunehmend gesundheitspolitisch unterstützt werden. Defizite bestehen vor allem in der mangelnden flächendeckenden Verbreitung und Gesetzesverankerung, in ihrer unzureichenden Erreichbarkeit und dem geringen Bekanntheitsgrad bei Patienten und Krankenhauspersonal. Zudem besteht für die meist ehrenamtlichen Mitarbeiter keine Garantie auf Aus- oder Weiterbildung und keine übergeordnete Interessensvertretung, so dass ihnen insgesamt wohl ein recht geringer Stellenwert im Gesundheitswesen zugestanden wird.

Betrachtet man das gesamte Beschwerdewesen im Gesundheitssystem Deutschlands, so existieren zwar einzelne Beschwerdemöglichkeiten für bestimmte Patientenanliegen (z.B. Schlichtungsstellen für Schadensersatzforderungen), jedoch gibt es flächendeckend kein übersichtlich konzipiertes und umfassendes mehrstufiges Beschwerdesystem, das logisch transparent aufgebaut ist und alle Bereiche der Patientenbeschwerden abdecken würde. Vor allem auf höherer, also zweiter und dritter Beschwerdeebene, fehlen gänzlich zentrale Instanzen und übergeordneten Strukturen, so dass von einem vernetzten Beschwerde-„System“ nicht die Rede sein kann. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ist es in Deutschland für einen Patienten sehr schwierig und unübersichtlich, Beschwerde zu führen. Um diesen Zustand zu verbessern sind Veränderungen notwendig, von denen an dieser Stelle einige exemplarisch aufgeführt werden: Voraussetzung für ein gutes Beschwerdewesen ist

ein klares und durchdachtes Konzept mit entsprechender gesetzlicher Verankerung, das bundesweit möglichst einheitlich und vor allem flächendeckend Beschwerdeeinrichtungen auf allen Ebenen bereitstellt. Ein mehrstufiges System, wie dies z.B. in England oder Österreich existiert, garantiert die Bearbeitung und Wirksamkeit an geeigneter Stelle. Vor allem niederschwellige Einrichtungen müssen in ausreichender Anzahl leicht erreichbar sein wie dies etwa in den Niederlanden durch gesetzliche Verpflichtung jeder Gesundheitseinrichtung der Fall ist. Hierbei sind auch häufige Präsenzzeiten der Beschwerdebearbeiter vonnöten, die durch vollbeschäftigte Arbeitskräfte erreicht werden könnten und zudem die Bekanntheit der Einrichtungen steigern würden. Ebenso sollte es selbstverständlich sein, dass Mitarbeiter einer Beschwerdeinstanz ausreichend geschult und fortgebildet werden und ihre Interessen über einen organisierten Dachverband vertreten können, wie dies in den Niederlanden für die Patientenvertrauensperson über ihre Stiftung konzipiert ist. Für psychiatrische Patienten sollten spezielle zusätzliche Beschwerdemöglichkeiten angeboten werden wie etwa die Patientenanwälte der Psychiatrien in Österreich, die Independent Mental Health Advocacy in England oder die Patientenvertrauenspersonen in den Niederlanden. Nur wenn ein Umdenken gerade auch auf gesundheitspolitischer Seite bezüglich der Wichtigkeit eines guten Beschwerdesystems stattfindet, kann dieses auch verändert und verbessert werden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Aktion Psychisch Kranke (2008) Die Aktion Psychisch Kranke (<http://www.psychiatrie.de/apk/wir/>) Stand: 23.03.3009
- [2] Bachinger, G. Patientenvertretungen in Österreich. In: „Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich“ Kranich, C., Vitt, K. D.(Hrsg.), Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2003, 148-153
- [3] Bastian, H., Kaiser, T., Matschewsky, S. Förderung allgemeiner Gesundheits- und Wissenschaftskentnisse mittels Bürger- und Patienteninformation: Die Rolle des IQWiG. Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 99 (2005) 379-385
- [4] Berger, B. (2002) Die Niederlande. In: „Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsleistungen in Europa. Band 2: Die Länderberichte“ 9-33 (<http://www.patientennavigation.org/Endbericht2D.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [5] Berger, B. (2002) Großbritannien. In: „Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 2: Länderberichte“ 34-59 (<http://www.patientennavigation.org/Endbericht2D.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [6] Berger, B.(2002) Österreich. In: „Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 2: Länderberichte“ 118-135 (<http://www.patientennavigation.org/Endbericht2D.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [7] Bundesärztekammer (2006) Fortentwicklung der Patientenrechte- Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen am 103. Deutscher Ärztetag 2000 (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2784.2786.2789&all=true>) Stand: 30.03.2009
- [8] Bundesärztekammer (2008) Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301>) Stand: 30.03.3009
- [9] Bundesministerium für Gesundheit (2009) Prävention (<http://www.bmg.bund.de>) Stand: 15.07.2009
- [10] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Infomaterialien / Bestellung (<http://www.bzga.de/?uid=b593c0edaa79933463b18063cfb839bb&id=medien>) Stand: 15.07.2009



- [11] Crusius, A. (2008) Statement zur Pressekonferenz 'Behandlungsfehler-Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen' am 03. Juni 2008 in Berlin (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301.6453>) Stand: 30.03.2009
- [12] Dekkers, F. (2000) Berechtigung von Patientenvertretungen – Erfahrungen in den Niederlanden. In: „Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen“ 166-167 (<http://www.bzga.de/pdf.php?id=918e21eeb2000a35f41168d8bdf57e9c>) Stand: 15.07.2009
- [13] Department of Health (2009) Independent Mental Health Advocates ([http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH\\_091895](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH_091895)) Stand: 16.07.2009
- [14] Department of Health (2009) Independent Mental Health Advocates. Questions and Answers. ([http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH\\_091895](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH_091895)) Stand: 16.07.2009
- [15] Department of Health (2009) Patient and public involvement. ([http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH\\_085874](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH_085874)) Stand: 16.07.2009
- [16] Department of Health (2009) Patient And Public Involvement. Local Involvement Networks (LINKs) ([http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH\\_076366#\\_7](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH_076366#_7)) Stand: 07.02.2009
- [17] Department of Health (2009) Description and functions of the Service. The core functions of PALS ([http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/Patientadviceandliaisonservices/DH\\_4081305?IdcService=GET\\_FILE&dID=15022&Renderition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/Patientadviceandliaisonservices/DH_4081305?IdcService=GET_FILE&dID=15022&Renderition=Web)) Stand: 07.02.2009
- [18] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Enquete 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ([http://www.dgppn.de/de\\_enquete-1975\\_39.html](http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html)) Stand: 15.07.2009
- [19] Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2008) Unabhängige Beschwerdestellen als Bestandteil Gemeindepsychiatrischer Verbände. In: „Dokumentation des Abschlussworkshops des Projekts „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen“ der DGSP e.V. in Zusammenarbeit mit dem BPE und dem BapK am 22./23.2.2008 in Fulda gefördert durch Aktion Mensch“ 10-12 (<http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download/Dokumentation%20Abschluss-Workshop.pdf>) Stand: 23.03.2009
- [20] Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2009) Über uns ([http://www.psychiatrie.de/dgsp/wir/article/Die\\_DGSPneueversion.html](http://www.psychiatrie.de/dgsp/wir/article/Die_DGSPneueversion.html)) Stand: 23.03.2009

- [21] Deutscher Bundestag (1975) Die zukünftige Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung. In: „Drucksache 7/4200: Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter“ 216-220  
(<http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/09-kapitel-b-1.pdf>)  
Stand: 15.07.2009
- [22] Deutscher Bundestag (1975) Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland –zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Zusammenfassung, 15-32\_  
(<http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/zusammenfassungbundestagsdrucksache7-4200.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [23] Deutscher Bundestag (1979) Drucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland –zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung- unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderungen. 34  
(<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/08/025/0802565.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [24] Deutscher Bundestag (1998) Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GOBT) § 110. Verfahrensgrundsätze von 1989  
(<http://www.bundestag.de/ausschuesse/a02/grundsaeetze/verfahrensgrundsaeetze.html>)  
Stand: 11.03.2009
- [25] Diamandouros, N. (2005) Der europäische Bürgerbeauftragte. Jahresbericht 2005  
([http://www.ombudsman.europa.eu/report05/pdf/de/rap05\\_de.pdf](http://www.ombudsman.europa.eu/report05/pdf/de/rap05_de.pdf)) Stand: 17.04.2007
- [26] Dierks, M., Seidel, G., Horch, K., Schwartz, F. (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: „Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch- Institut 2006“  
([http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=9858&p\\_sprache=D&p\\_uid=gast&p\\_aid=91263766&p\\_lfd\\_nr=1](http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9858&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=91263766&p_lfd_nr=1)) Stand: 16.07.2009
- [27] Dierks, M. L., Schienkiewitz, A. (2001) Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen und Verbraucherschutz. In: „Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht“ (176-205)  
(<http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [28] Eysenbach, G. Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 46 (2003) 292-299
- [29] Foster, R., Kranich, C. Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem-jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich. Gesundheitswesen. 69 (2007) 98-104
- [30] Gebietskrankenkasse Salzburg (2008) Gesundheits-Informationszentrum  
([http://www.sgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=sgkkportal.channel\\_content.cmsWindow&p\\_menuid=4325&p\\_tabid=3&p\\_pubid=5325#pd695743](http://www.sgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=sgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=4325&p_tabid=3&p_pubid=5325#pd695743))  
Stand 15.07.2009

- [31] Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Gesetzlicher Auftrag (<http://www.g-ba.de/institution/auftrag/gesetz/>) Stand: 08.04.2009
- [32] Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor (<http://www.g-ba.de/institution/struktur/>) Stand: 08.04.2009
- [33] Horch, K., Wirz, J. Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 48 (2005) 1250-1255
- [34] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. IQWiG - Über uns (<http://www.gesundheitsinformation.de/iqwig-uber-uns.10.html>) Stand: 26.05.2009
- [35] International Ombudsman Institute (<http://www.law.ualberta.ca/centres/ioi/>) Stand: 15.07.2009
- [36] Kalbhenn, E. Patientenrechte und Patientenvertretung in Österreich ([http://www.patientenanwalt-kaernten.at/downloads/patientenrechte\\_oesterreich.pdf](http://www.patientenanwalt-kaernten.at/downloads/patientenrechte_oesterreich.pdf)) Stand: 28.02.2009
- [37] Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999) Patienteninformation. Patientenrechte in Deutschland heute (<http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003746068>) Stand: 27.03.2009
- [38] Kochanowski, J. B. (Rzecznik Praw Obywatelskich), The Ombudsman Act 1987 (<http://www.rpo.gov.pl/index.php?md=1372&s=3>) Stand: 15.07.2009
- [39] Köpke, S., Berger, B., Steckelberg, A., Meyer, G. In Deutschland gebräuchliche Bewertungsinstrumente für Patienteninformationen- eine kritische Analyse. Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 99 (2005) 353-357
- [40] Kranich, C. „Patientenbeauftragte. Ombudsfrauen und Ombudsmänner als Frühwarnsystem im Gesundheitswesen. Ideen und Vorschläge“, Bremer Gesundheitsladen e.V., Bremen, 1995
- [41] Kranich, C. Kriterien für Beschwerdesysteme aus Patientensicht. In: „Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich“, Kranich, C., Vitt, K. D. (Hrsg.), Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2003, 121-132
- [42] Kranich, C. Vergleich bestehender Patienten-Unterstützungssysteme in Deutschland und Europa. In: „Unabhängige PatientInnenunterstützung in Bayern. Dokumentation der Tagung im Krankenhaus München-Bogenhausen am 26.06.1998“, Gesundheitsladen München e.V., München, 1998, 20-27

- [43] Kranich, C., Berger, B. (2002) Deutschland. In: „Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsleistungen in Europa. Band 2. Länderberichte“ 136-154  
(<http://www.patientennavigation.org/Endbericht2D.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [44] Kranich, C., Vitt, K. D., Berger, B., Pritzkeleit, R., Erben, C. M. (2002) Beschwerdemanagement. In: „Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht“ 48-63  
(<http://www.patientennavigation.org/Endbericht1D.pdf>) Stand: 15.07.2009
- [45] Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien. Patientenombudsmann  
([http://www.bhs-wien.at/index\\_html?sc=10505](http://www.bhs-wien.at/index_html?sc=10505)) Stand: 15.07.2009
- [46] Krankenhaus Tamsweg  
([http://www.kh-tamsweg.at/krankenhaus-einrichtungen-ombudsmann\\_html](http://www.kh-tamsweg.at/krankenhaus-einrichtungen-ombudsmann_html)) Stand: 01.03.2009
- [47] Krumm, S., Becker, T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiatr Prax. 33 (2006) 59-66
- [48] Kühn-Mengel, H. (2006) 29.06.2006: 1. Berliner Tag der Patientenfürsprecher und Beschwerdebeauftragten  
(<http://www.patientenbeauftragte.de/index.php?client=1&lang=1&idcat=6&idart=103>)  
Stand: 15.07.2009
- [49] Kühn-Mengel, H. (2009) 04.03.2009: Herausforderung Patientenberatung - 1. Berliner Fachtag zur Patientenberatung und -information in Berlin  
(<http://www.patientenbeauftragte.de/index.php?client=1&lang=1&idcat=14&idart=177>)  
Stand: 21.03.2009
- [50] Kühn-Mengel, H. (2009) 24.04.2009: Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher werden immer wichtiger  
(<http://www.patientenbeauftragte.de/index.php?client=1&lang=1&idcat=14&idart=182>)  
Stand: 16.07.2009
- [51] Kühn-Mengel, H. (2009) Pressemeldung zum 1. Berliner Fachtag zur Patientenberatung und -information 04.03.2009  
(<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/index.php?id=850#c2309>) Stand: 10.04.2009
- [52] Landtag Schleswig-Holstein (2009) Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein  
([www.landtag.ltsh.de/parlament/bueb/bueb.html](http://www.landtag.ltsh.de/parlament/bueb/bueb.html)) Stand: 16.03.2009
- [53] Lorenz, B. J. (1995) Das Europäische Ombudsmann-Institut in historischer und inhaltlicher Selbstdarstellung  
([http://members.aon.at/eoi/de/geschichte\\_de.htm](http://members.aon.at/eoi/de/geschichte_de.htm)) Stand: 15.07.2009
- [54] Lorenz, B. J. (1995) Das Europäische Ombudsmann-Institut  
([http://members.aon.at/eoi/de/startseite\\_de.htm](http://members.aon.at/eoi/de/startseite_de.htm)) Stand: 15.07.2009

- [55] Manders, H., Bombosch, J. (2001) Unabhängig, parteilich, unbürokratisch und offen. Patientenvertrauenspersonen sind in den Niederlanden in einer Stiftung organisiert / Interview mit Dr. Harry Manders. In: „Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. 4/2001. Themenschwerpunkt Genderperspektive“ 24-26  
([http://www.kerbe.info/files/Kerbe\\_ausgaben/Kerbe4\\_2001.pdf](http://www.kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/Kerbe4_2001.pdf)) Stand: 15.07.2009
- [56] Motejl, O. The Powers of the Public Defender of Rights  
(<http://www.ochrance.cz/en/pomoc/>) Stand: 11.03.2009
- [57] Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2009) Über uns  
([http://www.nakos.de/site/ueber\\_uns/ueber\\_uns](http://www.nakos.de/site/ueber_uns/ueber_uns)) Stand: 12.04.2009
- [58] Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (2009) Patientenrecht  
(<http://www.npcf.nl/?id=74>) Stand: 15.07.2009
- [59] Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (2009) Voice of patients and consumers  
([http://www.npcf.nl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1045&Itemid=102](http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=1045&Itemid=102)) Stand: 15.07.2009
- [60] Niederösterreichische Patienten- und Pflegethemen (2003) Rechtliche Informationen  
([http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publicationen/rechtliche\\_informationen/noe\\_patienten\\_entschaedigungsfonds.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/rechtliche_informationen/noe_patienten_entschaedigungsfonds.pdf)) Stand: 28.02.2009
- [61] Norddeutsche Schlichtungsstelle (2007) Schlichtungsantrag  
(<http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/antrag.html>) Stand: 30.03.2009
- [62] Norddeutsche Schlichtungsstelle (2007) Verfahrensablauf  
(<http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/verfahren.html>) Stand: 30.03.2009
- [63] Office of Public Sector Information (2008) The Mental Health Act 1983 (Independent Mental Health Advocates) (England) Regulations 2008  
([http://www.opsi.gov.uk/si/si2008/uksi\\_20083166\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/si/si2008/uksi_20083166_en_1)) Stand: 16.07.2009
- [64] Ombudsman Toronto (2009) History of the Ombudsman  
(<http://www.ombudstoronto.ca/history-ombudsman>) Stand: 15.07.2009
- [65] Patienten-anwaltschaft Kärnten  
(<http://www.patientenanwalt-kaernten.at/mainframeset.asp>) Stand: 15.07.2009
- [66] Patienten-anwaltschaft Kärnten. Nachrichten  
(<http://www.patientenanwalt-kaernten.at/nachrichten.asp>) Stand: 15.07.2009
- [67] Patienteninitiative Hamburg e.V. (2009) Chronik der Patienten-Initiative  
(<http://www.patienteninitiative.de/seiten/geschPI.html>) Stand: 08.04.2009

- [68] Patienten-Initiative Hamburg. Patienten-Initiative im Krankenhaus (<http://www.patienteninitiative.de/seiten/pik.html>) Stand: 15.07.2009
- [69] Persönliche Email von Frau Magister Elke Beermann, Patientenanwaltschaft Wien (VertretungsNetz: Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung) vom 11.03.2009
- [70] Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages (2000) VII. Internationale Ombudsmann-Konferenz in Durban/Südafrika 30. Oktober - 2. November 2000, Schlusserklärung ([http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/1205/ausschuesse/archiv14/a2/pet\\_aktuell/petreise/petreis1.html](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/1205/ausschuesse/archiv14/a2/pet_aktuell/petreise/petreis1.html)) Stand: 13.03.2009
- [71] Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages (2002) VI. Europäische Ombudsmann-Konferenz Krakau/Polen 2002 ([http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/1205/ausschuesse/archiv14/a2/pet\\_aktuell/pet\\_krakau.html](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/1205/ausschuesse/archiv14/a2/pet_aktuell/pet_krakau.html)) Stand: 12.03.2009
- [72] Pro mente austria (2003) Über uns. Aufgaben und Zielsetzung (<http://www.promenteaustria.at/seiten/index.php/nav.6/view.178/>) Stand: 01.03.2009
- [73] Pro mente austria (2003) Über uns. Tätigkeiten (<http://www.promenteaustria.at/seiten/index.php/nav.6/view.222/>) Stand: 01.03.2009
- [74] Pro mente Wien. Über uns (<http://www.promente-wien.at>) Stand: 01.03.2009
- [75] Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (2009) Nationale VersorgungsLeitlinien (<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen>) Stand: 15.07.2009
- [76] Reichhart, T., Kissling, W., Scheuring, E., Hamann, J. Patientenbeteiligung in der Psychiatrie- eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiatr Prax. 35 (2008) 111-121
- [77] Schöck, I. Interessen wahren, Rechte verwirklichen – Erfahrungen von Beschwerdestellen und PatientenfürsprecherInnen in Baden-Württemberg. In: „25 Jahre Psychiatrie-Enquete“, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2001, Band 1, 350–358
- [78] Schöck, I. Wer hilft im Beschwerdefall? Entwicklung und Bestandsaufnahme. Soziale Psychiatrie. 4/2002 (2002) 12-17
- [79] Schwartz, F. W., Röseler, S. (2000) Beschreibung der Partizipation in den Niederlanden. In: „Partizipationsstrukturen und Nutzung von Daten zur Patientenzufriedenheit für die klinikinterne Qualitätsoptimierung – Ein Systemvergleich – BRD-NL – Endbericht – Witten/Enschede August 2000, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung. 31-43 [Auf folgender Adresse ist ein Hinweis auf diese Arbeit zu finden] ([http://www.rehaforschung-nrw.de/forsch\\_proj/eigene\\_proj.php](http://www.rehaforschung-nrw.de/forsch_proj/eigene_proj.php)) Stand: 16.07.2009

- [80] Sonntag, W. Ein Ombudsmann für Patienten. Die Zeit. 15 (1974) 61
- [81] South of England Advocacy Projects (2009) Making a Complaint  
(<http://www.seap.org.uk/icas/makingcompl.html>) Stand: 08.02.2009
- [82] South of England Advocacy Projects (2009) Mental Health Advocacy Service  
(<http://www.seap.org.uk/mentalhealth/index.html>) Stand: 16.07.2009
- [83] South of England Advocacy Projects (2009) What is ICAS?  
(<http://www.seap.org.uk/icas/>) Stand: 07.02.2009
- [84] South of England Advocacy Projects Berkshire (2009) What is an Advocat?  
(<http://www.seap.org.uk/pdfs/mhaberkshire.pdf>) Stand: 16.07.2009
- [85] Stadt Herne. Der Bürgerbeauftragte  
([http://www.herne.de/kommunen/herne/ttw.nsf/id/DE\\_Der\\_Buergerbeauftragte](http://www.herne.de/kommunen/herne/ttw.nsf/id/DE_Der_Buergerbeauftragte)) Stand:  
16.03.2009
- [86] Stadt Mannheim (2006) Bürgerbüro. Die Bürgerbeauftragte  
(<http://www.mannheim.de/io2/browse/webseiten/buergerservice/buergerbuero>)Stand:  
16.03.2009
- [87] Stichting PVP (2006) Cliëntwaardering  
(<http://www.pvp.nl/html/clienttevredenheid-2006.htm>) Stand: 15.07.2009
- [88] Stichting PVP (2007) Jaarverslag 2007  
(<http://www.pvp.nl/html/jaarverslag-2007.htm>) Stand: 02.02.2009
- [89] Stichting PVP. Vertrouwenspersonen in de zorg. Geschiedenis van de Stichting PVP  
(<http://www.pvp.nl/html/geschiedenis.htm>) Stand: 15.07.2009
- [90] Übele, G. (2008) Abschlussbericht des Projektes „Förderstelle für unabhängige  
Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale  
Psychiatrie  
(<http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download/Abschlussbericht.pdf>) Stand:  
15.07.2009
- [91] Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (2009) Evaluierung des  
Modellprojektes  
(<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/index.php?id=132>) Stand: 30.03.2009
- [92] Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (2009) Informationsfaltblatt  
([http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/downloads/  
UPD\\_Flyer.pdf](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/downloads/UPD_Flyer.pdf)) Stand: 08.04.2009
- [93] Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (2009) Leitbild  
([http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/dokumente/  
Leitbild\\_080828\\_formatiert.pdf](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/dokumente/Leitbild_080828_formatiert.pdf)) Stand: 14.04.2009

- [94] VertretungsNetz: Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung. Patientenanwaltschaft  
(<http://www.vsp.at/index.php?id=3>) Stand: 15.07.2009
- [95] VertretungsNetz: Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung. Kontakt  
(<http://www.vsp.at/index.php?id=29>) Stand: 15.07.2009
- [96] Weber, M. (2007) 15 Jahre Ombudsmann der Privaten Banken. Tätigkeitsbericht 2006  
([http://www.bankenverband.de/pic/artikelpic/072007/br0707\\_om\\_bericht2006.pdf](http://www.bankenverband.de/pic/artikelpic/072007/br0707_om_bericht2006.pdf))  
Stand: 19.03.2009
- [97] Zentrum für Qualität in der Medizin (2008) Über uns  
(<http://www.aeqz.de/aezq/uber>) Stand: 27.05.2009