



**ÄRZTEKAMMER BERLIN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

## **„Empfehlungen für eine zeitgemäße, sektorenübergreifende Patientenversorgung in Berlin“**

**Konsenspapier des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin und von Vertretern der Liste „Allianz Berliner Ärzte“ sowie Mitgliedern der Delegiertenversammlung (Stand: 06.06.2018)**

### **Vorbemerkung:**

Die demographische Entwicklung der wachsenden Stadt Berlin und der medizinische Fortschritt machen es notwendig, die sektorenübergreifende Patientenversorgung zu verbessern. Hierzu haben der Krankenhausausschuss der Ärztekammer Berlin mit Vertretern und der Liste „Allianz Berliner Ärzte“ sowie Mitgliedern der Delegiertenversammlung auf sechs Themenfeldern Empfehlungen mit dem Ziel erarbeitet, die Diskussion in den Gremien der Berliner Ärztekammer und der Ärzteschaft voranzutreiben.

Besondere Bedeutung kommt dabei der ärztlichen Kommunikation zwischen den Sektoren zu. Die Digitalisierung der Kommunikation kann den Informationsaustausch beschleunigen, dabei helfen, Informationsverluste zu vermeiden und sogar neue diagnostische und therapeutische Konzepte ermöglichen. Hierbei müssen auch die Gefahren einer solchen Digitalisierung, wie Datenmissbrauch, Überinformation und Beeinflussung des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie eine Erweiterung der Datennutzung zum möglichen Schaden des Patienten vermieden werden. Der fortschreitenden Digitalisierung muss Rechnung getragen werden, indem diese durch die Ärzteschaft intensiv begleitet wird.

Auch wenn im Fokus dieser Empfehlungen die sektorenübergreifende ärztliche Zusammenarbeit steht, ist für eine gute Patientenversorgung die Einbeziehung des Patienten in Abläufe und Entscheidungen unerlässlich. Dies umfasst auch eine suffiziente Patientenschulung, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Gesundheitsversorgung positiv zu beeinflussen.

## **Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen**

**BS<sup>1</sup>: Das Gesundheitswesen als System der öffentlichen Daseinsvorsorge muss ausfinanziert sein. Unter den Vorgaben des SGB V können nicht alle Erwartungen erfüllt werden, das SGB V muss dazu angepasst werden.**

QDS<sup>2</sup>: Um zukünftig eine Verknüpfung der Sektoren im Sinne einer integrierten Versorgung zu erreichen, sollte das Vergütungssystem sektorenübergreifend sein. Dies ist durch Modellvorhaben zu erproben.

**BS: Die KV Berlin hat den Sicherstellungsauftrag und muss diesen erfüllen. Dieser wird sachgerecht zwischen ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung aufgeteilt. Im Rahmen der Notfallversorgung müssen die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Krankenhausträger konstruktiv zusammenarbeiten.**

**BS: Die Vergütungsstrukturen in der Notfallversorgung müssen neu geordnet werden und am Bedarf orientiert sein.**

QDS: Es sollte die Finanzierung des Gesundheitswesens dahingehend geprüft werden, ob es im Rahmen der Notfallversorgung einer eigenen Finanzierung der Rettungsstellen (direkt von den Krankenkassen und nicht durch die KV) bedarf.

**BS: Das DRG und EBM System konterkarieren die Bedürfnisse einer guten sektorenübergreifenden Versorgung. Es muss daher sichergestellt werden, dass die Modelle, die Kosten für Zeit und Infrastruktur, die zu einer funktionierenden intersektoralen Verknüpfung notwendig sind, sowohl im DRG- als auch EBM/GOÄ-System ausreichend finanziert sind. Im ersten Schritt muss eine ausreichende Finanzierung der Kosten für Zeit und Infrastruktur gewährleistet werden, die zu einer funktionierenden intersektoralen Verknüpfung notwendig sind. Sollten sich Modelle zum Überwinden der Sektorengrenzen bewähren, sind diese vorzuziehen.**

**BS: Die Verteilung der Vertragsarztsitze (Haus- und Fachärzte) erfolgt bedarfsorientiert. Dazu gibt es einen Letter of Intent der KV Berlin mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Eine Clusterbildung in großen BAG's oder MVZ, z.B. an Krankenhäusern, führt zum Abzug von Vertragsarztsitzen in der Fläche. Ein Abzug von Hausarztsitzen für Facharztmedizin in MVZ und BAG's verschlechtert die hausärztliche Versorgung.**

---

<sup>1</sup> BS = basic standard. Hierbei handelt es sich um Mindeststandards.

<sup>2</sup> QDS = quality development standard. Diese werden als Qualitätsentwicklungsstandards verstanden.

**BS: Eine gleichmäßige Verteilung der Notfallkrankenhäuser sowie Krankenhäuser der Maximalversorgung bzw. Notfallzentren muss im gesamten Stadtgebiet gegeben sein. Dies entspricht der derzeitigen Versorgungslandschaft im stationären Bereich und stellt auch für die Zukunft erhebliche Anforderungen aufgrund der demographischen Entwicklung Berlins dar.**

**Es ist zu fordern, dass eine Grundversorgung durch die Notfallkrankenhäuser mit Verlegungsoption zu den Krankenhäusern der Maximalversorgung bzw. Notfallzentren vorhanden sein muss. Im vertragsärztlichen Sektor wird durch die Ansätze im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen und durch den LOI der KV Berlin mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung einer Unterversorgung entgegengesteuert. Hierzu ist eine aktuelle Bedarfsplanung aufgrund aktueller demographischer Daten erforderlich.**

**BS: Finanzielle Fehlanreize müssen in beiden Sektoren reduziert werden.**

**Beispielhaft seien hierzu in Berlin im ambulanten Sektor die Clusterbildung von Vertragsarztsitzen an einem wirtschaftlich interessanteren Ort genannt. Im stationären Sektor zählt hierzu die Vermeidung von multimorbiden Patienten und die bevorzugte Auswahl möglichst gesunder Patienten für interventionelle und operative Eingriffe, um die Erlöse zu steigern. Hierzu muss die Untervergütung komplexer Krankheitsbilder über beide Sektoren aufgehoben werden.**

**BS: Der ärztliche Bereitschaftsdienst muss besser mit den angebotenen Sprechstunden in der ärztlichen Versorgung abgestimmt werden. Seine Strukturen mit der langjährig bekannten Rufnummer 310031 wie auch die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117 müssen den Patienten umfassend vermittelt werden.**

**QDS: Eine hausarztzentrierte Versorgung nach Paragraf 73b SGB V und eine Facharzt Kooperation nach Paragraf §140 SGB V (früher 73c) kann, wie das Beispiel Baden-Württemberg zeigt, die Inanspruchnahme von Erster Hilfe - und Rettungsstellen vermindern. Generell sollen Patienten besser über die vorhandenen und angebotenen Strukturen im Gesundheitswesen informiert werden.**

**QDS: Modellprojekte zur Entwicklung moderner Versorgungsformen wie z. B. Qualitätszirkel, digitale Schnittstellen sollen gefördert werden.**

**BS: Eine Patientenschulung durch die niedergelassenen Ärzte muss auch entsprechend honoriert werden.**

**Durch diese Schulung sollen Erkrankungen verhindert oder vermindert werden und der Patient an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden.**

**BS:** Die KV Berlin stellt sicher, dass an allen Wochentagen zwischen 7 und 19 Uhr umfangreich Sprechzeiten angeboten werden. Die KV Berlin wird gewährleisten, dass das Angebot mit dem ÄBD abgestimmt und der Bevölkerung, u.a. mit Hilfe moderner Kommunikationsmittel vermittelt wird.

**BS:** Die Inhalte des Arbeitszeitgesetzes müssen zur Gewährleistung der Patientensicherheit auch für den ambulanten Sektor gelten, um die notwendige Qualität sicherzustellen.

Hierbei ist insbesondere zu prüfen, wie Nachtdienste im Rahmen des kassenärztlichen Not- und Bereitschaftsdienstes und Praxisöffnungszeiten im ambulanten Sektor unter diesem Aspekt zu vereinbaren und zu organisieren sind.

Dadurch wird der Bedarf an Vertragsarztsitzen entscheidend ansteigen.

**BS:** Die Patientensteuerung muss sich ausschließlich an medizinischen Erfordernissen orientieren. Die Prämisse ambulanter vor stationärer Behandlung soll dabei weiterhin gelten.

**QDS:** Vor definitiver Festlegung dieser Kriterien in den entsprechenden Gremien sollten diese in sektorenübergreifenden ärztlichen Pilotprojekten evaluiert werden.

**BS:** Die sachorientierte Zusammenarbeit zwischen den Organen der Selbstverwaltung muss von allen Akteuren gefördert und verbessert werden.

**BS:** Wenn in der Zukunft Telemedizin und Delegation ärztlicher Aufgaben zunehmend notwendig und damit auch Realität werden, muss zuvor definiert werden, nach welchen Kriterien diese erfolgen sollen. Nicht vergessen werden darf, dass solche Konzepte dazu dienen, den Herausforderungen unseres Gesundheitswesens zu begegnen, und oftmals einen bestehenden Mangel ausgleichen sollen. Das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein hohes Gut, welches nicht durch solche Systeme oder nicht-akademische Assistenzberufe ersetzt werden kann. Es ist auch in Zukunft unverzichtbar.

**BS:** Die Ärztekammer Berlin wird mit den entsprechenden Landesärztekammern, die über modellhafte Kooperationen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verfügen, einen regen Erfahrungsaustausch führen.

## **Strukturen der sektorübergreifenden Versorgung**

**BS:** Die im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes notwendige prästationäre Diagnostik soll je nach Krankheitsbild und individueller Situation des Patienten sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich durchführbar sein.

**Die dafür notwendige Finanzierung muss von den Kostenträgern sichergestellt sein, Kosten für Doppeluntersuchungen sind zu vermeiden.**

**Die Einführung des „Antikorruptionsgesetzes“ (§299 StGB) hat zu einer Verunsicherung geführt, in deren Folge 2016 viele bereits bestehende Kooperationen unnötigerweise beendet wurden. Es müssen gesetzeskonforme Kooperationen wieder aufgenommen bzw. neu entwickelt werden, so dass z. B. die nur im DRG-System vorgesehene prästationäre Diagnostik auch wieder im ambulanten Bereich erbracht werden kann.**

## **Organisation der sektorenübergreifenden Patientenversorgung**

**BS: Der Facharzt muss gemäß EBM für jeden Patienten Befundberichte erstellen und an den Hausarzt oder Zuweiser senden. Nach Möglichkeit kann er den Patienten die erhobenen Befunde auch sofort aushändigen.**

**Dies dient neben der Patienteninformation dazu, doppelte Diagnostik zu vermeiden und die Therapiesicherheit zu erhöhen. Datenschutzregelungen müssen angepasst werden, um eine Befundübermittlung nicht zu behindern.**

**QDS: Die Patienten sollten die entsprechenden Unterlagen den weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung stellen können.**

**QDS: Haus- und Fachärzte sollten dezentrale digitale Schnittstellen nutzen, um sich nach entsprechendem Einverständnis des Patienten erhobene Befunde gegenseitig zur Verfügung zu stellen. Obwohl auch die dezentrale digitale Patientenakte Nachteile hat, ist eine zentrale digitale Speicherung von Patientendaten aus Datenschutzgründen abzulehnen. Die Datenhoheit muss beim Patienten liegen. Auch hierfür müssen Datenschutzregelungen angepasst werden.**

**BS: Kliniken sollen Sprechstundenstrukturen vorhalten, in denen sie mit Patienten nach deren Entlassung eingegangene wichtige Befunde, z. B. auffällige histopathologische Befunde, besprechen können. Die poststationäre Nachsorge muss auf Praktikabilität überprüft werden und vorhandene Fallstricke beseitigt werden. Es müssen standardisierte Prozesse zur Befundübermittlung an den Patienten und weiterbehandelnden Arzt definiert sein. Befunde, die nach der Entlassung eingehen, z. B. auffällige histopathologische Befunde, müssen umgehend dem betreuenden Vertragsarzt mitgeteilt werden, damit er die Befunde und die weitere Therapie mit dem Patienten besprechen kann.**

**BS: Ambulante und stationäre Patientenkontakte können dafür genutzt werden, mit den Patienten und ggf. Angehörigen über die Notwendigkeit einer Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht zu sprechen und die Einrichtung einer selben anzuregen.**

**BS: Primär sollen ambulante, aber auch stationäre Patientenkontakte dafür genutzt werden, mit den Patienten und ggf. Angehörigen über Gegebenheiten der häuslichen Versorgung zu sprechen und ggf. die Verbesserung derselben zu veranlassen. Pflegestützpunkte sind rechtzeitig einzubinden.**

QDS: Pflegeheime sollen eine hausärztliche Rufbereitschaft nutzen können, um eine adäquate und differenzierte Behandlung und die Einhaltung des in einer Patientenverfügung festgelegten Behandlungskonzeptes (z.B. vom Patienten nicht gewünschte Eskalation der Therapie oder Krankenhausvorstellung bei fortgeschrittenem Krankheitsbild) zu gewährleisten und die Indikation einer Krankenhauseinweisung zurückhaltend zu stellen, um damit unnötige und für den Patienten belastende Behandlungen im Krankenhaus zu vermeiden. (siehe Berliner Projekt A- und B – Heime, seit Jahren bewährt).

**BS: Pflegeheime müssen, wenn nötig auf eine spezialpflegerische Betreuung zurückgreifen können, um Krankenhauseinweisungen, die aufgrund von Pflegeproblemen entstehen, zu vermeiden. Solche Pflegeprobleme dürfen auch nicht durch Mangel im Bereich der Grundpflege im Rahmen des allgemeinen Pflegenotstands entstehen.**

**BS: Praxen sollen auch während einer Praxisschließzeit sowie Krankenhäuser außerhalb der Kernarbeitszeit sicherstellen, dass der Zugang zu wichtigen medizinischen Befunden zeitnah möglich ist und sie diese Zugangswege zuvor klar kommuniziert haben.**

## **Qualitäts- und Risikomanagement**

**BS: Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte sind aufgefordert, zumindest in einem intersektoralen Projekt mitzuarbeiten. Als Beispiel seien gemeinsame Qualitätszirkel oder Fallbesprechungen genannt. Hierbei sollen auch die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologie genutzt werden. In solche Qualitätszirkel kann auch die Meinung von Patienten oder Patientenvertretern insbesondere zu strukturellen Verbesserungsmöglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgung integriert werden.**

**BS: Die Möglichkeit zur Evaluation der Patientenversorgung muss in beiden Sektoren kontinuierlich vorgehalten werden. Zur Durchführung müssen öffentliche Mittel zur Verfügung stehen.**

QDS: Im Rahmen des Qualitätsmanagements sollte künftig die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und einweisenden Ärzten überprüft und verbessert werden. Hierzu sollten Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten gefordert werden, welche die Rechtssicherheit im Hinblick auf den § 299 StGB gewährleisten.

**BS:** Es sollten weiterhin gemeinsame zertifizierte Fortbildungen stattfinden, die zu einem Fachthema sowohl ambulante als auch stationäre Spezifika und Aspekte der intersektoralen Zusammenarbeit berücksichtigen.

**BS:** Zur Sicherstellung der intersektoralen Versorgungsqualität sollen Ärzte weiterhin an Fortbildungen teilnehmen, die überwiegend dem eigenen fachlichen Spektrum entsprechen und einem inhaltlich strukturierten Gesamtkonzept folgen. Beispielhaft hierfür sind im ambulanten Bereich die verpflichtenden Fortbildungsnachweise für die Abrechnung der Disease-Management-Programme. Im stationären Bereich sind Beispiel hierfür die Zertifizierungsnachweise der Fachgesellschaften.

**BS:** Vor dem Gebot der Inklusion braucht es zusätzliche Strukturen, die besonders hilfsbedürftige Patienten dabei unterstützen, sektorenübergreifend eine gute Gesundheitsversorgung zu erhalten. Diese Strukturen müssen ambulant wie stationär und ohne zeitliche Einschränkungen zugänglich sein. Sie umfassen unter anderem fest angestellte Dolmetscher für Patienten mit Sprachbarrieren oder gehörlose Patienten sowie einen erweiterten Begleitservice für Patienten mit kognitiven Einschränkungen oder Sehbehinderung. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, dies im SGB V aufzunehmen und zusätzliche öffentliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Auch im ambulanten Sektor muss ein Sozialdienst etabliert werden, der von allen Patienten genutzt werden kann.

**BS:** Im Sinne eines guten Risikomanagements dürfen die Wirkstoffe der vorbestehenden Medikation beim Übergang zwischen den Sektoren nicht aus pekuniären oder organisatorischen Gründen geändert werden.

Die nach Entlassung fortzuführende Medikation muss in jedem Fall durch das entlassende Krankenhaus bzw. den entlassenden Arzt sichergestellt sein, auch z.B. bei Entlassung direkt vor einem Wochenende oder gesetzlichen Feiertag wie auch umgekehrt das Krankenhaus dafür Sorge zu tragen hat, dass die ambulante Medikation bei Aufnahme stationär fortgeführt werden kann. Die nach Entlassung fortgeführte Medikation darf nicht zulasten des Budgets des niedergelassenen Arztes gehen. Auf die Notwendigkeit einer Kostenübernahme der off-label Therapie im ambulanten Sektor muss in diesem Zusammenhang hingewiesen werden.

**QDS:** In den ersten drei Tagen eines stationären Aufenthaltes sollte der Patient — entgegen aktuell geltender Gesetzgebung - unter Aufsicht durch das Pflegepersonal seine Eigenmedikation nach vorheriger ärztlicher Indikationsprüfung in begründeten Einzelfällen weiterhin einnehmen dürfen.

**BS:** Die gesetzlichen Maßnahmen des Entlassungsmanagements sind umzusetzen.

## **Kommunikation zwischen den Sektoren**

**BS: Klinik und Praxen müssen sich gegenseitig eine verlässliche und direkte Telefonnummer bekannt geben, um die Arzt-Arzt-Kommunikation zu verbessern.**

**BS: Jede Praxis und jedes Krankenhaus soll über ausreichende Telekommunikationstechnologien verfügen, um Befunde umgehend übermitteln zu können.**

QDS: Es sollte im Sinne des Patienten angestrebt werden, dass während des Krankenhausaufenthaltes so lange wie möglich der gleiche Arzt einen Patienten betreut. Dies gilt analog auch für MVZ-Strukturen im ambulanten Bereich.

QDS: Verbindliche fachbezogene Personalanhaltszahlen sind im stationären Sektor sowohl in der pflegerischen als auch der ärztlichen Versorgung zu fordern und zur Sicherstellung der Versorgungsqualität unerlässlich.

QDS: Eine fachspezifische elektive Patientenaufnahme darf nicht zu Lasten der Funktionsfähigkeit der Notfallversorgung erfolgen.

QDS: Kliniken und Praxen sollten praktikable dezentrale digitale Schnittstellen nutzen, um sich nach entsprechendem Einverständnis des Patienten, erhobene Befunde gegenseitig zur Verfügung zu stellen. Der Datenschutzbeauftragte der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung wird beauftragt, die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Befundübermittlung zu schaffen.

**BS: Die Praxen sollen bei Krankenhauseinweisungen einen vollständig ausgefüllten Einweisungsschein mitgeben. Dieser muss u. a. alle Diagnosen, Unverträglichkeiten, erhobenen aktuellen Befunde und den Medikamentenplan umfassen.**

**Gegebenenfalls muss dieser um einen Arztbrief ergänzt werden. Die Erstellung eines Arztbriefs muss entsprechend vergütet werden. Die Krankenhäuser haben dafür zu sorgen, dass eine Kopie des Einweisungsscheins dem behandelnden Stationsarzt zur Verfügung gestellt wird.**

**BS: Grundvoraussetzung ist eine wechselseitige wertschätzende und kollegiale Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen ambulantem und stationärem Sektor.**

QDS: Eine gute sektorenübergreifende Versorgung erfordert auch eine funktionierende und wertschätzende interprofessionelle Zusammenarbeit.

QDS: Wenn Zweifel an den zu treffenden diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen bestehen sowie bei erschwerter Entscheidungsfindung des Patienten, sollte der Hausarzt bzw. einweisende Arzt in wesentliche Entscheidungsprozesse



einbezogen werden. Beispielhaft seien hierfür eine PEG-Anlage beim multimorbiden Patienten oder die Dialyseindikation beim älteren Patienten genannt.

## **Einweisungs- und Entlassmanagement**

**BS: Patienten, bei denen die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung gegeben ist, werden eingewiesen.**

**Schwerwiegend oder komplex erkrankte Patienten dürfen durch Verzögerungen im diagnostischen oder therapeutischen Prozess nicht so viel später eingewiesen werden, dass der Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflusst wird. Die grundsätzlich sinnvolle Prämisse „ambulant vor stationär“ ist kein Dogma.**

**BS: Patienten, die keine dringliche Indikation zur Krankenhausbehandlung haben, werden nicht per Notfalleinweisung eingewiesen.**

**QDS: Zur Verbesserung der elektiven Patientenaufnahme sollten die Krankenhäuser die vorgesehenen prästationären Möglichkeiten nutzen, in denen Aufnahmeplanung und notwendige Vorbereitungen erfolgen.**

**BS: Die Praxen sollten im Bedarfsfall einen Arztbrief ergänzend zur Einweisung bereitstellen, der alle notwendigen Informationen für die Krankenhausbehandlung enthält.**

**BS: Jeder Patient muss dazu angehalten werden, auch für den Fall einer notfallmäßigen Behandlung, Informationen über seine Diagnosen, die Kontaktdaten der behandelnden Ärzte und die Eigenmedikation immer bei sich zu tragen.**

**QDS: Patienten sollten durch den einweisenden Arzt realistisch auf die Möglichkeiten und Grenzen einer anstehenden Krankenhausbehandlung vorbereitet werden.**

**BS: Wenn Patienten von einem externen Honorararzt im Krankenhaus behandelt werden, muss es selbstverständlich sein, dass dieser auch während des stationären Verlaufes seine Patienten mitbetreut. Die Dokumentation dieses Honorararztes muss dem Standard des Krankenhauses entsprechen und zeitnah erfolgen.**

**QDS: Der niedergelassene oder einweisende Arzt sollte sich in Einzelfällen ermutigt sehen, seine eingewiesenen Patienten im Krankenhaus gemeinsam mit den dort behandelnden Ärzten zu visitieren. Ebenso sollte der Krankenhausarzt der Praxis für eine gemeinsame Besprechung mit einem Patienten bei komplizierten Verläufen zur Verfügung stehen, um im Krankenhaus entworfene Therapiekonzepte gemeinsam umzusetzen.**

**BS: Zu einem guten Entlassungsmanagement gehört auch die rechtzeitige Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen bzw. weiterbehandelnden Arzt, insbesondere bei in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkten Patienten.**

QDS: Diese Kontaktaufnahme sollte auch sonst zur Verbesserung der ambulanten Weiterbehandlung angestrebt werden.

**BS: Zur Entlassung muss dem Patienten eine fachärztlich validierte Epikrise ausgehändigt werden, die alle zum Entlassungszeitpunkt vorliegenden Informationen fachärztlich autorisiert wertend zusammenfasst. Epikrisen müssen so ausführlich wie nötig sein und insbesondere diskutieren, warum eine medizinische Entscheidung getroffen wurde.**

QDS: Sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Medikamentenplan soll die Indikation für die jeweilige Medikation hervorgehen.