



**Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD**

Monitor Patientenberatung | 2014

**Jahresbericht der Unabhängigen
Patientenberatung Deutschland (UPD) an
den Beauftragten der Bundesregierung für
die Belange der Patientinnen und Patienten
gemäß § 65b SGB V**

*Berichtszeitraum
01.04.2013 – 31.03.2014*

Berlin, 1. Juli 2014

**Unabhängig. Kompetent.
Qualitätsbewusst. Kostenfrei.**

Das Wichtigste zuerst

Der Monitor Patientenberatung beschreibt, zu welchen Problemen Patientinnen und Patienten Hilfe und Unterstützung bei der UPD gesucht haben. Er stützt sich auf die Auswertung von über 80.000 Beratungsgesprächen mit Patientinnen, Patienten oder deren Angehörigen. Der Bericht liefert Einblicke in die Inhalte der Beratung und beschreibt Anliegen, Sorgen und Nöte der Ratsuchenden. Dabei wird deutlich, an welchen Stellen sie auf dem Weg durch unser Gesundheitssystem auf Hindernisse und Widerstände stoßen.

Aufgabe des Monitors Patientenberatung ist es, mögliche Schwachpunkte im Gesundheitssystem zu identifizieren. Die Erlebnisse und Erfahrungen der Ratsuchenden mögen – für sich allein betrachtet – wenig über die gesundheitliche Versorgung aussagen. In Summe liefern sie jedoch Anhaltspunkte und Hinweise auf mögliche Problemlagen, die seitens der Politik und der Wissenschaft gegebenenfalls weiter verfolgt werden sollten. **Die vorgestellten Ergebnisse liefern keine statistischen Beweise und beanspruchen auch keine Repräsentativität.** Sie basieren aber auf der Idee, dass die Themen und Anliegen der Patientinnen und Patienten aus der Vielzahl der Beratungsgespräche einen Erkenntnisschatz beinhalten, der es wert ist, geborgen zu werden.

Der vorliegende Bericht ermittelt Anhaltspunkte zu möglichen Problemlagen

1. über die Häufung bestimmter Themen in der Beratung,
2. über die Beschwerden von Patientinnen und Patienten zu einzelnen Themen und Akteuren,
3. über die fachliche Einschätzung der Beraterinnen und Berater, die nach Abschluss jeder Beratung bestimmte, zuvor definierte Problemlagen dokumentieren können.

Was sind die häufigsten Themen?

Im Berichtszeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 wurden **80.008 Beratungsgespräche** anonym erfasst. Weitere 3.535 Beratungen haben die UPD-Arzneimittelberatung und die UPD-Kompetenzstelle für Zahngesundheit erbracht. Dabei geht es vor allem um leistungsrechtliche Fragen, gefolgt von Beratungen zu Patientenrechten, zu Fragen der Krankheits- und Lebensbewältigung sowie zu Geldforderungen gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Die Problemkonstellationen der Ratsuchenden betreffen rechtliche ebenso wie gesundheitlich-medizinische und psychosoziale Aspekte, wobei die **rechtlichen** Themen wie bereits im Vorjahr am häufigsten nachgefragt wurden. Hier ging es oft um Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern, also die Frage, ob und in welchem Umfang ein Anspruch zum Beispiel auf Krankengeld oder Rehabilitation besteht. Dominierendes Thema in der **psychosozialen** Beratung war die Krankheits- und Lebensbewältigung. Hierzu zählt etwa die Beratung zum Umgang mit Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie den daraus resultierenden Ängsten und Herausforderungen. Bei den **gesundheitlich-medizinischen** Themen standen Beratungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie einer Erkrankung sowie zu Nutzen und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen im Vordergrund. Besonders häufig ging es hier um Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Rückenschmerzen oder Gelenkverschleiß. Darüber hinaus spielten Fragen zu Erkrankungen der Zähne, der Augen sowie zu psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen eine wichtige Rolle.

Wo ist die Unzufriedenheit am größten?

Insgesamt äußerten die Ratsuchenden in **13.225 Beratungsgesprächen** eine Beschwerde über Akteure des Gesundheitswesens. Hinweise auf eine besonders hohe Unzufriedenheit auf Seiten der Ratsuchenden finden sich hier beim Thema Behandlungsfehler und bei Beratungen zur Wahrnehmung von Patientenrechten, bei Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld sowie beim Thema Gutachten bzw. der Eignung von Gutachtern.

Wo sehen die Berater Probleme?

Neben Beratungsinhalten können die Beraterinnen und Berater über eine einheitliche Problemlagensystematik auch eine fachliche Bewertung des jeweiligen Sachverhalts dokumentieren. In **15.625 Beratungsgesprächen** haben sie einen von 18 vorgegebenen Hinweisen auf Problemlagen erfasst: In 5.423 Fällen sind die Beraterinnen und Berater dabei zu der Einschätzung gelangt, dass die Ratsuchenden zuvor falsch oder unvollständig informiert und beraten worden waren. 4.129 Mal erfassten sie Hinweise auf Probleme, bei denen Zugangsbarrieren die Inanspruchnahme notwendiger Versorgungsangebote behinderten. Meist ging es dabei um Hinweise auf eine unberechtigte Ablehnung von Leistungen durch Leistungserbringer oder Kostenträger. Bei den Kostenträgern konzentrierten sich die dokumentierten Hinweise auf die Leistungsbereiche Krankengeld und stationäre Rehabilitation. An dritter Stelle lagen Problemlagen im Bereich der Qualität der erbrachten bzw. durchgeführten Leistung. Sie wurden im Kontext von 3.416 Beratungsgesprächen dokumentiert.

Gesamtschau: Beratungsschwerpunkte

In einer Gesamtschau der häufigsten Themen, Beschwerden und Problemlagen wurden **fünf Beratungsschwerpunkte** identifiziert. Dabei handelt es sich um Themen, die sowohl auf der Liste der häufigsten Beratungsthemen als auch bei den Beschwerden und den Problemlagen auf den vordersten Rängen rangieren.

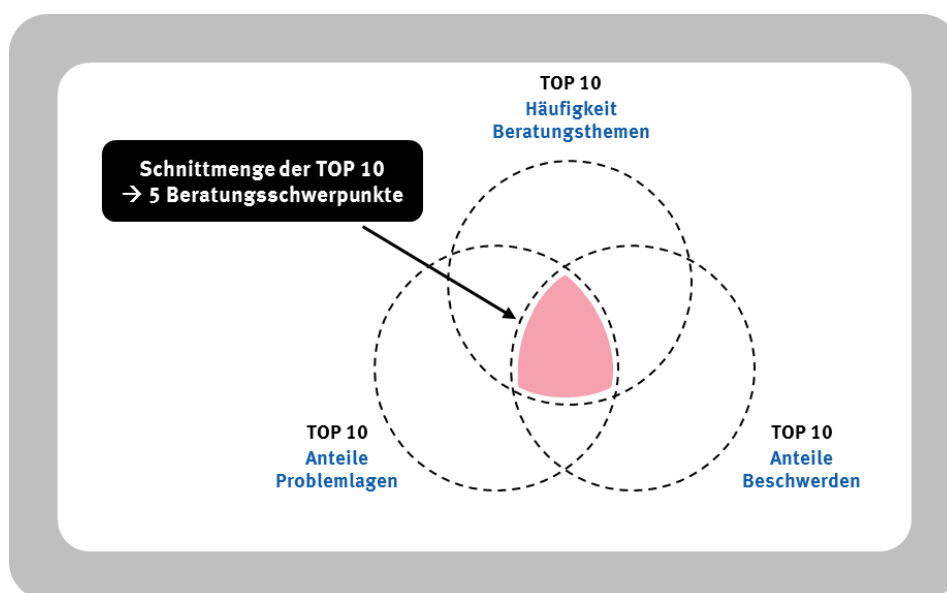


Abb. 1: Auswahl der fünf Beratungsschwerpunkte

Ausgewählt wurden schließlich jene fünf Themen, die sich in jedem der drei Bereiche auf den ersten zehn Plätzen der Rangfolge wiederfinden (TOP 10) (vgl. Abb. 1, S.3):

- **Patientenrechte**

Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen bilden mit 14.633 Beratungsgesprächen nicht nur das zweithäufigste Beratungsthema in der UPD. Der Anteil dieses Schwerpunkts hat sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum auch noch um 4,2 Prozentpunkte erhöht und weist damit die zweithöchste Steigerung unter allen Beratungsthemen auf. Neben der hohen Beratungshäufigkeit ist es der Themenbereich mit einem der höchsten Anteile an dokumentierten Beschwerden und Hinweisen auf Problemlagen. Das gilt insbesondere für die Beratungen zu Organisationspflichten (z. B. Vorhalten eines hinreichenden Personalstandes und hinreichender Sachausstattung im Krankenhaus), für die Gewährung notwendiger Behandlungen und für die Gewährleistung der Behandlungskontinuität durch Ärzte und Therapeuten. Die Beraterinnen und Berater beobachten seit Einführung des Patientenrechtgesetzes vom 26. Februar 2013 eine gestiegene Sensibilisierung der Ratsuchenden in Hinblick auf Patientenrechte. Gleichzeitig nehmen sie eine Reihe von Barrieren und Hürden bei der tatsächlichen Wahrnehmung dieser Rechte wahr.

- **Geldforderungen und Zuzahlungen**

In 10.426 Beratungsgesprächen hat die UPD zur Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen beraten. In diesem Beratungsschwerpunkt geht es um Geldforderungen, denen die Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind. In der Beratung möchten sich die Ratsuchenden häufig rückversichern, ob die Geldforderung rechtens ist. Andere wiederum können die Mittel zum Beispiel für die Krankenversicherungsbeiträge nicht aufbringen und suchen Rat in einer finanziellen Notlage. Auch nach dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden vom 1. August 2013 bleibt die finanzielle Belastung durch Beiträge zur Krankenversicherung für bestimmte Personengruppen ein wichtiges Thema in der Beratung der UPD.

Auffällig ist ein Beschwerdezuwachs seitens der Ratsuchenden im Bereich der Richtigkeit von Rechnungen. Eine gesteigerte Aufmerksamkeit verdient auch der sehr hohe Anteil an dokumentierten Beschwerden und Problemlagen zu Geldforderungen im Kontext einer Individuellen Gesundheitsleistung. Dies gilt insbesondere für die wirtschaftliche Aufklärung vor der Durchführung von Individuellen Gesundheitsleistungen und die Zulässigkeit der privaten Abrechnung von Kassenleistungen.

- **Ansprüche gegenüber Kostenträgern**

In 27.740 Beratungsgesprächen ging es um (mögliche) Ansprüche von Versicherten gegenüber den Kostenträgern des Gesundheitswesens. Leistungsrechtliche Fragestellungen sind somit der am häufigsten nachgefragte Themenbereich im Beratungsgeschehen der UPD, der gleichzeitig den größten Zuwachs gegenüber dem Vorjahr verzeichnet. Viele Beratungen dieses Schwerpunkts beschäftigten sich mit Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation. Beraterinnen und Berater berichten, dass gerade das Thema Krankengeld besonders angstbesetzt sei. Die Beraterinnen und Berater beobachten in diesem Kontext, dass sich Ratsuchende vom Krankengeld-Fallmanagement ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt fühlen. Zudem würden neue Richtlinien und Veränderungen in Leistungskatalogen und Rabattverträgen bei den Ratsuchenden zu großer Verunsicherung führen.

- **Behandlungsfehler**

In 7.132 Beratungsgesprächen hat die UPD zum Thema Behandlungsfehler beraten. Diesem Beratungsschwerpunkt werden all jene Gespräche zugeordnet, in denen ein Verdacht auf Behandlungsfehler im Raum steht. Die meisten Gespräche standen dabei im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung, gefolgt von Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Am häufigsten betrafen sie operative Therapien, konservative Therapien und Diagnosestellung. Die Beraterinnen und Berater berichten von großen Vorbehalten und Berührungspunkten auf Seiten der Ratsuchenden gegenüber den Ärztekammern und Krankenkassen. Das finanzielle Risiko eines Rechtsstreits sowie die psychische Belastung, die mit der Dauer gerichtlicher Verfahren einhergeht, würde Betroffene zudem davon abhalten, ihre Rechte tatsächlich einzufordern.

- **Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld**

In vielen Fällen gehen die Anliegen der Ratsuchenden weit über Informationsfragen hinaus. Häufig geht es in der Patientenberatung auch um Konfliktbewältigung und die psychosozialen Folgen innerhalb der jeweiligen Problemkonstellation. Vor diesem Hintergrund sind die UPD-Beratungsstellen mit vielen - vor allem regionalen - Angeboten der Sozialberatung vernetzt und verweisen Ratsuchende im Rahmen ihrer Lotsenfunktion an die zuständigen Institutionen und Unterstützungsangebote. Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld stehen mit 4.804 Beratungsgesprächen und einem Anteil von sechs Prozent an allen Beratungskontakten auf dem zehnten Platz der häufigsten Beratungsthemen. Meist ging es um den Umgang mit Konflikten, vor allem mit Ärzten und Therapeuten. Psychosoziale Unterstützung war hier besonders bei der Wahrnehmung von Patientenrechten sowie im Kontext von Behandlungsfehlern erforderlich. An zweiter Stelle standen Konflikte mit Kostenträgern, die gerade im Kontext der Beratung zu Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation erfasst wurden.

Arzneimittelberatung

Neben ihrer themen- und indikationsübergreifenden Beratung bietet die UPD auch Unterstützung speziell bei Fragen zu Arzneimitteln an. Im Berichtszeitraum verzeichnete dieses Angebot 2.877 Beratungsgespräche. Häufige Themen in der Arzneimittelberatung waren die Diagnose und Behandlung bestimmter Erkrankungen, Wechselwirkungen sowie die korrekte Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln. Dabei ging es vor allem um Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem, das Nervensystem sowie für das Verdauungssystem und den Stoffwechsel. Beschwerden der Ratsuchenden in der Arzneimittelberatung richteten sich vor allem gegen niedergelassene Ärzte im Kontext der Verordnung von Arzneimitteln.

Beraterinnen und Berater weisen darauf hin, dass bei den Ratsuchenden häufig keine leitliniengerechte Medikation erfolgt sei. Zudem mangle es an einer koordinierenden Instanz, die insbesondere die Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme mehrerer Arzneimittel überwacht. Im Rahmen der Beratungsgespräche konnten die aktuell eingenommenen Arzneimittel von 1.462 Ratsuchenden (50,8 Prozent) vollständig dokumentiert werden. Dabei wurde die Einnahme von insgesamt 8.804 Präparaten erfasst. Fast die Hälfte aller in der Erhebung berücksichtigten Patientinnen und Patienten nahm mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig ein.

Inhalt

Das Wichtigste zuerst	2
Inhalt	6
Vorbemerkung	7
1. Zu diesem Bericht	8
1.1. Berichtslogik und Leitfragen	9
1.2. Datengrundlage	12
1.3. Zur Interpretation der vorliegenden Ergebnisse	13
1.4. Vertiefende Analyse mit Hilfe qualitativer Verfahren	15
2. Das Beratungsgeschehen im Überblick	17
2.1. Häufung einzelner Beratungsthemen	17
2.2. Dokumentierte Beschwerden	19
2.3. Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen.....	21
3. Beratungsschwerpunkte	24
3.1. Patientenrechte	27
3.2. Geldforderungen und Zuzahlungen	30
3.3. Ansprüche gegenüber Kostenträgern.....	37
3.4. Behandlungsfehler	45
3.5. Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld	50
4. Spezialthema „Arzneimittelberatung“	54
4.1. Themen und Anliegen in der Arzneimittelberatung.....	55
4.2. Beschwerdeanlässe in der Arzneimittelberatung.....	59
5. Hintergrund	62
5.1. Die Kontaktdokumentation der UPD.....	62
5.2. Über die UPD	65
Literatur	67
Anlage 1 - Kontakte und Beratungsstränge nach Themen	68
Anlage 2 - Übersicht zu den vordefinierten Problemlagen	70
Impressum	72

Vorbemerkung

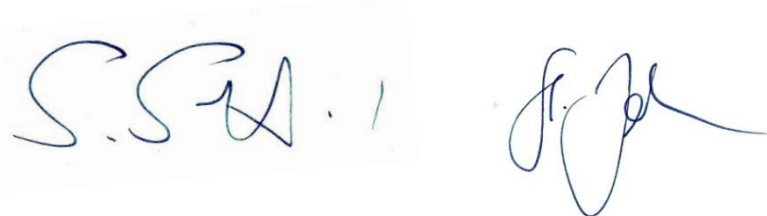
Die „Individualisierung“ ist in der Realität der gesundheitlichen Versorgung angekommen: Auch Patienten müssen sich heute für einen eigenen Weg entscheiden.

Sie müssen sich orientieren in einer wachsenden Vielfalt an Behandlungsalternativen und in einer Welt hochspezialisierter Versorgungseinrichtungen. Sie müssen zwischen Komfort- und Regelleistung wählen, finanzielle Risiken abschätzen und sich für unterschiedliche Versicherungsmodelle entscheiden. Sie müssen Akten anfordern, Gedächtnisprotokolle schreiben, Widerspruch einlegen, Rechnungen interpretieren, Bescheide deuten und Fristen beachten. All das ist gepaart mit der Sorge um die eigene Gesundheit und den Herausforderungen, die eine Erkrankung mit sich bringt. Die Metapher des „arbeitenden Patienten“ beschreibt sehr gut, was viele Menschen erleben, wenn sie in die Patientenrolle geraten.

Die 75 Beraterinnen und Berater der UPD haben innerhalb von zwölf Monaten in 80.008 Beratungsgesprächen Patientinnen und Patienten „bei der Arbeit unterstützt“: Sie haben zugehört, Situationen entwirrt, recherchiert, Informationen vermittelt, Entscheidungen unterstützt, motiviert und ermutigt. Und noch mehr: Sie haben jedes dieser Gespräche in einem eigens dafür entwickelten Dokumentationssystem anonym erfasst. Die Auswertung dieser gesammelten Informationen ermöglicht Einblicke in die Themenwelten des Beratungsalltags der UPD. Dabei wird deutlich, an welchen Stellen Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem auf Hindernisse stoßen, Konflikten ausgesetzt sind oder schlicht mit der administrativen Bewältigung ihres Patientendaseins überfordert werden.

Der Monitor Patientenberatung 2014 setzt die Beratungsgespräche der UPD wie Puzzleteile zusammen und lässt dabei ein Gesamtbild entstehen. Ein Gesamtbild, das die Nutzerperspektive in besonderer Weise berücksichtigt.

Berlin, 1. Juli 2014



Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler ist erster Geschäftsführer der UPD und zuständig für das Ressort Strategie, Verbundsteuerung und Vernetzung.

Stephanie Jahn ist zweite Geschäftsführerin der UPD und zuständig für das Ressort Organisation, Finanzen und operative Steuerung.

1. Zu diesem Bericht

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) informiert und berät seit 2006 Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Dabei erfüllt sie einen gesetzlichen Auftrag gemäß § 65b SGB V, der im Jahr 2011 im Rahmen einer Neufassung um das „Aufzeigen von Problemlagen im Gesundheitssystem“ erweitert wurde. Nach der Entwicklung und Einführung eines hierfür geeigneten Dokumentationssystems informiert die UPD den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mit dem Monitor Patientenberatung seit 2013 über Auffälligkeiten, häufige Problemkonstellationen und besonders relevante Themen in der unabhängigen Patientenberatung (vgl. UPD, 2013). Mit diesem Bericht gewährt die UPD nun zum zweiten Mal Einblicke in das Beratungsgeschehen und liefert damit Hinweise auf mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem. Der Monitor Patientenberatung wird einmal im Jahr veröffentlicht.



Innerhalb von zwölf Monaten wurden in den regionalen Beratungsstellen der UPD insgesamt **80.008 Beratungsgespräche** anonym erfasst – 4.940 Beratungen mehr als im Vorjahr.

Der vorliegende Bericht beruht auf dem Auswertungszeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014, in dem die 21 regionalen Beratungsstellen der UPD insgesamt 80.008 Beratungsgespräche dokumentiert haben.¹ Die wichtigste Grundlage für den Monitor Patientenberatung 2014 bildet die systematische Auswertung der in diesen Beratungsgesprächen behandelten Inhalte. Die Themen und Inhalte jedes einzelnen Beratungsgesprächs wurden mit einem einheitlichen Dokumentationssystem anonym erfasst.

Die differenzierte Dokumentation und Analyse der Beratungsinhalte bietet Einblicke in die Problemkonstellationen und Erfahrungen der Ratsuchenden. Der vorliegende Bericht liefert als Spiegelbild der Themen und Anliegen vor allem Anhaltspunkte für die Problemsicht aus der Nutzerperspektive. Er liefert aber keine empirischen „Beweise“ für systemimmanente Schwächen des Gesundheitssystems. **Der Monitor Patientenberatung beschreibt, zu welchen Problemstellungen Patientinnen und Patienten Hilfe und Unterstützung bei der UPD gesucht haben.** Daraus ergeben sich wertvolle Anhaltspunkte und Indizien, die durch Politik, Medien und Versorgungsforschung weiterverfolgt bzw. überprüft werden sollten. Das Berichtswesen folgt damit einem explorativen und Hypothesen generierenden Ansatz, der aus dem Beratungsgeschehen der UPD Hinweise und Anhaltspunkte zu möglichen, systemimmanenten Problemlagen ableitet.

¹ Weitere 3.535 Beratungen wurden durch die Kompetenzstellen erbracht (mehr zu den Kompetenzstellen vgl. 5.2) und z. T. gesondert erfasst (zur Auswertung der Arzneimittelberatung vgl. Kap. 4). In Summe wurden im Berichtszeitraum 83.543 Ratsuchende durch die regionalen Beratungsstellen und Kompetenzstellen des UPD-Verbundes beraten.

1.1. Berichtslogik und Leitfragen

Bei der explorativen Suche nach Hinweisen auf mögliche Problemlagen wirft Bericht immer wieder drei einfache Leitfragen auf (vgl. Abb. 1):

1. Was sind die häufigsten Themen?

Erste Hinweise auf die Relevanz der verschiedenen Themengebiete liefert die Auswertung in Hinblick auf die Häufung einzelner Beratungsthemen. Die Themenwelten der Beratung spiegeln die Nutzerperspektive in besonderer Weise wider, da sie zeigen, welche Fragen und Anliegen die Ratsuchenden besonders häufig bewegen. Die bloße Betrachtung häufig nachgefragter Themen liefert jedoch noch keine aussagekräftigen Anhaltspunkte. Sie enthält keine Informationen zu der Frage, ob ein bestimmtes Thema besonders konflikt- oder problembehaftet ist oder nicht.

2. Wo ist die Unzufriedenheit am größten?

Die von Ratsuchenden geäußerten Beschwerden liefern hier weitere Indizien: Die Beraterinnen und Berater dokumentieren eine Beschwerde immer dann, wenn Ratsuchende sich ausdrücklich beschweren oder auf Nachfrage eine explizite Beschwerde formulieren. Somit geben die Beschwerden die subjektive Wahrnehmung der Ratsuchenden wieder. Eine Konzentration von Beschwerden auf bestimmte Themenbereiche deutet auf ein hohes Maß an Unzufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten in Bezug auf das jeweilige Thema hin.

3. Wo sehen die Berater Probleme?

Bei der Dokumentation der Beratungsgespräche können die Beraterinnen und Berater neben der Erfassung von Beratungsinhalten bei Bedarf auch eine fachliche Bewertung des jeweiligen Sachverhalts vornehmen. Über eine einheitliche Problemlagensystematik wird dabei eine eigene Einschätzung abgegeben und die individuelle Beratungssituation in den Kontext einer übergreifenden Problemlage eingeordnet. Die dazu entwickelte Systematik aus 18 Problemlagen orientiert sich an den aus Nutzerperspektive wesentlichen Phasen der gesundheitlichen Versorgung und soll ein einheitliches Problemverständnis sicherstellen (Übersicht Problemlagenkatalog siehe Anlage 2, S. 70). Durch die Betrachtung der dokumentierten Problemlagen vollzieht der Bericht einen Perspektivwechsel von der Nutzersicht zur fachlichen Einschätzung der Beraterinnen und Berater.

Die Beraterperspektive

Neben der inhaltlichen Analyse der nachgefragten Beratungsthemen kann auch die **fachliche Einschätzung der Beraterinnen und Berater** wichtige Hinweise auf Problemlagen liefern. Die Beraterinnen und Berater erfassen deshalb nicht nur die Beratungsthemen. Ergänzend können sie einschätzen, ob im jeweiligen Beratungsfall eine grundsätzliche Problemlage zum Tragen kommt. Hierzu können sie aus einem Katalog von 18 vorgegebenen Problemlagen auswählen. Die individuellen Erlebnisse der Ratsuchenden werden so einer übergeordneten Problemlage zugeordnet.

Beispiel: Hinweis auf Problemlage aus der Kategorie „Information über gesundheitliche Versorgung“

„Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende falsch informiert und beraten wurde.“

Beispiel: Hinweis auf Problemlage aus der Kategorie „Zugang zur gesundheitl. Versorgung“

„Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden.“

Beispiel: Hinweis auf Problemlage aus der Kategorie „Qualität der gesundheitl. Versorgung“

„Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung.“

Beispiel: Hinweis auf Problemlage aus der Kategorie „Versicherungsschutz“

„Die Beratung ergibt, dass die geltende Rechtslage den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell überfordert.“

Übersicht Problemlagenkatalog → **Anhang 2**

Eine Problemlage muss dabei nicht zwangsläufig mit der Erfassung einer Beschwerde einhergehen. Vielmehr sind die Beschwerden Ausdruck von Unzufriedenheit der Ratsuchenden, wohingegen Problemlagen die Einordnung der Beraterinnen und Berater wiedergeben. Die einzelnen Befunde werden in diesem Bericht beschrieben, analysiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Die Analyse mündet in die Auswahl und differenzierte Betrachtung von fünf **Beratungsschwerpunkten** (vgl. Kap. 3.). Dabei werden die zahlenmäßigen Befunde durch Fallbeispiele sowie durch qualitative Ergebnisse aus Fokusgruppen und aus Interviews mit Beraterinnen und Beratern ergänzt (vgl. Kap. 3.1-3.5, zur Methodik der qualitativen Untersuchungen vgl. Kap. 1.4). Abbildung 2 veranschaulicht den Ansatz des vorliegenden Berichts und geht dabei auf den oben beschriebenen Dreischritt ein.

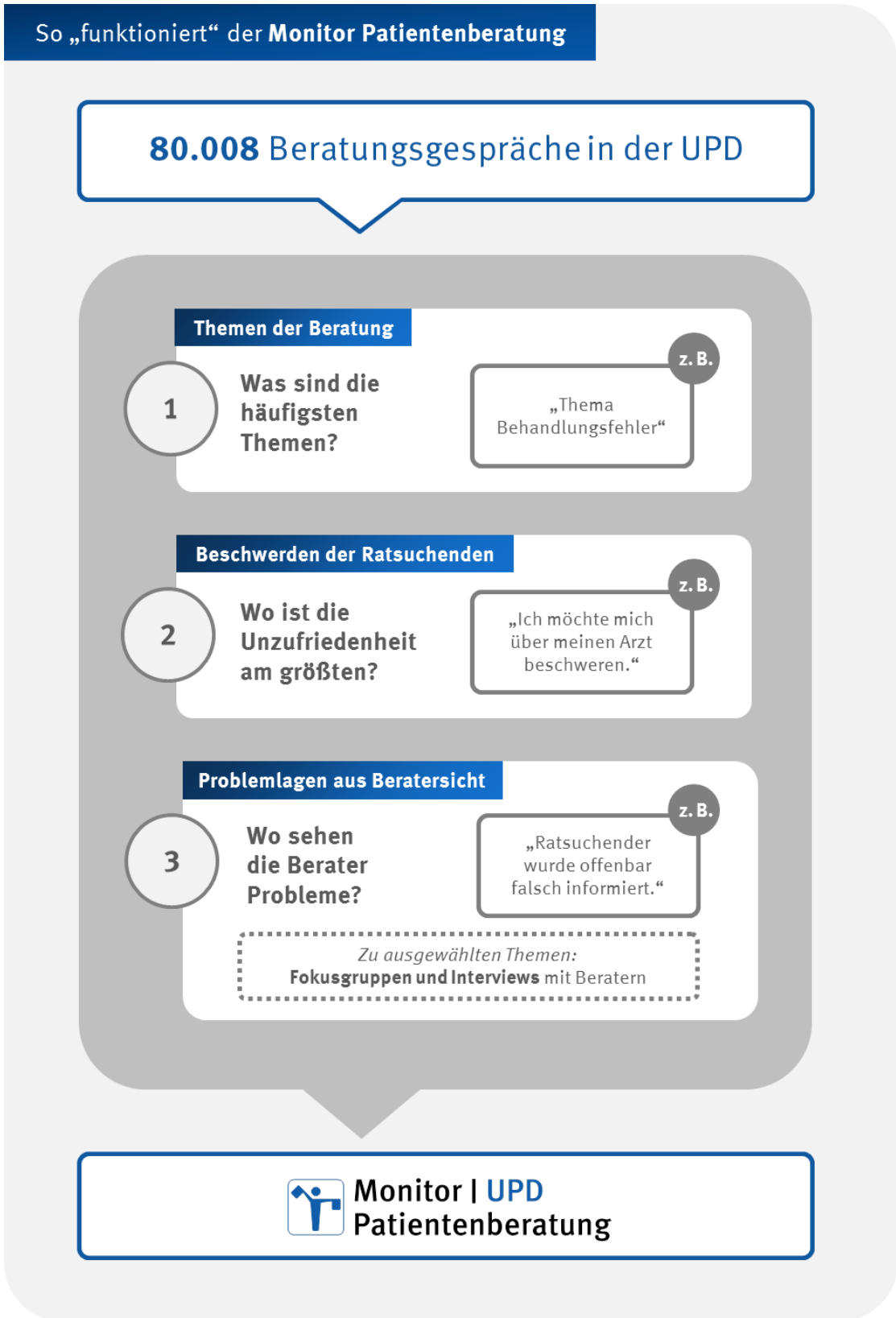
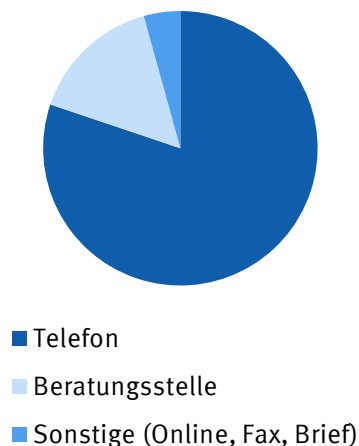


Abb. 2: Schematische Darstellung der Berichtslogik

Fakten & Hintergründe | Beratungssetting



Patienten können sich auf der Suche nach Information und Beratung auf verschiedenen Wegen an die UPD wenden. Dabei nimmt das Telefon den wichtigsten Stellenwert ein: Von den insgesamt 80.008 dokumentierten Beratungsgesprächen im Berichtsjahr erfolgten **64.142 Kontakte telefonisch**. In **12.427 Fällen** wählten die Ratsuchenden die **Beratung vor Ort** in einer der 21 regionalen Beratungsstellen des UPD-Verbundes. Die weiteren Beratungswege (Fax, Brief, Online-Beratung) wurden mit 3.438 Kontakten deutlich seltener genutzt (die Online-Beratung war wegen technischer Anpassungen im Jahr 2013 nur zeitweise verfügbar).

Die Beratung folgt einem einheitlichen Prozess. Während einige Ratsuchende sich mit einfach und direkt zu beantwortenden Fragen an die UPD wenden, hat die Mehrzahl der Ratsuchenden **komplexe Anliegen**, die zunächst geklärt werden müssen, um dann gemeinsam mit den Ratsuchenden Handlungs- oder Lösungsoptionen für die konkrete Situation zu entwickeln. Ein durchschnittliches Beratungsgespräch dauerte im Berichtsjahr **knapp 20 Minuten**, wobei die Dauer je nach Thema und Komplexität des Anliegens deutlich variierte. Alle Beratungsstellen sind mit Patientinnenberaterinnen und Patientenberatern der **Kompetenzfelder Gesundheit und Medizin, Gesundheitsrecht und Psychosoziales** interdisziplinär besetzt. Die Beraterinnen und Berater verfügen allesamt über einen für ihr Kompetenzfeld einschlägigen Hochschulabschluss. Die Berufsgruppen teilen sich auf die Bereiche Medizin oder Public Health (45 Prozent), Rechtswissenschaften (28 Prozent) sowie Erziehungswissenschaften und soziale Arbeit (27 Prozent) auf.

1.2. Datengrundlage

Die wichtigste Datengrundlage dieses Berichts liefert die Kontaktdokumentation der 21 regionalen Beratungsstellen der UPD im Beratungszeitraum vom 1. April 2013 bis 31. März 2014. Ergänzt wurde die ganzjährige Datenerhebung durch zeitlich befristete Zusatzerhebungen zum Erwerbsstatus der Ratsuchenden (vom 01.10.2013 bis 15.11.2013) sowie zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (vom 01.10.2013 bis 31.03.2014) (vgl. Kap. 3.2). Zudem sei darauf verwiesen, dass Kapitel 4 auf einer abweichenden Datenbasis beruht: Da die auf das Thema Arzneimittel spezialisierte Beratung eigene inhaltliche Anforderungen an die Dokumentation der Beratungsgespräche stellt, verwendet die Arzneimittelberatung der UPD ein separates Dokumentationssystem, dessen Ergebnisse die Datengrundlage für Kapitel 4 bilden.

Die Ratsuchenden der UPD

Im genannten Zeitraum wurden insgesamt 80.008 Kontakte durch die regionalen Beratungsstellen der UPD dokumentiert. Rund 60 Prozent der Ratsuchenden sind weiblich, das Durchschnittsalter beträgt rund 55 Jahre. 83,7 Prozent geben an, gesetzlich krankenversichert zu sein, während 9,1 Prozent privat versichert bzw. beihilfeberechtigt sind. Die übrigen 7,3 Prozent machen keine Angaben bzw. geben an, bei keiner Krankenversicherung gemeldet zu sein. Tabelle 1 liefert differenzierte Informationen zum Erwerbsstatus der Ratsuchenden. Demnach sind knapp ein Drittel der Ratsuchenden Rentner bzw. Pensionäre. Weitere 18,7 Prozent geben an, arbeitslos oder erwerbsgemindert zu sein.

Erwerbsstatus	Kontakte	Anteil an allen Kontakten
Gesamt*	10.158	100,0 %
Rentner/in, Pensionär/in	3.052	30,1 %
Arbeitnehmer/in	2.643	26,0 %
Keine Angabe	1.188	11,7 %
Arbeitslos	1.055	10,4 %
Erwerbsgemindert	838	8,3 %
Selbstständige/r	612	6,0 %
Azubi, Schüler/in, Student/in, Kind	422	4,2 %
Beamte/r	108	1,1 %

Tab. 1: Erwerbsstatus der Ratsuchenden

* Zeitlich begrenzte Zusatzerhebung in der Zeit vom 1.10. bis zum 15.11.2013

1.3. Zur Interpretation der vorliegenden Ergebnisse

Die vorliegenden Befunde sind trotz der vergleichsweise großen Stichprobe **nicht repräsentativ** für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Die soziodemografischen Merkmale der Ratsuchenden der UPD stimmen nicht mit denen der Gesamtbevölkerung überein. Sie sind auch nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Die vorgestellte Auswertung der UPD-Beratungsdokumentation liefert somit keine repräsentativen zahlenmäßigen Nachweise für einzelne Problemlagen im Gesundheitssystem. Dies wird noch deutlicher, wenn die gesamte Beratungsleistung der UPD mit anderen Größen ins Verhältnis gesetzt wird. So stehen den jährlich rund 80.000 Beratungsgesprächen der UPD allein im ambulanten Sektor 672 Millionen Behandlungsfälle gegenüber (Grobe et al., 2014). Die Ratsuchenden der UPD repräsentieren also nur einen begrenzten Ausschnitt der Versorgungsrealität.

Neben dem Aspekt der Repräsentativität sind bei der Interpretation der vorgestellten Ergebnisse weitere methodische Restriktionen zu beachten, die im Folgenden näher ausgeführt werden:

- **Darstellung der zeitlichen Entwicklung**

Das für den Monitor Patientenberatung eingesetzte Dokumentationssystem der UPD wurde am 1. April 2012 in Betrieb genommen. Für den vorliegenden Bericht kann somit auf zwei Jahre Dokumentationserfahrung zurückgegriffen werden. Eine Vergleichbarkeit ist jedoch nur mit eingeschränkter Aussagekraft möglich so dass es unter Umständen zu Fehlinterpretationen kommen kann. Mit dem neuen Dokumentationssystem wurde ein vollständig neues Verfahren der Dokumentation von Beratungskontakten in einer Entwicklungszeit etabliert, die für ein Projekt dieser Größenordnung sehr kurz ist. Folglich konnte gerade im ersten Jahr noch kein routinetafer Umgang mit der neuen Kontaktdokumentation bestehen.

- **Verzerrungseffekte durch mediale Berichterstattung**

Nach der Veröffentlichung des ersten Monitors Patientenberatung im Jahr 2013 gab es zu ausgewählten Themen des Berichts eine intensive Medienberichterstattung. Die ersten 500 Beiträge, in denen auf den Monitor Patientenberatung Bezug genommen wurde, folgten direkt im Anschluss auf seine Veröffentlichung, im weiteren Verlauf stieg dann die Zahl von Medienberichten auf insgesamt rund 1.000 an. In diesem Kontext wurde immer auch darauf hingewiesen, dass die UPD zu diesen Themenbereichen (zum Beispiel Krankengeld, psychische Erkrankungen oder Zahngesundheit) Beratung anbietet. Es ist somit nicht auszuschließen, dass die Medienresonanz die Nachfrage einzelner Themen in der Folgezeit verstärkt hat.

- **Anpassungen am Dokumentationssystem**

Die für diesen Bericht eingesetzte Kontaktdokumentation wurde seit ihrer Einführung im Jahr 2012 inhaltlich und strukturell optimiert. So wurde beispielsweise das Dokumentationshandbuch (vgl. Kap. 5.1) angepasst, um Interpretationsspielräume und Varianzen in der Dokumentationspraxis zu verringern. Im Zeitverlauf stellte sich außerdem heraus, dass das vorgegebene Kategoriensystem an einigen Stellen nicht ausreichend war, um die Beratungsrealität adäquat abzubilden. Dies galt insbesondere für die psychosozialen Inhalte, die im ersten Jahr noch nicht als eigenständige Beratungsthemen dokumentiert werden konnten. Zudem wurden vor allem die hinterlegten Auswahllisten zur genauen Ausdifferenzierung der Beratungsthemen ergänzt. So wurde beispielsweise eine zusätzliche Liste mit Behandlungsfehlerarten eingeführt, die sich an der Behandlungsfehlerstatistik der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) orientiert.

Durch die beschriebenen Anpassungen hat sich die Zahl der dokumentierten Beratungsthemen pro Beratungskontakt insgesamt erhöht. Zudem hat sich durch die Erweiterung der Dokumentation die Gewichtung der einzelnen Themen teilweise verschoben. Für die neu eingeführten Themen liegen keine Vergleichswerte aus dem Vorjahr vor. Schließlich hat sich im Kontext der hohen Nachfrage auch die Zahl der dokumentierten Beratungskontakte um ca. sechs Prozent erhöht, so dass es zu Verzerrungen bei einem zeitlichen Vergleich der absoluten Kontaktzahlen kommt. Die in diesem Bericht erstmals eingeführten Veränderungsdaten sind daher nur bedingt aussagekräftig.

- **Dokumentation von Diagnosen**

Die UPD-Kontaktdokumentation lässt die Erfassung von Diagnosen² entsprechend der „International statistical Classification of Diseases and related health problems“ (ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) zu. Dies ist jedoch nur in einem Teil aller Gespräche überhaupt möglich. Die Beraterinnen und Berater stellen im Rahmen der Gespräche keine eigenen Diagnosen, so dass sie auf die Angaben der Ratsuchenden angewiesen sind. Oftmals können oder wollen Ratsuchende ihre Diagnosen nicht nennen, da noch keine Diagnose gestellt wurde oder den Ratsuchenden diese nicht bekannt ist. In anderen Fällen kennen die Ratsuchenden ihre Diagnosen, möchten sie aus persönlichen Gründen aber nicht preisgeben.

1.4. Vertiefende Analyse mit Hilfe qualitativer Verfahren

Eine ergänzende qualitative Erhebung im Rahmen der Betrachtung der fünf ausgewählten Beratungsschwerpunkte zielt darauf ab, die mit Hilfe der Beratungsdokumentation identifizierten Problemfelder näher zu beschreiben und ihren Kontext sowie Zusammenhänge zwischen Themenfeldern und Auswirkungen auf das Leben der Patientinnen und Patienten sowie typische Beratungssituationen und -gespräche zu ermitteln. Zur Datenerhebung wurden Fokusgruppen („focus-groups“) eingesetzt, da sie geeignet sind, persönliche Sichtweisen sowie Deutungs- und Handlungsmuster von mehreren Personen zugleich zu ermitteln. Auf den Erfahrungen des Vorjahres aufbauend, wurden erneut Beraterinnen und Berater der regionalen Beratungsstellen als Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer ausgewählt, da sie Außenstehenden Einblicke in die Beratungsgespräche und -situationen ermöglichen und zugleich die Nutzerperspektive wiedergeben können.

In einem ersten Schritt wurde ein Leitfaden für die Fokusgruppen entwickelt. Darin wurden Themenkomplexe und Fragen formuliert, die sich auf die fünf identifizierten Beratungsschwerpunkte konzentrieren. Gleichzeitig wurden alle Beraterinnen und Berater kontaktiert und um eine freiwillige Teilnahme an den Fokusgruppen gebeten. Die Datenerhebung fand in vier Gruppen mit insgesamt 14 Beraterinnen und Beratern an zwei unterschiedlichen Tagen statt: Die Fokusgruppen dauerten zwischen 90 und 180 Minuten. Die drei Kompetenzfelder Gesundheit/Medizin, Gesundheitsrecht und Psychosoziales wurden dabei jeweils von mindestens einem Experten vertreten.

Die Interviews folgten den für Fokusgruppen typischen Regeln (Flick, 2006; Bohnsack, 2005), d. h. die teilnehmenden Beraterinnen und Berater wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den einzelnen Themenbereichen darzulegen und diese miteinander zu diskutieren. Die Themen wurden jeweils durch eine externe Moderatorin vorgegeben. Sie griff nur ein, wenn zu sehr vom Thema abgewichen wurde, oder stellte Nachfragen zum Verständnis. Am Ende eines jeden Themenblocks bündelte die Moderatorin die Aussagen und gab den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, Aussagen zu verifizieren oder zu falsifizieren (Bohnsack, 2005).

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Beraterinnen und Berater mit einer Videokamera aufgezeichnet und im Anschluss ausführlich protokolliert und inhaltlich vertiefend strukturiert. Das Protokoll bildete die Basis für die sich anschließende Analyse, bei der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Aussagen der einzelnen Interviewpartner analysiert wurden und Schlagworte zu übergeordneten

² Aus Gründen des Datenschutzes werden jeweils nur die ersten drei Stellen erfasst.

Themen verdichtet wurden. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, die verschiedenen Dimensionen eines Themas differenziert darzustellen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte deskriptiv.

Ergänzend wurde für das Themenfeld Arzneimittelberatung ein Telefon-Interview mit zwei Beraterinnen der in Dresden ansässigen Arzneimittelberatung der UPD geführt. Es dauerte 120 Minuten und wurde im Anschluss verdichtet protokolliert. Das Material wurde auf Basis der themenbezogenen Analyse nach Meuser und Nagel (2002) analysiert. Die Darstellung der Analyseergebnisse erfolgte ebenfalls rein deskriptiv.

2. Das Beratungsgeschehen im Überblick

2.1. Häufung einzelner Beratungsthemen

Auf der Suche nach Hinweisen auf mögliche Problemlagen lassen sich durch eine Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen unter den Beratungsthemen erste Anhaltspunkte für besonders relevante Themen aus Nutzersicht ableiten. Dabei zeigt sich eine Konzentration auf eine bestimmte Anzahl von Themen im breiten Spektrum der Fragen, zu denen die UPD berät. Hier wird deutlich, dass besonders leistungsrechtliche Fragen die Beratung dominieren – gefolgt von Beratung zu Patientenrechten und Geldforderungen (vgl. Abb. 3, S. 18).

Die Problemkonstellationen der Ratsuchenden betreffen rechtliche ebenso wie gesundheitlich-medizinische und psychosoziale Aspekte, wobei die rechtlichen Themen am häufigsten nachgefragt werden³: In gut 84 Prozent aller Beratungsgespräche (67.479 Kontakte) wurde (unter anderem) zu einem rechtlichen Thema beraten. In rund 21,5 Prozent aller Beratungsgespräche (17.199 Kontakte) wurde (unter anderem) zu einem psychosozialen Thema beraten. Medizinische Themen wurden in knapp 19 Prozent aller Beratungsgespräche (14.789 Kontakte) dokumentiert.

Bei den Beratungen im **rechtlichen Bereich** ging es häufig um Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern, also die Frage, ob und in welchem Umfang ein Anspruch zum Beispiel auf Krankengeld oder Rehabilitation besteht. Mit 21.687 Beratungsgesprächen und einem Anteil von 27,1 Prozent dominiert dieses Thema das Beratungsgeschehen in der UPD (vgl. Kap. 3.3). Ebenfalls häufig waren Beratungen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen mit 14.633 Kontakten. Darin ging es zum Beispiel um das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen, das Einholen einer Zweitmeinung, die Gewährung notwendiger Behandlungen oder die Aufklärung im Vorfeld einer Behandlung. In nahezu jedem fünften Kontakt bzw. in 18,3 Prozent aller Beratungen wurde hierzu beraten (vgl. Kap. 3.1). Auch die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen war ein relevantes Thema: Hier wurden unter anderem Fragen zur Höhe der Krankenversicherungsbeiträge, zu Beitrags- und Zinsschulden, aber auch zur Richtigkeit von Rechnungen bei Individuellen Gesundheitsleistungen geklärt. In 10.426 Beratungen (13,0 Prozent) ging es um diese Themen. Schließlich ging es in 9.805 Gesprächen (12,3 Prozent) um Fragen zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bzw. um einen Versicherungs- und Kassenwechsel.

Dominierendes **Beratungsthema in der psychosozialen Beratung** war die Krankheits- und Lebensbewältigung mit 10.822 Kontakten und einem Anteil von 13,5 Prozent an allen Beratungsgesprächen. Hierzu zählt etwa die Beratung zum Umgang mit Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit und den daraus resultierenden Ängsten und Herausforderungen. In 4.804 Kontakten ging es (unter anderem) um Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld (vgl. Kap. 3.5), beispielsweise um den Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern oder Kostenträgern oder um den Umgang mit (drohender) Arbeitslosigkeit.

³ Bei der Einordnung in eines der drei Fachgebiete ist zu beachten, dass diese nicht immer trennscharf erfolgen kann. So gibt es eine Reihe von Themen, die medizinische und psychosoziale Aspekte betreffen, in der Dokumentation jedoch ausschließlich dem rechtlichen Bereich zugeordnet werden. Hierzu zählt beispielsweise die Abklärung möglicher Leistungsansprüche der Ratsuchenden, die klassischerweise auch im Kontext der sozialen Arbeit durchgeführt wird. Als weiteres Beispiel sei die Beratung zu Behandlungsfehlern erwähnt, die im Rahmen der Dokumentation ebenfalls den rechtlichen Themen zugerechnet ist. Hier finden jedoch zumeist auch Klärungen im gesundheitlich-medizinischen Bereich statt, etwa die Übersetzung von Unterlagen oder die Recherche und Beratung zu Standards und Leitlinien.

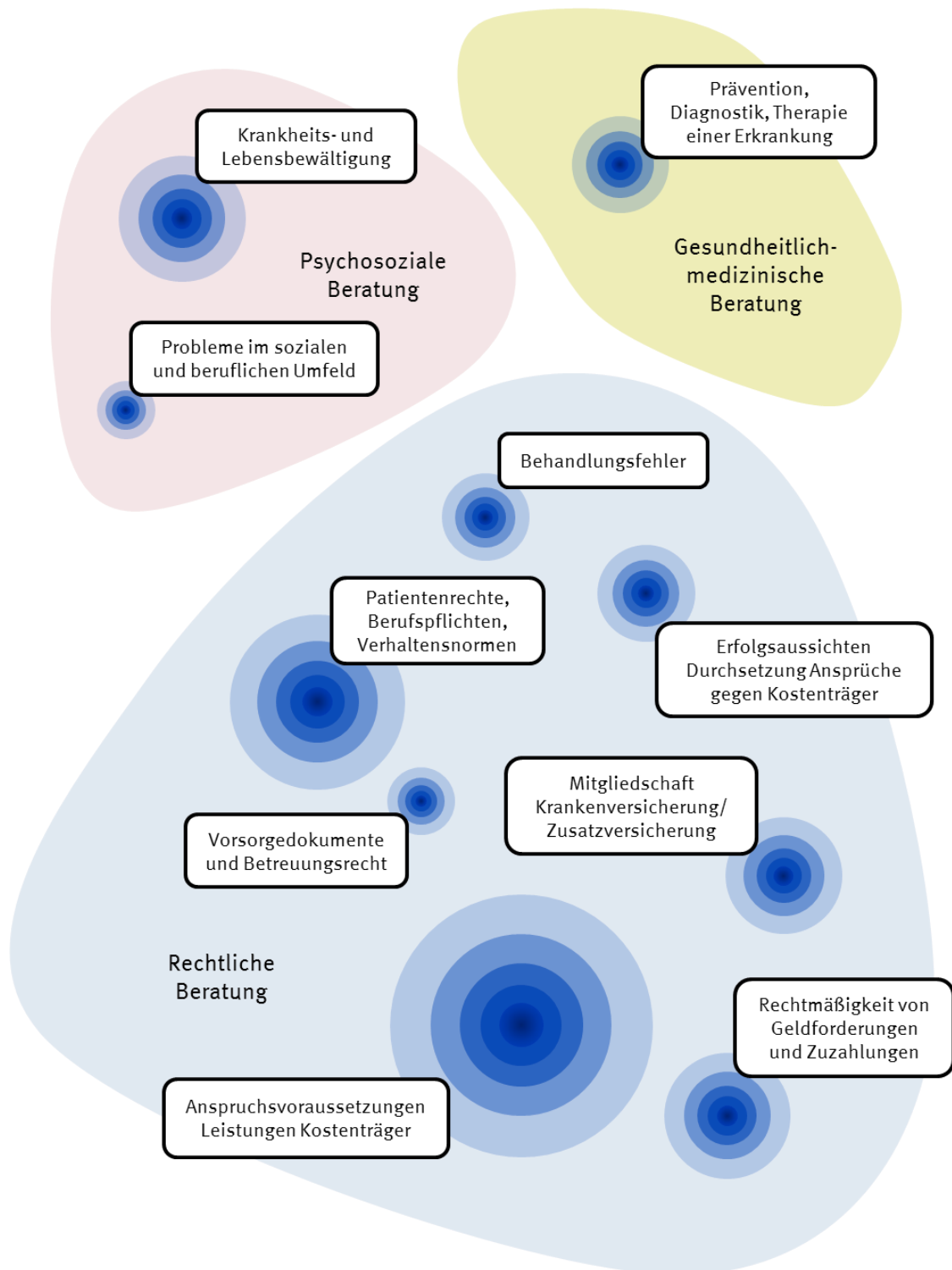


Abb. 3: Themenkarte der zehn häufigsten Beratungsthemen in der UPD

Die Größe der Kreise gibt die Beratungshäufigkeit wieder. Die Einordnung der Beratungsthemen in den rechtlichen, psychosozialen und gesundheitlich-medizinischen Bereich entspricht der Systematik der UPD-Kontaktdokumentation. In der Praxis gibt es häufig Überschneidungen und die Zuordnung kann nicht immer trennscharf erfolgen. So beinhaltet zum Beispiel die Beratung zu Behandlungsfehlern sehr häufig auch die Klärung medizinischer Fragen sowie die Bearbeitung psychosozialer Problemstellungen. Die wichtigsten Kennzahlen zu den häufigsten Themen werden in Tabelle 5 dargestellt.

Deutlich seltener, aber immerhin noch in 3.144 Kontakten (3,9 Prozent oder jedem 25. Kontakt) ging es (unter anderem) um die wirtschaftliche und soziale Absicherung der Patienten, zum Beispiel um den Umgang mit einer erschwerten wirtschaftlichen Situation oder um die Erarbeitung von Handlungsoptionen im Falle eines Versagens der sozialen Sicherungsnetze.

Bei den **gesundheitlich-medizinischen Themen** standen Beratungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie einer Erkrankung (8.196 Kontakte bzw. 10,2 Prozent) sowie zu Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen (2.328 Kontakte bzw. 2,9 Prozent) im Vordergrund. Besonders häufig handelte es sich um Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Rückenschmerzen oder Gelenkverschleiß. Darüber hinaus spielten Fragen zur Erkrankung der Zähne, der Augen sowie zu psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen eine wichtige Rolle.

2.2. Dokumentierte Beschwerden

Die im vorausgehenden Kapitel vorgestellte Häufung einzelner Beratungsthemen liefert erste Anhaltspunkte für besonders relevante Themen und Problemstellungen aus Nutzersicht. Aus einer Konzentration von Beschwerden auf bestimmte Themenbereiche lassen sich nun in einem zweiten Schritt weitere Hinweise auf ein hohes Maß an Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten in Bezug auf einzelne Themen ableiten. Die Beraterinnen und Berater dokumentieren eine Beschwerde immer dann, wenn Ratsuchende sich ausdrücklich beschweren oder auf Nachfrage eine explizite Beschwerde formulieren. Dies war im Berichtszeitraum in 13.225 Beratungsgesprächen der Fall.



Die Beraterinnen und Berater der UPD haben im Berichtszeitraum in 13.225 Gesprächen (mindestens) eine **Beschwerde** erfasst. Das entspricht einem Anteil von 16,5 Prozent – 2,3 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr.

Tabelle 2 (S. 20) zeigt, welche Beratungsthemen besonders oft mit einer Beschwerde einhergehen. Das Thema Behandlungsfehler hat demnach den höchsten Anteil an dokumentierten Beschwerden. In fast jedem dritten Kontakt zu diesem Thema wurde auch eine Beschwerde dokumentiert. Gleichzeitig ist der Anteil der Beschwerden im Kontext vermuteter Behandlungsfehler im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 4,9 Prozentpunkte gewachsen. An zweiter Stelle der Beratungsthemen mit den meisten anteiligen Beschwerden steht das Thema Patientenrechte, gefolgt von Beratungen zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld sowie zum Thema Gutachten bzw. Eignung von Gutachtern.

Rang	Beratungsthema	Anteil Beschwerden zu diesem Thema	Anzahl Kontakte mit Beschwerde
1	Behandlungsfehler	31,2 %	2.227
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	30,1 %	4.399
3	Probleme im sozialen/beruflichen Umfeld	26,2 %	1.257
4	Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	26,1 %	840
5	Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger	23,0 %	1.851
6	Allgemeines Sozialrecht	21,3 %	914
7	Schnittstellenproblematik auf Seiten der Kostenträger	20,6 %	142
8	Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen	18,4 %	1.920
9	Grundlegende verfahrensrechtliche Fragen	16,2 %	596
10	Allgemeines Versicherungsvertragsrecht ⁴	13,5 %	65

Tab. 2: Die zehn Beratungsthemen mit den höchsten Beschwerdeanteilen der Ratsuchenden
 N = 13.225 Kontakte mit (mindestens) einer Beschwerde, Mehrfachnennungen möglich

⁴ Das Beratungsthema Allgemeines Versicherungsvertragsrecht wurde erst zum 01.10.2013 in der Kontaktdokumentation eingeführt. Die Anzahl der Beschwerden gibt daher nur erfassten Beschwerden innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten an.

2.3. Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen

Nach der Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen und der Beschwerdeanteile soll nun in einem dritten Schritt der Fokus auf die fachliche Bewertung durch die Beraterinnen und Berater gelegt werden. Dabei erfolgt eine Veränderung der Perspektive von der Nutzersicht zur Einschätzung der Beraterinnen und Berater: Sie erfassen bei der Beratungsdokumentation nicht nur die Inhalte eines Gesprächs, sondern haben darüber hinaus die Möglichkeit, Beratungsfälle in einen übergeordneten Problemzusammenhang einzuordnen (vgl. Kap. 1). In 15.625 Beratungsgesprächen haben die Beraterinnen und Berater von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Dabei stellten sie unter anderem fest, dass Patientinnen und Patienten falsch oder unvollständig informiert worden waren, erfassten Hinweise auf Probleme zu Zugangsbarrieren und sammelten Hinweise auf Defizite in der Versorgungsqualität.



Die Beraterinnen und Berater der UPD haben im Berichtszeitraum in 15.625 Gesprächen mindestens einen Hinweis auf eine **Problemlage** dokumentiert.

Die am häufigsten von Beraterinnen und Berater dokumentierten Hinweise auf Problemlagen bezogen sich auf die Information und Beratung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems. In 5.423 Fällen sind die Beraterinnen und Berater zu der Einschätzung gelangt, dass die Ratsuchenden falsch oder unvollständig informiert und beraten wurden. 4.129 Mal erfassten die Berater Hinweise auf Probleme, bei denen Zugangsbarrieren die Inanspruchnahme notwendiger Versorgungsangebote behinderten. Meist ging es dabei um Hinweise auf eine unberechtigte Ablehnung von Leistungen durch Kostenträger oder Leistungserbringer. Bei den Kostenträgern konzentrierten sich die dokumentierten Hinweise auf Problemlagen in den Leistungsbereichen Krankengeld und stationäre Rehabilitation. An dritter Stelle lagen Problemlagen im Bereich der Qualität der erbrachten bzw. durchgeführten Leistung. Sie wurden im Kontext von 3.416 Beratungsgesprächen dokumentiert. Tabelle 3 liefert eine differenzierte Übersicht der am häufigsten dokumentierten Hinweise auf Problemlagen aus Beratersicht.

Rang	Hinweis auf Problemlage	Anzahl Kontakte mit Hinweis auf Problemlage	Anteil an allen Kontakten mit Hinweis auf Problemlage
1	Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende unvollständig informiert bzw. beraten wurde.	3.798	22,6 %
2	Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende falsch informiert bzw. beraten wurde.	1.681	10,0 %
3	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden.	1.631	9,7 %
4	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung.	1.427	8,5 %
5	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen.	1.209	7,2 %
6	Die Beratung ergibt, dass die geltende Rechtslage den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell überfordert.	1.105	6,6 %
7	Die Beratung ergibt Hinweise auf weitere durch die in diesem Katalog enthaltenen Sachverhalte nicht abgedeckte Problemlagen.	1.052	6,3 %
8	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer unberechtigt verweigert werden.	1.020	6,1 %
9	Die Beratung ergibt, dass sich der Akteur unangemessen gegenüber dem Ratsuchenden verhalten hat.	797	4,7 %
10	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Koordination und Organisation der Versorgung.	544	3,2 %

Tab. 3: Die zehn häufigsten Problemlagen aus Beratersicht

N = 15.625 Kontakte mit (mindestens) einer dokumentierten Problemlage, Mehrfachnennungen möglich
 Übersicht Problemlagenkatalog siehe Anhang 2, S. 70

Auf welche Themen beziehen sich die dokumentierten Hinweise auf Problemlagen?

Wie bereits im Vorjahr weisen die rechtlichen Beratungsthemen deutlich höhere Anteile an dokumentierten Problemlagen auf. Die höchsten Anteile zeigten sich beim Thema Behandlungsfehler, gefolgt von Schnittstellenproblemen auf Seiten der Kostenträger. An dritter Stelle stehen Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Tabelle 4 listet die Beratungsthemen mit dem höchsten Anteil an dokumentierten Problemlagen auf.

Rang	Beratungsthema	Anteil Hinweise auf Problemlagen an allen Kontakten zu diesem Thema	Anzahl Kontakte mit Hinweis auf Problemlage
1	Verdacht auf Behandlungsfehler	34,3 %	2.447
2	Schnittstellenproblematik auf Seiten der Kostenträger	27,0 %	186
3	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	25,9 %	3.786
4	Medizinische Voraussetzungen (Indikationsbedingungen) für den Einsatz medizinischer Verfahren und Maßnahmen	23,8 %	448
5	Erläuterung von Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen	23,8 %	554
6	Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger	23,5 %	1.888
7	Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen	23,4 %	2.441
8	Allgemeines Sozialrecht	22,8 %	980
9	Probleme im sozialen/beruflichen Umfeld	22,3 %	1.073
10	Wirtschaftliche und soziale Absicherung	20,1 %	631

Tab. 4: Die zehn Beratungsthemen mit den höchsten Anteilen an dokumentierten Problemlagen aus Beratersicht
 N = 15.625 Kontakte mit (mindestens) einer dokumentierten Problemlage, Mehrfachnennungen möglich
 Übersicht Problemlagenkatalog siehe Anhang 2, S. 70

3. Beratungsschwerpunkte

In den vorangehenden Ausführungen wurden die Themen und Anliegen der Ratsuchenden in Hinblick auf ihre Häufigkeit sowie ihren Anteil an erfassten Beschwerden und dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen untersucht (vgl. Kap. 2). Angesichts des umfangreichen Datenmaterials der UPD-Kontaktdokumentation bedarf es zur weiteren Vertiefung dieser Ergebnisse einer Fokussierung auf ausgewählte Themen.

Um besonders relevante Beratungsschwerpunkte zu identifizieren und die Auswahl möglichst objektiv und transparent zu gestalten, kommt an dieser Stelle der in Kapitel 1 vorgestellte Dreischritt zur Anwendung: Gesucht werden also Themen, die

- sowohl gehäuft auftreten
- als auch mit vielen Beschwerden und somit hoher Unzufriedenheit auf Seiten der Ratsuchenden einhergehen
- und von den Beraterinnen und Beratern häufig mit einem Hinweis auf eine Problemlage verknüpft werden.

Diese dreifache Schnittmenge erscheint für das Identifizieren von Beratungsschwerpunkten prädestiniert. Ausgewählt wurden schließlich jene fünf Themen, die sich in jedem der drei Bereiche auf den **ersten zehn Plätzen der Rangfolge** aller Themen wiederfinden (**TOP 10**) (vgl. Abb.1, S. 3).

Unter diesen Prämissen konnten insgesamt fünf Beratungsschwerpunkte im Berichtszeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 identifiziert werden:

- **Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen**
- **Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen**
- **Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger**
- **Behandlungsfehler**
- **Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld**

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels sollen die Problemstellungen und Anliegen der Ratsuchenden zu diesen Schwerpunktthemen differenziert beschrieben werden. Hierzu werden jeweils die häufigsten Inhalte dargestellt, zeitliche Entwicklungen und Trends beschrieben, Hintergründe erläutert, aber auch Inhalte aus Fokusgruppen mit Beraterinnen und Beratern wiedergegeben.



Beispiel für die Auswahl der Beratungsschwerpunkte

Das Beratungsthema „Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen“ ist aus folgenden Gründen ein Beratungsschwerpunkt: Erstens war es Gegenstand von 14.633 Beratungsgesprächen (vgl. Tabelle unten) und damit das zweithäufigste Thema im Berichtszeitraum. Zweitens belegt es Rang drei unter den Themen mit dem größten Anteil an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen. Drittens formulierten die Ratsuchenden hier am zweithäufigsten eine Beschwerde.

Nr.	Thema	Anzahl Kontakte zu diesem Thema	Anteil an allen Kontakten (Trend in PP)	Anteil Problemlagen [Rang]	Anteil Beschwerden [Rang]
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	14.633	18,3% (+4,2)	25,9% [3]	30,1% [2]

Tabelle 5 auf der folgenden Seite listet noch einmal die häufigsten 20 Beratungsthemen auf und hebt (rot umrandet) die ausgewählten fünf Beratungsschwerpunkte hervor. Die Tabelle bildet zunächst die absolute und relative Häufigkeit der Schwerpunkte im Beratungsgeschehen der UPD ab. Der Wert in runden Klammern beschreibt jeweils die Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in Prozentpunkten (PP). Dann folgt der Anteil des Themas an den dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen und Beschwerden. Die Werte in eckigen Klammern geben den Rang des Themas bei den Problemlagen und Beschwerden im Vergleich zu den anderen UPD-Beratungsthemen an.

Nr.	Thema	Anzahl Kontakte zu diesem Thema	Anteil an allen Kontakten (Trend in PP)	Anteil Hinweise auf Problemlagen [Rang]	Anteil Beschwerden [Rang]
1	Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers	21.687	27,1 % (+ 5,2)	15,4 % [15]	11,3 % [13]
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	14.633	18,3 % (+ 4,2)	25,9 % [3]	30,1 % [2]
3	Krankheits- und Lebensbewältigung (neu)	10.822	13,5 %	12,3 % [20]	9,8 % [16]
4	Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen	10.426	13,0 % (+ 2,2)	23,4 % [7]	18,4 % [8]
5	Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel und Zusatzversicherungen	9.805	12,3 % (+ 2,5)	15,3 % [17]	6,4 % [22]
6	Prävention, Diagnostik, Therapie einer Krankheit	8.196	10,2 % (- 0,3)	15,6 % [14]	8,0 % [19]
7	Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger*	8.040	10,0 % (+ 2,3)	23,5 % [6]	23,0 % [5]
8	Behandlungsfehler	7.132	8,9 % (- 0,1)	34,3 % [1]	31,2 % [1]
9	Vorsorgedokumente und Betreuungsrecht	6.007	7,5 % (+ 0,2)	4,1 % [24]	2,5 % [24]
10	Probleme im sozialen/beruflichen Umfeld (neu)	4.804	6,0 %	22,3 % [9]	26,2 % [3]
11	Allgemeines Sozialrecht	4.301	5,4 % (+ 2,5)	22,8 % [8]	21,3 % [6]
12	Grundlegende verfahrensrechtliche Fragen	3.690	4,6 % (+ 2,4)	14,1 % [18]	16,2 % [9]
13	Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	3.223	4,0 % (+ 1,5)	20,0 % [11]	26,1 % [4]
14	Wirtschaftliche und soziale Absicherung (neu)	3.144	3,9 %	20,1 % [10]	11,5 % [12]
15	Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen	2.328	2,9 % (- 0,1)	23,8 % [5]	8,3 % [18]
16	Schwerbehinderung	2.255	2,8 % (+ 0,5)	8,1 % [21]	6,5 % [21]
17	Informationen zu Arzneimitteln (Zusammensetzung, Wirkungsweise, Nebenwirkung, Dosierung)	2.041	2,6 % (+ 0,1)	15,4 % [16]	9,4 % [17]
18	Voraussetzungen (Indikationsbedingungen) für den Einsatz medizinischer Verfahren und Maßnahmen	1.881	2,4 % (+/- 0,0)	23,8 % [4]	12,5 % [11]
19	Andere rechtliche Themen	1.872	2,3 % (+ 0,8)	7,4 % [23]	9,9 % [15]
20	Durchführung und Ablauf medizinischer Verfahren und Maßnahmen	1.551	1,9 (+ 0,2)	16,2 % [12]	11,0 % [14]

Tab. 5: Die 20 häufigsten Beratungsthemen mit ihren Anteilen an Hinweisen auf Problemlagen und Beschwerden. Die identifizierten Beratungsschwerpunkte sind rot umrandet. Die als „neu“ gekennzeichneten Themen wurden erst zum 01.04.2013 in die UPD-Beratungsdokumentation eingeführt. Die Veränderungsdaten sind bei diesen Themen nicht aussagekräftig und werden daher nicht aufgeführt.

* Das Thema Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger wurde aufgrund der großen inhaltlichen Nähe mit dem Thema Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers zu einem Beratungsschwerpunkt „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“ zusammengefasst (vgl. Kap. 3.3).

3.1. Patientenrechte

In 14.633 Beratungsgesprächen hat die UPD zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen (im Folgenden auch abgekürzt „Patientenrechte“) beraten. Dieser Beratungsschwerpunkt betrifft hauptsächlich rechtliche Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch zum Verhältnis der Patienten zu sonstigen Behandlern. In der Beratung ging es unter anderem um das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen, das Einholen einer Zweitmeinung, die Gewährung notwendiger Behandlungen, Aufklärung, die selbstbestimmte Ablehnung von Untersuchungen oder Behandlungen sowie um die freie Arzt- und Krankenhauswahl.



In 14.633 Beratungsgesprächen hat die UPD zum Themenbereich **Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen** beraten. Das entspricht gut 18 Prozent aller Beratungskontakte – 4,2 Prozentpunkte mehr als im Vergleichszeitraum.

Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen bilden nicht nur das zweithäufigste Beratungsthema in der UPD. Der Anteil dieses Schwerpunkts hat sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum auch um 4,2 Prozentpunkte erhöht und weist damit die zweithöchste Steigerung unter allen Beratungsthemen auf⁵. Neben der hohen Beratungshäufigkeit ist es der Themenbereich mit einem der höchsten Anteile an dokumentierten Beschwerden und Hinweisen auf Problemlagen. Das gilt insbesondere für die Beratungen zu Organisationspflichten, zur Gewährung notwendiger Behandlungen und zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität durch Ärzte und Therapeuten. Die Beraterinnen und Berater beobachten seit Einführung des Patientenrechtegesetzes vom 26. Februar 2013 eine gestiegene Sensibilisierung der Ratsuchenden in Hinblick auf Patientenrechte. Gleichzeitig verweisen sie jedoch auch auf eine Reihe von Barrieren und Hürden bei der tatsächlichen Wahrnehmung dieser Rechte.

„Es gehört viel Mut dazu, eine Einwilligungserklärung nicht zu unterschreiben.“

Zitat aus den Fokusgruppen mit den Beraterinnen und Beratern der UPD

In den Beratungen zu diesem Schwerpunkt ging es um die Einsicht in die Krankenunterlagen (3.689 Kontakte), das Einholen einer Zweitmeinung (1.897 Kontakte), die Gewährung notwendiger Behandlung (1.830 Kontakte), Aufklärung (1.689 Kontakte), die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts (Ablehnung von Untersuchungen/Behandlungen) (1.549 Kontakte), gefolgt von der freien Arzt- und

⁵ Neu eingeführte Themen wurden nicht berücksichtigt, da die Zuwachsraten hier nicht aussagekräftig sind.

Krankenhauswahl (1.344 Kontakte). Zugenommen haben vor allem Beratungen zur Aufklärung bzw. Aufklärungspflicht der Leistungserbringer (um 4,4 Prozentpunkte), Fragen zu sachlich korrekten Krankenunterlagen (um 3,7 Prozentpunkte) sowie zur Zweitmeinung (um 3,0 Prozentpunkte) und zum Selbstbestimmungsrecht (um 2,2 Prozentpunkte) (vgl. Tab. 6). Am häufigsten genannte Akteure im Zusammenhang mit dem Beratungsschwerpunkt Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen waren niedergelassene Ärzte bzw. medizinische Versorgungszentren (4.443 Kontakte), Krankenhäuser (2.063 Kontakte) und niedergelassene Zahnärzte (1.769 Kontakte). Bei den Fachärzten ging es überwiegend um Allgemeinmediziner (1.338 Kontakte), Orthopäden (677 Kontakte) und Augenärzte (408 Kontakte).

	Beratungen gesamt (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf Problemlage (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Beschwerde (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
Beratungen zu diesem Schwerpunkt	14.633	3.786 (25,9 %)	4.399 (30,1 %)
davon zu Einsichtnahme in Krankenunterlagen	3.689 (25,2 %)	817 (22,1 %)	939 (25,5 %)
davon zu Zweitmeinung	1.897 (13,0 %)	366 (19,3 %)	266 (14,0 %)
davon zu Gewährung notwendiger Behandlungen*	1.830 (12,5 %)	831 (45,4 %)	942 (51,5 %)
davon zu Aufklärung	1.689 (11,5 %)	663 (39,3 %)	616 (36,5 %)
davon zu Selbstbestimmungsrecht**	1.549 (10,6 %)	485 (31,3 %)	499 (32,2 %)
davon zu freier Arzt- und Krankenhauswahl	1.344 (9,2 %)	326 (24,3 %)	343 (25,5 %)

Tab. 6: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Patientenrechte

* „Gewährung notwendiger Behandlungen“ wird immer dann dokumentiert, wenn Ärzte eine Notfallbehandlung oder eine eindeutige Kassenleistung verweigern. Im Einzelfall kann nicht überprüft werden, ob die Behandlung tatsächlich medizinisch notwendig war.

** Ablehnung von Untersuchungen oder Behandlungen

Lesehilfe: Von den insgesamt 14.633 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Patientenrechte“ entfielen 3.689 Beratungen auf das Thema „Einsichtnahme in Krankenunterlagen“. Das entspricht einem Anteil von 25,2 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Einsicht in Krankenunterlagen“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 817 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 22,1 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 939 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 25,5 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

Insgesamt weist der Beratungsschwerpunkt Patientenrechte einen sehr hohen Anteil an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen und Beschwerden auf. In 25,9 Prozent der Kontakte zu diesem Schwerpunkt haben die Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Zudem wurde in fast jedem dritten Kontakt eine Beschwerde erfasst (30,1 Prozent). Besonders auffäl-



lig sind dabei die Beratungen zu den Organisationspflichten mit einem Beschwerdeanteil von 54,7 Prozent und einem Anteil an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen von 42,7 Prozent, Beratungen zur Gewährung notwendiger Behandlungen (51,5 Prozent bzw. 45,4 Prozent) und zum Thema Gewährleistung der Behandlungskontinuität (47,3 Prozent bzw. 47,5 Prozent). Einige der häufigsten Themen zeigen auch einen deutlichen Zuwachs an dokumentierten Beschwerden und Hinweisen auf Problemlagen. Dies gilt insbesondere für die Einsicht in Krankenunterlagen (um 3,2 bzw. 1,9 Prozentpunkte), Zweitmeinung (um 3,0 bzw. 3,0 Prozentpunkte) und die Gewährung notwendiger Behandlung (um 4,7 bzw. 2,2 Prozentpunkte). Die von den Beraterinnen und Beratern zu diesem Beratungsschwerpunkt am häufigsten dokumentierten Hinweise auf Problemlagen bezogen sich vor allem auf unvollständige und falsche Information und Beratung (1.075 Kontakte), die Qualität der Versorgung (1.035 Kontakte) und die begründete Vermutung einer unberechtigten Verweigerung einer Versorgungsleistung durch Leistungserbringer (542 Kontakte).

Fallbeispiel Stefan F. (29)

Stefan F. hat sich beim Sport einen Kreuzbandriss zugezogen. Er muss ins Krankenhaus und wird am Knie operiert. Nach seiner Entlassung erhält er von seinem Hausarzt zwei Verordnungen über jeweils sechs physiotherapeutische Anwendungen. Begleitend verordnet der Arzt entzündungshemmende Medikamente. Nach der Physiotherapie ist das Knie noch immer geschwollen und schmerzt. Weitere Anwendungen verweigert der Arzt ihm jedoch: Mehr dürfe er nicht aufschreiben, da er sonst „sein Budget überschreite“. Herr F. ist ratlos und macht sich Sorgen, wann er seinem Beruf als Fahrer bei einem Paketdienst wieder nachgehen kann.

Fakten und Hintergründe | Patientenrechtegesetz

Am 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz (PRG) in Kraft getreten. Darin wurden bestehende Rechte zusammengefasst, Richterrecht in Gesetzesform überführt und Rechte neu formuliert. Bis dahin waren die wesentlichen Aussagen zu Patientenrechten auf verschiedene Rechtsbücher verteilt. Zudem wurden die gesetzlichen Regelungen durch Gerichtsurteile immer weiter ausdifferenziert, interpretiert und näher konkretisiert. Mit dem Patientenrechtegesetz wurden die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten im Behandlungsverhältnis zusammenfassend geregelt und der Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ausdrücklich verankert. Durch die Einführung des Gesetzes haben die Patientenrechte in den Medien eine erhöhte Aufmerksamkeit erfahren. Beraterinnen und Berater berichten einhellig, dass sich Ratsuchende auf das Gesetz bzw. damit in Verbindung stehende Medienberichte berufen. Beratungen zu den relevanten Themen wie etwa zum Recht auf Akteneinsicht oder zu Behandlungsfehlern wurden häufiger nachgefragt als im Vorjahreszeitraum.



Im Fokus | Patientenrechte

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Beratungsschwerpunkt

(vom 14. März 2014)

Aufklärung durch Praxispersonal

Das Thema Patientenrechte ist ein Querschnittsthema, das sich über das gesamte Themenspektrum der Beratung erstreckt und, so die Berater, häufig im Zusammenhang mit Arztbesuchen thematisiert werde. Nach Angaben der Berater fühlten sich Ratsuchende, die mit einem Anliegen aus diesem Beratungsschwerpunkt an die UPD herantreten, häufig nicht ernst genommen: Ärzte hätten wenig Zeit für Gespräche, die Aufklärung vor einem Eingriff oder im Rahmen einer Diagnose falle zu knapp aus oder werde von den behandelnden Ärzten an Praxisangestellte und Pflegekräfte delegiert. Hinzu komme, dass sich viele Ärzte nicht in einer Sprache ausdrücken würden, die die Patienten verstehen können: „Die Arzt-Patient-Kommunikation ist dann in einer Schiefelage.“

Immer wieder berichten Ratsuchende, dass sie sich von behandelnden Ärzten nicht ausreichend aufgeklärt fühlen. Dies gelte, so die Berater, besonders für den Bereich der Individuellen Gesundheitsleistungen. Die Informationen hierzu würden häufig im Vorfeld der Konsultation von den Praxisangestellten gegeben und Leistungen als dringend notwendig „verkauft“, um beispielsweise zu einer Diagnose zu gelangen. Die Berater: „Viele Ratsuchende willigen dann in Leistungen ein, ohne dass ein Arzt sie über deren Notwendigkeit oder etwaige kostenfreie Alternativen aufgeklärt hat.“

Zum Thema Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen beobachten Beraterinnen und Berater, dass neuerdings sehr viele Patienten von ihrem Einsichtsrecht Gebrauch machen wollen. Krankenhäuser würden die Flut der Aktenanforderungen zum Teil nicht mehr fristgerecht bewältigen und es komme zu längeren Wartezeiten. Dabei gehe es keineswegs immer um einen Verdacht auf Behandlungsfehler, sondern manchmal auch einfach nur um das Interesse an den Aufzeichnungen des Arztes.

Aus Sicht der Berater hat sich die Beratungstätigkeit der UPD seit Einführung des Patientenrechtegesetzes verändert: So wüssten immer mehr Patienten, dass sie bestimmte Rechte haben. Sie seien sensibler für das Thema geworden und – so der Eindruck der Berater – viele Patienten würden nicht mehr so lange warten wie früher, um sich Rat zu holen. Durch die mediale Berichterstattung sei das Bewusstsein bzgl. der eigenen Rechte und Möglichkeiten gewachsen. In der Praxis stelle sich dann aber häufig heraus, dass Patienten auf Hindernisse stoßen, die sie an der Ausübung ihrer Rechte hindern: „Die Umsetzung der Patientenrechte wird zum Beispiel dann schwierig, wenn es um Fachärzte geht, wo generell mit langen Wartezeiten zu rechnen ist. Dann ist es oft kaum möglich, sich zeitnah noch eine zweite Meinung einzuholen. Gleiches gilt für ländliche und dünn besiedelte Gebiete, in denen schlicht kein zweiter Facharzt erreichbar ist.“

Nach Einschätzung der Berater falle es Patienten zudem schwer, ihre Rechte tatsächlich einzufordern: „Es gehört viel Mut dazu, eine Einwilligungserklärung nicht zu unterschreiben oder den Arzt mit Forderungen zu konfrontieren.“ Die Berater weisen darauf hin, dass das Vorwissen der Patienten wichtig sei und das Auftreten eine große Rolle spiele. Patienten müssten sehr selbstbewusst sein.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

3.2. Geldforderungen und Zuzahlungen

In 10.426 Beratungsgesprächen hat die UPD zur Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen beraten. In diesem Beratungsschwerpunkt geht es um Geldforderungen, denen die Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind. Hierzu zählen beispielsweise Beratungen zu Rechnungen, Krankenversicherungsbeiträgen und Eigenanteilen, aber auch zu Zuzahlungsfragen, zur Belastungsgrenze, zum Heil- und Kostenplan und zur Härtefallregelung bei Zahnersatz.

In der Beratung möchten sich die Ratsuchenden häufig rückversichern, ob eine Geldforderung rechens ist. Andere wiederum sind nicht in der Lage, die Mittel zum Beispiel für die Krankenversicherungsbeiträge aufzubringen, und suchen Rat in einer finanziellen Notlage. Auch nach dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden vom 1. August 2013 blieb die finanzielle Belastung durch Beiträge zur Krankenversicherung für bestimmte Personengruppen ein wichtiges Thema in der Beratung der UPD.

Auffällig hoch ist der Beschwerdezuwachs seitens der Ratsuchenden im Bereich der Richtigkeit von Rechnungen. Gesteigerte Aufmerksamkeit verdient schließlich auch der sehr hohe Anteil an dokumentierten Beschwerden und Problemlagen zu Geldforderungen im Kontext einer Individuellen Gesundheitsleistung. Dies gilt insbesondere für Fragen der wirtschaftlichen Aufklärung vor der Durchführung von Individuellen Gesundheitsleistungen und der Zulässigkeit der privaten Abrechnung von Kassenleistungen.



In 10.426 Beratungsgesprächen hat die UPD zur **Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen** beraten. Das entspricht 13 Prozent aller Beratungskontakte. – 2,2 Prozentpunkte mehr als im Vergleichszeitraum.

Die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen ist mit 10.426 Kontakten das vierthäufigste Beratungsthema im Beratungskontext der UPD. In nahezu jedem achten Kontakt wurde (unter anderem) zu Geldforderungen beraten. Mit 2.441 dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen weist das Thema die vierthöchste Anzahl bzw. den siebthöchsten Anteil an dokumentierten Problemlagen (23,4 Prozent) auf. Zudem wurde in fast jedem sechsten Kontakt (18,4 Prozent) eine Beschwerde erfasst. Beratungen zu Geldforderungen haben im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahreszeitraum spürbar zugenommen. Der Anteil der Beratungen zu diesem Schwerpunkt an allen Kontakten erhöhte sich um 2,2 Prozentpunkte auf 13 Prozent.

Dominierende Themen in diesem Beratungsschwerpunkt waren Beitragsfragen (36,2 Prozent), Fragen zur formalen und inhaltlichen Richtigkeit von Rechnungen (16,5 Prozent), Fragen zu Mehrkostenvereinbarungen und Heil- und Kostenplänen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung (14,7 Prozent) und Fragen zu Individuellen Gesundheitsleistungen (13,9 Prozent) (vgl. Tab. 7, S. 32). Die anteilige Zunahme des gesamten Beratungsschwerpunkts ist in großen Teilen auf eine Zunahme von Bei-

tragsfragen zurückzuführen. Sie stellen mit 3.770 Kontakten die mit Abstand häufigste Thematik im Zusammenhang mit der Beratung zu Geldforderungen dar und verzeichnen mit einem Anstieg um 14,1 Prozentpunkte gleichzeitig den größten Zuwachs unter allen Beratungsthemen. Ab dem dritten Quartal 2013 kam es im Kontext des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragschulden in der Krankenversicherung vom 1. August 2013 zu einem sprunghaften Anstieg der Nachfrage⁶.

	Beratungen gesamt (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf Problemlage (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Beschwerde (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
Beratungen zu diesem Schwerpunkt	10.426	2.441 (23,4 %)	1.920 (18,4 %)
davon zu Beitragsfragen	3.770 (36,2 %)	844 (22,4 %)	378 (10,0 %)
davon zu inhaltlicher und formaler Richtigkeit einer Rechnung	1.718 (16,5 %)	347 (20,2 %)	465 (27,1 %)
davon zu Mehrkostenvereinbarungen, Abweichungen und Erläuterungen eines Heil- und Kostenplans (Zahnmedizin)	1.533 (14,7 %)	386 (25,2 %)	336 (21,9 %)
davon zu IGeL	1.447 (13,9 %)	510 (35,2 %)	464 (32,1 %)
davon zu Eigenanteilen und wirtschaftlichen Aufzahlungen	739 (7,1 %)	161 (21,8 %)	136 (18,4 %)
davon zu gesetzlichen Zuzahlungen	369 (3,5 %)	40 (10,8 %)	44 (11,9 %)

Tab. 7: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Geldforderungen

Lesehilfe: Von den insgesamt 10.426 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Geldforderungen“ entfielen 3.770 Beratungen auf das Thema „Beitragsfragen“. Das entspricht einem Anteil von 36,2 Prozent an allen Beratungen zu diesem Schwerpunkt. Zum Thema „Beitragsfragen“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 844 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 22,4 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 378 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von zehn Prozent an allen Kontakten zum Thema.

Beratungen zur Richtigkeit einer Rechnung stellen mit einem Anteil von 16,5 Prozent innerhalb des Beratungsthemas Geldforderungen den zweithäufigsten Themenbereich dar. In 1.718 Kontakten wurde zur formalen und/oder zur inhaltlichen Richtigkeit einer Rechnung beraten. Auffällig in diesem Themenbereich ist der starke anteilige Zuwachs an Beschwerden (um 3,8 Prozentpunkte). Insgesamt nehmen die Beratungen zur Richtigkeit einer Rechnung unter den Beschwerdeanteilen den dritten Platz ein. Bei den beraterseitig dokumentierten Problemlagen weist das Thema einen Anteil von rund

⁶ Durch das Gesetz wurden in bestimmten Fällen angehäuften Beitragsschulden ermäßigt oder sogar erlassen.

20,0 Prozent auf, das heißt, in jeder fünften Beratung dokumentierten die Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage.

Fast 15 Prozent der Beratungen zu Geldforderungen betreffen den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Primär geht es dabei um Mehrkostenvereinbarungen (792 Kontakte), gefolgt von Abweichungen der Rechnung vom Heil- und Kostenplan (464 Kontakte), sowie um allgemeine Informationen zum Heil- und Kostenplan (397 Kontakte). Die zahnmedizinischen Themen weisen hier ebenfalls hohe Anteile an Beschwerden (21,9 Prozent) und dokumentierten Problemlagen (25,2 Prozent) auf. In knapp 61 Prozent aller dokumentierten Hinweise auf Problemlagen erfassten die Beraterinnen und Berater, dass die Ratsuchenden unvollständige oder falsche Informationen durch ihren Zahnarzt erhalten hatten.

Fallbeispiel Claudia M. (40)

Kira M. (14) hat schiefe Zähne und wird deshalb von ihren Klassenkameraden gehänselt. Doch nicht nur das: Durch die Fehlstellung hat sie Schwierigkeiten beim Kauen. Auf Empfehlung des Zahnarztes geht ihre Mutter Claudia M. mit Kira zum Kieferorthopäden. Der Zahnarzt hatte das Mädchen untersucht und erklärt, dass die Behandlung medizinisch notwendig sei und die Krankenkasse deshalb die Kosten übernehmen werde. Tatsächlich genehmigt die Krankenkasse die Behandlung.

In einem weiteren Termin empfiehlt der Kieferorthopäde jedoch plötzlich eine andere, private Behandlung, weil die Kassenleistung nicht ausreichend sei. Im Beisein der Tochter erklärt er, dass sie mit einer festsitzenden Spange deutlich weniger Schmerzen haben und schneller zum Erfolg gelangen werde. Die Mutter ist verwirrt, denn nun ist plötzlich von mehr als 2.500 Euro Kosten die Rede. Für Frau M. ist das sehr viel Geld. Sie fragt sich, ob diese Versorgung wirklich notwendig ist. Gleichzeitig steht sie unter Druck, denn ihre Tochter besteht nun aus Angst vor Schmerzen auf der teureren Privatleistung.

Spitzenreiter des Beratungsschwerpunkts in Hinblick auf Beschwerden und dokumentierte Problemlagen sind die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) (1.447 Kontakte). So weisen Beratungen zu Geldforderungen im Kontext einer Individuellen Gesundheitsleistung den mit Abstand höchsten Anteil an dokumentierten Problemlagen (35,2 Prozent) und Beschwerden (32,1 Prozent) auf. Inhaltlich ging es in den Beratungen zu IGeL um die wirtschaftliche Aufklärung vor der Durchführung einer Individuellen Gesundheitsleistung (868 Kontakte), gefolgt von der Zulässigkeit der privaten Abrechnung von Kassenleistungen (543 Kontakte). Die mit einem Hinweis auf eine Problemlage verknüpften Beratungen zu IGeL wurden zumeist durch niedergelassene Ärzte ausgelöst, vorrangig durch Augenärzte (im Rahmen augenärztlicher Diagnostik wie der Glaukom-Früherkennung), gefolgt von Zahnärzten (Zahnreinigung, Behandlung und Zahnersatz) und Orthopäden.

Fakten und Hintergründe | Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Unter IGeL sind solche medizinischen Leistungen zu verstehen, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden und die auf Verlangen des Patienten erbracht werden. Sie reichen meistens über das vom Gesetzgeber definierte Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und notwendigen Patientenversorgung hinaus. Der Arzt muss den Patienten dabei über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und die Kosten der IGeL aufklären. Der Patient muss der Behandlung schriftlich zustimmen, bevor diese beginnt. Patient und Arzt schließen damit einen Behandlungsvertrag. Darin muss mindestens Einigkeit über die zu erbringende Leistung und die dadurch entstehenden Kosten erzielt werden. Sofern keine Vereinbarung zur Vergütung getroffen wird, gilt die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ/GOZ).

Nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Zok, 2013) wurde 29,9 Prozent der Versicherten innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten beim niedergelassenen Arzt eine IGeL angeboten oder in Rechnung gestellt. Einer Hochrechnung des Instituts zufolge werden so bundesweit pro Jahr rund 18,2 Millionen ärztliche Leistungen als Privatleistung erbracht.

Das Thema IGeL wird von der UPD im Regelfall nur dokumentiert, wenn es Hauptanlass der Beratung war. Dies ist dann der Fall, wenn den Ratsuchenden Selbstzahlerleistungen angeboten werden, die zu Fragen oder Problemen führen. Ist dies nicht Anlass der Beratung, wird nicht IGeL als Beratungsthema dokumentiert. Deutlich wird dies am Beispiel Reiseimpfstoffe: Diese müssen vom Patienten selbst bezahlt werden, sind also eine IGeL. Dokumentiert wird die Beratung dazu aber meist im Bereich Arzneimittelberatung, weil der Beratungsanlass etwa in Fragen zur Verträglichkeit eines Impfstoffes bestand. Die Tatsache, dass Reiseimpfstoffe eine Selbstzahlerleistung sind, findet in der Dokumentation dann keine Berücksichtigung. Um die Beratungen zu diesem Themengebiet dennoch besser beschreiben zu können, wurde die Dokumentation in der Zeit vom 1. Oktober 2013 bis zum 31. März 2014 um eine befristete Sondererhebung ergänzt, in der der Anteil aller Beratungen zum Thema IGeL ermittelt wurde.

Während des sechsmonatigen Erhebungszeitraums wurden insgesamt 40.459 Beratungskontakte erfasst. Davon wurde in 1.630 Gesprächen zu einer IGeL beraten. Das entspricht einem Anteil von 4,0 Prozent an allen Beratungsgesprächen des Erhebungszeitraums. Am häufigsten ging es um Glaukom-Früherkennung (Messung von Augeninnendruck, Tonometrie und Gesichtsfeld, Perimetrie sowie Spiegelung des Augenhintergrundes, Ophthalmoskopie), Augenärztliche Diagnostik (hochauflösende Darstellung der Netzhaut, optische Kohärenztomografie) sowie die Früherkennung von Osteoporose (Knochendichtemessung). Die am stärksten vertretenen Facharztgruppen waren Augenärzte und Orthopäden sowie Kieferorthopäden im zahnmedizinischen Bereich.

Im Kontext der Beratung zu IGeL wurde in 457 Beratungsgesprächen (28 Prozent) von den Ratsuchenden eine Beschwerde geäußert. Häufigstes Thema war dabei die Rechtmäßigkeit von Geldforderungen, gefolgt von Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Die Beraterinnen und Berater haben zu 551 Beratungsgesprächen (33,8 Prozent) mindestens eine Problemlage dokumentiert. Meistens betraf dies eine falsche oder unvollständige Information der Ratsuchenden.



Im Fokus | Geldforderungen

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Beratungsschwerpunkt

(vom 8. Mai 2014)

Misstrauen und finanzielle Überforderung

Patienten, die sich zu Geldforderungen beraten lassen, fühlen sich den Beratern zufolge häufig ungerecht behandelt oder können den Forderungen aus finanziellen Gründen nicht nachkommen. Die Ratsuchenden erwarten von der UPD Aufklärung und Hilfe bei der Beitragsreduzierung bzw. -erleichterung. Es gehe, sagen die Berater, aber auch um Rechnungsprüfung, IGeL, Zahnbehandlungen und Hilfsmittel. So könnten Patienten Positionen auf privatärztlichen Honorarforderungen nicht nachvollziehen: „Das hat sie doch gar nicht mit mir gemacht, das war noch nicht mal die Ärztin, sondern nur die Arzthelferin.“ Oder es gehe um unverständliche Rechnungen – von Inkontinenzmaterialien bis hin zu Forderungen stationärer Einrichtungen: „Mein Mann war drei Wochen im Krankenhaus und das Pflegeheim berechnet trotzdem das Essen.“ Selbst Gebühren für Todesbescheinigungen seien immer wieder Thema: „Kurz nach dem Todesfall kommt ein Brief von der Krankenkasse, dass mit dem Tod das Versicherungsverhältnis endet und der Totenschein eine privat zu zahlende Leistung ist. Wenn der Notarzt gerufen wird und der Patient vorher verstirbt, muss auch noch der Notarzteinsatz bezahlt werden. Das führt bei den Angehörigen oft zu Unverständnis.“

Trotz der Vielfalt unterschiedlicher Geldforderungen und Zuzahlungen sind sich die Berater einig, dass Beitragsfragen der dominierende Themenbereich dieses Beratungsschwerpunkts sind. Die Beratungsgespräche dazu seien in einer Vielzahl der Fälle sehr emotional, da es teils um sehr große Summen gehe. Ausgangspunkt sei häufig ein grundlegendes Misstrauen gegenüber den Beitragsforderungen der Krankenkassen: „Stimmt der Beitrag? Ist das nicht zu hoch?“ Eine andere Gruppe von Ratsuchenden könne die Beiträge zur Krankenversicherung in einer finanziellen Notsituation nicht bezahlen und suche daher Rat bei der UPD – dies gelte insbesondere für freiwillig versicherte Selbstständige mit geringem Einkommen. Sie würden durch ihre Krankenkassen meist nicht darüber informiert, dass eine Ermäßigung der laufenden Beiträge bei schlechter Auftragslage unter bestimmten Bedingungen möglich ist.

Ende des Jahres 2013 gingen den Beratern zufolge sehr viele Nachfragen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 1. August 2013 ein. Seitdem nun die Frist für einen Erlass von Beitragsschulden verstrichen ist, würden sich Versicherte melden, die von dem Termin nichts gewusst hätten: „Wir stellen jetzt fest, dass die Versicherten, die es verpasst haben, erst jetzt verstehen, was sie da verpasst haben.“ Viele der Beitragsschuldner hätten ohne Vorsatz gehandelt und medizinische Behandlungen über Jahre aus eigener Tasche bezahlt – „weil sie nicht wussten, dass sie die ganze Zeit pflichtversichert waren. Jetzt stehen sie vor einem Berg aus Beitragsschulden, der sie finanziell restlos überfordert“.

Neben den Beitragsfragen, berichten die Berater, spielten in diesem Schwerpunkt vor allem die Höhe von Zuzahlungen und die Kosten für privatärztliche Leistungen eine wichtige Rolle. Das gelte insbesondere für die zahnmedizinische Versorgung: „Es geht vor allem um Zahnersatz und die damit verbundenen Heil- und Kostenpläne.“ Im Vorfeld einer Behandlung wollten die Ratsuchenden oft wissen,

ob es nicht eine kostengünstigere Variante als die im Heil- und Kostenplan vorgeschlagene Behandlung gebe. Häufig stelle sich dabei heraus, dass die Ratsuchenden über die Regelversorgung nicht aufgeklärt worden seien. Im Nachgang einer Behandlung meldeten sich hingegen viele Patienten, die sich über die Forderung ihres Zahnarztes wunderten. Die Rechnungssumme sei dann oft deutlich höher als der im Heil- und Kostenplan ausgewiesene Eigenanteil. Die Patienten wüssten meist nicht, dass die im Heil- und Kostenplan ausgewiesene Summe nicht verbindlich ist.

Ein weiteres Thema, das den Beratern zufolge häufig für Aufregung auf Seiten der Ratsuchenden sorgt, sei die Beitragspflicht für Direktversicherungen bei freiwillig versicherten Rentnern: „Viele sind schockiert, wenn sich bei Fälligkeit der Altersvorsorge die Krankenkasse meldet und Beiträge erhebt. Sie fühlen sich betrogen und wollen dann wissen, ob das rechtens ist.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

3.3. Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Die Klärung der Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger rangiert mit 8.040 Beratungsgesprächen auf Rang sieben der häufigsten Beratungsthemen in der UPD. Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs zwischen der Abklärung und Durchsetzung von Ansprüchen wurde dieses Thema mit den Beratungen zu Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen zum Beratungsschwerpunkt „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“ (vgl. Abb. 4) zusammengefasst. Ihm werden all jene Beratungen zugeordnet, die sich mit Leistungsansprüchen von Patienten gegenüber Kostenträgern befassen: Hierzu zählt die Prüfung, ob und in welchem Umfang ein Anspruch besteht, ebenso wie die mögliche Durchsetzung dieses Anspruchs.



Abb. 4: Zusammensetzung des Beratungsschwerpunkts Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Da eine Mehrfachauswahl unterschiedlicher Themen zu einem Beratungsgespräch möglich ist, wurden in knapp 2.000 Kontakten beide Teilthemen innerhalb eines Beratungskontakts dokumentiert: In 27.740 Beratungsgesprächen und somit in 34,7 Prozent aller Kontakte wurde zumindest eines der beiden Teilthemen besprochen.

In 27.740 Beratungsgesprächen (34,7 Prozent) ging es um (mögliche) Ansprüche von Versicherten gegenüber den Kostenträgern des Gesundheitswesens. Leistungsrechtliche Fragestellungen sind somit der am häufigsten nachgefragte Themenbereich im Beratungsgeschehen der UPD, sie verzeichnen gleichzeitig den größten Zuwachs gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Beratungen dieses Schwerpunkts beschäftigten sich mit Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation. Beraterinnen und Berater berichten, dass gerade das Thema Krankengeld besonders angstbesetzt sei. In diesem Kontext würden sich die Ratsuchenden von dem teilweise intensiven Krankengeld-Fallmanagement der Kassen unter Druck gesetzt fühlen. Zudem würden neue Richtlinien und Veränderungen in Leistungskatalogen und Rabattverträgen zu großer Verunsicherung führen.



In 27.740 Beratungsgesprächen hat die UPD zu möglichen **Ansprüchen gegenüber Kostenträgern des Gesundheitssystems** beraten. Das entspricht knapp 35 Prozent aller Kontakte – gut sechs Prozentpunkte mehr als im Vorjahreszeitraum.

Gegenüber dem Vorjahreszeitraum hat sich der Anteil der Beratungen zu diesem Beratungsschwerpunkt um gut sechs Prozentpunkte erhöht. Das entspricht dem höchsten Anstieg unter allen Beratungsthemen.⁷ Auch der Anteil der Beschwerden ist um 1,5 Prozentpunkte gestiegen: In 4.089 Fällen formulierten die Ratsuchenden im Kontext dieses Beratungsschwerpunkts eine Beschwerde. Der Anteil der Kontakte, zu denen die Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentierten, ist hingegen leicht rückläufig: In 5.030 Beratungskontakten wurde hier (mindestens) ein Hinweis auf eine Problemlage erfasst. In rund einem Viertel der Fälle dokumentierten die Beraterinnen und Berater Hinweise darauf, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert wurden (1.380 Kontakte). Noch häufiger, in 36,0 Prozent der Fälle stellten die Beraterinnen und Berater fest, dass die Ratsuchenden falsch oder unvollständig informiert oder beraten worden waren (1.788 Kontakte).

Die Liste der häufigsten Leistungen, zu denen im Rahmen dieses Beratungsschwerpunkts beraten wurde, wird von zwei Themen dominiert: Krankengeld und stationäre medizinische Rehabilitation. Auffällig ist bei beiden Themen, dass unter den erfassten Diagnosen die psychischen Erkrankungen dominieren. Tabelle 8 (S. 39) fasst die wesentlichen Kennzahlen der häufigsten Leistungen zusammen.

⁷ Neu eingeführte Themen wurden nicht berücksichtigt, da die Zuwachsraten hier nicht aussagekräftig sind.

	Beratungen gesamt (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf Problemlage (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Beschwerde (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
Beratungen zu diesem Schwerpunkt	27.740	5.030 (18,1 %)	4.089 (14,7 %)
davon zu Krankengeld	6.979 (25,2 %)	1.355 (19,4 %)	1.054 (15,1 %)
davon zur stationären medizinischen Rehabilitation	3.237 (11,7 %)	534 (16,5 %)	471 (14,6 %)
davon zu ambulanter zahnärztlicher Behandlung	1.825 (6,6 %)	342 (18,7 %)	241 (13,2 %)
davon zu ambulanter ärztlicher Behandlung	1.805 (6,5 %)	380 (21,1 %)	310 (17,2 %)
davon zu pflegerischer Versorgung (SGB XI)	1.781 (6,4 %)	199 (11,2 %)	172 (9,7 %)
davon zu Hilfsmitteln	1.734 (6,3 %)	348 (20,1 %)	311 (17,9 %)

Tab. 8: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Mehrfachnennungen möglich

Lesehilfe: Von den insgesamt 27.740 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“ entfielen 6.979 Beratungen auf das Thema „Krankengeld“. Das entspricht einem Anteil von 25,2 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Krankengeld“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 1.355 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 19,4 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 1.054 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 15,1 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

Fallbeispiel Otto H. (68)

Otto H. benötigt ein neues Hörgerät. Beim Hörgeräteakustiker werden ihm mehrere Modelle vorgeführt, deren Kosten den Zuschuss der Krankenkasse weit übersteigen. Er entscheidet sich trotzdem für ein teureres Modell, nachdem das „Kassenmodell“ vom Akustiker als „unzureichend“ bezeichnet wurde. Kurz danach wird der Zuschuss der Krankenkassen bundesweit nahezu verdoppelt. Über diese bevorstehende Neuregelung hat die Krankenkasse Herrn H. bei der Antragstellung nicht informiert und er fühlt sich deshalb „hinters Licht geführt“. Hätte seine Kasse ihn beraten, hätte er seinen Antrag später stellen und von der Neuregelung profitieren können. Er wendet sich an die UPD, um sich zu beschweren.



Im Fokus | Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Beratungsschwerpunkt

(vom 14. März 2014)

Richtlinien, Leistungskataloge und Formulare

In der Beratung werde nach Aussage der Berater immer wieder deutlich, dass sich Ratsuchende häufig als Patienten zweiter Klasse fühlten – unter anderem, weil sie den Eindruck hätten, dass ihnen mehr zusteht, als die Krankenkasse genehmigt. Viele Patienten seien von der Flut an leistungsrechtlichen Regelungen überfordert. Neue Richtlinien und Veränderungen im Leistungskatalog etwa führten zu großer Verunsicherung: „Etwas, was bisher noch bezahlt wurde, fällt weg – so wie bei den Arzneimittel-Rabattverträgen. Da kommen viele Fragen auf“, schildern die UPD-Berater. Gleichzeitig würden Patienten mit Werbung konfrontiert, die die Qualität von Kassenleistungen in Frage stellt (zum Beispiel bei Hörgeräten).

In diesem Zusammenhang verweisen die Berater darauf, dass es fast unmöglich sei, sich fundiert zu informieren. Krankenkassen würden ihre Versicherten an dieser Stelle teilweise zurückhaltend, gar nicht oder zu spät mit Informationen versorgen. Besonders schwierig sei die Situation für Patienten, die durch ihre Erkrankung ohnehin stark geschwächt oder beeinträchtigt seien. Hier fehle es an einer Instanz, die dafür Sorge, dass bestehende Leistungsansprüche auch wirklich geltend gemacht werden können.

Probleme im Bereich der Ablehnung von Leistungen sehen die Berater nicht nur bei einer mangelnden Unterstützung durch die Kostenträger. Oft fehle es auch an ausführlichen Befundberichten und Begründungen auf Seiten der Ärzte: „Der Satz ‚es ist medizinisch notwendig‘ ist für die Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichend“, so ein Berater. Gerade bei psychischen Erkrankungen bestehe das Problem, dass das Ausmaß der Erkrankung nicht sichtbar ist und daher vom Arzt ausführlich beschrieben und begründet werden muss. In vielen Beratungen habe sich jedoch herausgestellt, dass die behandelnden Ärzte die einschlägigen Richtlinien gar nicht kannten und notwendigen Formulare, Anträge, Verordnungen und Regelungen selbst kaum mehr überschauten. Im Ergebnis blieben Patienten auf Behandlungskosten sitzen oder erhielten gar keine Leistung – obwohl sie einen Anspruch hätten und die Leistung benötigten.

In diesem Zusammenhang erwähnen die Berater zudem eine erhöhte Beratungsnachfrage durch privat versicherte Patienten im Basistarif. Hier würden Ärzte die Besonderheiten der Verträge häufig nicht berücksichtigen und Rechnungen mitunter analog zum Normaltarif stellen. Über die finanziellen Belastungen und Risiken seien die Ratsuchenden häufig unzureichend aufgeklärt worden.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**



Krankengeld

Wie im Vorjahreszeitraum war Krankengeld die Leistung, zu der mit Abstand am häufigsten Rat bei der UPD eingeholt wurde. In rund jedem vierten Beratungsgespräch des Beratungsschwerpunkts Ansprüche gegenüber Kostenträgern ging es um diesen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (6.979 Kontakte). Neben allgemeinen und übergreifenden Informationen zu Krankengeld (1.824 Kontakte) ging es zumeist um die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (1.328 Kontakte) sowie um das Thema Dauer und Aussteuerung (1.116 Kontakte).

Der Anteil der Beratungen zum Krankengeld an allen Kontakten dieses Beratungsschwerpunkts erhöhte sich deutlich um 3,8 Prozentpunkte auf 25,2 Prozent. Auch der Anteil der Beschwerden erhöhte sich um 2,3 Prozentpunkte, während der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Hinweise auf Problemlagen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nahezu konstant blieb. Mit 19,4 Prozent weist das Thema Krankengeld dennoch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Hinweisen auf Problemlagen auf: In 1.355 Kontakten haben Beraterinnen und Berater mindestens einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Am häufigsten ging es dabei um die Vermutung einer unberechtigten Verweigerung von Krankengeld durch Kostenträger (444 Kontakte), unvollständige Beratung und Information (351 Kontakte) sowie falsche Beratung und Information (277 Kontakte). Häufigste dokumentierte Erkrankungen in Verbindung mit Krankengeld waren psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Kapitel F inkl. Z73) mit 391 Kontakten, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-10 Kapitel M) mit 211 Kontakten.

Fallbeispiel Maria F. (48)

Maria F. arbeitet als Sozialarbeiterin in einem sozialen Brennpunkt und ist seit zwölf Wochen von ihrem Hausarzt wegen schwerer Depressionen krankgeschrieben. Von ihrer Krankenkasse erhält sie Krankengeld. Noch immer fühlt sie sich, als ob sie in einem tiefen Loch festsäße. Alltagsaktivitäten fallen ihr schwer und sie schläft sehr schlecht. Außerdem macht sie sich große Sorgen, wie es weitergehen soll. Trotz der andauernden Krankschreibung fordert ihre Kasse sie auf, einen Termin zur Begutachtung ihrer Arbeitsfähigkeit beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wahrzunehmen. Die Begutachtung ist sehr kurz, eine genaue Untersuchung findet nicht statt und der Gutachter hört ihr nicht zu. Am nächsten Tag, einem Freitag, teilt ihre Krankenkasse ihr mit, dass sie ab Montag wieder arbeitsfähig sei und dass das Krankengeld zu diesem Zeitpunkt eingestellt werde. Frau F. weiß nicht, wie sie ohne das Krankengeld auskommen soll – denn zur Arbeit gehen kann sie noch keinesfalls, und zu allem Überfluss lösen die bedrohlichen Neuigkeiten eine neue Krise bei ihr aus.

Fakten und Hintergründe | Krankengeld

Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und dient der finanziellen Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit oder bei einem Klinikaufenthalt. Krankengeld kann längstens 78 Wochen für dieselbe Erkrankung innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren bezogen werden. Bei Arbeitnehmern beträgt das Krankengeld 70 Prozent des erzielten Brutto-Arbeitsentgelts, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des erzielten Netto-Arbeitsentgelts. Der amtlichen Statistik zufolge betragen die Krankengeld-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2012 9,17 Milliarden Euro (BMG, 2013). Im selben Jahr gab es 1,77 Millionen Krankengeld-Leistungsfälle (ebd.). 2012 haben die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) nach eigenen Angaben 1,46 Millionen der insgesamt etwa 35 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle geprüft (MDS, 2013). In rund 16 Prozent der Fälle, also bei ca. 230.000 Patientinnen und Patienten, kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass aus medizinischer Sicht kein Grund für die Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit gegeben sei (ebd.).

Das Thema Krankengeld spielt auch in der Beratung der UPD eine große Rolle. Bereits im Monitor Patientenberatung 2013 wurde über eine auffällige Häufung von Beratungen zum Thema Krankengeld berichtet (vgl. Tab. 9; UPD, 2013).

Berichtsjahr	2013	2014
Beratungskontakte gesamt	75.068	80.008
davon zum Thema Krankengeld (Anteil an allen Kontakten)	4.761 (6,3 %)	7.186 (9,0 %)

Tab. 9: Umfang der Beratungen zum Thema Krankengeld im Jahresvergleich

Zum Thema Krankengeld wurde nicht nur im Kontext von Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern beraten. Deshalb ist die angegebene Gesamtzahl höher als die in Tabelle 8 (S. 39) genannte Kontaktzahl im Beratungsschwerpunkt Ansprüche gegenüber Kostenträgern.

Der Anteil des Themas Krankengeld am Beratungsgeschehen der UPD ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum deutlich angestiegen. Ein Teil des Zuwachses dürfte jedoch auch auf die Medienresonanz zum Monitor Patientenberatung 2013 zurückzuführen sein: Dieser wurde am 1. Juli 2013 vorgestellt und die UPD danach häufig im Zusammenhang mit dem Thema Krankengeld erwähnt (vgl. Abb. 5).

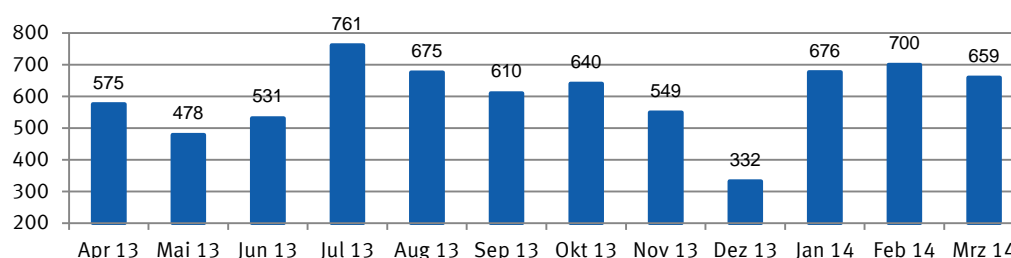


Abb. 5: Anzahl der Beratungskontakte zum Thema Krankengeld im zeitlichen Verlauf des Berichtsjahres (01.04.2013–31.03.2014)



Im Fokus | Krankengeld

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema

(vom 14. März 2014)

Angst vor der Krankenkasse

Krankengeld ist ein existenzielles Thema. In einer Situation, in der die Patienten ohnehin sehr verletzlich und nicht immer voll handlungsfähig sind, paart sich die Sorge um die eigene Gesundheit mit Ängsten um den Lebensunterhalt. Für die Berater ist Krankengeld daher eines der schwierigsten Beratungsthemen: „Oft ist es für Patienten sehr angstbesetzt. Die Regelungen sind intransparent, die Betroffenen kennen sich nicht damit aus und viele wissen zum Beispiel gar nicht, dass der MDK prüfen und die Arbeitsfähigkeit feststellen kann.“

Die Ablehnung von Leistungen werde als Bedrohung erlebt und gerade beim Thema Krankengeld gehe es häufig um die wirtschaftliche Existenz der Ratsuchenden. Die Berater beschreiben eine typische Ereigniskette, die sich in den Geschichten der Ratsuchenden häufig wiederfindet: „Jemand wird schwer krank, erhält Krankengeld, die Arbeitsunfähigkeit zieht sich in die Länge. Plötzlich droht der Verlust des Arbeitsplatzes. Dann meldet sich zudem die Krankenkasse und die Patienten fühlen sich unter Druck gesetzt, haben Angst.“

Die Berater berichten von zum Teil weitreichenden Folgen, wenn das Krankengeld vorzeitig eingestellt wird – denn ein Widerspruch hat hier in der Regel keine aufschiebende Wirkung und die Zahlungen zum Lebensunterhalt werden gestoppt. Auch wenn Betroffene in diesem Fall einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen können und zwischenzeitlich Anspruch auf Arbeitslosengeld haben: „Am Ende steht nicht selten der soziale Abstieg, das Haus ist weg und die Familie geht kaputt. Es ist teilweise sehr dramatisch, was da abläuft.“

Die Patienten, die sich zum Thema Krankengeld an die UPD wenden, könnten häufig nicht nachvollziehen, wie die Entscheidung zur Einstellung der Krankengeldzahlungen zustande gekommen ist: „Wenn sogar mehrere Fachärzte nach eingehender Untersuchung die Arbeitsunfähigkeit feststellen, ist es für Patienten kaum zu verstehen, wenn der MDK ausschließlich nach Aktenlage befundet, dass der Patient doch arbeitsfähig ist und die Fachgutachten nicht plausibel sind.“

Informationen, die Patienten von ihren Kassen erhalten, seien häufig unvollständig und nicht auf ihre Situation zugeschnitten. Sie benötigten Hilfestellung, um beispielsweise Anschreiben oder Bescheide zu verstehen. Zum Teil seien die Aussagen der Schreiben auch verwirrend. Wenn beispielsweise ein Arbeitsverhältnis während des Krankengeldbezugs beendet wird und die Krankengeldzahlung endet, würden viele Kassen trotz Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2007 noch immer Bescheide versenden, aus denen hervorgeht, dass die Patienten nicht mehr Mitglied der jeweiligen Krankenkasse seien: „Das ist falsch, führt zu Verwirrung und Verunsicherung.“ In den Beratungen stelle sich zudem heraus, dass auch das Wissen auf Seiten der Ärzteschaft bzw. unter den Praxisangestellten Lücken aufweist. Auch die Arztpraxen seien daher nicht immer in der Lage, an dieser Stelle Prozessverantwortung zu übernehmen und die Patienten ausreichend zu informieren.

Neben der sozialmedizinischen Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit beschreiben die Berater ein weiteres Thema, das Patienten häufig zur Kontaktaufnahme mit der UPD veranlasst: Viele Ratsuchen-

de, die Krankengeld beziehen, würden mit regelmäßigen Anrufen der Krankenkassen konfrontiert. In der Regel hätten, so die Berater, die Kassen hierzu externe Firmen beauftragt, die angeben, den Patienten helfen und sie beraten und unterstützen zu wollen. Viele Ratsuchende berichten aber, dass sehr intime Fragen zur familiären Situation, zu den eigenen Zukunftsperspektiven sowie zur Therapie gestellt würden, wodurch sie sich kontrolliert und belästigt fühlten. Sie berichten von Äußerungen wie: „Gestern habe ich Sie um 15 Uhr angerufen, Sie waren ja gar nicht da!“ oder „Ach, im Hintergrund spielt das Radio – dann geht es Ihnen ja gar nicht so schlecht ...“ Andere Ratsuchende fühlten sich durch die Äußerungen und Forderungen der Krankengeld-Fallmanager massiv unter Druck gesetzt: „Jetzt stellen Sie sich doch nicht so an!“, „Gehen Sie wieder arbeiten!“ oder „Wechseln Sie doch den Arbeitgeber!“ Die Patienten wüssten zudem oft nicht, mit wem sie es eigentlich zu tun haben: „Wer ist das? Ein Gutachter? Ist es wichtig, was ich sage? Wird das weitergegeben? Hat es Auswirkungen? Wird es gespeichert?“ Einige Ratsuchende berichten, dass sie sich infolge der Anrufe durch die Kassen nicht mehr trauten, überhaupt noch ans Telefon zu gehen.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

Stationäre medizinische Rehabilitation

Die zweithäufigste Einzelleistung, zu der im Beratungsschwerpunkt Ansprüche gegenüber Kostenträgern beraten wurde, ist die stationäre medizinische Rehabilitation. In insgesamt 3.237 Beratungsgesprächen ging es um dieses Thema. Das entspricht einem Anteil von 11,7 Prozent an allen Kontakten zu diesem Schwerpunkt und einem Zuwachs von einem Prozentpunkt gegenüber dem Vorjahreszeitraum. In der überwiegenden Zahl betrafen die Beratungen Anspruchsvoraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme und deren Durchsetzung gegenüber den Trägern der Maßnahmen. Bei den Akteuren, die für die Kontaktaufnahme der Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen, liegt der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 35,0 Prozent (1.133 Kontakte) etwas über dem der Rentenversicherung mit 27,5 Prozent (891 Kontakte). In rund jedem sechsten Gespräch, in dem es um stationäre medizinische Rehabilitation ging, haben die Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Am häufigsten gelangten sie dabei zu der begründeten Vermutung, dass die Versorgungsleistung durch einen Kostenträger unberechtigt verweigert wurde (195 Kontakte), gefolgt von unvollständiger Information und Beratung (121 Kontakte). In jedem siebten Gespräch zur stationären medizinischen Rehabilitation haben sich Ratsuchende explizit beschwert. Der Anteil der Beschwerden erhöhte sich um knapp einen Prozentpunkt auf 15,1 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg auf 471 Kontakte.

3.4. Behandlungsfehler

In 7.132 Beratungsgesprächen hat die UPD zum Thema Behandlungsfehler beraten. In diesem Beratungsschwerpunkt werden all jene Gespräche dokumentiert, in denen ein Verdacht auf Behandlungsfehler im Raum steht und Beratung zu den unterschiedlichen Handlungsoptionen stattfindet. Die meisten Beratungen zu Behandlungsfehlern standen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung, gefolgt von Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Am häufigsten betrafen sie operative Therapien, konservative Therapien und Diagnosestellung. Die Beraterinnen und Berater berichten von großen Vorbehalten auf Seiten der Ratsuchenden gegenüber den Ärztekammern und Krankenkassen. Das finanzielle Risiko eines Rechtsstreits sowie die mit der Dauer gerichtlicher Verfahren einhergehende psychische Belastung würde zudem viele Betroffene davon abhalten, ihre Rechte auch tatsächlich einzufordern.



In 7.132 Beratungsgesprächen ging es um das Thema **Behandlungsfehler**. Das entspricht 8,9 Prozent aller Beratungskontakte.

Behandlungsfehler rangierten mit 7.132 Kontakten auf Platz acht der häufigsten Beratungsthemen. Die absolute Anzahl der Kontakte mit dem Beratungsthema Behandlungsfehler hat sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 351 Kontakte erhöht. Der Anteil an allen Kontakten ist damit nahezu konstant geblieben. Vorherrschend sind mit einem Anteil von rund 33 Prozent die Beratungen zu einem Verdacht auf Behandlungsfehler in Zusammenhang mit operativen Therapien (2.343 Kontakte), gefolgt von konservativen Therapien mit 1.147 Kontakten und einem Anteil von 16,1 Prozent an allen Kontakten zum Thema Behandlungsfehler. An dritter Stelle steht der Verdacht auf Behandlungsfehler im Kontext der Diagnosestellung mit 1.005 Kontakten und einem Anteil von 14,1 Prozent. Tabelle 10 (S. 46) stellt die häufigsten Unterthemen im Schwerpunkt Behandlungsfehler differenziert dar.

	Beratungen gesamt (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf Problemlage (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Beschwerde (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
Beratungen zu diesem Schwerpunkt	7.132	2.447 (34,3 %)	2.227 (31,2 %)
davon Therapie, operativ	2.343 (32,9 %)	735 (31,4 %)	629 (26,8 %)
davon Therapie, konservativ	1.147 (16,1 %)	412 (35,9 %)	428 (37,3 %)
davon Diagnosestellung	1.005 (14,1 %)	360 (35,8 %)	320 (31,8 %)
davon diagnostische Maßnahmen/Verfahren	626 (8,8 %)	182 (29,1 %)	158 (25,2 %)
davon Medizinprodukte (inkl. Zahnimplantate)	468 (6,6 %)	162 (34,6 %)	138 (29,5 %)
davon Therapie, postoperativ (z. B. Infektion)	392 (5,5 %)	172 (43,9 %)	155 (39,5 %)
davon Aufklärung	353 (4,9 %)	117 (33,1 %)	107 (30,3 %)
davon Organisation/Therapiemanagement	322 (4,5 %)	139 (43,2 %)	146 (45,3 %)
davon Arzneimitteltherapie	254 (3,6 %)	102 (40,2 %)	100 (39,4 %)
davon pflegerische Maßnahmen	200 (2,8 %)	80 (40,0 %)	69 (34,5 %)

Tab. 10: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Behandlungsfehler

Mehrfachnennungen möglich

Lesehilfe: Von den insgesamt 7.132 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Behandlungsfehler“ bezogen sich 2.343 Beratungen auf einen Behandlungsfehlerverdacht im Bereich der „operativen Therapie“. Das entspricht einem Anteil von 32,9 Prozent an allen Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler. Im Rahmen eines Behandlungsfehlerverdachts zu operativen Therapien wurde von Beraterinnen und Beratern in 735 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 31,4 Prozent an allen Beratungen im Bereich der operativen Therapie. Zudem wurden zum selben Thema 629 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 26,8 Prozent an allen Kontakten zum Behandlungsfehlerverdacht bei operativen Therapien.

Mit 2.447 Kontakten wurde in mehr als einem Drittel aller Beratungen zu diesem Schwerpunkt auch ein Hinweis auf eine Problemlage und mit 2.227 Kontakten in 31,2 Prozent der Fälle eine Beschwerde dokumentiert. Damit weist das Thema Behandlungsfehler den jeweils höchsten Anteil an Beschwerden und Hinweisen auf Problemlagen auf. Der Anteil dokumentierter Problemlagen zum Thema Behandlungsfehler hat sich dabei um 7,5 und der Anteil der Beschwerden um 4,9 Prozentpunkte erhöht.

Die häufigsten Hinweise auf Problemlagen im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern betrafen erwartungsgemäß die Qualität der Versorgung. In insgesamt 2.047 Kontakten wurde mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert, darunter vor allem zu möglichen Mängeln in der Durchführung der Behandlung (893 Kontakte) und möglichen Mängeln im Ergebnis der Behandlung (841 Kontakte). Hauptdiagnosen, zu denen bei Verdacht auf Behandlungsfehler häufig beraten wurde, wa-

ren zunächst Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 Diagnosekapitel K) mit 1.128 Kontakten. Dabei ist zu beachten, dass hier vor allem Diagnosen zu Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und des Kiefers erfasst wurden (ICD-10 K00-K14) (836 Kontakte). Diese können größtenteils der zahnmedizinischen und kieferorthopädischen Versorgung zugeordnet werden. Weitere Hauptdiagnosen waren die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 Diagnosekapitel M) mit 814 Kontakten. Die meisten Beratungen zu Behandlungsfehlern standen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung (48,6 Prozent), gefolgt von Behandlungen durch niedergelassene Ärzte (24,8 Prozent) und Zahnärzte (20,0 Prozent).

Fakten und Hintergründe | Behandlungsfehler

Ein Behandlungsfehler wird definiert als eine nicht sorgfältige und nicht den anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung. Er kann sowohl durch therapeutisches Handeln als auch durch Unterlassen erfolgen. Als Behandlungsfehler wird nur ein Verhalten definiert, das als vorsätzlich oder fahrlässig gelten kann. Außerdem muss es ursächlich für den entstandenen Schaden sein (Kausalität). Es gibt verschiedene Arten von Behandlungsfehlern, wie zum Beispiel Diagnose-, Therapie- und Aufklärungsfehler sowie Organisations- und Koordinierungsfehler.

Wie viele Behandlungsfehler jedes Jahr in Deutschland gemacht werden, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Schätzungen gehen von 40.000 bis 170.000 Behandlungsfehlern jährlich aus (BMG, 2014). Am 6. Mai 2014 hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen seine aktuelle Statistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung vorgelegt (MDS, 2014). Demnach wurden im Kalenderjahr 2013 in 14.585 Verdachtsfällen Gutachten erstellt. In 3.687 Fällen hat sich der Verdacht bestätigt. Das entspricht einem Anteil von 25,3 Prozent (ebd.).

Die Ergebnisse der UPD-Dokumentation zum Thema Behandlungsfehler sind vergleichbar mit den durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen dokumentierten Behandlungsfehlervorwürfen (MDS, 2013). Auch dort wurden die meisten Behandlungsfehlervorwürfe in den Fachgebieten Orthopädie/Unfallchirurgie und Zahnmedizin dokumentiert. Auch die Fehlerarten sind vergleichbar. **Anders als der Medizinische Dienst der Krankenkassen oder die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern überprüft die UPD jedoch nicht, ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt.** Vielmehr berät sie zu den unterschiedlichen Handlungsoptionen bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler. Sie zeigt den Ratsuchenden auf, wie sie konkret vorgehen können, an welche Institutionen sie sich wenden können und welche Folgen und Wirkungen die unterschiedlichen Vorgehensweisen nach sich ziehen können.

Im Rahmen der Dokumentation haben die Beraterinnen und Berater die Möglichkeit, den vorgetragenen Sachverhalt aus der fachlichen Perspektive zu bewerten – ohne dabei ein abschließendes Urteil über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers abgeben zu können. Hierzu erfassen sie beispielsweise Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung oder für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen. In 2.047 Beratungsgesprächen zum Thema Behandlungsfehler haben die Beraterinnen und Berater solche Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Qualität der Versorgung dokumentiert. Bei den insgesamt 7.132 Beratungskontakten zu diesem Thema entspricht dies einem Anteil von 28,7 Prozent.



Fallbeispiel Elke P. (52)

Elke P. muss nach einem schweren Bandscheibenvorfall operiert werden. Doch auch ein halbes später sind die Schmerzen nicht weg, sondern eher schlimmer. Frau P. nimmt starke Schmerzmittel und kann nicht mehr arbeiten. Als sie im Fernsehen einen Bericht über Behandlungsfehler sieht, fragt sie sich, ob auch bei ihr ein Fehler unterlaufen sein könnte. In der Beratung bei der UPD stellt sich aber heraus, dass es sich auch um eine Komplikation handeln könnte, die nicht auf ein fahrlässiges Handeln des Arztes zurückzuführen ist. Frau P. sagt, dass sie von solchen Risiken aber nichts gewusst habe. Am Abend vor der OP habe ihr die Krankenschwester ein Aufklärungsformular auf den Nachtschrank gelegt, mit der Bitte, dies bis zum nächsten Morgen zu unterschreiben. Die Ausführungen des Formulars habe sie nicht verstanden und ein persönliches Aufklärungsgespräch mit dem Arzt habe es nicht gegeben.



Im Fokus | Behandlungsfehler

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Beratungsschwerpunkt

(vom 14. März und 8. Mai 2014)

Finanzielles Risiko und Dauer von Gerichtsverfahren

Ratsuchende, die das Thema Behandlungsfehler ansprechen, leiden häufig unter konkreten Beschwerden, nicht selten unter akuten Schmerzen. Sie sind unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis und berufen sich nach Auskunft der Berater immer häufiger auf Medienberichte zum Thema Behandlungsfehler sowie zum Patientenrechtegesetz. Die Berater haben den Eindruck, dass das Bewusstsein bei den Patienten durch das Patientenrechtegesetz gestiegen ist. Gleichzeitig gebe es auf Seiten der Ratsuchenden häufig große Vorbehalte und Berührungängste gegenüber den Ärztekammern, aber auch gegenüber den Krankenkassen. Diese Vorbehalte führten dann oft zur Kontaktaufnahme mit der UPD.

Die Patienten wünschten sich sehr häufig eine Entschuldigung des behandelnden Arztes, möchten zum Teil aber auch um Schmerzensgeld kämpfen oder andere Patienten vor möglichen Fehlbehandlungen schützen. Im Beratungsalltag erleben die Berater dann Fälle, bei denen sich der Verdacht auf Behandlungsfehler erhärtet. Oft seien die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers aber auch nicht gegeben: „Den Ratsuchenden das dann zu vermitteln, ist oft schwer.“ Viele Ratsuchende, so die Berater, seien im Vorfeld ihrer Behandlung unzureichend über Risiken und mögliche Komplikationen aufgeklärt worden. Manchmal hätten Ratsuchende auch gar keine Aufklärung erhalten: „Rücken-OP, hinterher geht es Ihnen besser, hier müssen Sie noch unterschreiben.“ Sehr viel häufiger erhalten die Ratsuchenden aber nur einen Aufklärungsbogen vom Pflegepersonal mit dem Hinweis: „Lesen Sie es sich durch und unterschreiben sie dann, morgen früh um acht ist die OP.“

Häufig wenden sich Ratsuchende im Sinne einer ersten Orientierung an die UPD, bevor sie ihre Verdächtigungen gegenüber dem Arzt offenlegen. Ebenso häufig kommt es vor, dass die Beratung dem Gespräch mit dem Leistungserbringer nachgelagert ist, da dieses nicht zur Klärung beigetragen hat. Wenn sich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler erhärtet, würden viele Ratsuchende dennoch davor zurückschrecken, ihr Recht auch tatsächlich einzufordern. Manche wollen die direkte Konfrontation mit dem Arzt vermeiden. Andere wiederum fürchten das finanzielle Risiko eines Rechtsstreits: „Die Ratsuchenden haben meistens keine Rechtsschutzversicherung und können oder wollen die Sache nicht weiter verfolgen, weil ihnen die Mittel fehlen.“ Aus Sicht der Berater stellt eine Weiterverfolgung des Verdachts auf Behandlungsfehler für die Ratsuchenden nicht nur ein finanzielles, sondern auch ein psychisches Risiko dar. Denn gerichtliche Verfahren können sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Auch das trage oft dazu bei, dass Behandlungsfehler in vielen Fällen nicht weiter verfolgt würden.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

3.5. Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld

In 4.804 Beratungsgesprächen wurde zu Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld beraten, die im Kontext einer Erkrankung aufgetreten sind. Dieser Beratungsschwerpunkt ist dem psychosozialen Themenbereich zugeordnet, der die Beratung zu rechtlichen und medizinischen Sachfragen ergänzt. Meist ging es darin um den Umgang mit Konflikten, vor allem solchen mit Ärzten und Therapeuten. Psychosoziale Unterstützung war hier besonders im Kontext von Patientenrechten und Behandlungsfehlern erforderlich. An zweiter Stelle standen Konflikte mit Kostenträgern, die gerade im Kontext der Beratung zu Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation erfasst wurden.



In insgesamt 4.804 Beratungsgesprächen wurden **Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld** thematisiert. Das entspricht einem Anteil von sechs Prozent an allen Beratungsgesprächen.

In vielen Fällen lassen sich die Anliegen der Ratsuchenden nicht auf Informationsfragen begrenzen. Häufig geht es in der Patientenberatung auch um Konfliktbewältigung im sozialen und beruflichen Umfeld, die innerhalb der jeweiligen Problemkonstellation eine Rolle spielen. Solche Probleme stehen mit 4.804 Kontakten und einem Anteil von sechs Prozent an allen Beratungskontakten auf dem zehnten Platz der häufigsten Beratungsthemen.⁸ In 22,3 Prozent der Fälle (1.073 Kontakte) wurde ein Hinweis auf eine Problemlage und bei 26,2 Prozent (1.257 Kontakte) eine Beschwerde dokumentiert.

„Patient sein bedeutet mehr, als nur ein Problem zu haben.“

Zitat aus den Fokusgruppen mit den Beraterinnen und Beratern der UPD

Bestimmendes inhaltliches Element dieses Beratungsschwerpunkts ist die Konfliktbewältigung im Umgang mit Leistungserbringern (insbesondere mit niedergelassenen Ärzten): In 2.175 Kontakten wurde hierzu beraten. Das entspricht einem Anteil von 45,3 Prozent an allen Beratungen zu diesem Schwerpunkt. Oftmals taucht das Thema im Zusammenhang mit Patientenrechten und Behandlungsfehlern auf. An zweiter Stelle rangieren die Konflikte mit Kostenträgern mit 1.340 Kontakten und einem

⁸ Das Beratungsthema Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld wurde erst zum 01.04.2013 in die Kontaktdokumentation der UPD aufgenommen. Eine Darstellung der Entwicklung im Zeitverlauf ist daher noch nicht möglich.

Anteil von 27,9 Prozent. Dabei ging es meist um Ansprüche gegenüber Kostenträgern, insbesondere im Kontext der Leistungen Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation.

Die in diesem Beratungsschwerpunkt dokumentierten Hinweise auf Problemlagen bilden ein breites Spektrum ab. Vorrangig waren dabei Problemlagen hinsichtlich unvollständiger oder falscher Information und Beratung (insgesamt 271 Kontakte), unangemessenen Verhaltens seitens der Leistungserbringer oder Kostenträger gegenüber dem Ratsuchenden (126 Kontakte), aber auch hinsichtlich der Vermutung unberechtigter Verweigerung einer Leistung durch Kostenträger (122 Kontakte) oder Leistungserbringer (85 Kontakte).

	Beratungen gesamt (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf Problemlage (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Beschwerde (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
Beratungen zu diesem Schwerpunkt	4.804	1.073 (22,3 %)	1.257 (26,2 %)
davon Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern	2.175 (45,3 %)	680 (31,3 %)	848 (39,0 %)
davon Umgang mit Konflikten mit Kostenträgern	1.340 (27,9 %)	315 (23,5 %)	338 (25,2 %)
davon Umgang mit Konflikten und/oder Ängsten im sozialen Umfeld	543 (11,3 %)	33 (6,1 %)	40 (7,4 %)
davon Umgang mit Arbeitslosigkeit/drohendem Arbeitsplatzverlust	297 (6,2 %)	34 (11,4 %)	28 (9,4 %)
davon Umgang mit Überforderung/Stress in der Arbeit (auch Burnout)	275 (5,7 %)	24 (8,7 %)	11 (4,0 %)
davon Umgang mit Mobbing am Arbeitsplatz	171 (3,6 %)	14 (8,2 %)	12 (7,0 %)
davon Umgang mit sozialer Isolation	153 (3,2 %)	8 (5,2 %)	13 (8,5 %)

Tab. 11: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld
Mehrfachnennungen möglich

Lesehilfe: Von den insgesamt 4.804 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld“ wurde in 2.175 Beratungen der „Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern“ thematisiert. Das entspricht einem Anteil von 45,3 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 680 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 31,3 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 848 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 39,0 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

Fakten und Hintergründe | Psychosoziale Beratung

Zu Beginn des Berichtsjahres hat die UPD ihre Kontaktdokumentation um eine Reihe psychosozialer Beratungsthemen erweitert, um auch die in diesem Bereich vorgebrachten Anliegen und Problemstellungen der Ratsuchenden differenziert erfassen zu können (vgl. Kap. 1.3). Die Erfahrungen im Beratungsalltag haben gezeigt, dass sich bedarfsgerechte Beratung oft nur schwer auf die Klärung rechtlicher und medizinischer Sachfragen begrenzen lässt (vgl. hierzu Petermann & Schaeffer, 2011; Schaeffer & Dewe, 2012). Ratsuchende befinden sich häufig in einer emotional belastenden Situation. Das gilt insbesondere im Fall von chronischen Erkrankungen, die das Leben der Patientinnen und Patienten oft nachhaltig verändern. Hier geht es um Themen wie den Umgang mit Ängsten und Krisen und mit Konflikten im sozialen Umfeld, aber auch um Ausgrenzung und Isolation, Mobbing und Burn-out. Wichtige weitere Themen sind (drohende) Erwerbslosigkeit und die Inanspruchnahme weiterführender Unterstützungsangebote zur Nutzung der sozialen Sicherungssysteme.

In der psychosozialen Beratung der UPD gilt es, Übergänge zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu schaffen und Verknüpfungen zwischen den fragmentierten Versorgungssektoren der kurativen Versorgung (SGB V), der Rehabilitation (SGB IX) und der Langzeitversorgung (SGB XI) herzustellen. Jede der 21 regionalen Beratungsstellen ist mit einer Beraterin oder einem Berater aus dem psychosozialen Kompetenzfeld besetzt. Zudem werden alle Beraterinnen und Berater verbundweit in Gesprächstechniken und Beratungsmethoden geschult. Dennoch kann die UPD im Rahmen ihres gesetzlichen Beratungsauftrags keine soziale Einzelfallhilfe anbieten. Deshalb liegt der Schwerpunkt auf einer Analyse der individuellen Problemsituation, der gemeinsamen Erarbeitung von umsetzbaren Handlungsoptionen und einer Suche nach geeigneten Unterstützungsstrukturen.

Um Ratsuchende der UPD im Rahmen eines qualifizierten Verweises an geeignete weiterführende Angebote weiterleiten zu können, bedarf es einer guten Kenntnis der regionalen Strukturen. Die Beratungsstellen der UPD sind daher in ein Netzwerk der einschlägigen regionalen Akteure eingebettet. So gibt es in der Regel einen Austausch mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Beratungsangeboten der Kommunen sowie der freien Wohlfahrtspflege: Hierzu zählen etwa die Schwangerschaftskonfliktberatung, Schuldnerberatungsstellen, Behindertenhilfe, Suchtberatung, Migrationsberatung, Kriseninterventionsstellen und Hospizdienste. Ebenfalls erwähnenswert ist die Vernetzung mit Selbsthilfekontaktstellen, Pflegestützpunkten und Reha-Servicestellen.

Fallbeispiel Christine R. (50)

Christine R. leidet unter einer schweren Depression. Seit fast einem Jahr bezieht die alleinstehende Frau Krankengeld und möchte wissen, wann ihr Anspruch darauf ausläuft. Im Gesprächsverlauf berichtet sie, dass sie auch schon einen Bandscheibenvorfall hatte und danach nicht mehr in ihrem Beruf als Altenpflegerin arbeiten konnte. Anschließend habe sie eine Umschulung zur Grafikdesignerin gemacht, aber nie in dem Beruf gearbeitet. Eine weitere Umschulung würde sie nach eigener Aussage nicht bekommen – aber auch keine Anstellung. Die Krankenkasse habe ihr empfohlen, einen Rentenantrag zu stellen, doch der wurde abgelehnt. Frau R. sieht keine Perspektive mehr und weiß nicht, wovon sie nach dem Einstellung der Krankengeldzahlungen leben soll.



Im Fokus | Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Beratungsschwerpunkt

(vom 8. Mai 2014)

Versteckte Anliegen

Eine der wichtigsten Herausforderungen für die Ratsuchenden sei nach Auffassung der Berater der Umgang mit finanziellen Risiken und einer erschwerten wirtschaftlichen Situation im Krankheitsfall. Viele, die Rat suchen, befänden sich aufgrund einer chronischen Erkrankung in einer prekären Lebenssituation. Besonders häufig handele es sich um Menschen, bei denen die Abklärung der Diagnose aufwendig und langwierig sei. Häufig ginge es in diesem Beratungsschwerpunkt zudem um Burn-Out oder Mobbing. Mit Konflikten im beruflichen und sozialen Umfeld verknüpft seien nicht selten auch die Beratungsthemen Patientenrechte und Behandlungsfehler.

Die gesundheitliche Problematik setzt sich im beruflichen und privaten Umfeld der Patienten häufig fort. In der Beratung gehe es dann in erster Linie um die Abklärung der persönlichen Möglichkeiten und um geeignete Bewältigungsstrategien. An dieser Stelle veranschaulichen die Berater, dass es in der Patientenberatung keineswegs nur um Sachfragen und Informationsvermittlung geht: „Die relativ einfach zu beantwortenden Sachfragen münden zumeist in Nachfragen, die offenen, dass weitere Probleme hinter dem Sachverhalt stehen, so dass oftmals das Gefühl entsteht, als öffne man die Büchse der Pandora.“ Es gehe dann um soziale Absicherung, Fragen zur Erwerbsminderung, Anspruch auf Lohnersatzleistungen der Arbeitsagenturen, berufliche Rehabilitation, Schwerbehinderung und so weiter.

Den Beratern zufolge eröffnen sich im Beratungsverlauf häufig Nebenschauplätze und psychosoziale Spannungsfelder: „Patient sein bedeutet eben mehr, als nur ein Problem zu haben.“ So müssten häufig auch Fragen geklärt werden, die das Berufsleben betreffen: „Wo bekomme ich im Betrieb Unterstützung? Was kann der Betriebsrat für mich tun? Soll ich meinem Chef von meiner Schwerbehinderung erzählen?“ Die Problematik im beruflichen Umfeld setzt sich dann im privaten sozialen Umfeld fort: „Es geht nicht spurlos an einer Familie vorüber, wenn plötzlich das Krankengeld eingestellt wird – dann herrscht erst einmal Panik, weil man nicht weiß, wie es weitergeht.“ Häufig wird auch deutlich, dass Ratsuchende über wenig oder gar keine soziale Unterstützungsressourcen verfügen. Das Netz aus Familie und Freunden trägt nicht mehr oder übt sogar zusätzlichen Druck aus: „Erschöpft sind wir doch alle“, „Reiß dich zusammen!“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

4. Spezialthema Arzneimittelberatung

Neben ihrem themen- und indikationsübergreifenden Beratungsangebot bietet die UPD Beratung speziell zum Thema Arzneimittel an. Im Berichtszeitraum verzeichnete dieses Angebot 2.877 Beratungsgespräche. Um den Besonderheiten des spezialisierten Angebots gerecht zu werden, wurden die Beratungen in einem eigenen Dokumentationssystem anonym erfasst. Häufige Themen in der Arzneimittelberatung waren die Diagnose und Behandlung bestimmter Erkrankungen, Wechselwirkungen sowie die korrekte Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln. Dabei ging es vor allem um Medikamente für das Herz-Kreislauf-System, das Nervensystem sowie für das Verdauungssystem und den Stoffwechsel.

Insgesamt wurde die Einnahme von 8.804 Präparaten dokumentiert. Eine Untersuchung zu den eingenommenen Arzneimitteln ergab, dass fast die Hälfte aller erfassten Patientinnen und Patienten mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig einnahm. Beschwerden der Ratsuchenden richteten sich vor allem gegen niedergelassene Ärzte im Kontext der Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten gesetzlicher Krankenversicherungen. Beraterinnen und Berater weisen darauf hin, dass in den konkreten Beratungsfällen häufig keine leitliniengerechte Medikation erfolgt sei. Zudem mangle es nicht selten an einer koordinierenden Instanz, die insbesondere die Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme mehrerer Arzneimittel überwacht.

Fakten und Hintergründe | Arzneimittelberatung

Die telefonische Arzneimittelberatung der UPD ist am Institut für Klinische Pharmakologie der Technischen Universität Dresden angesiedelt und kann von Patientinnen und Patienten über eine eigene kostenfreie Rufnummer auch direkt angewählt werden. Sie berät bundesweit und kostenfrei zu allen Fragen der Arzneimittelanwendung und Arzneitherapie. Die fachlichen Auskünfte werden von pharmazeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts vertraulich und auf Wunsch auch anonym erteilt.

Die Beraterinnen und Berater sind unter der Telefonnummer **0800 0 11 77 25** montags, dienstags und donnerstags von 9:00 bis 16:00 Uhr sowie mittwochs und freitags von 09:00 bis 13:00 Uhr kostenfrei aus dem Festnetz zu erreichen. Zusätzlich sind Anfragen jederzeit per Post oder Fax möglich. In der Regel werden zunächst die erforderlichen Informationen aufgenommen und die Ratsuchenden dann zurückgerufen. Die Anfragen werden, wenn möglich, innerhalb von 24 Stunden beantwortet. Auf Wunsch erhalten Ratsuchende zusätzlich eine schriftliche Zusammenfassung des Beratungsgesprächs.

Die Arzneimittelberatung bietet nicht nur direkte Beratung für Patientinnen und Patienten an, sondern fungiert auch als interne Kompetenzstelle für Fachfragen der Beraterinnen und Berater der UPD. Für den vorliegenden Monitor Patientenberatung wurden lediglich die direkten Beratungen der Ratsuchenden, nicht aber die Hintergrundberatung ausgewertet.



Innerhalb des Berichtsjahres haben sich 2.877 Ratsuchende an die **Arzneimittelberatung der UPD** gewandt. Die häufigsten Anliegen betrafen unerwünschte Nebenwirkungen, Wechselwirkungen sowie die korrekte Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln.

Innerhalb des Berichtsjahres haben sich 2.877 Ratsuchende an die Arzneimittelberatung der UPD gewandt. 52 Prozent waren im Alter zwischen 60 und 79 Jahren, 62 Prozent waren weiblich. Die Mehrheit der Ratsuchenden (75 Prozent) kontaktierte die Arzneimittelberatung in eigener Sache. In den verbleibenden Kontakten ging es um Anliegen Dritter (Verwandte oder Freunde).

4.1. Themen und Anliegen in der Arzneimittelberatung

Bei der Dokumentation wurden die Beratungsthemen der Arzneimittelberatung verschiedenen Kategorien zugeordnet. Der Bereich Information zu Therapie und Erkrankung wurde ausgewählt, wenn eine allgemeine Beratung zum Thema Pharmakotherapie erfolgt ist, zum Beispiel in Bezug auf leitliniengerechte Therapiealternativen oder Handlungsoptionen in der Therapie. Im Bereich Beratung zu spezifischen Arzneimitteln wurden Kontakte erfasst, in denen zu einem oder mehreren bestimmten Arzneimitteln beraten wurde, zum Beispiel zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Kontraindikationen. Darüber hinaus wurde zu rechtlichen Aspekten der Arzneimittelanwendung beraten, meist in Bezug auf die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln sowie zu Kosten der Arzneitherapie, die Versicherte selbst zu tragen haben.

Zu welchen Themen wurde am häufigsten beraten?

Häufige Themen in der Arzneimittelberatung waren die Diagnose und Behandlung bestimmter Erkrankungen, Wechselwirkungen sowie die korrekte Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln. Das häufigste Anliegen betraf unerwünschte Arzneimittelwirkungen. In 908 Kontakten (31,2 Prozent aller Beratungen) berieten die Beraterinnen und Berater zu diesem Thema. Bei 536 Ratsuchenden (59 Prozent) wurden insgesamt 722 unerwünschte Wirkungen erfasst, die nach Ansicht der Ratsuchenden durch ein eingenommenes Arzneimittel ausgelöst worden waren. In über der Hälfte dieser Fälle (64,1 Prozent) stuften die Berater ein Arzneimittel als möglichen oder wahrscheinlichen Auslöser ein, in weiteren 22,7 Prozent war eine Beurteilung der Kausalität nicht möglich. Arzneimittel, die am häufigsten als Auslöser konkreter Beschwerden genannt wurden, waren Gerinnungshemmer (56 Kontakte), Antidepressiva (51 Kontakte), Antipsychotika (41 Kontakte), Cholesterinsenker (39 Kontakte) sowie Medikamente, die in der endokrinen (Hormon-)Therapie von Krebserkrankungen eingesetzt werden (38 Kontakte).

Themenbereiche und Beratungsthemen in der Arzneimittelberatung	Kontakte	Anteil an allen Kontakten der Arzneimittelberatung
Information zu Therapie und Erkrankung	1.260	43,8 %
Beratung zu Diagnose und Behandlung	830	28,8 %
Leitlinienkonformität der Therapie	102	3,5 %
Handlungsoptionen in Bezug auf die Therapie	115	4,0 %
Beratung zu spezifischen Arzneimitteln	2.047	71,2 %
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	908	31,6 %
Wechselwirkungen	714	24,8 %
Einnahme/Anwendung	639	22,2 %
Wirkung	458	15,9 %
Kontraindikationen	314	10,9 %
Rechtliche Aspekte	355	12,3 %
Verordnungsfähigkeit	212	7,4 %
Zuzahlung/ Kosten	57	2,0 %
Andere rechtliche Aspekte	111	3,9 %

Tab. 12: Übersicht über die Beratungsthemen der UPD-Arzneimittelberatung

N = 2.877 Beratungskontakte in der Arzneimittelberatung der UPD, Mehrfachnennungen möglich

Welche Arzneimittel wurden in der Beratung besonders häufig thematisiert?

Im Berichtszeitraum machten 1.462 Ratsuchende (50,8 Prozent) im Rahmen des Beratungsgesprächs Angaben zu ihren Arzneimitteln und konnten somit in die im Folgenden vorgestellte Auswertung zur Anwendungshäufigkeit einbezogen werden. Insgesamt wurde die Einnahme von 8.804 Präparaten dokumentiert. Im Median wendete jeder Ratsuchende fünf Arzneimittel gleichzeitig an. 702 Ratsuchende (48 Prozent) nahmen mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig ein.

Im Folgenden werden die eingenommenen Arzneimittel auf Basis des Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationssystems (ATC-Code) kategorisiert dargestellt: Am häufigsten gaben Ratsuchende die Einnahme von Arzneimitteln für das Herz-Kreislauf-System (ATC-Code C: 2.743 eingenommene Arzneimittel), für das Nervensystem (ATC-Code N: 1.427 eingenommene Arzneimittel) sowie für das alimentäre System und den Stoffwechsel (ATC-Code A: 1.483 eingenommene Arzneimittel) an. Dabei sei erwähnt, dass unter dem ATC-Code N die Einnahme von Antidepressiva und Antipsychotika besonders häufig dokumentiert wurde. Arzneimittel aus den ATC-Gruppen C, N und A stellten in absoluten Zahlen auch am häufigsten den Grund für die Anfrage bei der Arzneimittelberatung der UPD dar. Relativ betrachtet war der Informationsbedarf zu Arzneimitteln aus der Gruppe der

systemischen Antiinfektiva (ATC-Code J) sowie der antineoplastischen und immunmodulierenden Mittel (ATC-Code L) jedoch am höchsten (vgl. Abb. 6, S. 58). Mehr als jeder dritte Ratsuchende, der ein solches Präparat einnahm, nannte dies als Grund für die Anfrage bei der Arzneimittelberatung der UPD.

Fallbeispiel Helmut R. (77)

Helmut R. leidet an einer koronaren Herzerkrankung, hohem Blutdruck und einer Schilddrüsenunterfunktion. Bisher hatte er seine Beschwerden mit drei Medikamenten gut im Griff. Doch während eines Klinikaufenthaltes wurde die Medikation umgestellt: Jetzt muss der Rentner zehn verschiedene Arzneien einnehmen, darunter zwei Gerinnungshemmer und vier Blutdruck senkende Wirkstoffe. Seitdem ist sein Blutdruck zu niedrig – nicht mehr zu hoch – und er hat Nasenbluten und Schwindelgefühle. Herr R. ist ratlos und fragt sich, ob die vielen Präparate an den Beschwerden schuld sein könnten.

Der ATC-Code

ATC steht für Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem. Dabei handelt es sich um eine internationale Klassifikation für Arzneistoffe. Auf der obersten Ebene wird in 14 Hauptgruppen unterschieden, die sich nach dem Organ richten, auf die der Arzneistoff seine Hauptwirkung entfaltet:

- ATC A Alimentäres System und Stoffwechsel
- ATC B Blut und blutbildende Organe
- ATC C Kardiovaskuläres System
- ATC D Dermatika
- ATC G Urogenitalsystem und Sexualhormone
- ATC H Systemische Hormonpräparate (exkl. Sexualhormone und Insuline)
- ATC J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
- ATC L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
- ATC M Muskel- und Skelettsystem
- ATC N Nervensystem
- ATC P Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
- ATC R Respirationstrakt
- ATC S Sinnesorgane
- ATC V Varia
- MP Medizinprodukte
- NEM Nahrungsergänzungsmittel

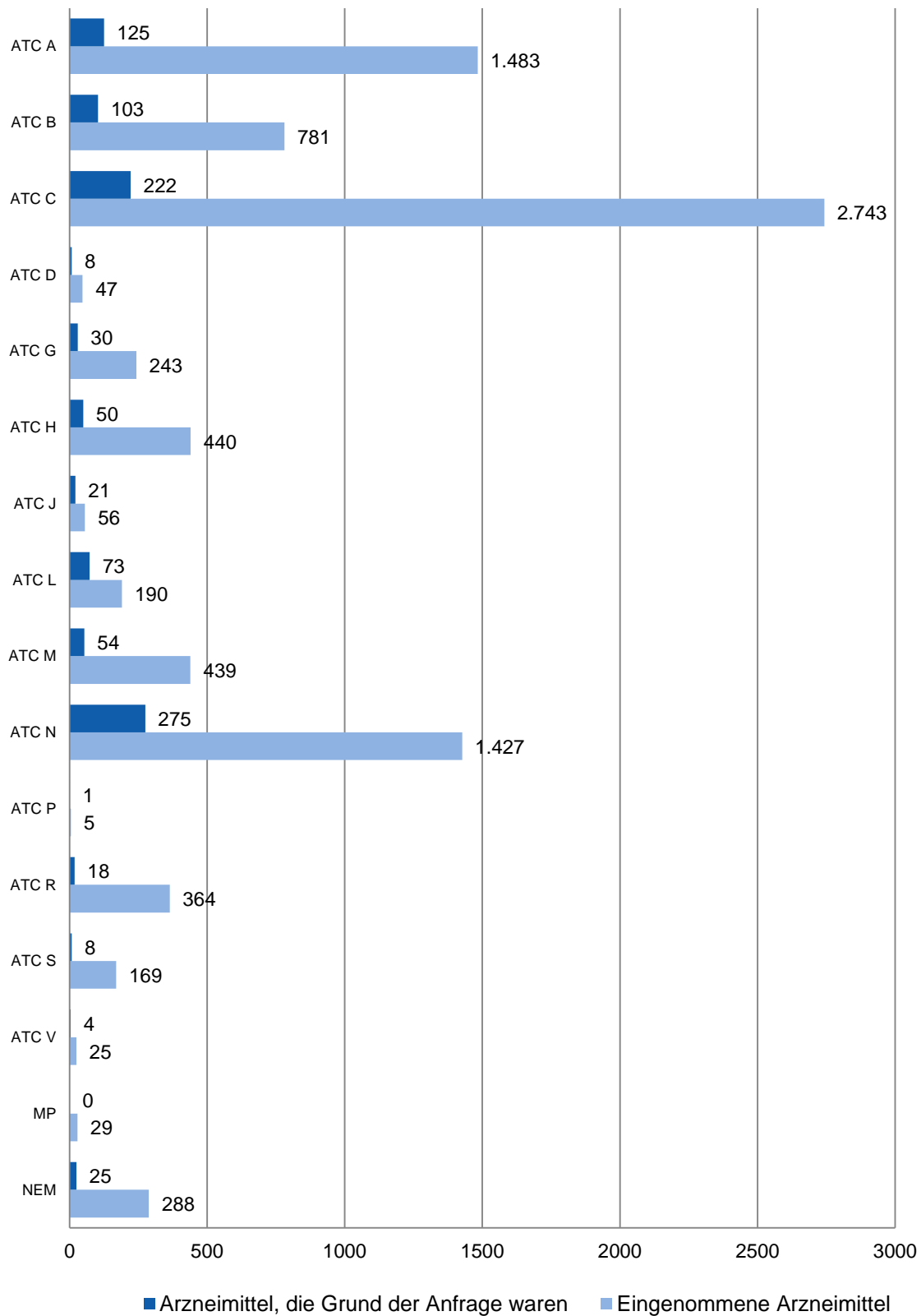


Abb. 6: Anzahl Arzneimittel, die Grund der Anfrage waren/zum Zeitpunkt der Beratung eingenommen wurden

4.2. Beschwerdeanlässe in der Arzneimittelberatung

Wenn Ratsuchende in der Beratung explizit eine Beschwerde äußern, wird diese in der Dokumentation entsprechend erfasst. Dabei erfolgt eine Kategorisierung in Beschwerden über Leistungserbringer, Krankenkassen bzw. gesetzliche Regelungen. Die Anzahl der Beschwerden in den verschiedenen Bereichen ist in Tabelle 13 dargestellt.

Beschwerden	Anzahl
Beschwerden über Leistungserbringer	147
davon über Hausärzte oder Fachärzte	108
davon über Kliniken (ambulant oder stationär)	27
davon sonstige	12
Beschwerden über Krankenkassen	24
davon über Ablehnung von Leistungen	21
davon sonstige	3
Beschwerden über gesetzliche Regelungen	60
davon über Erstattungsregelung Off-Label-Use	13
davon über Festbetragsregelung	12
davon über Rabattverträge	11
davon über Erstattungsregelung OTC-Arzneimittel	8
davon über Verordnungsausschlüsse nach AM-RL	6
davon sonstige	10

Tab. 13: Überblick über die Beschwerden, die von Ratsuchenden in der Arzneimittelberatung geäußert wurden

Ratsuchende, die eine Beschwerde über ihren Haus- oder Facharzt äußerten, ließen sich deutlich häufiger zu rechtlichen Aspekten der Arzneimittelanwendung beraten als Ratsuchende insgesamt (27,6 Prozent vs. 12,3 Prozent). Besonders häufig wurde dabei das Thema Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu Lasten gesetzlicher Krankenversicherungen thematisiert (16,2 Prozent).



Fallbeispiel Ludwig M. (71)

Ludwig M. leidet unter Bluthochdruck und einem Typ-2-Diabetes. Neben drei verschiedenen Blutdrucksenkern nimmt er die Blutzucker senkenden Arzneimittel Metformin (seit mehreren Jahren) und Sitagliptin (seit sechs Monaten) ein. Der Blutzucker ist unter dieser Therapie gut eingestellt. Beim letzten Arztbesuch teilte der Hausarzt Herrn M. mit, dass Sitagliptin nicht länger von seiner Krankenkasse übernommen werde, und stellte ihm ein Privatrezept aus. Herr M. ist schockiert, da er den hohen Preis des Arzneimittels von rund 60 Euro im Monat von seiner Rente nicht dauerhaft bezahlen kann. Er fühlt sich ungerecht behandelt, da er das Medikament zur Blutzuckersenkung benötigt und weiß, dass ein zu hoher Blutzucker schwerwiegende Folgen haben kann. Er beschwert sich bei der Arzneimittelberatung der UPD über seinen Hausarzt und möchte wissen, ob dessen Vorgehen rechtens ist.

Im Rahmen von Beschwerden über gesetzliche Regelungen wurde am häufigsten die Erstattung von Arzneimitteln in der zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-Label-Use) thematisiert (13 Kontakte). Die betroffenen Patienten leiden häufig unter seltenen Erkrankungen, für die es keine oder nur wenige zugelassene Therapien gibt. Sie sind darauf angewiesen, dass der behandelnde Arzt im Rahmen seiner Therapiefreiheit auch nicht zugelassene Arzneimittel verordnen kann, wenn keine anderen Behandlungsmöglichkeiten mehr gegeben sind. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt sich dabei auf schwerwiegende Erkrankungen, die lebensbedrohlich sind oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen. Zusätzlich muss die vorgeschlagene Behandlung gemäß der einschlägigen Rechtslage eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf erwarten lassen. Ob dieses Kriterium erfüllt ist, wurde von den Kostenträgern in allen Beschwerdefällen anders beurteilt als von Arzt und Patient und als Ablehnungsgrund für die Kostenübernahme angeführt.

Fallbeispiel Jennifer R. (26)

Jennifer R. leidet an einer Mukoviszidose, die derzeit durch einen Infekt mit nichttuberkulösen Mykobakterien (NTM) verschlimmert wird. Beide Erkrankungen können lebensbedrohlich sein. Die orale und intravenöse Antibiotikatherapie zeigte schwerwiegende Nebenwirkungen und kann nicht in der derzeitigen Form fortgeführt werden. Daher möchte der behandelnde Arzt Frau R. mit inhalativ verabreichtem Amikacin behandeln, das für diese Form der Anwendung jedoch nicht zugelassen ist. Frau R. beantragt die Übernahme der Kosten bei ihrer Krankenkasse. Diese bestätigt das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, für die die zugelassenen Behandlungsalternativen ausgeschöpft seien. Dennoch stimmt sie der Kostenübernahme nicht zu, da zur Inhalation von Amikacin keine Forschungsergebnisse vorlägen, die erwarten ließen, dass das Arzneimittel für ihre Indikation zugelassen werden könne. Ein Widerspruch bleibt erfolglos, Frau R. sieht jedoch keinen Sinn darin, gegen den Bescheid zu klagen, da sie das Arzneimittel akut benötigt und nicht auf ein Gerichtsverfahren warten kann.



Im Fokus | Arzneimittel

Auszüge aus einem telefonischen Tiefeninterview mit Beratern der Arzneimittelberatung

(vom 25.04.14)

Leitliniengerechte Medikation noch nicht selbstverständlich

„Leitliniengerechte Versorgung mit Arzneimitteln ist noch keine Selbstverständlichkeit“, so lautet eine der Kernaussagen der Berater. Dabei muss es sich nicht immer um Medikationsfehler im engeren Sinne handeln. Wiederholt gebe es Hinweise darauf, dass Ratsuchende ohne erkennbaren Grund auch Mittel der zweiten und dritten Wahl erhalten. In Hinblick auf leitliniengerechte Medikation seien Ärzte möglicherweise nicht immer ausreichend informiert.

Im Kontext der leitliniengerechten Medikation wurde im Interview auch die Multimorbidität bei Ratsuchenden thematisiert, die häufig mit einem weiteren Problem einhergeht: Patienten sind mit unterschiedlichen Erkrankungen bei vielen verschiedenen Ärzten in Behandlung und jeder (Fach-)Arzt leitet dann für seinen Bereich eine eigene medikamentöse Therapie ein. „Wenn aber niemand alle Medikamente im Blick hat, werden mögliche Wechselwirkungen außer Acht gelassen und am Ende erhält ein Patient 20 unterschiedliche Mittel“, so ein Berater.

Die Ratsuchenden selber fragen bei der UPD-Arzneimittelberatung besonders wegen unerwünschter Wirkungen von Medikamenten nach. Das gilt vor allem für schwerwiegende angstbesetzte Erkrankungen sowie für Arzneimittel, deren Einnahme mit einem hohen Nebenwirkungsrisiko verbunden ist. Dies führt dazu, dass sich viele Patienten vorab genau über Risiken und mögliche Behandlungsalternativen informieren möchten oder sich zu bereits aufgetretenen Nebenwirkungen beraten lassen. Viele beklagen, dass sie ihre Ängste mit dem behandelnden Arzt aus Zeitmangel nicht ausführlich genug besprechen konnten.

Patienten, die aufgrund chronischer Erkrankungen regelmäßig verschreibungspflichtige Arzneimittel einnehmen müssen, sind auf die Behandlung durch einen Haus- oder Facharzt angewiesen. Sie erwarten, dass dieser bei Therapieentscheidungen ausschließlich das Patientenwohl im Auge hat. Viele Patienten erleben jedoch einen steigenden Kostendruck in den Arztpraxen, der sich negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirkt: „Immer wieder melden sich Ratsuchende, die Leistungen, die grundsätzlich durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, selbst bezahlen sollen. In vielen Fällen wurden durch den Arzt keine Therapiealternativen angeboten oder erklärt, warum die Leistung nicht notwendig sei.“

Anders verhalte es sich bei Festbetragsregelungen: „Wenn ein Präparat teurer ist als der Festbetrag und Patienten auf dieses Präparat ausweichen müssen, gibt es für die Erstattung des Differenzbetrages keine Chance.“ Hier gebe es bislang keine Härtefallregelung. Bei der zulassungsüberschreitenden Anwendung werden hingegen eher Schwierigkeiten bei der Umsetzung bereits bestehender Regelungen gesehen. Dabei werde die Kostenübernahme häufig abgelehnt, weil die Evidenzlage nicht ausreichend sei: „Man kann aber gerade bei seltenen Erkrankungen die Kostenübernahme nicht per se von der höchsten Evidenzstufe abhängig machen.“

Zur Methodik der Interviews → **Kapitel 1.4**

5. Hintergrund

5.1. Die Kontaktdokumentation der UPD

Seit dem 1. April 2012 ist die UPD-K Kontaktdokumentation flächendeckend im Einsatz. Mit ihrer Hilfe wird die Beratungsleistung dokumentiert und es werden Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement gewonnen, um das Angebot noch besser an den Bedürfnissen und Bedarfslagen der Ratsuchenden auszurichten. Zum anderen bildet die Kontaktdokumentation die wichtigste Grundlage für den vorliegenden Bericht, indem sie die Beratungsschwerpunkte der UPD abbildet und so Rückschlüsse auf mögliche Problemlagen in der gesundheitlichen Versorgung ermöglicht. Zudem werden Beratungsthemen, Akteure und Hinweise auf Problemkonstellationen so erfasst, dass eine Rekonstruktion ihrer Interdependenzen möglich ist. Eine einheitliche Dokumentationspraxis wird über ein umfangreiches schriftliches Dokumentationsmanual sowie über laufende Schulungen der Beraterinnen und Berater sichergestellt.

Die UPD legt keine Krankenunterlagen an und kann folglich auch keine „Fälle“ abbilden, wenn es zu mehreren Gesprächen mit derselben Person kam. Stattdessen erfassen die Beraterinnen und Berater jedes einzelne Gespräch als einen (neuen) **Beratungskontakt**. Da Ratsuchende häufig mit komplexen Anliegen zur UPD kommen, können in einem Beratungskontakt verschiedene Beratungsthemen, Akteure bzw. Adressaten, Beratungsleistungen und Hinweise auf Problemlagen eine Rolle spielen. Diese werden separat in verschiedenen sogenannten **Beratungssträngen** dokumentiert (vgl. Abb. 7, S. 63).

Durch diese Aufteilung in Beratungskontakte und Beratungsstränge lässt sich die thematische Vielfalt erfassen. Zugleich wird eine sinnvoll auswertbare Datengrundlage geschaffen, die eine abgegrenzte Auswertung und Analyse von Zusammenhängen und Interdependenzen zwischen den einzelnen Aspekten ermöglicht. Die Auswertungen des Datenbestandes für die Beratungsthemen können auf verschiedenen Aggregationsebenen ansetzen, die nachfolgend kurz erläutert und schematisch dargestellt werden:

- **Beratungsthemen:** Die eigentliche Dokumentation der Beratung erfolgt auf der Ebene der Themen, zu denen beraten wurde. So kann beispielsweise innerhalb einer Beratung zu einem Beratungsthema aus dem Themenbereich Rechtliche Aspekte wie auch zu einem Beratungsthema aus dem Themenbereich Medizinische Verfahren und Maßnahmen beraten werden. Jedes Beratungsthema, zu dem beraten wurde, wird in einem gesonderten Beratungsstrang dokumentiert.
- **Listenebene:** Zur Präzisierung der einzelnen Beratungsthemen sind an den notwendigen Stellen Listen hinterlegt. So wurden beispielsweise zum Beratungsthema Erläuterung von Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen Listen zur Spezifizierung des Krankheitsbildes in Form einer ICD-Kodierung sowie Listen zur Spezifizierung von Leistungen und Verfahren hinterlegt. Die Listenebene stellt entsprechend die tiefste Aggregationsebene (Endpunkte) für die Auswertungen der UPD-K Kontaktdokumentation dar.

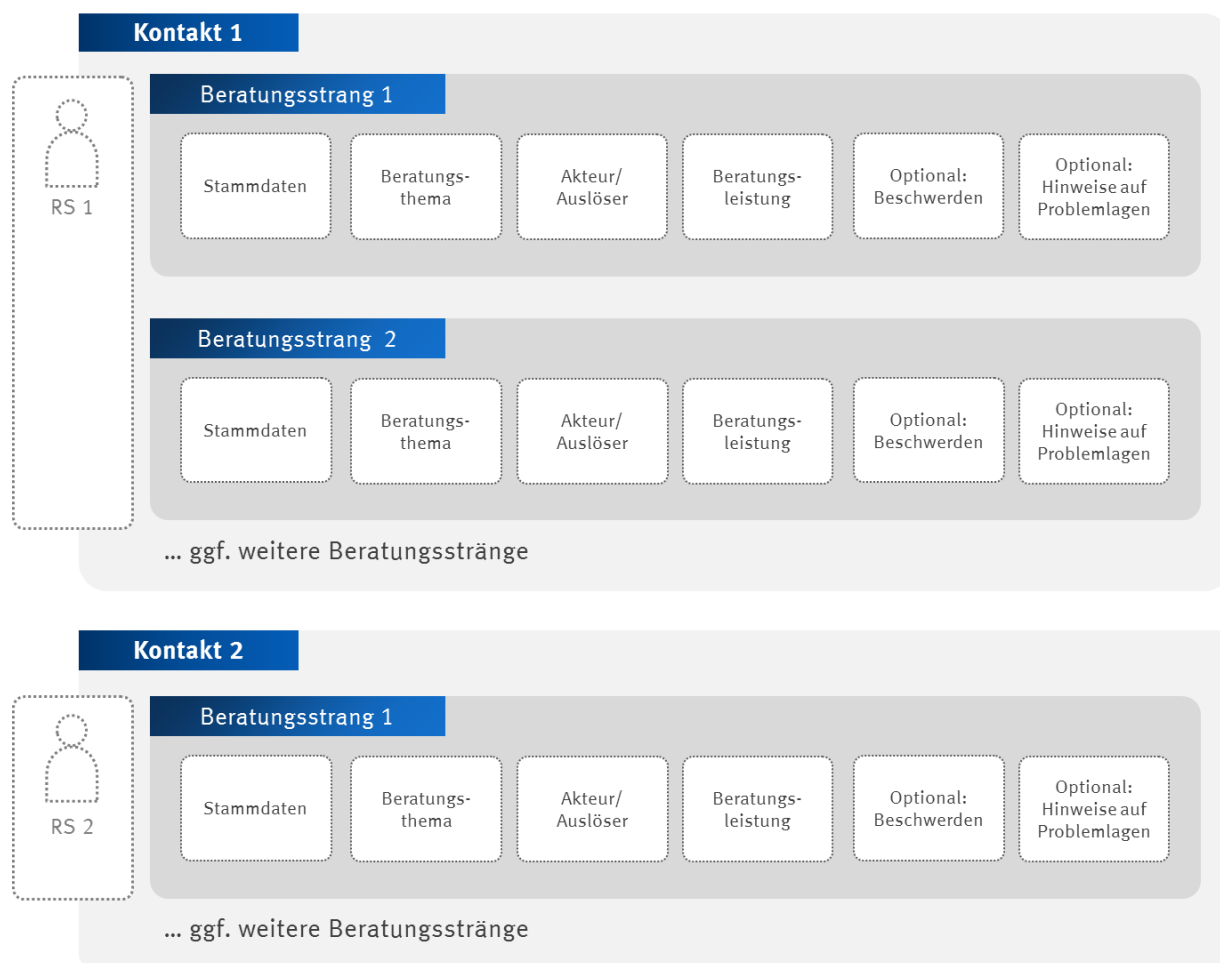


Abb. 7: Struktur der UPD-Beratungsdokumentation

Neben dieser Erfassungslogik werden in der Kontaktdokumentation zusätzlich Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitswesen erfasst. Am Ende einer jeden Beratung sind die Beraterinnen und Berater aufgefordert zu entscheiden, ob die in dem konkreten Beratungsstrang vorliegende individuelle Problemkonstellation einem vorab definierten Hinweis auf eine Problemlage zuzuordnen ist. Bejahen die Beraterin oder der Berater dies, wählen sie aus einem Katalog mit 18 Problemlagen die zutreffende aus oder nutzen eine Freitextangabe zur Benennung einer anderen, vorab nicht definierten Problemlage. Eine Übersicht aller Hinweise auf Problemlagen findet sich in Anlage 2 (S. 70).

Angesichts der erforderlichen Informationstiefe wurde eigens für den Einsatz in der UPD ein Dokumentationssystem entwickelt, das dem weitreichenden Erkenntnisinteresse gerecht wird und den Dokumentationsaufwand mittels einer intelligenten Nutzerführung auf ein vertretbares Maß begrenzt. Die Dokumentation geschieht vorrangig durch eine Auswahl aus Listen. Die einzelnen Felder werden abhängig von den Eingaben dynamisch eingeblendet. Auf diese Weise werden die potenziell rund 1.400

Auswahlmöglichkeiten handhabbar gemacht. Die Eingabemaske nutzt unterschiedliche Funktionen (z. B. automatische Vervollständigung von Suchbegriffen), um einen möglichst schnellen Zugriff auf die Eingabefelder zu ermöglichen (vgl. Abb. 8). Die Bedienung kann vollständig über eine Tastatursteuerung erfolgen.

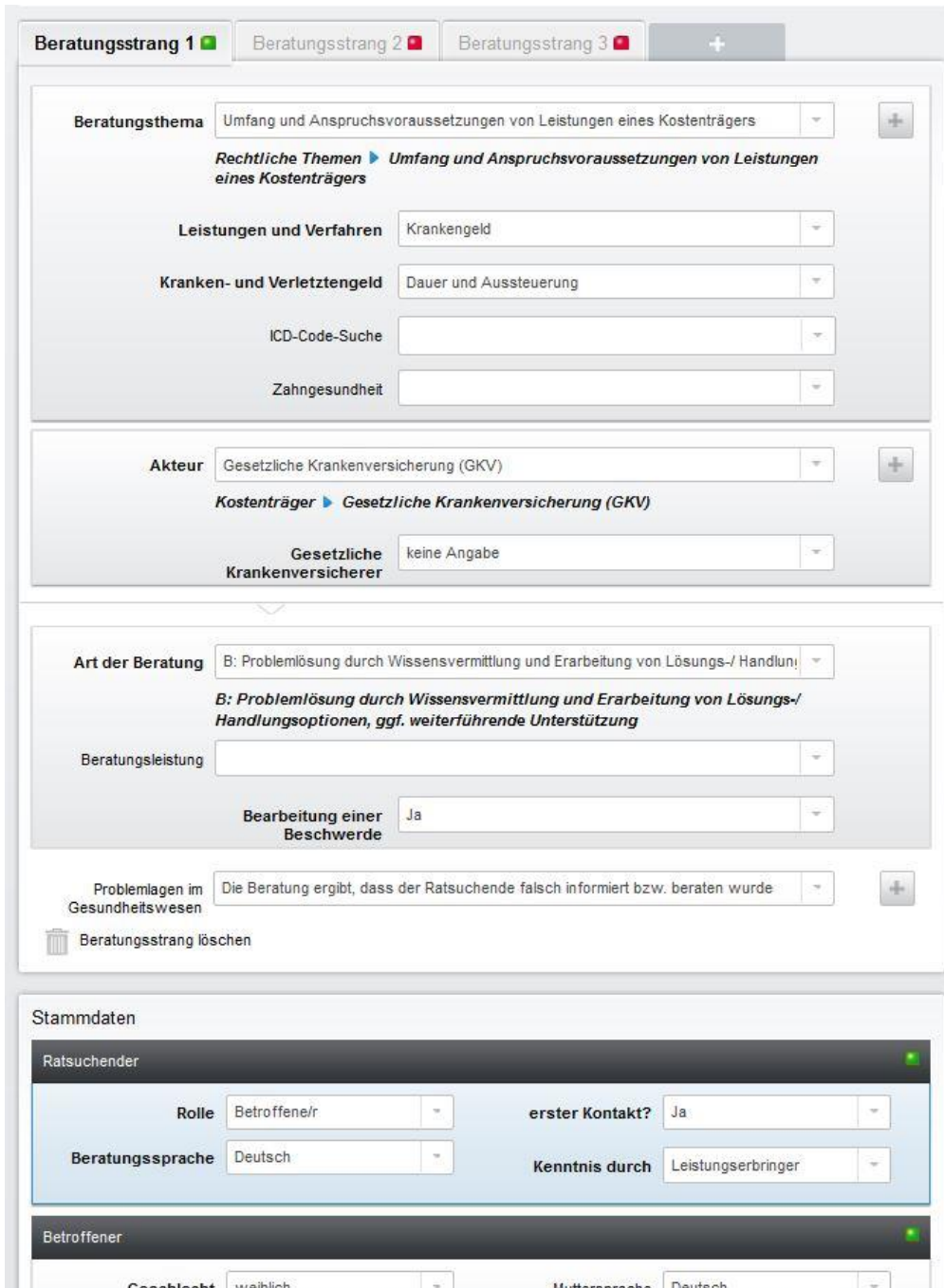


Abb. 8: Benutzeroberfläche der Kontaktdokumentation

5.2. Über die UPD

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät seit 2006 Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen – unabhängig, kompetent, qualitätsgesichert und kostenfrei. Anliegen und Probleme der Ratsuchenden wertet die UPD anonym in jährlichen Berichten aus und übermittelt sie an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Hierbei handelt sie im gesetzlichen Auftrag nach § 65b Sozialgesetzbuch V. Ziel ist es, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen.

Das Angebot der UPD umfasst 21 regionale Beratungsstellen, eine Online-Beratung, ein bundesweites Beratungstelefon in drei Sprachen und einen überregionalen Arzneimittelberatungsdienst. Träger der Regionalstellen mit ihren 75 Beraterinnen und Beratern sind Mitglieder oder Landesverbände der drei UPD-Gesellschafter. Diese sind: der Sozialverband VdK Deutschland, der Verbraucherzentrale Bundesverband und der Verbund unabhängige Patientenberatung. Gemeinsam bilden sie den Verbund der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, der durch eine Bundesgeschäftsstelle in Berlin zentral gesteuert und organisiert wird.

Unabhängig und kostenfrei

Die Beratung der UPD unterliegt keiner Gewinnorientierung und ist unabhängig und kostenfrei. Finanziert wird sie durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der per Gesetz keinen Einfluss auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit nehmen darf.

Die Finanzierung wird jeweils für eine Laufzeit von fünf Jahren vergeben. Die aktuelle Förderphase endet am 31. Dezember 2015. Die gesetzliche Fördersumme beträgt im Jahr 2014 rund 5,6 Millionen Euro.⁹ Sie wird jährlich an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst. Erbracht werden die Fördermittel von den Krankenkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen.

Für die Beratung in türkischer und russischer Sprache besteht eine gesonderte Förderung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) von zurzeit rund 394.000 Euro jährlich bis zum 31. Dezember 2015. Die Höhe entspricht sieben Prozent der gesetzlichen Fördersumme und wird eben-



Abb. 9: Die 21 Beratungsstellen der UPD

⁹ Im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (FQWG) hat der Deutsche Bundestag zum Zeitpunkt der Berichtslegung eine Reform des § 65b SGB V beschlossen. In einem Ergänzungsantrag soll die Fördersumme der Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung ab dem 01.01.2016 auf neun Millionen Euro aufgestockt werden. Zudem sind eine Ausweitung der Förderphase auf sieben Jahre sowie eine Stärkung der Rolle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geplant.

falls jährlich angepasst. Als Angebot vor Ort gibt es die Beratung auf Türkisch in Berlin, Ludwigshafen und Stuttgart, auf Russisch in Dortmund und Nürnberg.

Die Unabhängigkeit der UPD gewährleisten ihre drei Gesellschafter. Diese gehören zu jenen Organisationen, die in Deutschland maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten wahrnehmen (nach § 140f und g Sozialgesetzbuch V). In der Patientenbeteiligungsverordnung sind sie als unab-

Der UPD-Verbund im Überblick

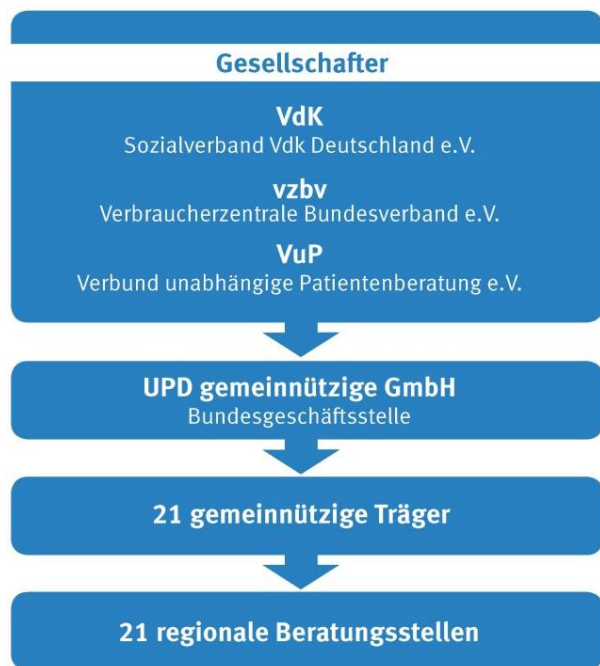


Abb. 10: Der UPD-Verbund im Überblick

Fällen können die Beratungsstellen auf einen erweiterten Expertenpool zugreifen. Neben zwei internen Kompetenzstellen für Zahngesundheit und Hilfsmittel beinhaltet der Pool die UPD-Arzneimittelberatung an der Technischen Universität Dresden. Diese kann auch direkt von Ratsuchenden zu Fragen der Arzneimittelanwendung und -therapie genutzt werden.

Für die Qualität der Beratung entscheidend ist neben der Unabhängigkeit in fachlicher und institutioneller Hinsicht sowie der hohen Fachkompetenz der Beraterinnen und Berater die sachliche Richtigkeit der Informationen. Die UPD betreibt dazu ein zentral gesteuertes Wissensmanagement. Dieses definiert, welche Informationen den Ratsuchenden vermittelt werden, und aktualisiert laufend den Wissensbestand. Die Grundlage dafür bilden evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse, einschlägige gesetzliche Regelungen und die aktuelle Rechtsprechung. In Qualitätszirkeln, Supervision und weiteren Qualifizierungsmaßnahmen erfolgen eine fachliche Reflexion und weitere Verbesserung der Beratungsarbeit. Überprüft wird diese durch ein verbundinternes Qualitätscontrolling und eine externe Begleitforschung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (z. B. durch verdeckte Testberatungen).

hängig und neutral ausgewiesen (§ 1 Nr. 6). Die Träger der regionalen Beratungsstellen sind in der Regel Mitglieder der UPD-Gesellschafterverbände und unterliegen daher denselben Anforderungen an Neutralität und Unabhängigkeit. Sie sind als gemeinnützig anerkannt, finanziell eigenständig und selbst keine Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Ebenfalls ist sichergestellt, dass die Beraterinnen oder Berater, etwa durch Nebentätigkeiten, nicht in wirtschaftliche Interessenkonflikte geraten.

Kompetent und qualitätsgesichert

Alle 21 regionalen UPD-Beratungsstellen sind mit einem qualifizierten, multidisziplinären Team besetzt. Dieses besteht aus mindestens drei Expertinnen oder Experten mit Hochschulabschluss und einschlägiger Berufs- und Beratungserfahrung. Verstärkt werden die Teams durch Assistenzkräfte sowie ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In speziellen

Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013). Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse (KJ1). [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2012_korr.pdf] (28.05.2014).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014). Behandlungsfehler (Website). [<http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>] (28.05.2014).
- Bohnsack, R. (2005). Die Methode der Gruppendiskussion. In: Schmitz, S.-U., Schubert, K. (Hrsg.). Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Leske & Budrich, 69–87.
- Flick, U. (2006). Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Hamburg: Rohwohlt.
- Grobe, T., Heller, G., Szecsenyi, J. (2014). BARMER GEK Arztreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 24. Berlin: BARMER GEK.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2013). Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit durch den MDK nimmt ab. Pressemitteilung vom 19.08.2013. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/13-08-19__MDS_PM_Begutachtung_von_Arbeitsunfaehigkeit_%282%29.pdf] (28.05.2014).
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2014). Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2013. Essen: MDS.
- Meuser, M., Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.). Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich, 71–93.
- Petermann, F. & Schaeffer, D. (2011). Patientenberatung/Patientenedukation. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Neuausgabe. Schwabenheim: Verlag Peter Sabo, 413–416.
- Schaeffer, D. & Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber, 59–86.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013). Monitor Patientenberatung 2013. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V. Berlin: UPD.
- Zok, K. (2013). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdO-Monitor 10(1): 1–8.

Anlage 1 – Kontakte und Beratungsstränge nach Themen

Beratungen der UPD im Berichtszeitraum	Kontakte ¹⁰ (Vorjahreszeitraum)	Stränge (Vorjahreszeitraum)
darunter (unter anderem) gesundheitsrechtliche Themen	67.479 (58.036)	106.928 (75.479)
davon zu Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers	21.687 (16.425)	25.606 (18.263)
davon zu Patientenrechten, Berufspflichten, Verhaltensnormen	14.633 (10.563)	16.677 (11.465)
davon zur Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen	10.426 (8.160)	11.441 (8.663)
davon zu Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherungen	9.805 (7.331)	13.011 (8.479)
davon zu Erfolgsaussichten eines Rechtsbehelfs zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger	8.040 (5.838)	8.538 (6.121)
davon zu Behandlungsfehlern	7.132 (6.781)	7.396 (6.968)
davon zu Vorsorgedokumenten/Betreuungsrecht	6.007 (5.480)	6.447 (5.594)
davon zu allgemeinem Sozialrecht	4.301 (2.135)	4.742 (2.234)
davon zu grundlegenden verfahrensrechtlichen Fragen	3.690 (1.691)	3.700 (1.710)
davon zu Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	3.223 (1.909)	3.300 (1.946)
davon zu Schwerbehinderung	2.255 (1.756)	2.545 (1.852)
davon zu anderen rechtliche Aspekten	1.872 (1.120)	1.917 (1.141)
davon zu Schnittstellenproblematik	1.082 (1.017)	1.123 (1.043)
davon zu allgemeinem Versicherungsvertragsrecht	481 (-)	485 (-)

¹⁰ Innerhalb eines Kontaktes kann zu mehreren verschiedenen Themen(-bereichen) beraten werden. Solche Kontakte, in denen mehrere Themen dokumentiert wurden, werden in der Themenübersicht entsprechend auch mehrfach gezählt. Die Summe der in der Tabelle angegebenen Kontaktzahlen ist daher höher als die tatsächliche Anzahl von Kontakten zwischen Ratsuchenden und Beratern.

darunter (unter anderem) zu gesundheitlich-medizinischen Themen	14.789 (15.045)	19.695 (18.322)
davon zu Überblick Prophylaxe, Diagnostik, Therapie	8.196 (7.940)	8.873 (8.439)
davon zu Erläuterung von Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen	2.328 (2.232)	2.557 (2.408)
davon zu Informationen zu Arzneimitteln	2.041 (1.863)	2.244 (1.938)
davon zu medizinischen Voraussetzungen (Indikationsbedingungen) für den Einsatz medizinischer Verfahren/Maßnahmen	1.881 (1.745)	2.004 (1.841)
davon zu Durchführung und Ablauf medizinischer Verfahren/Maßnahmen	1.551 (1.330)	1.617 (1.363)
davon zu Möglichkeiten der Gesundheitsförderung/ Prävention	1.310 (1.086)	1.322 (1.095)
davon zu Ursachen, Häufigkeit, Risikofaktoren einer Krankheit	1.042 (1.204)	1.078 (1.238)
darunter (unter anderem) zu psychosozialen Themen*	17.199 (-)	19.597 (-)
davon zu Krankheits- und Lebensbewältigung	10.822 (-)	11.347 (-)
davon zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld	4.804 (-)	5.044 (-)
davon zu wirtschaftlicher und sozialer Absicherung	3.144 (-)	3.206 (-)
darunter (unter anderem) zu Adressen, Produkten und Verbraucherinformationen	11.769 (10.249)	13.307 (10.950)

* Psychosoziale Aspekte konnten während des Vorjahreszeitraums im Bereich der Beratungsthemen wie auch als besondere Beratungsleistung dokumentiert werden. Deshalb werden hier auf der Themenebene keine Vorjahreszahlen genannt.

Anlage 2 – Übersicht zu den vordefinierten Problemlagen

Hinweise auf Problemlagen im deutschen Gesundheitswesen

Information über gesundheitliche Versorgung

Falsche Informationen: Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende zuvor falsch informiert bzw. beraten wurde.

Unvollständige Informationen: Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende unvollständig informiert bzw. beraten wurde.

Unangemessenes Verhalten: Die Beratung ergibt Hinweise, dass sich der Akteur unangemessen gegenüber dem Ratsuchenden verhalten hat.*

Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Nicht erreichbare Versorgungsstruktur: Die Beratung ergibt, dass Versorgungsangebote aufgrund Entfernung und/oder eingeschränkter Mobilität nicht erreichbar sind.

Nichtinanspruchnahme aus finanziellen Gründen: Die Beratung ergibt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen aus finanziellen Gründen nicht möglich ist.

Unberechtigte Ablehnung durch Leistungserbringer: Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer unberechtigt verweigert werden.

Unberechtigte Ablehnung durch Kostenträger: Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden.

Ablehnung von Leistungen aufgrund unklarer Regelungen: Die Beratung ergibt, dass Versorgungsleistungen aufgrund unklarer Regelungen nicht in Anspruch genommen werden können.

Wartezeit: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte, dass es gravierende Wartezeiten für erfolgte/geplante Behandlungen gab/gibt.

Qualität der gesundheitlichen Versorgung

Strukturqualität: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel bei Ausstattung, Räumlichkeit oder Zustand einer Versorgungseinrichtung.

Strukturqualität: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel hinsichtlich der Qualifikation von Leistungserbringern.

Prozessqualität: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung.

Ergebnisqualität: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen.

Ergebnisqualität: Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Koordination und Organisation der Versorgung.



Übersorgung

Zweifel am Nutzen der Behandlung: Es bestehen nach der Beratung unverändert Zweifel, ob eine medizinische Behandlung tatsächlich nötig war.

Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung

Finanzielle Überforderung beim Versicherungsschutz: Die Beratung ergibt, dass die geltende Rechtslage den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell überfordert.

Wechsel in neue Versicherung: Es gibt Anhaltspunkte, dass die durch den Betroffenen neu gewählte Versicherung den Wechsel unrechtmäßig verweigert.

Kündigung des bestehenden Versicherungsschutzes: Es gibt Anhaltspunkte, dass eine Versicherung dem Betroffenen eine Kündigung eines Versicherungsschutzes unrechtmäßig verweigert.

Sonstige Problemlagen

Die Beratung ergibt Hinweise auf weitere durch die bisher genannten Sachverhalte nicht abgedeckte Problemlagen.

* Die Problemlage unangemessenes Verhalten von Akteuren wurde zum 01.10.2013 aufgenommen.

Impressum

Herausgeber:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH
Bundesgeschäftsstelle | Littenstraße 10 | 10179 Berlin

V.i.S.d.P.:

Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Stephanie Jahn

Stand:

01.07.2014

+++++

Die UPD berät gemäß Gesetz neutral und kostenlos zu allen Gesundheitsfragen – vor Ort in 21 regionalen Beratungsstellen (www.patientenberatung.de) sowie über ein **kostenfreies bundesweites Beratungstelefon** in drei Sprachen und speziell zu Arzneimittelfragen:

- Deutsch: 0800 0 11 77 22 (Mo. bis Fr. 10–18 Uhr, Do. bis 20 Uhr)
- Türkisch: 0800 0 11 77 23 (Mo./Mi. 10–12 Uhr, 15–17 Uhr)
- Russisch: 0800 0 11 77 24 (Mo./Mi. 10–12 Uhr, 15–17 Uhr)
- Arzneimittel: 0800 0 11 77 25 (Mo./Di./Do. 9–16 Uhr, Mi./Fr. 9–13 Uhr)

Kontakt für Rückfragen von Medien:

Jan Bruns
Referatsleitung Information und Kommunikation
UPD-Bundesgeschäftsstelle

jan.bruns@patientenberatung.de | www.patientenberatung.de
Tel. 030.200 89 23-43 | Fax 030.200 89 23-50

+++++

Mehr zur UPD:

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät seit 2006 Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen – qualitätsgesichert, kostenfrei, neutral und unabhängig. Hierbei handelt sie im gesetzlichen Auftrag nach § 65 b Sozialgesetzbuch V. Ziel ist es, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Die UPD berichtet daher einmal jährlich über die Erkenntnisse ihrer Beratungsarbeit an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Finanziert wird die UPD durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der per Gesetz keinen Einfluss auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit nehmen darf. Für die muttersprachliche Beratung in Russisch und Türkisch existiert eine gesonderte Förderung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung.