

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2017 - 31.12.2017

Impressum

Herausgeber:

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt im Sinne des Pressegesetzes

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer

Projektleitung

Jann Ohlendorf

Mitwirkende

Heike Morris
Dr. med. Johannes Schenkel
Lea Knaus

Als Teilnehmer der Fokusgruppen:

Alina Rimke
Birgit Stockhaus
Christel Kehr-Fuckel
Daniel Burek-Welke
Desirée Wenzel
Driss Wartini
Katja Holletschek
Marco Grzybowski
Miriam Mailahn
Nadezda Pampalova
Raquel Reng
Sandra Szabo
Sascha Meier
Saskia Schloack
Susanne Schmidt
Svenja Schwab
Thomas Ganschow
Thomas Hübner
Thomas Lerch
Wolf Zirngast

Redaktion

Linda Jacobs

Soweit nicht anders angegeben, stammen sämtliche Zahlen in diesem Bericht aus dem UPD-Dokumentationsreport.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

Von Seismografen, Apparatschiks und der sprechenden Medizin Joseph Hecken, Martin Danner und Thorben Krumwiede im Gespräch	6
1.0 Patientenorientierung, Gesundheitskompetenz sowie Aufgabe und Entwicklung der Patientenberatung	12
1.1 Tagtäglich aktiv für mehr Gesundheitskompetenz	14
1.2 Die Entwicklung der Patientenberatung im Detail	16
1.2.1 Beratungszahlen: Anstieg um 65 Prozent	16
1.2.2 Verteilung der Beratungen auf Beratungswege: Ratsuchende greifen am liebsten zum Telefon	19
1.2.3 Persönliche Beratungsangebote: Gut erreichbar – gut angenommen	20
1.2.4 Kooperationen und Netzwerke: Vertiefende Informationen zum Vorteil der Ratsuchenden	23
1.2.5 Die Erreichbarkeit der UPD: Auf konstant hohem Niveau	24
1.2.6 Qualitätsarbeit: Doppelt zertifiziert auf gutem Weg	24
1.2.7 Die UPD in den Medien: Pressearbeit mit Resonanz	25
2.0 Methodik, Demografische Angaben und Problemlagen	26
2.1 Ziele und Inhalte der Beratung	27
2.2 Methoden in der Auswertung / Demografische Angaben	27
2.3 Dokumentation von Problemlagen	31
3.0 Schwerpunkte der Beratung	34
3.1 Rechtliche Beratung	35
3.1.1 Zugang zu Leistungen: Gefährliche Vereinfachung	36
3.1.2 Krankengeld: Formalien und Fallstricke	40
A) Gesundheitschreibung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen	42
B) Wegfall des Krankengeldes durch eine Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	43
C) Zu krank fürs Krankengeld: Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zum Reha-Antrag	45

3.1.3	Pflege Lasten und neue Leistungen für Angehörige	48
	Bilanz nach einem Jahr Pflegestärkungsgesetze II und III	49
	A) Verhinderungspflege	50
	B) Entlastungsbetrag: praktisch oft nicht abrufbar	52
3.1.4	Hilfsmittelversorgung: Es läuft noch immer aus	54
3.1.5	Ambulante Psychotherapie: Zugang mit Hindernissen	57
3.1.6	Mitgliedschaft und Beiträge: Überforderung durch Beitragsschulden	59
3.1.7	Patientenrechte: Überraschungen mit der Patientenakte	62
	A) Einsicht in die Patientenakte: Misstrauen und Wartezeit	63
	B) Kränker als man ist: Berichtigungen und Änderungen in der Patientenakte	65
3.2	Fachübergreifende Beratung	68
3.2.1	Zugang zum Gesundheitssystem: Intuitiv ist wenig	69
	Übernahme der Fahrtkosten bei ambulanter Behandlung	73
3.2.2	Cannabis als Arzneimittel: Große Erwartungen, wenig Wissen	74
3.2.3	Verdacht auf Behandlungsfehler: Schweigen hilft nicht	77
	A) ohne Kommunikation läuft es nicht	78
	B) vom Fehler zum Schaden – die Last der Kausalität	81
3.2.4	Zahnmedizin: Die Ausnahme als Regelfall	82
3.3	Medizinische und psychosoziale Beratung	87
3.3.1	Impfen und Reisemedizin: Impfschutz zu Hause und auf Reisen	88
3.3.2	Pflege: Die Familie als größter Pflegedienst des Landes	91
3.3.3	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Viel Aufklärungsbedarf	93
3.3.4	Arzneimitteltherapiesicherheit: (Zu) viele Beteiligte im Medikationsprozess?	96
3.3.5	Psychosoziale Beratung: Querschnittaufgabe für alle Berater	99
	Anhang	
	Literaturverzeichnis	102
	Abkürzungsverzeichnis	104

VON SEISMOGRAFEN, APPARATSCHIKS UND DER SPRECHENDEN MEDIZIN



Umgeben von starken Interessen: Von der rundläufigen Terrasse des derzeitigen Sitzes des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus hat der unparteiische Vorsitzende **Prof. Josef Hecken** (links) die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung direkt im Blick. Mit ihm diskutierten über Patientenorientierung **Dr. Martin Danner** (Mitte) und **Thorben Krumwiede** (rechts).

EIN AUSTAUSCH ÜBER PATIENTENORIENTIERUNG MIT DER BAG SELBSTHILFE, DEM GEMEINSAMEN BUNDEAUSSCHUSS (G-BA) UND DER UNABHÄNGIGEN PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND

Wo ist Patientenorientierung heute in unserem Gesundheitswesen als Maßstab durchgängig erkennbar und wo nicht?

Josef Hecken: Der G-BA hat eine hohe Sensibilität für Patientenorientierung, beispielsweise bei der Bewertung des medizinischen Nutzens von Arzneimitteln und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. An Grenzen stoßen wir, weil die Entscheidungen des G-BA aufgrund seiner ihm gesetzlich zugewiesenen Rolle immer abstrakt generell angelegt sein müssen, also für ganze Patientengruppen gelten. In den Entscheidungen die Bandbreite individueller Besonderheiten und Behandlungspräferenzen zu berücksichtigen, ist selbst mit bestem Willen kaum möglich.

Woran liegt das?

Josef Hecken: Wenn wir in einer ärztlichen Behandlungsleitlinie einen Mehrwert für eine bestimmte Patientengruppe sehen, sagt das ja wenig darüber aus, ob das auch einem bestimmten Patienten in seiner ganz individuellen Situation hilft und ob es gelingt, den Patienten mit seinen Vorstellungen und Wünschen in die Behandlung angemessen einzubeziehen. Die Verschränkung mit dem, was die Selbsthilfe leistet, wird daher immer wichtiger. Die Patientenvertretung ist an den abstrakt-generellen Entscheidungsprozessen des G-BA beteiligt und kann hier einerseits Patientenbelange einbringen, andererseits auch für ihre Beratungsangebote Hintergrundkenntnisse auf einem sehr hohen Niveau gewinnen.

Martin Danner: Unsere Aufgabe als Patientenvertretung sehe ich gerade darin, Probleme aus der Praxis aufzugreifen und zu überlegen, was sich konkret ändern lässt. Also, ob der Leistungskatalog der Krankenversicherung zu ergänzen ist,

wie mehr Transparenz hergestellt werden kann und welche Unterstützung Patienten benötigen, damit sie auf informierter Grundlage gemeinsam mit den Ärzten die für sie richtigen Entscheidungen treffen können. Verständlicherweise behaupten alle von sich, patientenorientiert zu sein. Die Frage, die man dann stellen muss, ist, wie fundiert ist diese Behauptung?

Und was denken Sie?

Martin Danner: Einerseits geht es darum, festzustellen, ob es wissenschaftliche Erkenntnisse gibt, dass unter seriösen Studienbedingungen und evidenzbasiert der Nutzen neuer Methoden und Wirkstoffe belegbar ist. Dafür ist die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses sehr wichtig. Eine ganz andere Frage ist, ob im Einzelfall die Anwendung der abstrakten Erkenntnisse auf den Patienten richtig gewählt ist; hierbei geht es auch oft um das gut funktionierende Arzt-Patienten-Verhältnis, die sprechende Medizin.

Thorben Krumwiede: Probleme einer als unzureichend wahrgenommenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient kommen bei uns in der Beratung häufig an. Immer wieder hören wir von den Ratsuchenden, dass sie sich überfordert, teilweise überfahren fühlen und dass sie nicht verstehen, was mit ihnen passieren soll. Die Vorgaben und Leitplanken für die Ärzte sind das eine, Patienten müssen aber auch besser nachvollziehen können, welche Optionen sie haben und was auf sie zukommt.

Josef Hecken: Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Sinne eines Austauschs kommt in der Praxis oft tatsächlich zu kurz, die Gründe hierfür dürften vielfältig sein, das Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte ist hier auf jeden Fall ein wichtiger Aspekt. Im Ergebnis verstehen Patienten oft nicht, wie die Informationen, die auf sie nieder-gehen, für sich persönlich einzuordnen sind.



Was tun?

Martin Danner: Auf der einen Seite kann man fordern, die Kommunikation müsse im Medizinstudium eine ganz andere Rolle spielen. Es bleibt aber eine Herausforderung, wie diese Kompetenz dann in die Praxis kommen soll. Eine neue Ziffer in der Vergütung „besonders intensive Beratung“ wird wohl dazu führen, dass diese Leistung dann vielfach unberechtigt abgerechnet wird. Auf der anderen Seite kann es auch nicht so sein, dass die Patienten den Arzt nach der Behandlung beurteilen und es dann davon abhängig ist, ob die Ärzte ihr Geld erhalten. Das ist sicherlich kein objektiver Maßstab. Deshalb ist es auch für die Versorgungsforschung eine große Herausforderung, wie man so etwas wie sprechende Medizin besser auf die Beine stellt.

Thorben Krumwiede: Eine bessere Kommunikation ist insbesondere dann gefragt, wenn im Raum steht, dass es während einer Behandlung zu Komplikationen gekommen sein könnte. Wir erleben in der Beratung häufig Ratsuchende, die sagen: Ich hätte mir eine Erklärung vom Arzt gewünscht und vielleicht eine Entschuldigung.

Die Stärkung der sprechenden Medizin ist das eine, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, derzeit vielfach diskutiert, das andere.

Josef Hecken: Viele Patienten haben das Bedürfnis, sich schon vor einem Arztbesuch die vermeintlich wichtigsten Informationen im Internet zusammenzusuchen. Ich halte es daher für ausgesprochen positiv, dass es mit dem geplanten sogenannten Gesundheitsportal jetzt Bestrebungen gibt, qualitätsgesicherte Inhalte stärker zu bündeln und Patienten außerdem Kriterien an die Hand zu geben, mit denen sie neutrale von interessengeleiteter Information unterscheiden können.

Thorben Krumwiede: Zu der Diskussion können wir aus dem Blickwinkel der Patientenberatung noch etwas beitragen: Denn täglich sind wir mit vielen Menschen auf unterschiedlichen Wegen in Kontakt. Daher wissen wir: Nicht jedem hierzulande kann man mit prinzipiell ganz hervorragenden, qualitätsgestützten Informationen überhaupt helfen. Denn die müssen gesucht und dann gefunden werden und stehen oft in Konkurrenz zu anderen Angeboten. Uns ist es wichtig, auch die nicht wenigen Ratsuchenden zu beraten, die bereits bei kaum komplexen Fragen des Zugangs zum Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen stehen und über ihre Gesundheit dann nachdenken, wenn sie beispielsweise etwas über Patientenrechte von uns in einer Programmzeitschrift lesen.

Sprechen wir noch über Interessen, und zwar die der Patienten. Wie gut werden diese in unserem derzeitigen Gesundheitssystem berücksichtigt?

Martin Danner: Im G-BA können wir als Patientenvertretung nicht nur mit beraten und unsere Argumente einbringen, sondern auch Anträge stellen. Wir können sagen: Die Stimme der Patienten ist durchaus auch in Beschlüssen, etwa bei Screenings von Herzerkrankungen bei Kindern oder bei seltenen Stoffwechselerkrankungen, aufgegriffen worden, und insgesamt ist der G-BA eine Institution, die in sehr guter Weise die Kompetenz und Sicht von Betroffenen mit aufnimmt.

Aber...

Martin Danner: Was wir beklagen, ist, dass die Ressourcen und strukturellen Möglichkeiten von uns bei weitem nicht heranreichen an die Mittel der Diskussionspartner aus der Selbstverwaltung, also Ärzteschaft und Krankenkassen. Unsere Arbeit steht immer im Zeichen knapper oder fehlender Mittel. Da muss man irgendwann auch entscheiden: Sollen Patientenorganisationen nur Beiwerk sein, sodass man sagen kann, dass die Zivilgesellschaft sich irgendwie engagiert oder sieht man uns auch als Akteur, der entsprechend ausgestattet sein muss.

Josef Hecken: Man kann darüber diskutieren, ob die Patientenvertretung mehr Geld bekommen sollte, aber das ist eine Frage an den Gesetzgeber. Eine Lösung könnte darin liegen, hierfür eine Stiftung zu gründen. Ich wäre dafür. Denn wir brauchen geschulte und handlungsfähige

Ansprechpartner, keine Patientenvertreter, deren Interessen von der Pharmaindustrie gelenkt werden, und die nicht an wissenschaftlicher Evidenz interessiert sind, pauschal immer das Neueste wollen und möglichst viele finanzielle Mittel für einzelne Patientengruppen beanspruchen. Die Politik kann die Stellung der Patientenvertretung auch dadurch stärken, indem sie ihr ein Stimmrecht in Verfahrensfragen gibt. Vergessen werden sollte darüber aber nicht, dass jetzt schon mehr als acht von zehn Beschlüsse im G-BA einvernehmlich mit Zustimmung der Patientenvertretung getroffen werden.

Mehr Mittel, also auch, um auf Augenhöhe zu kommen und eine sachgerechte Beschäftigung mit den komplexen Themen zu fördern. Ist auch eine stärkere Professionalisierung der Patientenorganisationen wünschenswert?

Josef Hecken: Nein. Der hohe Wert der jetzigen Patientenbeteiligung besteht doch darin, dass sie die Sichtweise und die Erfahrungen von real betroffenen Patienten einbringt. Was mich in einem Verfahren, bei dem wir beispielsweise ein neues Medikament bewerten, interessiert, ist: Sitzt bei der Anhörung und im Unterausschuss jemand mit am Tisch, der das schon genommen hat? Und wenn dann der Mediziner, der die Zulassungsstudie gemacht hat, sagt: „Alles wunderbar, keine Nebenwirkungen,“ und der Patientenvertreter fragt: „Und wie erklären Sie, dass ich mich vier Tage übergeben habe?“ – dann ist das der Wert von Patientenvertretung. Deshalb nehme ich auch gern in Kauf, dass





diese Betroffenen manchmal sehr viel emotionaler auftreten als die üblichen „Apparatschiks“. Und deshalb sehen Sie mich als leidenschaftlichen Befürworter der heutigen Patientenvertretung, wobei ich nochmals sage: Die Patientenvertretung muss ausreichend Mittel zur Verfügung haben.

Martin Danner: Ich kann das gut ergänzen: Die Authentizität muss erhalten bleiben. Wir wollen mehr Augenhöhe, aber unser Ziel ist nicht der Berufspatientenvertreter. Das wäre fehl am Platze und würde auch unsere Rolle zunichtemachen. Und es ist ganz wichtig, dass die Betroffenen methodisch geschult werden, was die Selbsthilfe mit Unterstützung durch den G-BA auf ein ganz anderes Niveau gebracht hat, weil wir so auch jeweils persönlich Betroffene in der Selbsthilfe haben, die Studien lesen und Bewertungen nachvollziehen können.

Herr Krumwiede, die Patientenberatung ist nicht die Interessenvertretung der Patienten, hat als Teil ihres gesetzlichen Auftrags aber auch das Mandat, durch Rückmeldung von Problemlagen, die in der Beratung sichtbar werden, zu mehr Patientenorientierung im System beizutragen. Nehmen die Akteure des Gesundheitswesens diese Rückmeldungen mit Veränderungsfreude zur Kenntnis?

Thorben Krumwiede: Mit unserem Beratungswissen aus rund 155.000 Beratungen im Jahr 2017 erkennen wir für das Gesundheitssystem immer wieder Problemlagen und bündeln diese, damit sie dann von den Akteuren aufgegrif-

fen werden sollten. Beschwerden, die bei uns angekommen sind, etwa zur Inkontinenzversorgung im November und Dezember, können wir als Anregung für mögliche Veränderungen an die Politik weitergeben.

Und wie werden diese Rückmeldungen angenommen?

Thorben Krumwiede: Meinem Eindruck nach steigt mit der Zunahme unserer Beratungsleistungen auch die Wahrnehmung für unsere Hinweise an die Akteure. Unserer Arbeit wird mehr Beachtung geschenkt – bei den Versicherten und Patienten genauso wie bei den Leistungserbringern und Kostenträgern.

Josef Hecken: Wenn die medizinische Versorgung verbessert werden soll, geht es zum einen um die Frage, ob eine Erkrankung mit einer konkreten neuen Leistung besser behandelt werden kann. Um hier eine Antwort geben zu können, brauche ich auch die Patientenvertretung. Zum anderen geht es bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung um die Frage, ob Leistungsausweitungen auch in der Fläche ankommen. Die Patientenberatung hat dann eine Art Seismografen-Funktion und kann uns darüber informieren, ob und an welcher Stelle es zu Umsetzungsschwierigkeiten kommt.

Das Gespräch moderierte Jann G. Ohlendorf.

Dr. Martin Danner

ist Jurist und Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE e.V., die als Dachverband von 113 Bundesverbänden, 13 Landesarbeitsgemeinschaften sowie 5 Fachverbänden der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland die Interessen von mehr als einer Million Menschen vertritt.



Professor Josef Hecken

ist seit 1. Juli 2012 Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das aus Vertretern der Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und (nicht stimmberechtigten) Patienten zusammengesetzte Gremium setzt fest, welche Leistungen von den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung und somit für mehr als 70 Millionen Versicherte in Deutschland bezahlt werden müssen.



Thorben Krumwiede

ist seit September 2015 für die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH tätig, die er seit dem Start der jüngsten Förderphase im Januar 2016 als Geschäftsführer in der jetzigen Form aufgebaut und gestaltet hat.



PATIENTENORIENTIERUNG, GESUNDHEITSKOMPETENZ SOWIE AUFGABE UND ENTWICKLUNG DER PATIENTENBERATUNG





AUFTRAG UND AUFGABE DER UNABHÄNGIGEN PATIENTENBERATUNG

Eine institutionalisierte Patientenberatung mit deutschlandweiter Beratung und definiertem Förderzeitraum ist in Deutschland aus zahlreichen lokal verankerten Einrichtungen und Pilotprojekten seit der Jahrtausendwende erwachsen. Der gesetzliche Auftrag der Patientenberatung, konkretisiert im Paragraf 65b des Sozialgesetzbuches V, sieht vor, aus Fördermitteln ein Beratungsangebot zu schaffen, das ratsuchende Menschen neutral, kostenfrei, evidenzbasiert und unabhängig in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen berät. Das Angebot soll die Patientenorientierung im Gesundheitswesen stärken, indem Ratsuchende in ihrer persönlichen Entscheidungsfindung unterstützt werden – und zwar unabhängig davon, ob sie gesetzlich, privat oder nicht versichert sind.

In ihrer Beratung ist die Patientenberatung frei von Interessen Dritter wie Krankenkassen, Behörden, Industrien oder Leistungserbringern. Als Garant für eine hohe Beratungsqualität und Neutralität steht der UPD ein wissenschaftlicher Beirat unter Vorsitz des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zur Seite. Zudem wird die Arbeit der UPD fortlaufend durch ein externes wissenschaftliches Institut evaluiert. Über die individuelle Beratung hinaus umfasst der gesetzliche Auftrag auch die Rückmeldung zu Problemlagen an die Politik und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Ziel ist es, auf Fehlentwicklungen aufmerksam zu machen und auf diese Weise die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken. Die aktuelle Förderphase der Patientenberatung läuft seit 2016 für sieben Jahre. Träger des Beratungsangebots ist die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) mit Sitz in Berlin.

1.1 TAGTÄGLICH AKTIV FÜR MEHR GESUNDHEITSKOMPETENZ

Patientenberatung hilft dem Einzelnen und der Gesellschaft

Noch immer haben viel zu viele Menschen, vor allem ältere Menschen, chronisch Kranke, weniger Gebildete und Menschen mit Migrationshintergrund Probleme damit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, diese Informationen sachgerecht für ihre eigene Lebenssituation einzuordnen und schließlich die individuell passenden Entscheidungen für eine optimale Krankheitsbewältigung, Heilung und gesunde Lebensführung zu treffen¹.

Wie zuletzt unter anderem im Journal of Health Monitoring dargestellt, bedeuten Defizite in der Gesundheitskompetenz für den Einzelnen einen Verlust an Lebensqualität, an gesunden Lebensjahren². Defizite in der Gesundheitskompetenz schmälern zugleich signifikant die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems: Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge sind drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben und somit bis zu 15 Milliarden Euro auf eine unzureichende Gesundheitskompetenz zurückzuführen, weshalb von einer Steigerung der Gesundheitskompetenz alle Menschen in Deutschland profitieren würden³.

Mit einem nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und einer nationalen Allianz für Gesundheitskompetenz der Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens sind nun breite Bündnisse angetreten, um die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland zu verbessern.

Als Unabhängige Patientenberatung sind wir mit unseren Leistungen tagtäglich gefordert, zu mehr Gesundheitskompetenz in Deutschland beizutragen: Individuell wird dies in jeder einzelnen Beratung für die Ratsuchenden verwirklicht. Dadurch,

dass wir die Probleme der Ratsuchenden systematisch erfassen und aufbereiten, geben wir außerdem Rückmeldung, wie unser Gesundheitssystem aus Patientensicht im Problemfall erlebt wird.

Unser Monitor Patientenberatung 2017 ist somit ein Rückblick auf das Beratungsjahr 2017.

Ein besonderes Alleinstellungsmerkmal unserer Beratung ist neben der medizinischen in der rechtlichen Beratungskompetenz zu sehen, die 2017 für fast zwei Drittel unserer Beratungen von bestimmender Bedeutung war. Praktisch nutzbare Gesundheitskompetenz umfasst nicht nur das Erschließen, Bewerten und Einordnen von Gesundheitsinformationen. Nach unserer Beratungserfahrung ist regelmäßig auch die Fähigkeit gefordert, eigene Gesundheitsinteressen und Ansprüche zu verstehen und wirksam gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern durchsetzen zu können.

Wir haben ausführliche Informationen zu den Themen, die die Ratsuchenden besonders umtreiben, Hinweise auf Problemlagen und Empfehlungen dazu, wie unser Gesundheitssystem noch patientenorientierter gestaltet werden könnte, in einem ausführlichen Auswertungskapitel zusammengetragen.

¹ Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E.-M.; Hurrelmann, K.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht 2016

² Lampert, T.; Kroll, L. E.; Kuntz, B.; Hoebel, J. (2018) Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends, Journal of Health Monitoring 3(S1):1–26. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019

³ Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpotzik, K. (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, Berlin 2018, S. 10



ENTWICKLUNGEN DER PATIENTENBERATUNG IM BERICHTSJAHR 2017 ANSTIEG DER BERATUNGEN, PERSONALAUFBAU UND ZERTIFIZIERUNG

Im vorliegenden Bericht geht es auch um Weiterentwicklungen der in 2016 vollständig neu geschaffenen Beratungsstrukturen. Als Träger der Patientenberatung hat die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) im vergangenen Jahr konsequent daran weitergearbeitet, die Beratungsleistungen für die Bürgerinnen und Bürger in verlässlich hoher Qualität zur Verfügung zu stellen. Die erfolgreiche Arbeit zeigt sich in der Zahl der Beratungen. Mit rund 155.000 Beratungen hat die UPD das Jahr 2017 mit einem Beratungsrekord abgeschlossen.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl der Beratungen somit um 40 Prozent gestiegen. Innerhalb der Beratungswege haben mehr Menschen als im Vorjahr (5,8 Prozent gegenüber 3,7 Prozent) die persönlichen Beratungsangebote genutzt; in absoluten Zahlen blieb die Telefonie weiterhin die bevorzugte Beratungsform. Wie im vergangenen Jahr spielten Beratungen mit rechtlichen Fragestellungen gegenüber medizinischen und allgemeinen Beratungen eine besonders hervorgehobene Rolle.

Mit dem Anstieg der Beratungszahlen gingen ein weiterer Personalaufbau und eine Optimierung der Beratungswege einher. Bei den bewährten UPD-Mobilen wurden einige Stationen an zentralere und somit besser erreichbare Standorte verlegt. Im Hinblick auf die optimale Nutzung wurden 2017 auch einige Vor-Ort-Beratungsstellen umgesiedelt, zum Teil in die unmittelbare Nähe von Selbsthilfeorganisationen. Besonders in der persönlichen Beratung sind diese ergänzenden Hilfsangebote für viele Ratsuchenden von Vorteil. 2017 wurde deshalb an der Vernetzung mit anderen bewährten Institutionen in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen gearbeitet.

Um die Beratungsgrundsätze der UPD noch besser umzusetzen und möglichst vielen Ratsuchenden eine rechtliche oder medizinische Beratung anbieten zu können, hat die UPD ein anspruchsvolles Qualitätsmanagement-System etabliert, das 2017 erstmals gemäß der DIN ISO 9001: 2015 und zusätzlich nach DIN EN 15838 zertifiziert wurde.

1.2 DIE ENTWICKLUNGEN DER PATIENTENBERATUNG IM DETAIL

1.2.1 BERATUNGSZAHLEN: ANSTIEG UM 65 PROZENT

Im Berichtsjahr 2017 hat die UPD rund 155.000 Beratungen gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr mit rund 94.000 Beratungen stieg die Anzahl an Beratungen um 65 Prozent.

Rund zwei Drittel der Anfragen konnten bereits im ersten telefonischen oder persönlichen Gespräch abschließend gelöst werden.



Die Tatsache, dass wir so viele Menschen erreichen konnten, zeigt, dass sich unser Konzept mit Fokussierung auf Bürgernähe, gute Erreichbarkeit und qualifizierte Beratung bewährt.

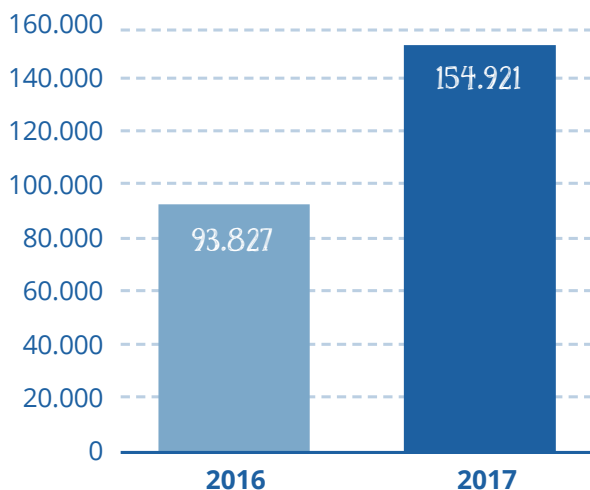
Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der UPD



Die Verteilung der Anfragen auf rechtliche, medizinische und allgemeine Themen hat sich 2017 im Vergleich zum Vorjahr nur leicht verschoben. Mit 98.357 Beratungen entfielen 63,4 Prozent und somit erneut die meisten Nachfra-

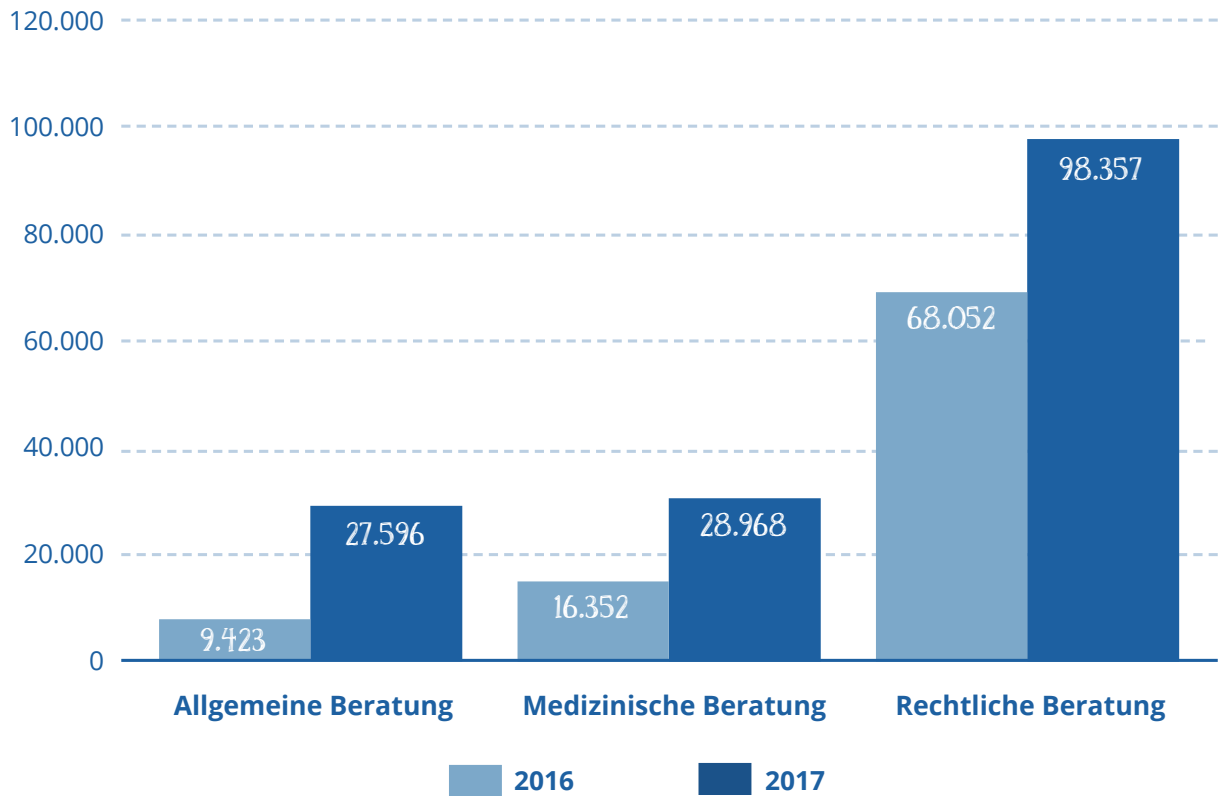
gen auf die rechtliche Beratung. Die medizinische Beratung, der auch die psychosozialen Fragestellungen zugeordnet werden, hatte mit 28.968 Beratungen einen Anteil von 18,7 Prozent, allgemeine Beratungen 17,8 Prozent.

BERATUNGSZAHLEN 2016 UND 2017



2017 wurden 154.921 Beratungen gezählt, im Vorjahr waren es 93.827 Beratungen.

BERATUNGEN NACH FACHBEREICH



2/3 aller Beratungen waren im Jahr 2017 rechtliche Beratungen. N= 154.921



Praktisch nutzbare Gesundheitskompetenz bedeutet unserer Erfahrung nach auch, Gesundheitsinteressen und Ansprüche wirksam gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern durchsetzen zu können.

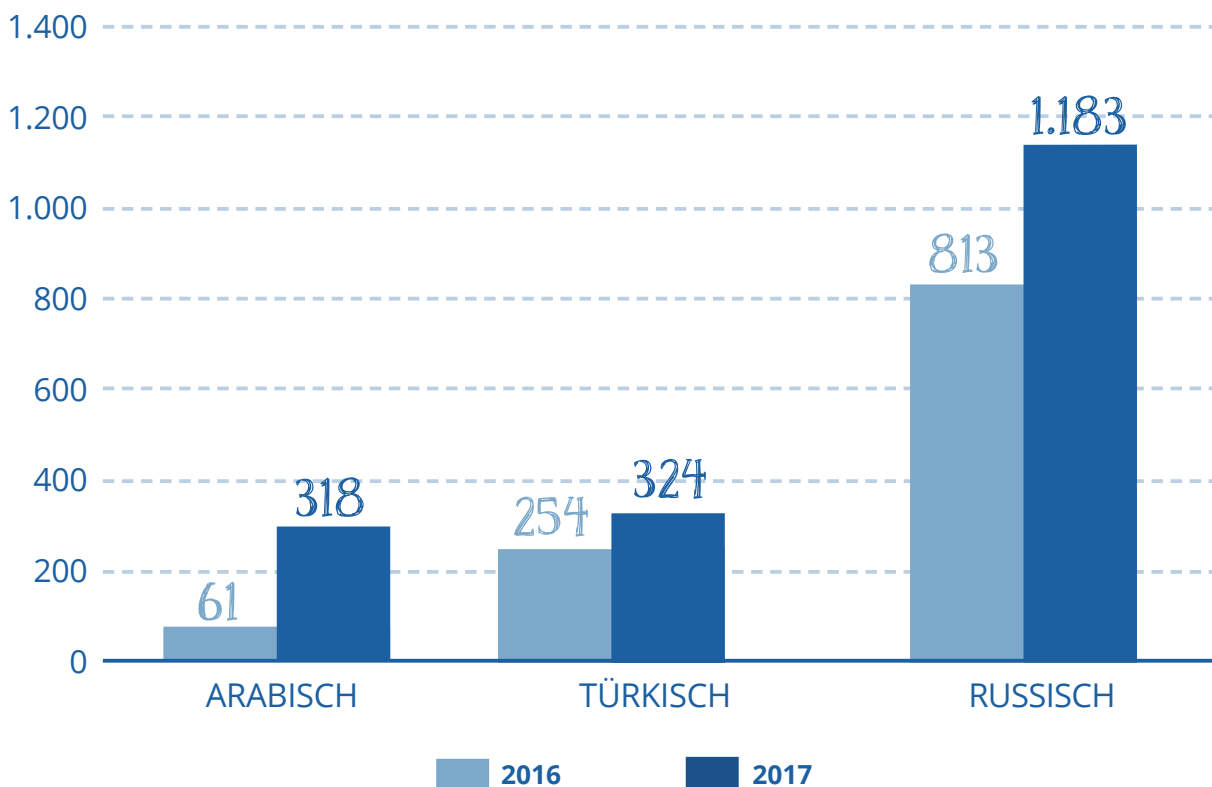
Heike Morris, Juristische Leiterin der UPD



Die Nutzung des fremdsprachigen Beratungsangebotes stieg in 2017 im Vergleich zu den Gesamtzahlen überproportional an. Dies zeigt deutlich, dass die UPD Menschen mit Migrationshintergrund immer besser erreicht. Ende 2017 zählten wir insgesamt 1.825 Beratungen in russischer, türkischer oder arabischer Sprache. Im Vergleich zum Vorjahr – mit 1.128 fremdsprachigen Beratungen – verzeichnet die fremdsprachige Beratung somit ein Plus von rund 60 Prozent.

Mit 1.183 Beratungen ist die russische Beratung am meisten gefragt. Auf Türkisch wurde 324, auf Arabisch 318 mal beraten.

NUTZUNG DER FREMDSPRACHIGEN BERATUNG IM JAHRESVERGLEICH



*Die russische Beratung wird auch 2017 am häufigsten genutzt.
Den stärksten Anstieg gab es 2017 bei der arabischen Beratung.*

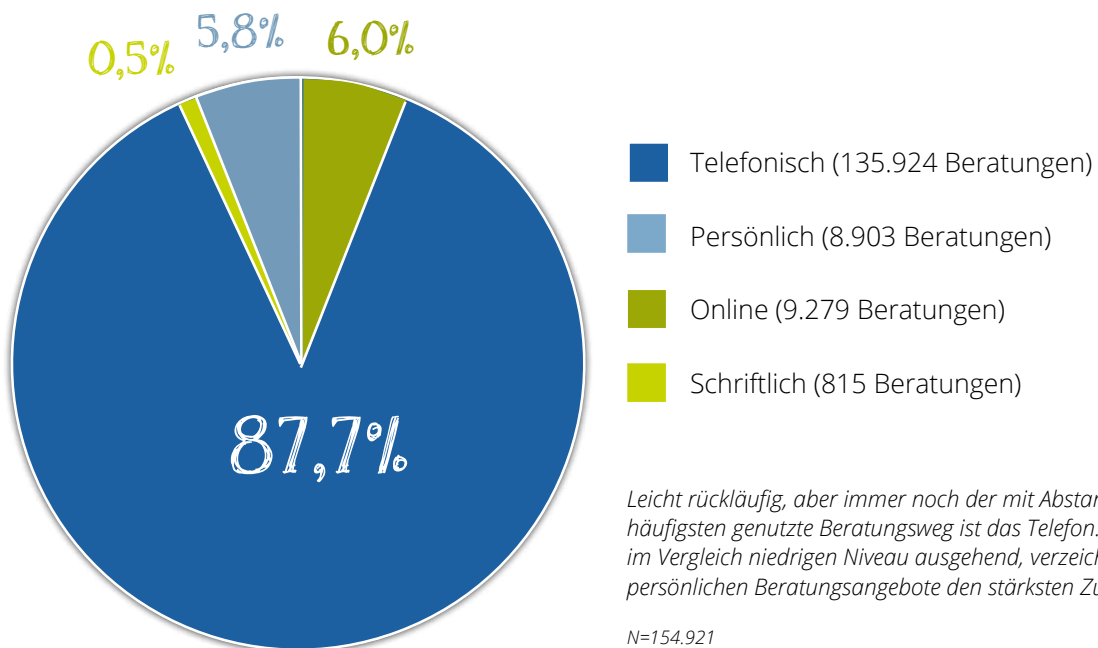
1.2.2 VERTEILUNG DER BERATUNGEN AUF BERATUNGSWEGE

Ratsuchende greifen am liebsten zum Telefon

Die Berater der UPD stehen auf verschiedenen Wegen zur Verfügung. Am einfachsten gestaltet sich für die Ratsuchenden naturgemäß die telefonische Beratung. Nicht umsonst ist ihr Anteil an der Gesamtzahl der abgeschlossenen Beratungen regelmäßig am größten. 2017 lag die telefonische Beratung bei 87,7 Prozent, im Vergleich zu 91,1 Prozent im Vorjahr. Die persönliche Vor-Ort-Beratung an den festen Standorten oder in den UPD- Mobilien kam auf knapp 5,8 Prozent; im Vorjahr waren es 3,7 Prozent. Mit 6 Prozent ebenfalls gut genutzt wurde die Online-Beratung per E-Mail, Online-Portal und über die im Vorjahr neu eingerichtete Beratungs-App. Hier lag der Anteil im Vorjahr bei 3,9 Prozent. Die Beratung per Brief oder Fax mit 0,5 Prozent hat im Vergleich zu 2016 leicht abgenommen.

IN DEN VOR-ORT-BERATUNGSSTELLEN UND IN DEN UPD-MOBILEN WURDEN IM BERICHTSJAHR 2017 INSGESAMT 8.903 BERATUNGSGESPRÄCHE GEFÜHRT.

BERATUNGSWEGE

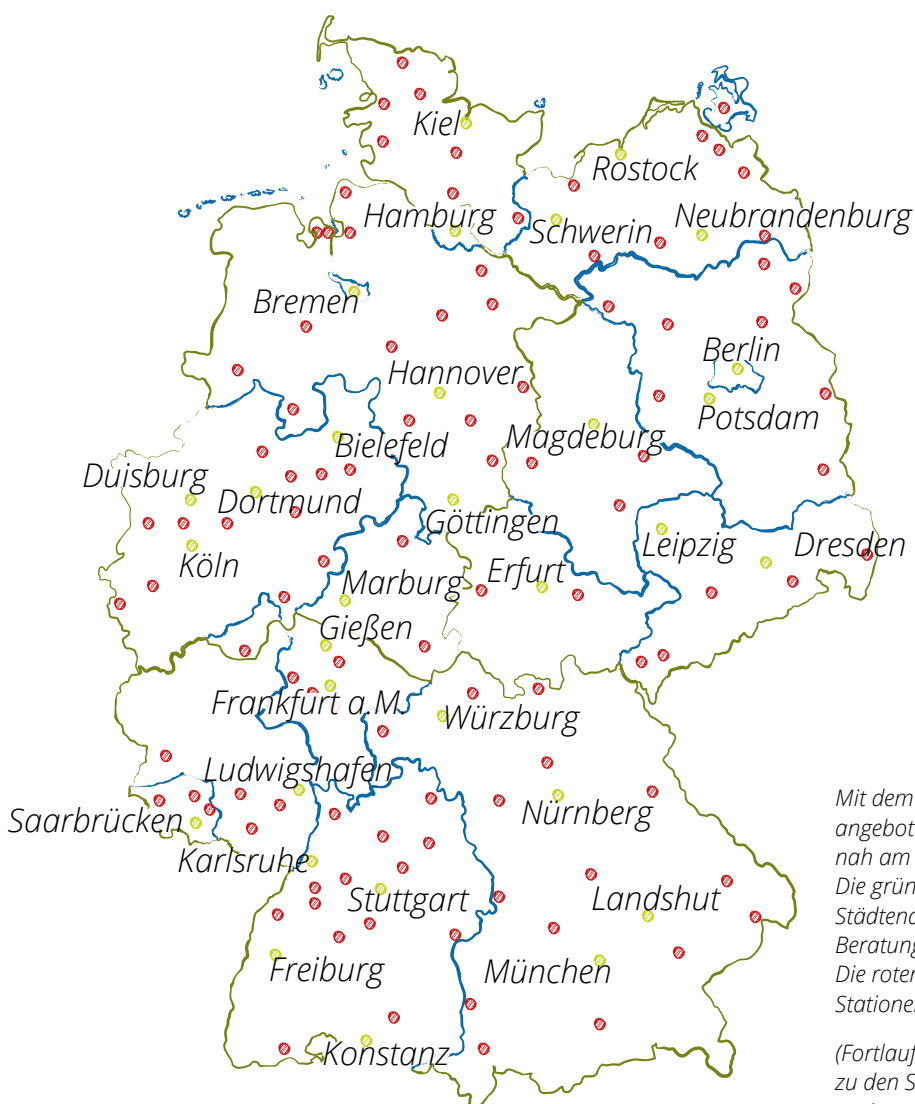


1.2.3 PERSÖNLICHE BERATUNGSANGEBOTE

Gut erreichbar – gut angenommen

Bei den persönlichen Beratungsangeboten ist es wichtig, dass die Standorte für Ratsuchende gut erreichbar sind. Einige unserer insgesamt 30 Vor-Ort-Beratungsstellen konnten wir 2017 unter diesem Aspekt optimieren und an zentralere Standorte verlegen. Zum Teil rückten sie dabei in unmittelbare Nähe zu Selbsthilfeorganisationen, die das Beratungsangebot der UPD ergänzen. Bereits im vergangenen Jahr haben sich solche regionalen Kooperationen zum Vorteil der Ratsuchenden bestens bewährt.

Standortverlegungen zum Vorteil der Ratsuchenden gab es ebenfalls in der mobilen Beratung. In diesem Zuge haben wir auch die Routen der UPD-Mobile optimiert. Insgesamt steuern die drei Fahrzeuge quartalsweise 104 Städte und Gemeinden in ganz Deutschland an.



Mit dem persönlichen Beratungsangebot ist die Patientenberatung nah am Menschen.

Die grünen Punkte stehen mit Städtenamen für die festen Beratungsstandorte.

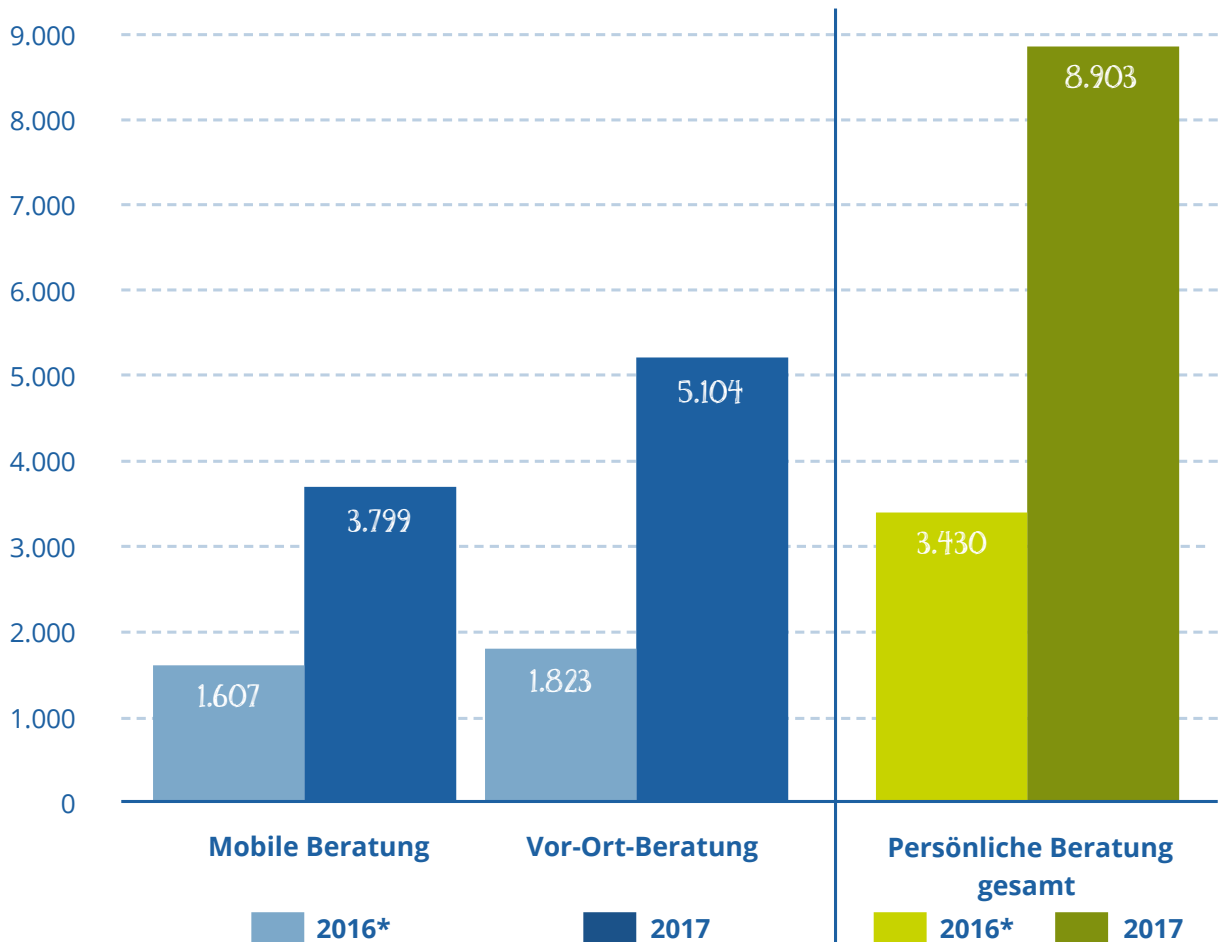
Die roten Punkte stehen für die Stationen der UPD-Mobile.

(Fortlaufend aktualisierte Angaben zu den Stationen unter <https://www.patientenberatung.de/de/beratung/beratungsstellen-mobil>)



Die UPD-Mobile tragen das Beratungsangebot der UPD in die Fläche.

DIE ENTWICKLUNG DER PERSÖNLICHEN BERATUNG



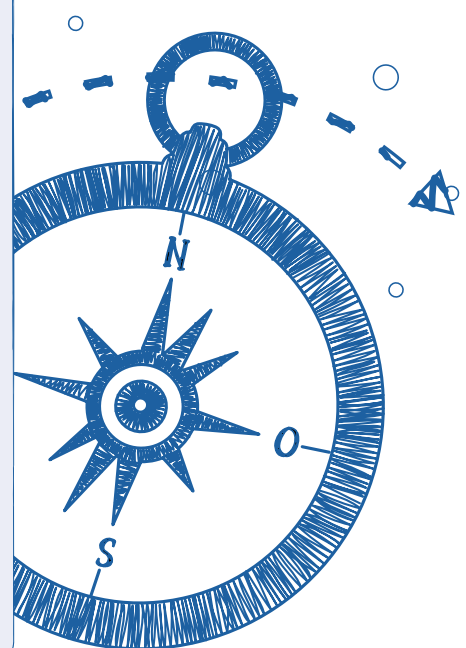
Im Jahresvergleich haben sich die Zahlen der persönlichen Beratung mehr als verdoppelt.

*Die persönliche Beratung startete 2016 erst zum 2. Quartal, weshalb bei der Berechnung lediglich die Quartale zwei bis vier einbezogen werden konnten.



Beraterin Yvonne Schönmottel und Berater Rolf-Dieter Becker in der Vor-Ort-Beratungsstelle Rostock. Im Flächenland Mecklenburg Vorpommern unterhält die Patientenberatung je eine weitere Beratungsstelle in Schwerin und in Neubrandenburg. Auch die UPD-Mobile sind regelmäßig zu Gast in der Region.

Im Mittelpunkt der Beratung stehen rechtliche Fragestellungen. Hierbei sind insbesondere Ansprüche gegenüber Kostenträgern zu nennen. Zu den weiteren, häufig rechtlich geprägten Beratungsthemen zählen Patientenrechte, Mitgliedschafts- sowie Versicherungsfragen sowie Behandlungsfehler. Viele Themen der Ratsuchenden können die erfahrenen Berater mit ihrem Wissen aus dem Bereich Sozialversicherung lösen. Bei Bedarf können per Videokonferenz Berater aus anderen Fachgebieten oder auch ein Simultandolmetscher hinzugezogen werden.



1.2.4 KOOPERATIONEN UND NETZWERKE

Vertiefende Informationen zum Vorteil der Ratsuchenden

Gerade für die lokal orientierte Beratung spielen Kontakte zu den vor Ort verankerten Einrichtungen eine zunehmend wichtige Rolle. Mit zahlreichen Einrichtungen ist die UPD mittlerweile in Kontakt – ein wachsendes Netzwerk derjenigen, die ganz besonders wertvolle ergänzende und vertiefende Hilfsangebote unterhalten.

Zudem strebt die UPD auf vielfältiger Ebene die Vernetzung und Kooperation mit bewährten Institutionen in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen an. So sollen Doppelstrukturen vermieden werden und ratsuchende Menschen schneller an die gesuchten Informationen kommen. 2017 wurden Ratsuchende zusätzlich zur Beratung themenbezogen auf qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen hingewiesen – beispielsweise auf die Angebote des Krebsinformationsdienstes, die Inhalte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die über die Informationsplattform www.gesundheitsinformation.de verfügbar sind, auf die Informationsangebote auf www.patienten-information.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und weiterer Anbieter von qualitätsgesicherter Gesund-

heitsinformation im Sinne der Guten Praxis Gesundheitsinformation⁴.

Online werden die Informationen der UPD-Homepage www.patientenberatung.de themenbezogen direkt mit den oben genannten Anbietern von Gesundheitsinformationen verknüpft, um Ratsuchende auch auf diesem Zugangsweg beim Auffinden guter Gesundheitsinformationen zu unterstützen. Eine besonders wertvolle Ergänzung bietet der Krebsinformationsdienst an: Aktuelles Wissen rund um das Thema Krebs und Hilfe bei der Krankheitsbewältigung werden dort kostenlos zur Verfügung gestellt. Ratsuchende sollen in dieser belastenden Lebenssituation künftig von einer Kooperation zwischen dem Krebsinformationsdienst und der UPD profitieren.



Gute Gesundheitsinformationen zu finden, um für sich selbst die richtige Entscheidung zu treffen, ist für viele Menschen sehr schwer. Gemeinsam mit allen Anbietern von seriösen und qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen möchten wir diese Menschen unterstützen.

Dr. med. Johannes Schenkel, Ärztlicher Leiter der UPD



! MIT RUND 700 SELBSTHILFEGRUPPEN UND ANDEREN ORGANISATIONEN STEHT DIE UPD IM AUSTAUSCH.

⁴ Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation, Berlin: 2015.

1.2.5 DIE ERREICHBARKEIT DER UPD

Auf konstant hohem Niveau

Bei stark steigender Beratungsnachfrage konnten wir die telefonische Erreichbarkeit der UPD auf einem konstant hohen Niveau halten. An 80 Stunden in der Woche waren die Berater bis in die Abendstunden für die Menschen und ihre Anliegen da. Rund neun von zehn Ratsuchenden haben die UPD direkt beim ersten Anruf erreicht.

Gerade die telefonische Erreichbarkeit ist für die Ratsuchenden ein elementarer Faktor. Oft ist das Anliegen dringlich oder die Zeit für Mehrfachversuche nicht vorhanden. Durch ständige Evaluation haben wir die Erreichbarkeit deshalb auch unterjährig immer im Blick. So können wir auf steigenden Bedarf flexibel reagieren und eine Beratung weitgehend ohne Wartezeiten und Mehrfachanrufe sicherstellen.

1.2.6 QUALITÄTSARBEIT

Doppelt zertifiziert auf gutem Weg

Als weiteren wichtigen Meilenstein hat die UPD 2017 die Zertifizierung ihres Qualitätsmanagementsystems nach DIN ISO 9001:2015 und DIN EN 15838 durch den TÜV Nord abgeschlossen. Für eine Beratungseinrichtung wie die UPD steht das Thema Qualität besonders im Fokus. Ratsuchende schenken uns ihr Vertrauen und treten mit sehr individuellen, thematisch breit gefächerten Anliegen an uns heran. Ein effektives System, das die Anforderungen an eine qualitätsgesteuerte Beratung und deren konsequente Umsetzung regelt, ist daher maßgeblich für die Güte unserer Beratung.

Für uns bedeutet Qualitätsmanagement die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung unseres Beratungsangebots. Immer im Blick haben wir dabei die Beschwerdequote, die neben den Beschwerden von Ratsuchenden auch interne Fehler erfasst. Der beständig geringe Wert zeigt, dass die UPD in ihrer Qualitätsarbeit auf dem richtigen Weg ist. Im Berichtsjahr wurde insgesamt eine Quote von 0,56 Prozent registriert, im Vorjahr 0,58 Prozent.

ALS EINZIGE EINRICHTUNG IN DEUTSCHLAND IST DIE UPD FÜR DIE BERATUNGSDIENSTLEISTUNG ZU MEDIZINISCHEN, GESUNDHEITSRÉCHTLICHEN SOWIE SOZIALRECHTLICHEN FRAGEN FÜR VERBRAUCHER, PATIENTEN UND RATSUCHENDE DOPPELT ZERTIFIZIERT!

1.2.7 DIE UPD IN DEN MEDIEN

Pressearbeit hat Resonanz

Die UPD findet mit ihren zielgruppengerechten und für die Medien adäquat aufbereiteten Informationen in der breiten Medienlandschaft eine erfreuliche Resonanz. Mit Tageszeitungen und Magazinen sind wir genauso im Gespräch wie mit Publikumszeitschriften. Eine direkte Resonanz im Beratungsgeschehen registrieren wir regelmäßig. Zielgerichtete Onlinekommunikation führt dazu, dass wir von Ratsuchenden, die zu bestimmten Themen im Internet recherchieren, besser gefunden werden. Dies schlägt sich unmittelbar im Beratungsgeschehen nieder.

Ein wesentliches Ziel der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist es, das Beratungsangebot der UPD quer durch alle Bevölkerungsschichten bekannter zu machen. Denn noch immer ist das Beratungsangebot nicht jedem geläufig. Die erfolgreiche Pressearbeit der Patientenberatung spiegelt sich 2017 wider in 5.025 Veröffentlichungen, die alle Mediengattungen einschließlich TV-Beiträge, umfassen.

Mittelfristig bis langfristig ist die Weiterempfehlung der Beratung durch zufriedene Ratsuchende ein großer Hebel für die Bekanntheit und eine stärkere Nutzung der Beratungsangebote. Für die regionale Bekanntheit ist es wichtig, dass die UPD mit ihrer Beratung vor Ort sichtbar und nutzbar ist. Insofern sind alle Berater, ob in den Vor-Ort-Beratungsstellen oder auch in den drei UPD-Mobilen, immer auch Botschafter der Patientenberatung.

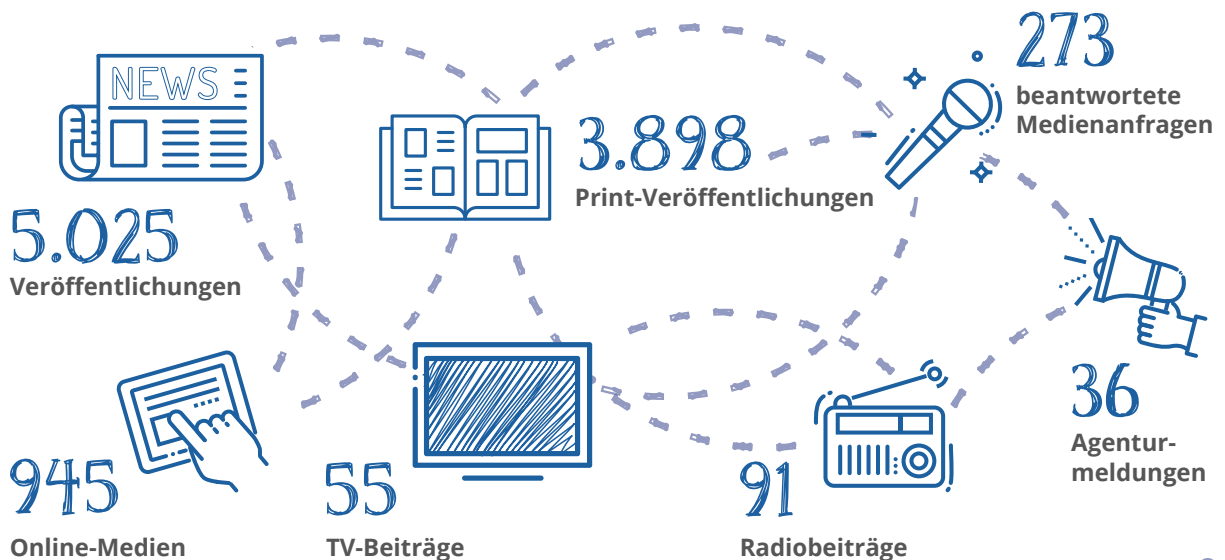


Die UPD findet mit ihren zielgruppengerechten und für die Medien adäquat aufbereiteten Informationen eine erfreuliche Resonanz.

Jann Ohlendorf, Sprecher der UPD



VERÖFFENTLICHUNGEN NACH MEDIENGATTUNGEN



METHODIK, DEMOGRAFISCHE ANGABEN UND PROBLEMLAGEN



Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPI



2.1 ZIELE UND INHALTE DER BERATUNG

Die Beratungstätigkeit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland soll die Ratsuchenden dazu zu befähigen, auf Basis aktueller, evidenzbasierter, neutraler und unabhängiger Informationen die für ihre jeweilige Lebenssituation angemessenen gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu treffen. Auf diese Weise trägt die Patientenberatung tagtäglich dazu bei, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu verbessern.

In der Beratung kann dabei zwischen Themen mit starker rechtlicher und solchen mit mehr medizinischen Schwerpunkten unterschieden werden. Entsprechend werden Themen der medizinischen und der rechtlichen Beratung unterschieden und in eigenen Abschnitten behandelt. Themen, die regelmäßig einen besonders ausgeprägt fachübergreifenden Charakter aufweisen, werden im vorliegenden Monitor Patientenberatung 2017 erstmalig ergänzend in einem eigenen Abschnitt (z.B. Zahnmedizin: Die Ausnahme als Regelfall, Kap. 3.2.4) erläutert.

Die Patientenberatung kann in den fachübergreifenden Beratungen vielfach durch Aufklärung und ihre Lotsenfunktion dazu beitragen, dass Leistungen im Gesundheitssystem von Bürgerinnen und Bürgern als Ansprüche erkannt werden. Immer wieder sind dabei in der Beratung die Schnittstellen zwischen rechtlicher und medizinischer Beratung von Bedeutung.

2.2 AUSWERTUNG DER BERATUNGSTHEMEN

Die Aufgaben der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland umfassen neben der Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen das Aufzeigen von Problemlagen im Gesundheitswesen. Dieser Aufgabe kommt die UPD mit dem vorliegenden Patientenmonitor nach.

Der Bericht über die Problemlagen beruht auf der Analyse folgender Informationsquellen:

1. BERATUNGSDOKUMENTATION

Jede Beratung wird mithilfe der spezialisierten UPD-Software strukturiert dokumentiert. Dabei werden verschiedene Daten aufgenommen: Die demografischen und soziodemografischen Daten werden am Ende der Beratung auf freiwilliger Basis aufgenommen – die Beratungsfälle selbst werden ohne Personenbezug in der Datenbank anonym gespeichert. Das Beratungsthema sowie weitere Aspekte der Beratung werden erfasst (z.B. im Bereich Medizin die Anamnese, die geschilderten Beschwerden, soweit bekannt eine Diagnose usw.).

Zur Erstellung des Patientenmonitors 2017 wurde die Datenbank im Januar 2018 ausgelesen und zunächst auf inhaltliche Konsistenz hin analysiert. In der UPD-Beratungsdatenbank wurden 2017 Beschwerden von Ratsuchenden und interne Fehlermeldungen von Mitarbeitern über eine eigene Fall-Identifikationsnummer erfasst. Vor der inhaltlichen Analyse der Beratungsthemen für

den vorliegenden Patientenmonitor wurden die Beschwerde- und Fehlerfälle aus der Datenbank extrahiert. Die im Folgenden dargestellten Daten beruhen auf deskriptiven Datenanalysen. Abweichungen von der Gesamtzahl der Beratungen beruhen auf der Freiwilligkeit der Angaben der Ratsuchenden.

2. PROBLEMLAGENDOKUMENTATION

Bereits von der UPD unter der vorangegangenen Trägerschaft wurde zur strukturierten Erfassung eine eigene Klassifikation zur Kodierung von Problemlagen im Gesundheitswesen entwickelt. Dieses System wurde im Berichtszeitraum weiter zur Dokumentation eingesetzt und konnte ab Quartal vier eine valide Datenqualität aufzeigen. Aufgrund umfangreicher Schulungsmaßnahmen zu diesem Dokumentationsbestandteil für alle Berater der UPD bis einschließlich Quartal drei wird in diesem Patientenmonitor die Auswertung der Problemlagendokumentation auf Quartal vier beschränkt.

Als Akteur im Sinne der Dokumentation gelten diejenigen Personen oder Institutionen, deren Handeln oder Nichthandeln den Ratsuchenden veranlasst hat, zu einem konkreten Thema eine Beratung der UPD in Anspruch zu nehmen.

Ein Hinweis auf eine Problemlage im Gesundheitswesen wird von den Beratern immer dann

dokumentiert, wenn der Berater nach Abschluss der Beratung zu der Einschätzung kommt, dass die Beratung nicht primär dem Erkenntnisgewinn des Ratsuchenden diene, sondern eine der vordefinierten Problemlagen im Gesundheitswesen zu Grunde liegt.

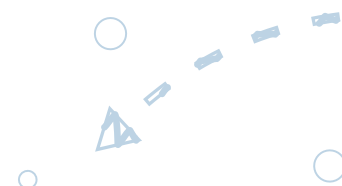
3. FOKUSGRUPPEN MIT DEN UPD-BERATERN

Bei rund 155.000 Beratungen im Berichtszeitraum und einer schier unendlichen Fülle an gesundheitsrechtlichen und gesundheitlichen Beratungsthemen können nicht alle Aspekte der einzelnen Beratungen strukturiert erfasst werden. Um jedoch möglichst umfassend und vollständig über Problemlagen im Gesundheitswesen zu berichten und auch die Aspekte, die außerhalb der strukturierten Beratungsdokumentation oder Problemlagendokumentation auftreten, einzuschließen, wurden die Berater der UPD in Fokusgruppen zu verschiedenen Beratungsthemen befragt. Bei häufig fachübergreifend beratenen Themen wie beispielsweise Zahnmedizin, vermuteter Behandlungsfehler oder medizinisches Cannabis, wurden die Fokusgruppen fachübergreifend besetzt – also mit Beratern aus dem rechtlichen und dem medizinischen Team.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen sind in die folgenden Kapitel eingeflossen.

Hinsichtlich der Detektion von Problemlagen im Gesundheitswesen muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse bei der Übertragbarkeit auf unser Gesundheitssystem zwangsläufig systematischen Fehlern unterliegen. Hier ist einerseits ein sogenannter Selektionsbias zu beachten: Ratsuchende Bürger haben in der Regel ein Problem mit einem Aspekt unseres Gesundheitssystems, wenn sie sich an die UPD wenden – umgekehrt werden Bürger, die mit dem gleichen Aspekt zufrieden sind, von unserer Beratungsstatistik nicht erfasst. Damit werden diese Aspekte in der Beratungsstatistik im Vergleich zur Wirklichkeit verzerrt dargestellt. Weiter können Probleme unvollständig dargestellt werden, da in der Beratungsstatistik ausschließlich die Sicht der Ratsuchenden erfasst wird.

Aufgrund der großen Anzahl an Beratungen sowie der einfachen Erreichbarkeit der UPD-Beratung können die Ergebnisse dennoch deutliche Hinweise auf systemische Probleme in unserem Gesundheitswesen geben. Die Auswertungen und Beschreibungen der Beratungspraxis veranschaulichen, auf welche Schwierigkeiten Patienten und Versicherte immer wieder im Gesundheitssystem stoßen, und wo Akteure im Gesundheitswesen Verbesserungspotenziale nutzen könnten, um das Gesundheitssystem patientenorientierter zu gestalten. Die Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch stets der Datengrundlage angemessen sein und eher im explorativen und hypothesengenerierenden Sinne erfolgen.



4. DEMOGRAFISCHE ANGABEN ZU DEN RATSUCHENDEN

Geschlecht der Ratsuchenden

Das Beratungsangebot der UPD wird wie schon in den vergangenen Jahren überwiegend von Frauen genutzt. Der Anteil der ratsuchenden Frauen lag bei 60,3 Prozent und der Anteil der Männer bei 39,7 Prozent und ist damit im Wesentlichen unverändert gegenüber dem Vorjahr.

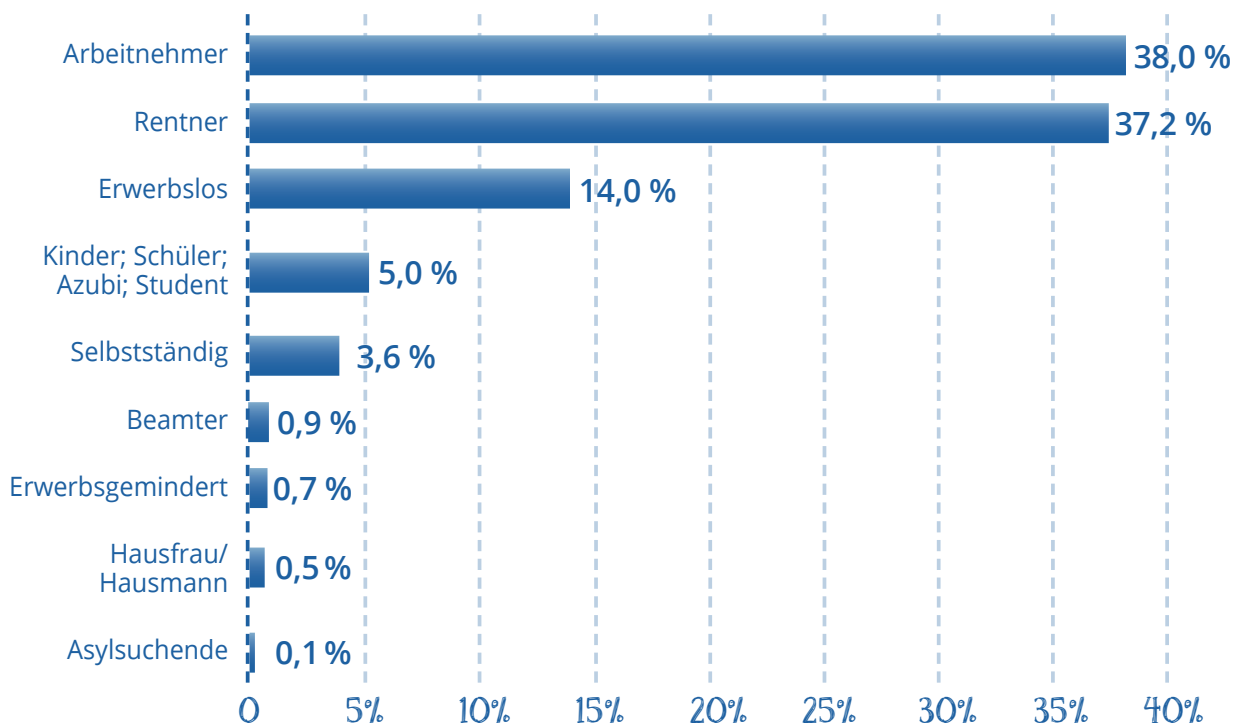
Erwerbsstatus der Ratsuchenden

Betrachtet man die Verteilung des Erwerbsstatus aller Ratsuchenden ist diese ebenfalls im Vergleich mit den Vorjahreswerten im Wesentlichen unverändert. Die meisten Ratsuchenden sind in einem Arbeitsverhältnis (38,0 Prozent) oder berentet (37,2 Prozent). Jeder sechste Ratsuchende ist erwerbslos. Die Gruppe der Kinder, Schüler, Azubis und Studenten ist mit fünf Prozent und Selbständige mit knapp vier Prozent vertreten.

Die systematische Erfassung des Erwerbsstatus wurde zu Beginn des Jahres um die Variablen Erwerbsgeminderte, Hausfrau und Hausmann sowie Asylsuchende ergänzt.

Beamte, Erwerbsgeminderte, Hausfrauen/Hausmänner und Asylsuchende liegen anteilig jeweils unter einem Prozent.

ERWERBSSTATUS DER RATSUCHENDEN

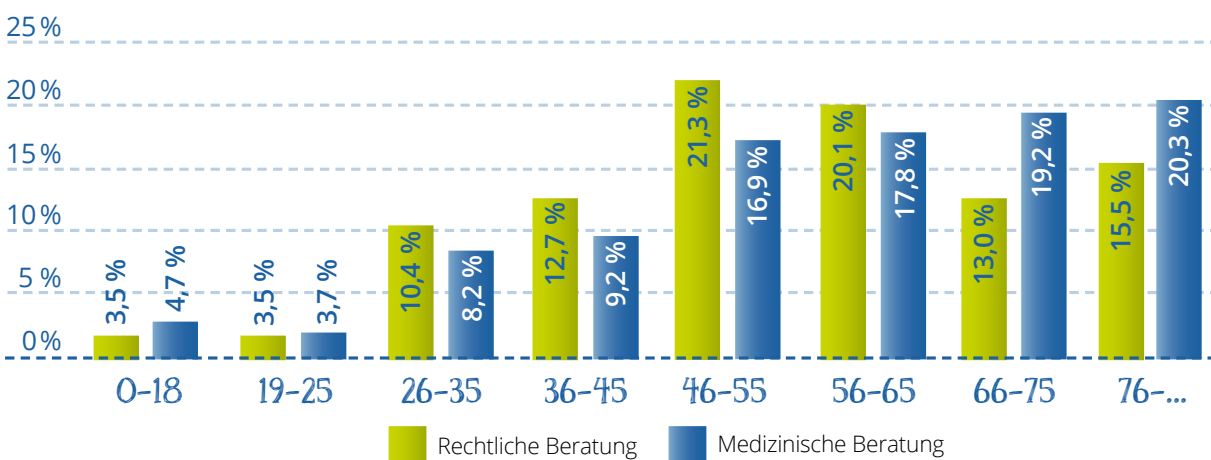


N= 42.758 (Fehlende Angaben zum Erwerbstatus werden nicht abgebildet.)

Altersverteilung der Ratsuchenden

Wie im vergangenen Jahr ist auch dieses Jahr die Altersgruppe der 46- bis 65-Jährigen am stärksten vertreten. Der größte Beratungsbedarf zu rechtlichen Fragestellungen besteht in den Altersgruppen der zwischen 26- und 65-Jährigen. Der Altersdurchschnitt in der medizinischen Beratung ist vergleichsweise höher, so sind medizinische Themen besonders in den Altersgruppen der zwischen 66- und über 76-Jährigen gefragt. Auch hier zeigt sich im Wesentlichen eine Kontinuität gegenüber dem Vorjahr.

ALTERSVERTEILUNG DER RATSUCHENDEN



Rechtliche Beratung: N= 41.462 (Fehlende Angaben zum Alter werden nicht abgebildet.)
 Medizinische Beratung: N= 12.670 (Fehlende Angaben zum Alter werden nicht abgebildet.)



2.3 DOKUMENTIERTE PROBLEMLAGEN

Problemlage einschliesslich Unterkategorie	Prozent	Anzahl der dokumentierten Problemlagen
Information über gesundheitliche Versorgung Ratsuchende wurden UNVOLLSTÄNDIG informiert/beraten Ratsuchende wurden NICHT informiert Ratsuchende wurden FALSCH informiert/beraten	76,7% 18,1% 5,2%	5.487
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert Versorgungsleistungen durch den Leistungserbringer unberechtigt verweigert Gravierende Wartezeiten für erfolgte/geplante Behandlung Versorgungsleistungen aufgrund unklarer Regelungen nicht in Anspruch genommen Inanspruchnahme von Leistungen aus finanziellen Gründen nicht möglich Versorgungsangebote aufgrund Entfernung/ eingeschr. Mobilität nicht erreichbar	35,8% 28,0% 16,6% 12,3% 4,5% 2,8%	1.225
Qualität der gesundheitlichen Versorgung Defizite bei den Versorgungsergebnissen Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung Mängel in der Koordination und der Organisation der Versorgung Mängel hinsichtlich der Qualifikation von Leistungserbringern Mängel bei Ausstattung, Räumlichkeit oder Zustand der Versorgungseinrichtung	55,7% 30,0% 7,3% 4,5% 2,5%	1.069
Akteur hat sich unangemessen verhalten		558
Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung Geltende Rechtslage überfordert den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell Neu gewählte Versicherung verweigert den Wechsel unrechtmässig Kündigung eines Versicherungsschutzes unrechtmässig verweigert	95,0% 3,2% 1,8%	301
Überversorgung (Zweifel, ob medizinische Behandlung notwendig)		174
Gesamt		8.814

Dokumentierte Problemlagen im 4. Quartal 2017 (Absolute Werte und prozentuale Verteilung auf Unterkategorien; fehlende Angaben bei den Unterkategorien werden nicht abgebildet.)

Bei knapp 24 Prozent aller Beratungen im vierten Quartal 2017 wurden von den Beratern der UPD Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitssystem dokumentiert (zur Definition siehe Kap. 2.2). Wie auch in den vorangegangenen Berichtszeiträumen der UPD ist das Thema „Kommunikationsprobleme“ der Schwerpunkt in der Problemlagendokumentation. Bei annähernd zwei Drittel aller dokumentierten Problemlagen kommen die Berater zu der Einschätzung, dass unvollständig oder nicht oder sogar falsch informiert wurde. Im Lichte der aktuellen Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (z.B. Aktionsplan

Gesundheitskompetenz oder Allianz für Gesundheitskompetenz) verdeutlicht dieser Befund, wie notwendig Maßnahmen zur Verbesserung kommunikativer Aspekte in der Beziehung zwischen Patient und den jeweiligen Leistungserbringern oder Kostenträgern sind.

Die Problemlage „Zugang zur gesundheitlichen Versorgung“ ist mit über 1.200 Dokumentationen in den verschiedenen Ausprägungsformen ebenfalls häufig von den Beratern festgestellt worden. Ein Großteil der unter dieser Kategorie dokumentierten Problemlagen fällt dem Bereich



„Verweigerung von Versorgungsleistungen“ zu. Diese Problemlagen sind unter dem sehr häufigen Beratungsthema „Probleme beim Zugang zum Gesundheitssystem“ zu summieren, auf das im Folgenden noch detaillierter eingegangen wird.

Hinweise auf Defizite oder Mängel in der Versorgungsleistung sind unter der Kategorie „Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ am häufigsten dokumentiert. Hier besteht ein Zusammenhang zu dem sehr häufigen Beratungsthema „vermu-

teter Behandlungsfehler“ (siehe Kapitel 3.2.3). Insgesamt ist in dem Themenkomplex, wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt, zu beachten, dass die vorliegenden Daten aufgrund der fehlenden Repräsentativität keine Ableitungen auf die gesamte medizinische Versorgung in Deutschland zulassen. Dennoch lässt sich ein hoher Informationsbedarf in der Bevölkerung zu diesem Thema ableiten, dem mit neutralen Informationsplattformen und einer einheitlichen Erfassung und Analyse von vermuteten Behandlungsfehlern in einem ersten Schritt begegnet werden könnte.



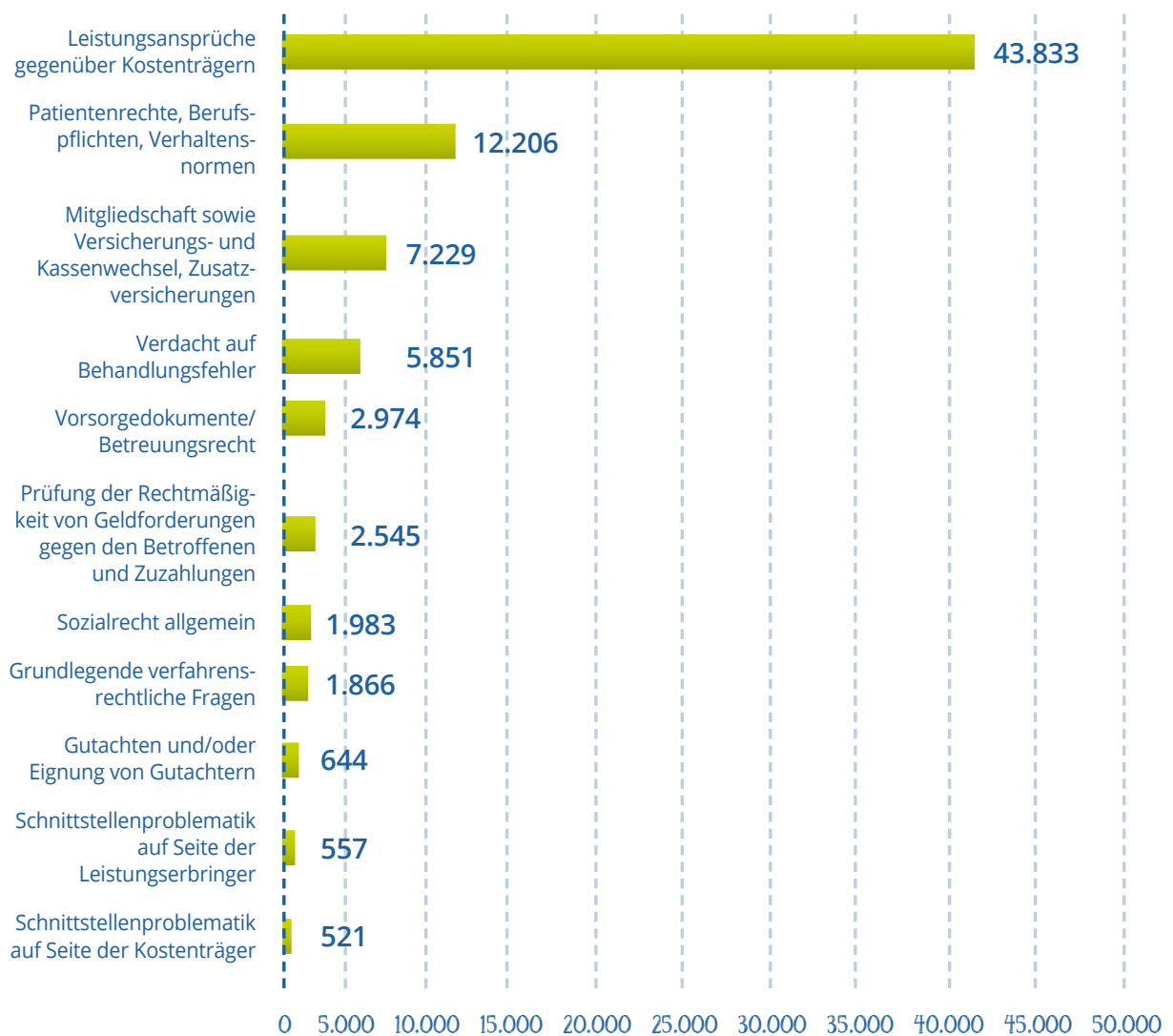
SCHWERPUNKTE DER BERATUNG



3.1 RECHTLICHE BERATUNG

Im Berichtszeitraum 2017 leisteten die Berater der UPD insgesamt 98.357 rechtliche Beratungen. Dies waren 30.305 Beratungen mehr als im Berichtszeitraum 2016. Das Themengebiet „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ hat im Berichtsjahr weiter an Bedeutung gewonnen (45 Prozent aller rechtlichen Beratungen 2017 gegenüber 40,5 Prozent im Vorjahr, ausgewiesen im Monitor Patientenberatung 2016) und wurde mit Abstand am stärksten von den Ratsuchenden im rechtlichen Bereich nachgefragt. Auch die im vorangegangenen Jahr schon häufig nachgefragten Beratungen zu Patientenrechten, Mitgliedschaft und Beiträgen, Verdacht auf Behandlungsfehler und Vorsorge-dokumente waren weiterhin Beratungsschwerpunkte.

DIE RECHTLICHEN BERATUNGSTHEMEN IM ÜBERBLICK

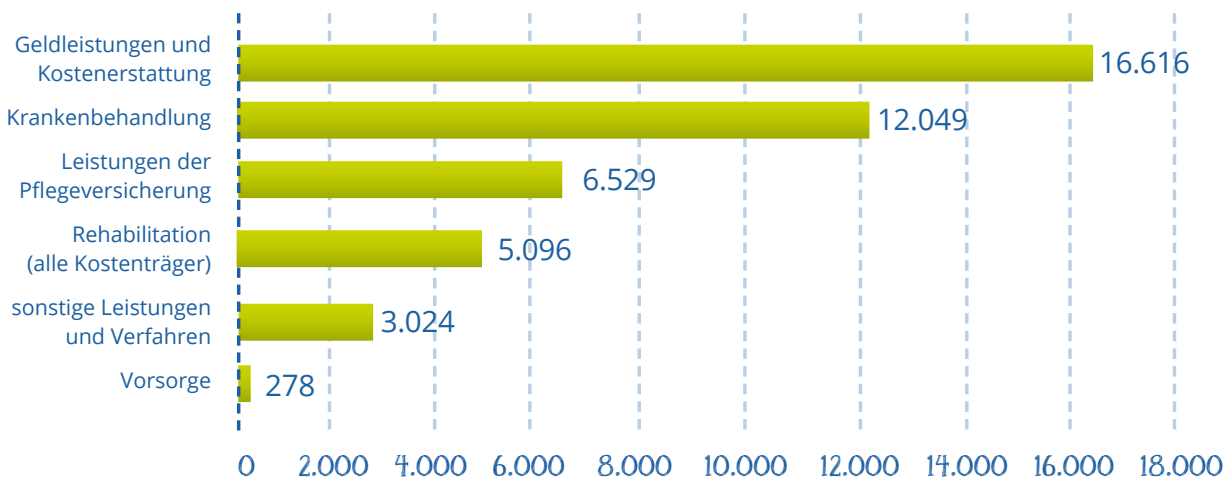


Andere rechtliche Themen: 17.289 (Dazu zählen etwa Themen mit Überschneidung zu anderen Rechtsgebieten wie Strafrecht, Arbeitsrecht, Erbrecht etc.). Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.

Schwerpunkte der Beratung

Innerhalb des Gebiets „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ betraf jede dritte Anfrage das Thema Krankengeld. Stark angestiegen ist im Berichtsjahr – ebenso wie schon im letzten Quartal 2016 – die Nachfrage nach rechtlichen Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung. Die Fragestellungen zum Thema Rehabilitation blieben konstant hoch und betrafen wie im vergangenen Jahr häufig den Umgang mit abgelehnten Anträgen auf stationäre medizinische Rehabilitation.

VERTEILUNG DER BERATUNGSTHEMEN ZUM THEMA LEISTUNGSANSPRÜCHE GEGENÜBER KOSTENTRÄGERN



(Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

3.1.1 ZUGANG ZU LEISTUNGEN – GEFÄHRLICHE VEREINFACHUNG

Mit 43.833 Beratungen zum Thema „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ im Jahr 2017 betraf hier der Großteil der rechtlichen Beratung der UPD das Spannungsfeld zwischen Ratsuchenden und gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen rund um die Rechte und Pflichten, die sich bei der Beantragung und der Entscheidung über Leistungen sowie diesbezügliche Rechtsbehelfe aus den Sozialgesetzbüchern ergeben. Unabhängig von dem jeweiligen sozialrechtlichen Thema ist von den Kranken- und Pflegekassen stets das Verwaltungsverfahren zu beachten. Dies dient auch der Wahrung der Rechte und Ansprüche der Versicherten:

Als öffentliche Behörde sind Kassen an diese Verfahrensregeln gebunden und haben diesbezüglich auch eine Pflicht zur Aufklärung gegenüber den Versicherten, §§ 13 - 15 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I). Im Beratungsalltag entstand allerdings der subjektive Eindruck einer Entformalisierung des Verfahrens zu Lasten der Ratsuchenden durch einzelne Krankenkassen.

Hintergrund

Nach § 33 Abs. 1 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) muss ein Verwaltungsakt, also auch ein Bescheid der gesetzlichen Krankenversicherung, inhaltlich hinreichend bestimmt und mit einer Begründung versehen sein. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Krankenkasse zu ihrer Entscheidung bewogen haben.

Bei Erlass eines schriftlichen Verwaltungsaktes ist der durch ihn beschwerte Beteiligte, also der Versicherte, gemäß § 36 SGB X über den Rechtsbehelf und die Behörde oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen ist, deren Sitz, die einzuhaltende Frist und die Form schriftlich zu belehren.

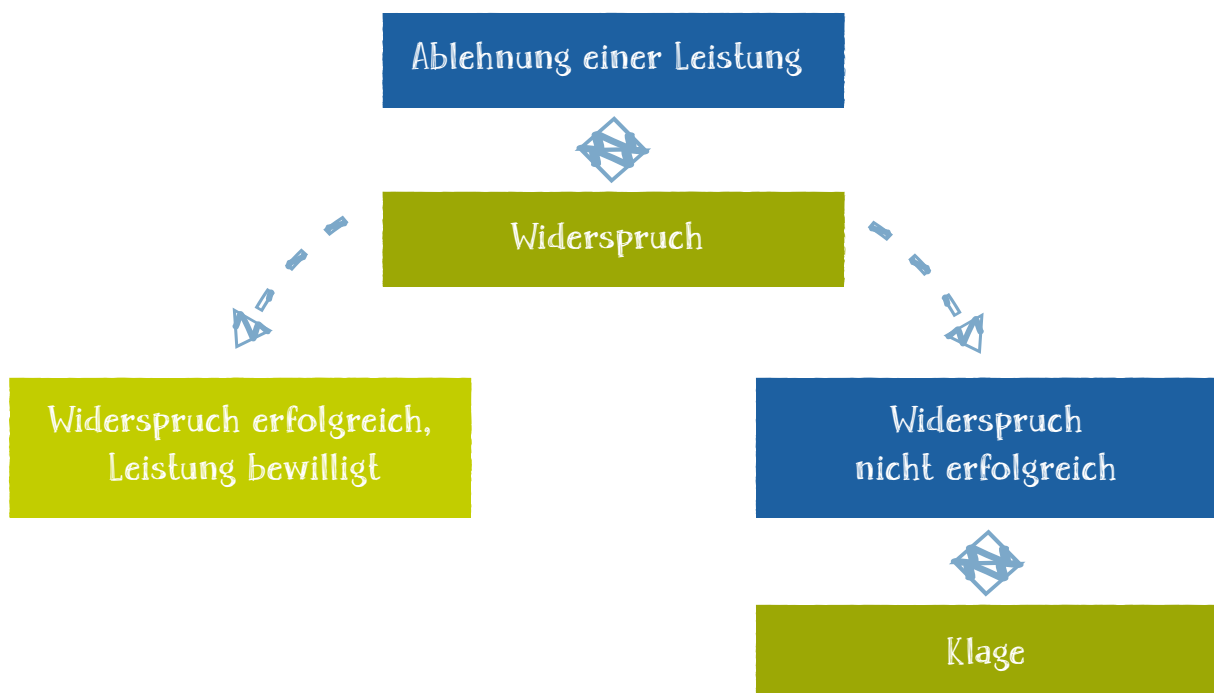
Der Verwaltungsrechtsweg sieht einen festen Ablauf vor:

Gegen eine ablehnende Entscheidung kann, wenn eine ordnungsgemäße Rechtsbehelfsbelehrung vorliegt, innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Durch den Widerspruch beginnt das Widerspruchsverfahren, an dessen Ende ein Abhilfebescheid oder ein Widerspruchsbescheid steht. Gegen einen Widerspruchsbescheid, der eine korrekte Rechtsbehelfsbelehrung enthält, gibt es wiederum die Möglichkeit der Klage innerhalb eines Monats. Fehlt diese, beträgt die Klagefrist ein Jahr.

Die Satzungen der Kranken- und Pflegekassen haben gem. § 194 Abs. 1 Nr. 10 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) Bestimmungen zur Zusammensetzung und den Sitz der Widerspruchsstelle zu enthalten.

In der Regel ist dann nach den Satzungen ein solcher Widerspruchsausschuss paritätisch durch Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter besetzt.

VERWALTUNGSRECHTSWEG NACH ABLEHNENDEM BESCHEID



An den oben dargestellten klaren Verwaltungsrechtsweg haben sich öffentliche Behörden zu halten und sie haben diesbezüglich auch eine Aufklärungspflicht gegenüber den Ratsuchenden.

Beispiel aus der Beratungspraxis



Sehr geehrte Patientenberatung,

ich bin 75 Jahre alt und bei mir wurde aufgrund meiner schlimmer werdenden Arthrose und des starken Rheumas der Pflegegrad 3 festgestellt. Da mir das Duschen im Stehen zunehmend schwerer fällt, habe ich bei der Pflegekasse einen Duschstuhl beantragt. Dieser wurde aber leider abgelehnt. Mit Hilfe meiner Kinder habe ich dann Widerspruch eingelegt. Ich habe jetzt ein weiteres Schreiben der Kasse bekommen, in dem steht, dass mein Widerspruch keine Aussicht auf Erfolg hat. Am Ende des Bescheides wird mir eine Frist gesetzt, innerhalb derer ich meinen Widerspruch zurücknehmen soll. Die Kasse hatte mich zwischendurch auch schon angerufen und mir nochmal gesagt, dass dem Widerspruch nicht entsprochen wird.

Ich weiss nicht, was ich nun noch tun kann. Meine Kinder meinen, ich solle noch einmal Widerspruch einlegen. Aber dann lehnt die Kasse den doch bestimmt wieder ab. Das ist für mich aber alles sehr anstrengend und belastend, ich werde den Widerspruch daher vielleicht besser zurücknehmen. Können Sie mir helfen? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Ratsuchende berichteten den Beratern der UPD, dass die Kranken- und Pflegekassen vermehrt Schreiben versenden, in denen ein Widerspruch als erfolglos bewertet wird. Eine Rechtsbehelfsbelehrung fand sich nach Aussage der Ratsuchenden auf diesen Schreiben aber nicht. Vielmehr wurde den Ratsuchenden eine Frist gesetzt, innerhalb derer sie den Widerspruch zurücknehmen können. Weder wurde den Ratsuchenden die Folge der Rücknahme des Widerspruches in diesen Schreiben erläutert noch wurde ihnen mitgeteilt, was passiert, wenn sie den Widerspruch nicht zurücknehmen. Die Ratsuchenden wussten häufig nicht, ob sie schon eine bindende Entscheidung erhalten haben, was hierfür die Gründe sind und ob und wie sie sich gegen diese wehren können. Viele Ratsuchende wurden während des jeweiligen Widerspruchsverfahrens von Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen auch zusätzlich telefonisch kontaktiert. Sie schilderten, dass die Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen auch telefonisch auf die Rücknahme des Widerspruches hinwirkten.

Der hier einschlägige Verwaltungsrechtsweg gibt nach dem Zehnten Sozialgesetzbuch (SGB X) eine klare Reihenfolge vor. Hierzu gehört nicht die Aufforderung zur Rücknahme des Widerspruches durch die Krankenkassen.

Viele Ratsuchende berichteten darüber hinaus, dass die Krankenkassen schon vor der Ablehnung des Antrages den Ratsuchenden zur Vermeidung eines Widerspruchsverfahrens empfohlen haben, den Antrag zurückzunehmen. Dieses Verhalten wird auch in einem aktuellen Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (S.120-124)⁵ aufgegriffen.

Das Bundesversicherungsamt kommt in diesem Bericht zu der Feststellung, dass die Krankenkassen sich einer vereinfachten Behördensprache bedienen, die vordergründig zwar leicht verständlich wirke, aber oft die Möglichkeit eines Widerspruchsverfahrens verschleierte.

⁵ Bundesversicherungsamt: Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. 2018, S. 120-124

In vergleichbaren Fällen wie dem Fallbeispiel erläuterten die Berater der UPD den Ratsuchenden zunächst das Verwaltungsverfahren. Insbesondere der klare Ablauf vom Antrag zur Ablehnung, über den Widerspruch und dem Widerspruchsbescheid und schließlich zur Klage, war vielen Ratsuchenden mangels ausreichender Informationen und Rechtbehelfsbelehrungen in den Schreiben der Kranken- und Pflegekassen nicht bekannt. Oftmals war es zunächst notwendig, überhaupt erst einmal den Unterschied zwischen einem echten Widerspruchsbescheid und den Rück-

nahmeaufforderungen der Krankenkassen zu erläutern. In den Beratungen hat sich gezeigt, dass sich viele Ratsuchende durch die Aufforderung zur Rücknahme des ursprünglichen Antrages oder des Widerspruchs dazu verpflichtet sehen, genau dies zu tun. Tatsächlich besteht aber ab Einlegung eines Widerspruchs eine Verpflichtung der Krankenkasse, eine finale Entscheidung zu treffen. Aufforderungen zur Rücknahme des Widerspruchs können also in der Regel ignoriert werden.

FAZIT

Durch offenbar uneindeutige Schreiben der Kranken- und Pflegekassen wussten die Ratsuchenden häufig nicht, ob sie schon eine bindende Entscheidung erhalten haben und wie sie gegen diese vorgehen können. Der Patientenberatung liegen dazu beispielhafte Schriftstücke vor.

Die Ratsuchenden sind sich regelmäßig nicht der Konsequenzen bewusst, die eine vorschnelle Rücknahme ihres Antrages oder ihres Widerspruches nach sich zieht. Denn durch die Rücknahme muss die Krankenkasse nicht mehr entscheiden. Der weitere Verwaltungsrechtsweg ist überdies ausgeschlossen. Hierdurch gelangt der Sachverhalt schon nicht zum Widerspruchsausschuss, der in der Regel paritätisch durch Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter besetzt ist und unabhängig von den Erstbearbeitern entscheidet. Eine Rücknahme bedeutet für die Versicherten auch, dass sie den jeweiligen Fall nicht mehr von einem Gericht überprüfen lassen können, da der Verwaltungsrechtsweg die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines gerichtlichen Verfahrens ist.

Die von den Ratsuchenden geschilderte Praxis einer verkürzten oder komplett fehlenden Darstellung der Rechte der Versicherten steht nicht im Einklang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

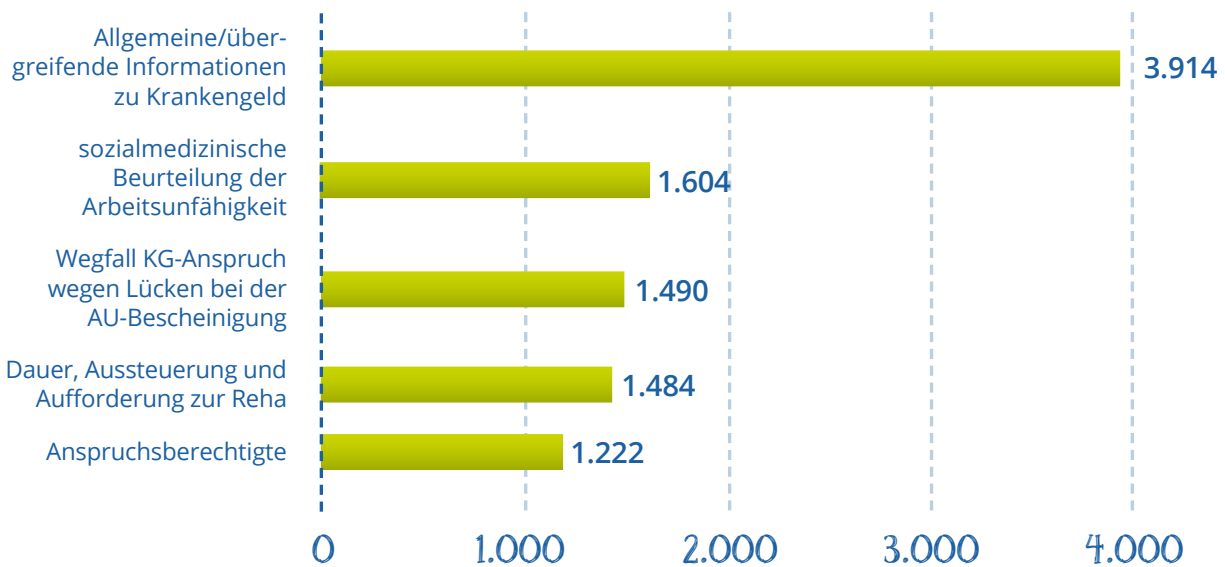
3.1.2 KRANKENGELD: FORMALIEN UND FALLSTRICKE

2017 wurden 14.334 Ratsuchende zum Thema Krankengeld beraten. Auch dieses Jahr betrafen viele Fragen allgemeine Informationen zum Krankengeld der gesetzlich krankenversicherten Ratsuchenden oder deren Anspruchsberechtigung. Hier konnten die Berater den Ratsuchenden in vielen Fällen schnell und gezielt weiterhelfen.

Intensiven Beratungsbedarf und immer wieder auch Hinweise auf wenig patientenorientierte Verhaltensweisen gab es dagegen erneut besonders bei drei Themen:

- bei der „sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ mit 1.604 Fällen,
- auf etwas anderer Grundlage als im Vorjahr auch beim „Wegfall des Krankengeldanspruches wegen einer Lücke in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen“ mit 1.490 Beratungen,
- und schließlich auch beim erstmals ausführlicher im Monitor dargestellten Thema „Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zum Reha-Antrag“ mit 1.484 Beratungen.

DIE FÜNF SCHWERPUNKTTHEMEN ZUM THEMA KRANKENGELD 2017





Krankengeld und Beendigungsgründe – Entwicklungen seit dem letzten Berichtszeitraum

Bei Arbeitsunfähigkeit oder Klinikaufenthalt sichert das Krankengeld als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung – für längstens 78 Wochen wegen derselben Erkrankung innerhalb von drei Jahren – den Lebensunterhalt des (gesetzlich versicherten) Betroffenen. Arbeitnehmer erhalten als Krankengeld 70 Prozent des Bruttoentgelts, welches bei 90 Prozent des erzielten Netto-Arbeitsentgelts zu kappen ist. Aufgrund dieser Ausgestaltung zählt der Ausgabeposten für Krankengeld zu den höchsten laufenden Kosten, die aus den Mitteln der gesetzlich Versicherten aufzubringen sind. Somit überlagern sich beim Thema Krankengeld regelmäßig individuelle Einzelfallbetrachtungen mit strukturellen Erwägungen zur Eindämmung der Kosten, die sich aus Krankengeldansprüchen ergeben⁶.

Ratsuchende, denen durch Gesundheitsreibung des MDK, Aussteuerung oder einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Einstellung oder der Wegfall des Krankengeldes drohte oder bei denen dieser Zustand schon eingetreten war, hatten den größten Beratungsbedarf.

Die Gespräche mit Betroffenen wurden von den Beratern als häufig sehr belastend empfunden, da neben den Sorgen um Krankheit und Genesung die hinzukommenden existenziellen Sorgen und Nöte die Ratsuchenden oftmals resignieren und verzweifeln ließen (siehe Kapitel 3.3.5). Vielfach von den Ratsuchenden thematisiert wurde die besondere Härte der Konsequenzen, die mit dem Verlust des

Anspruchs auf Krankengeld regelmäßig verbunden war. Sie wurde regelmäßig als wenig verhältnismäßig im Vergleich zu anderen Sanktionen bei einem tatsächlichen oder vermeintlichen Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten im Sozialsystem Deutschlands empfunden.

In die Beratung konnten kaum merkliche Verbesserungen – aus Patientensicht – eingebracht werden, die sich aus der Begründung einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ergeben haben. Von einem Wegfall der für viele Versicherte nach wie vor offenbar verhängnisvollen „Krankengeldfalle“ kann gleichwohl noch nicht gesprochen werden.

⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Krankengeld – Entwicklung, Ursachen. Berlin/Bonn 2015.

WIE KOMMT ES ZUM WEGFALL DES KRANKENGELDES?

Vereinfachend lassen sich im Kontext der drei genannten Beratungsschwerpunkte vor allem drei unterschiedliche Ursachen für den Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld unterscheiden, die in der Patientenberatung immer wieder im Mittelpunkt der Beratungen standen, und zwar

- ☉ **ein Wegfall des materiellen Grundes** für den individuellen Bezug nach oft nur formaler Prüfung der Anspruchsberechtigung gemäß Aktenlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK),
- ☉ **ein Wegfall aufgrund nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommener Nachweis- und Mitwirkungspflichten** des Versicherten oder
- ☉ **ein Wegfall infolge des Erreichens der Höchstdauer des Krankengeldbezuges oder des tatsächlichen oder beabsichtigten Übergangs der Leistungspflicht** von der Krankenkasse auf den zuständigen Rehabilitationsträger.

Die Perspektive der Patienten auf diese individuell regelmäßig als besonders belastend erlebten Veränderungen rund um Leistungen, die der Absicherung der Lebensgrundlagen der Betroffenen bis zur Gesundung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dienen, werden in den folgenden Abschnitten vertieft.

A) GESUNDSCHREIBUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST DER KRANKENVERSICHERUNGEN

Die Krankenkasse hat während des Krankengeldbezuges grundsätzlich das Recht, zu überprüfen, ob ein Versicherter arbeitsunfähig ist. Die Arbeitsfähigkeit wird dabei sozialmedizinisch durch den MDK – meist nach Aktenlage – beurteilt. Kommt dieser zu dem Ergebnis, dass Arbeitsfähigkeit gegeben ist, stellt die Krankenkasse die Zahlung des Krankengeldes ein. Die in diesem Zusammenhang auch schon im Jahresbericht Monitor Patientenberatung 2016 (Fußnote, Seite 62 – 64)⁷ aufbereiteten Probleme der Ratsuchenden waren auch im Jahr 2017 in der Beratung präsent. Mehr noch, die Anzahl der Beratungen erhöhte sich auf 1.604 (2016 = 1.086). Schwerpunkt war weiterhin die Beratung zur akuten finanziellen Absicherung nach Wegfall des Krankengeldes, die Rechtsbe-

hilfe gegen die Einstellung des Krankengeldes, das Unverständnis über die oft überraschende Gesundheitschreibung ohne Einbeziehung des Ratsuchenden sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch fachfremde Ärzte und nach Aktenlage. Die Beratungsgespräche zeigten regelmäßig, dass die mangelnde Einbeziehung des Ratsuchenden durch den MDK weiterhin als wenig patientenorientiert empfunden wird und die Schreiben, die entsprechend völlig überraschend bei den Ratsuchenden eintreffen, diese oft in große Unsicherheit stürzen.

Die Hinweise der Patientenberatung auf eine als wenig patientenorientiert empfundene Arbeitsweise des MDK wurden im Berichtsjahr 2016 bei

⁷ Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Monitor Patientenberatung 2016, Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V, Berlin 2013, S. 58 ff.

⁸ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. 19. Legislaturperiode, Berlin 2018, S. 98

der Präsentation des Monitors Patientenberatung im Sommer 2017 vom damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit Forderungen unterlegt, den MDK unabhängiger von den Kassen zu gestalten; auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wird die besondere Rolle des MDK thematisiert (S. 98). Darin heißt es:

„Wir werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stärken, deren Unabhängigkeit gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenerfüllung Sorge tragen.“

B) WEGFALL DES KRANKENGELDES DURCH EINE LÜCKE IN DER ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

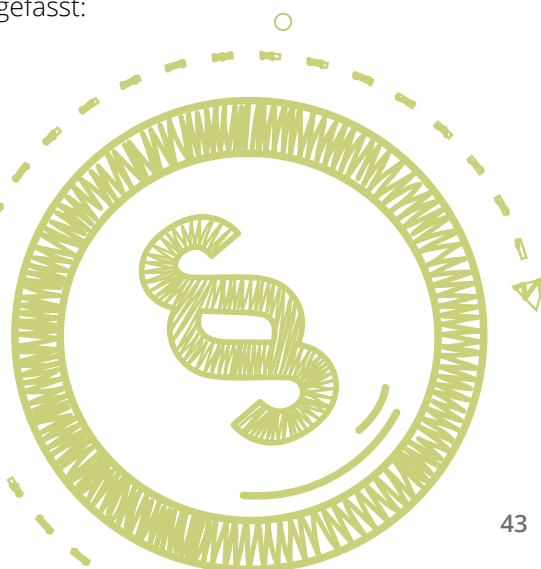
Eine weitere Konstellation, die zum Wegfall des Krankengeldes führt, ist die Lücke in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU). Gesetzliche Voraussetzung für den Weiterbezug von Krankengeld ist, dass der Versicherte nahtlose Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beibringt und dafür zwingend am nächsten Werktag nach Ablauf der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Arzt aufsucht und die weitere Krankschreibung feststellen lässt. Entsteht hier eine Lücke, so endet der Krankengeldbezug und kann auch nicht durch Beibringung entsprechender Bescheinigungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder ausgelöst werden.

Beratungen zum Wegfall des Krankengeldes wegen einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der damit einhergehenden Probleme für die Betroffenen waren erneut ein qualitativ aber auch quantitativ besonders relevantes Beratungsthema der Patientenberatung. Waren es im Vorjahr noch 893 Beratungen zum Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen Lücken bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, erhöhte sich diese Zahl im Berichtsjahr auf 1.490.

Wie schon in der Vergangenheit wandten sich die Ratsuchenden mit unterschiedlichsten Fallkonstellationen an die UPD: Zum Teil gingen die Ratsuchenden selbst erst verspätet zum Arzt, zum Teil war die Arztpraxis an dem Tag geschlossen oder aber der Arzt beziehungsweise sein Praxispersonal schickte Ratsuchende weg, da die Praxis zu voll sei oder man – fälschlicherweise – davon ausging, die AU unschädlich noch in einigen Tagen rückwirkend ausstellen zu können.

In der Vergangenheit konnten die Berater die Ratsuchenden in diesen Fällen nur auf die Rechtslage und stringente Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verweisen, wonach sämtliche der geschilderten Fallkonstellationen als „aus der Sphäre des Versicherten kommend“ diesem angelastet wurden und somit kein Anspruch auf Zahlung von Krankengeld mehr bestand.

Mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. Mai 2017 – B 3 KR 22/15 R wurde allerdings erstmalig der Anspruch auf Krankengeld auch bei irrtümlicher Nichterstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch einen Vertragsarzt bejaht und in der Urteilsbegründung wie folgt zusammengefasst:



Dem Krankengeldanspruch steht eine nachträglich erfolgte ärztliche AU-Feststellung nicht entgegen, wenn

1. der Versicherte alles in seiner Macht stehende und ihm Zumutbare getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, indem er einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt persönlich aufgesucht und ihm seine Beschwerden geschildert hat, um
 - a) die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung des Anspruchs auf Krankengeld zu erreichen und
 - b) dies rechtzeitig innerhalb der anspruchsbegründenden beziehungsweise -erhaltenden zeitlichen Grenzen für den KG-Anspruch erfolgt ist,
2. er an der Wahrung der KG-Ansprüche durch eine Fehlentscheidung des Vertragsarztes gehindert wurde und
3. er – zusätzlich – seine Rechte bei der Krankenkasse unverzüglich, spätestens innerhalb der zeitlichen Grenzen des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, nach Erlangung der Kenntnis von dem Fehler geltend macht.

Somit wird mindestens eine typische Fallkonstellation der Lücke nicht mehr dem Versicherten angelastet. Folglich können die Berater in diesen Fällen nunmehr auf die Möglichkeit des Widerspruches unter Bezugnahme auf die geänderte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinweisen – allerdings ohne, dass sie die Erfolgsaussichten im Einzelfall einschätzen und wissen können, welche weiteren Fallkonstellationen von den Gerichten aufgegriffen werden.

Um hier nicht Einzelfallentscheidungen (wie z. B. des Sozialgerichts Osnabrück vom 25.10.2017 – S 34 KR 347/16 zur Wegeunfähigkeit) über den Wegfall der Existenzgrundlage entscheiden zu lassen, erscheint es auf Grundlage der Erfahrun-

gen aus der Patientenberatung weiterhin wünschenswert, wenn eine gesetzliche Regelung die Rechtsfolgen bei einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entschärfen würde. In der Abwägung zwischen der auch sozialpolitisch vernünftigerweise erwünschten besonderen Vorsicht bei der Gewährung besonders kostspieliger Leistungen aus den Mitteln der Beitragszahler und der Betonung der Mitwirkungspflichten auf der einen Seite und dem Vertrauen in ein Gesundheitssystem, das den individuellen und objektiv nachweisbaren Gesundheitszustand im Zweifel stärker gewichtet als formale Fristen, könnte so auch ein Signal besonderer Patientenorientierung gesetzt werden.

C) ZU KRANK FÜRS KRANKENGELD: DAUER, AUSSTEUERUNG UND AUFFORDERUNG ZUM REHA-ANTRAG

Zur dritten Ursache für den Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld – nämlich Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zum Reha-Antrag – zählte die Patientenberatung im Berichtsjahr 1.484 Beratungen. In diesem Monitor wird dieses Thema erstmals ausführlicher aufbereitet und mit anschaulichen Beratungsbeispielen hinterlegt, die aus der Rückmeldung der Fokusgruppen gewonnen werden konnten.

Hintergrund

Bei einer lange dauernden Arbeitsunfähigkeit stellt sich für die Versicherten oft die Frage, wie es weitergehen kann, wenn erkennbar wird, dass der Schritt zurück ins Erwerbsleben eventuell nicht mehr möglich ist oder aber der Weg zurück in die Arbeitsfähigkeit nach langer und schwerer Erkrankung noch unklar ist. Hier geht es zum einen um die künftige Absicherung des Lebensunterhalts nach Erreichen der Höchstdauer des Krankengeldbezuges von 78 Wochen, zum anderen um Sorgen und Ängste, wie das Leben nach einem eventuellen Ausscheiden aus dem

Erwerbsleben weitergeht. In solchen Lebenslagen kann die Krankenkasse nach § 51 SGB V den Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist und lebt später wieder ab dem Tag der Antragstellung auf.



Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich befinde mich aktuell aufgrund eines Bandscheibenvorfalles im Krankengeldbezug. Vor einigen Tagen erhielt ich einen Brief der Krankenkasse. Darin forderte mich diese auf, einen Antrag auf Rehabilitation bei der Rentenversicherung zu stellen. Tue ich das innerhalb der Frist nicht, würde mir das Krankengeld gestrichen. Als ich nachfragte, sagte die Krankenkasse mir, der MDK habe ihr nach Aktenlage mitgeteilt, dass eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung meiner Erwerbsfähigkeit anzunehmen ist. Mein Arzt findet die Idee einer Reha kontraproduktiv, denn wir haben nach langer Zeit endlich ein Therapiekonzept aus spezieller Schmerztherapie, Verhaltenstherapie und Krankengymnastik am Gerät gefunden, wodurch es mir langsam aber sicher besser geht und ich, wenn es so weitergeht, auch wieder arbeiten kann. Darf die Krankenkasse das einfach so? Was kann ich machen? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Nach der oben dargestellten Rechtslage hat die Krankenkasse das Recht, den Versicherten zu verpflichten, einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen.

Denn ist die Krankheit derart gestaltet, dass sie die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person gefährdet oder beeinträchtigt, sieht das Sozialversicherungsrecht die Leistungspflicht beim zuständigen Rehabilitationsträger; meist ist dies der Rentenversicherungsträger. Da die zuständige Krankenkasse jedoch nicht die tatsächliche Leistungspflicht eines anderen Sozialversicherungsträgers feststellen kann, sieht das Krankenversicherungsrecht eine andere Möglichkeit vor: Die Person, die Krankengeld bezieht, wird dazu aufgefordert, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, sodass im Rahmen dieses Antrags der Rehabilitationsträger über seine Zuständigkeit und die individuell infrage kommenden Leistungen befinden kann. Was in der Theorie vernünftig erscheint, führt ausweislich unserer Beratungserfahrung nicht selten zu einer als Drangsalierung empfundenen Praxis. Das Verhalten der Krankenkassen wird in dieser Situation von den Ratsuchenden als wenig einfühlsam erlebt – und mitunter entsteht bei den Ratsuchenden auch der Verdacht, das Vorgehen der Kassen sei vor allem von dem Wunsch geleitet, sich unliebsamer Kosten zu entledigen.

In der Beratungspraxis wenden sich Bezieher von Krankengeld deshalb oftmals aufgrund mangelnder Transparenz dieses Verfahrens an die UPD; die von den Krankenkassen gegebenen Informationen erscheinen vielen Ratsuchenden oftmals feindselig, wenig nachvollziehbar oder gar herrisch. Ratsuchende schildern ein vehementes Vorgehen der Krankenkassen und beklagen, sich abgeschoben oder herausgedrängt zu fühlen; oftmals werden negative Auswirkungen auf den Genesungsprozess durch psychische Belastungen geschildert.

Viele der UPD geschilderten Aufforderungen zur Beantragung von Leistungen der Rehabilitation setzen den Fokus auf den Verlust des Krankengeldanspruchs, sollte der Aufforderung nicht binnen zehn Wochen Folge geleistet werden, anstatt aufzuzeigen, dass eine Rehabilitationsmaßnahme auch eine Chance enthält, die Lebenssituation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. Ratsuchende fühlen sich hier oft ohnmächtig und abgeschoben. Fälle, in denen kürzere – nicht mit der gesetzlichen Vorgabe vereinbare – Fristen von lediglich zwei Wochen gesetzt werden,



werden von den Ratsuchenden berichtet, scheinen jedoch nur vereinzelt aufzutreten.

Eine Erläuterung der Ursachen einer solchen Aufforderung findet selten in einer für die Ratsu-

chenden verständlichen Form statt. Oftmals wird von einer Feststellung des MDK berichtet, dass der Ratsuchende nun eine Rehabilitation machen muss oder Rente beantragen soll, weil die Ansprüche gegenüber der Krankenkasse erlöschen.

FAZIT

Die mangelhafte Aufklärung der Krankenkasse über die Hintergründe des Verweises an den Rehabilitationsträger führte oftmals zu Ängsten und Verunsicherung bei den Ratsuchenden. Es wäre wünschenswert, wenn die Aufforderungsbescheide umfassend informieren und verständlich formuliert werden könnten. Dem Versicherten sollte klar und deutlich vermittelt werden, welchen Hintergrund die Einbeziehung des Rehabilitationsträgers hat, anstatt eine – oftmals als solche empfundene – Drohkulisse aufzubauen.

Hierzu wäre es wünschenswert, mehr Rücksicht auf die individuelle Situation der Versicherten zu nehmen und die behandelnden Ärzte einzubeziehen. Die oftmals als plötzlich empfundene Aufforderung sollte den Krankenkassen als Anreiz dienen, die Versicherten näher über zukünftige Abläufe des Krankengeldfallmanagements oder ähnlicher Verfahren zu informieren.



3.1.3 PFLEGE: LASTEN UND NEUE LEISTUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE

Zum 01.01.2017 traten die Pflegestärkungsgesetze II und III in Kraft und führten schon im letzten Quartal 2016 zum umfassenden Aufklärungsbedarf bei den Ratsuchenden. Auch 2017 zeigte sich bei insgesamt 6.529 Beratungen zum Gebiet „Leistungen der Pflegeversicherung“ weiterhin ein großer Informationsbedarf bei Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Betreuern. Allerdings war bei den Fragen eine Verlagerung festzustellen. Der Übergang von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie das Schlechterstellungsverbot standen im weiteren Jahresverlauf nicht mehr im Mittelpunkt.

Wie auch in anderen Beratungsfeldern nehmen in erster Linie Ratsuchende mit uns Kontakt auf, die unzufrieden sind und Probleme mit der Pflegeversicherung haben, nicht diejenigen, die einen Gewinn aus der Reform ziehen konnten. Gleichwohl lassen sich aus der Beratungspraxis interessante Hinweise darauf gewinnen, wie die Veränderungen in der Praxis angekommen sind.

BILANZ NACH EINEM JAHR PFLEGESTÄRKUNGSGESETZE II UND III

In der Tendenz registrierten unsere Berater immer wieder die folgenden Situationsbeschreibungen:

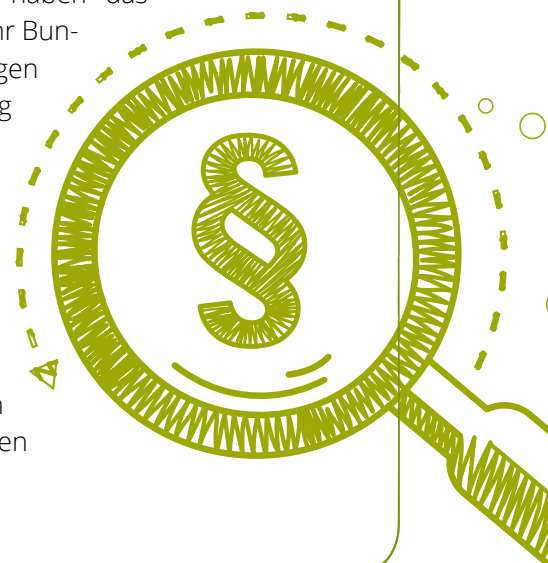
Pflegebedürftige, bei denen nach dem alten Recht eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden war (z. B. wegen einer Demenzerkrankung), haben von der Überleitung in den übernächst höheren Pflegegrad profitiert und erhalten zum Teil deutlich höhere Leistungen.

Insgesamt haben sich in diesem Bereich besonders die Leistungen der häuslichen Pflege erhöht, zusätzlich haben hier alle Pflegebedürftigen einen monatlichen Entlastungsbetrag von 125 Euro zur Verfügung. Laut Rückmeldung der Berater sind viele der betroffenen Ratsuchenden jedoch enttäuscht von der Ausgestaltung des von der Politik beabsichtigten Besitzstandsschutzes: Im Rahmen des Entlastungsbetrags hatte ein Teil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vor der Reform Anspruch auf den erhöhten Betrag von 208 Euro. Einen Anspruch auf Besitzstandsschutz in Form eines Ausgleichs der Differenz zum regulären Entlastungsbetrag haben nur wenige Pflegebedürftige.

Auch berichten Ratsuchende, dass sie lange auf den Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen zur Pflegebegutachtung warten mussten, weil die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen bis zum 31.12.2017 ausgesetzt war, ebenso wie die Verpflichtung der Pflegekassen zur Zahlung eines Pauschalbetrags von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung. Von den Begutachtungen selber berichteten Ratsuchende, dass die Gutachter unter starkem Zeitdruck zu stehen schienen und daher die Begutachtung oberflächlich ablief.

Außerdem wird die Beratung durch die Pflegekassen von den Ratsuchenden immer wieder als unzureichend wahrgenommen. Ratsuchende schildern, dass sie auf telefonische Anfragen keine oder nur Teilauskünfte erhalten. Auch berichten Ratsuchende häufig, dass Pflegekassen von sich aus nicht auf bestehende Ansprüche hinweisen.

Es bleibt abzuwarten, ob ab Beginn des Jahres 2018 die reguläre Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen für Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung eingehalten wird und die Begutachtungen fristgerecht, ohne Zeitdruck und ausführlich anhand aller Module und der vollständigen Kriterien stattfinden, wie sie das Gesetz vorschreibt. Auch bleibt abzuwarten, ob die Pflegekassen ihren gesetzlichen Beratungsauftrag besser erfüllen und die Betroffenen über ihre Ansprüche informieren. Die Pflegekasse darf sich nicht auf die eingerichteten Pflegestützpunkte und andere Einrichtungen wie die UPD verlassen. Gerade Ratsuchende aus Sachsen und Sachsen-Anhalt haben das Problem, dass ihr Bundesland sich gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten ausgesprochen hat. Sie sind daher in besonderer Weise auf die Beratung durch die Pflegekassen angewiesen.



A) VERHINDERUNGSPFLEGE:

Die Verhinderungspflege ist mit 1.654 Beratungen das am häufigsten nachgefragte Pflege-thema bei der UPD. Ratsuchende verstehen die hoch komplexen Regelungen und Berech-nungsgrundlagen nicht. Für Ärger und Missmut sorgt dabei regelmäßig die Tatsache, dass das Pflegegeld für die Dauer der Verhinderung gekürzt wird und nahe Angehörige schlechter für die Vertretung der Pflegeperson bezahlt werden als Pflegedienste oder Nachbarn.

Hintergrund

Nach § 39 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) können, wenn die Pflegeperson an der häuslichen Pflege gehindert ist, Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 Leistungen der Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen jährlich in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege kann beispielsweise we-gen eines Erholungsurlaubs, Krankheit oder aufgrund anderer wichtiger Gründe bestehen.

Verhinderungspflege ist dabei nicht nur zu Hau-se, sondern auch in einem Pflegeheim oder einer anderen geeigneten Einrichtung möglich.

Im Kalenderjahr stehen aus den Mitteln für Pflege bis zu 1.612 Euro zur Verfügung, die gegebenen-falls noch um 806 Euro aus nicht abgerufenen Mitteln der Kurzzeitpflege aufgestockt werden können. Bei der Verhinderungspflege durch nahe

Angehörige gelten Sonderregelungen, im Zwei-fel – wenn die Angehörigen nicht erwerbsmäßig pflegen – ist die Leistung der Pflegekasse aber auf den Betrag des Verhinderungspflegegeldes beschränkt. Das Pflegegeld selbst wird für diese Dauer um die Hälfte gekürzt, es sei denn, die Ver-hinderungspflege wird nur stundenweise geleis-tet.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Mein Vater ist pflegebedürftig mit Pflegegrad 4. Normalerweise pflegt meine Mutter ihn. Für vier Wochen pro Jahr übernehme ich die Pflege. Ich wohne im selben Haus und habe daher keine Fahrtkosten oder Verdienstaussfälle. Erhalten wir in der Zeit, in der ich pflege, den 1,5-fachen Satz Pflegegeld oder bleibt in Bezug auf die Höhe alles wie bisher? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Verhinderungspflege ist wichtig und sinnvoll. Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen, die in der Pflege oft großen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind, eine Vertretung, wenn sie zum Beispiel selbst krank sind oder Urlaub benötigen. Die Vertretung kann durch professionelle Dienste, aber auch zum Beispiel von Nachbarn, Freunden oder anderen Angehörigen übernommen werden. Ratsuchende, die sich an die UPD wenden, verstehen jedoch häufig die Berechnungen nicht. Wieso bekommt die Nachbarin für die Verhinderungspflege mehr Geld als zum Beispiel die Schwägerin der pflegebedürftigen Person? Wie verhält es sich mit Fahrt- und Nebenkosten? Kann die Verhinderungspflege auch tageweise in Anspruch genommen werden? Insgesamt werden die Regelungen von den Ratsuchenden als kompliziert, unübersichtlich und nicht nachvollziehbar empfunden. Vielfach sind

die Berater der UPD bei der Berechnung der Geldleistung behilflich oder erläutern die Auskünfte der Pflegekassen.

Auch der Sachverhalt, dass das Pflegegeld für die Dauer der Verhinderungspflege um die Hälfte gekürzt wird, wirft viele Fragen auf und sorgt zugleich für Unverständnis. In aller Regel sind Pflegepersonen auf diese Einnahme dringend angewiesen, da sie nicht beziehungsweise nicht in vollem Umfang erwerbstätig sein können. Im Fallbeispiel lebt die Pflegeperson mit dem pflegebedürftigen im selben Haushalt, also ist auch der pflegebedürftige Vater von der Kürzung indirekt mit betroffen, da sich in diesem Fall die Summe, die für die Bezahlung der Tochter als Ersatzpflegeperson zur Verfügung steht, faktisch erheblich verringert.

FAZIT

Es wäre wünschenswert, wenn die hochkomplizierten Regelungen zur Verhinderungspflege vereinfacht werden könnten. Dies gilt insbesondere für die Berechnung der Geldleistung, die für Pflegepersonen und ihre Vertretungen meist unverständlich ist. Die Unterscheidung zwischen nahestehenden Ersatzpflegepersonen und nicht nahestehenden Ersatzpflegepersonen wird von Ratsuchenden als ungerecht empfunden und trägt maßgeblich zur Verkomplizierung der Berechnungen bei, zumal hier auch der jeweilige Pflegegrad der Pflegebedürftigen einbezogen wird. Daneben würde ein einheitliches Entgelt für die Verhinderungspflege – ganz gleich, von wem sie geleistet wird – auch als gerechter empfunden werden.

B) ENTLASTUNGSBETRAG – PRAKTISCH OFT NICHT ABRUFBAR

Der Entlastungsbetrag soll Pflegebedürftige und deren Angehörige im wahrsten Sinne des Wortes entlasten. Er kann zum Beispiel für eine Haushaltshilfe oder Begleitung bei Spaziergängen eingesetzt werden. Durch die hohen gesetzlichen Anforderungen an die Dienstleister ist der Betrag jedoch kaum abrufbar.

Hintergrund

Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, haben nach § 45b SGB XI Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Diese Angebote zur

Unterstützung im Alltag können zum Beispiel Haushaltshilfen oder Begleitungen sein, die den Pflegepersonen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die Dienstleister, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, müssen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Landesrecht haben.



Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich betreue zusammen mit meiner Schwester abwechselnd seit November 2016 meine Mama, die uns für die Mühe und den Zeitaufwand der Pflege von ihrem Pflegegeld bezahlt. Für den Haushalt beschäftigen wir eine Dame. Glücklicherweise ist meiner Mutter diese Dame vertraut, denn sie würde gar keinen Fremden in ihre Wohnung lassen. Es handelt sich hierbei um eine Haushaltshilfe für vier bis fünf Stunden pro Woche. Ich schaffe diese Arbeit nicht, da ich berufstätig, alleinerziehend und zurzeit auch gesundheitlich angeschlagen bin. Ich würde gerne wissen, ob wir von dem Geld, das wir von unserer Mutter für die Betreuung bekommen, nun selber die Haushaltshilfe bezahlen müssen oder gibt es andere Möglichkeiten? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Im vorliegenden Fallbeispiel können wir der Ratsuchenden nur mitteilen, dass es zwar theoretisch einen Entlastungsbetrag von 125 Euro im Monat gibt, hier aber die Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die meisten Menschen, die sich zum Thema Entlastungsbetrag an die UPD wenden, beschäftigen ähnliche Fragen: Warum kann ich über den Entlastungsbetrag nicht die bisherige und vertraute Haushaltshilfe finanzieren oder die Tochter der Nachbarin für gelegentliche Einkäufe? Die Berater der UPD können in diesen Fällen nur auf die aktuelle Regelung verweisen, dass die Dienstleister eine entsprechende Anerkennung durch die Behörde benötigen. Haushaltshilfen, die beispielsweise bei ambulanten Pflegediensten arbeiten, haben zwar häufig diese Anerkennung, doch

erbringen sie nach Berichten der Ratsuchenden qualitativ oft völlig unzureichende Leistungen zu überhöhten Preisen. Daneben ist es für die Pflegebedürftigen oftmals ein erhebliches Problem, völlig fremde oder sogar wechselnde Kräfte in die Privatsphäre vordringen zu lassen. Schließlich häufen sich Rückmeldungen, dass Ratsuchende in ihrer Region gar keinen Anbieter für diese Leistungen finden können, der über eine solche Zertifizierung verfügt. Unter diesen Vorzeichen können wir den Ratsuchenden regelmäßig nur die Rechtslage erläutern und sie ermutigen, am Ball zu bleiben und die Angebote regelmäßig zu prüfen; teils können wir auch gezielte regionale Verweise aussprechen.

FAZIT

Es wird deutlich, dass die Ratsuchenden – meist Angehörige – das neue Angebot des Entlastungsbetrages begrüßen, doch die praktische Nutzung den Menschen schwer bis unmöglich gemacht wird. Die Regelung, dass der Entlastungsbetrag nur für Angebote zugelassener Anbieter eingesetzt werden kann, ist für viele Pflegebedürftige problematisch. Zur Sicherung der Qualität von Betreuungsangeboten, etwa für Menschen mit Demenz, mag sie zwar angebracht erscheinen, völlig unzweckmäßig erweist sie sich allerdings bei Entlastungsangeboten im Haushalt. Eine entsprechende Vereinfachung im Sinne der Pflegebedürftigen wäre sinnvoll und könnte auch Vertrauen zum Ausdruck bringen, dass Angehörigen, die sich oft aufopferungsvoll um ihre Verwandten kümmern, auch ein Urteil darüber zuzutrauen ist, wer zu weniger aufwendigen Entlastungsaufgaben rund um den eigenen Haushalt befähigt ist.

3.1.4 HILFSMITTELVERSORGUNG – ES LÄUFT NOCH IMMER AUS

Eine bessere und qualitativ hochwertigere Versorgung mit Hilfsmitteln sollten die Versicherten dank des im April 2017 in Kraft getretenen Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)⁹ erhalten. Doch viele Ratsuchende berichteten im Jahresverlauf weiterhin von unzureichender Qualität, insbesondere bei Inkontinenzeinlagen. Die UPD hat im Berichtszeitraum 2.296 Mal zum Thema Hilfsmittelversorgung beraten. Zum Jahresende wandten sich viele Ratsuchende an die UPD, weil sie die Ausschreibungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die Körperflüssigkeiten per Schlauch und Beutel direkt ableiten (sog. Ableitende Inkontinenz- und Stomaversorgung), mit Sorge verfolgten.

Hintergrund

Versicherte haben einen Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die ihnen dabei helfen sollen, eine Behinderung oder Erkrankung auszugleichen, den Behandlungserfolg zu sichern oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen (§ 33 Abs. 1 SGB V). Gleichzeitig unterliegen Hilfsmittel wie alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

In diesem Spannungsfeld wurde am 11. April 2017 das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) verabschiedet mit dem erklärten Ziel, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu stärken. Es sieht wie auch schon in der Vergangenheit vor, dass für jeden Versorgungsbereich (beispielsweise bei der Stomaversorgung) Hilfsmittelverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen werden. Das geschieht entweder durch Ausschreibung oder aber durch Vertragsschluss, in Einzelfällen durch einen individuellen Vertragsschluss, der sich auf eine einzelne Leistung des Versicherten bezieht.

Wurde allerdings das Hilfsmittel öffentlich ausgeschrieben, hat es im Regelfall nur einen Vertragspartner je Versorgungsbereich und Versicherung gegeben, den der Versicherte beauftragen kann oder muss. Diese öffentliche Ausschreibung hat zu unterbleiben, wenn sie nicht zweckmäßig ist.

Nicht zweckmäßig ist eine solche Ausschreibung bei Hilfsmitteln, die individuell angefertigt werden müssen oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil beinhalten (§ 127 Abs. 1 SGB V).

Um hier den Überblick zu behalten und die für sich beste Wahl zu treffen, haben Versicherte einen Informationsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse. Sie sollen erfahren können, welche Anbieter und Produkte es im benötigten Bereich gibt. Insbesondere bei Hilfsmitteln, die zuvor genehmigt werden müssen, sind Versicherte über Vertragspartner (zum Beispiel Apotheken, Sanitätshäuser usw.) und Vertragsinhalte persönlich zu informieren. Unter anderem ist auch vorgesehen, dass die Krankenkassen im Internet über die von ihnen abgeschlossenen Verträge mit Leistungserbringern informieren (vgl. § 127 Abs. 5 S. 2 SGB V n.F.), sodass Versicherte die Hilfsmittelangebote verschiedener Krankenkassen vergleichen können.

⁹ Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) - vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778)

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich habe eine ärztliche Verordnung über Inkontinenzmaterial bekommen und bei meinem Sanitätshaus vorgelegt. Diese haben einen Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht. Die Krankenkasse hat die Versorgung an einen Vertragspartner der Krankenkasse gegeben. Nun werde ich dort versorgt, bin aber sehr unzufrieden, da die Menge nicht ausreicht und auch die erforderliche Qualität nicht gegeben ist. Ich laufe förmlich aus. Daraufhin habe ich bei der Krankenkasse nachgefragt, mit welchen Produkten und in welchem Umfang der Vertragspartner mich versorgen kann und muss. Mir wurde mitgeteilt, dass ich mit der Versorgung zurechtkommen muss und mich bei Problemen direkt mit dem Vertragspartner der Krankenkasse auseinandersetzen soll. ”

“ Das kann ja wohl nicht wahr sein! Ich habe einen künstlichen Darmausgang (Stoma) und brauche hierfür regelmässig Beutel, um den Inhalt aufzufangen. Hierbei ist es absolut notwendig, dass der Beutel perfekt am Stoma und Körper anliegt, sonst kommt es zu einer Riesen... Dafür brauche ich eine Beratung und Anpassung, denn jeder Körper ist ja anders! Und hilft alles nichts, dann muss das Produkt gewechselt werden. Ausserdem muss immer, wenn sich etwas verändert, ich also dicker oder sportlicher werde, gegebenenfalls weiteres Zubehör angefertigt oder angepasst werden, um Auslaufen zu verhindern und das ohne Leck und Schaden für das Gewebe zu gewährleisten. ”

Nun habe ich gehört, dass meine Kasse die Stomaversorgung öffentlich ausschreiben will, sodass ich gar nicht mehr zwischen mehreren Anbietern und Angeboten wählen kann. Ist das zulässig? Ich dachte, die Qualität sollte verbessert werden? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In der Beratung zur Hilfsmittelversorgung spielen insbesondere Fragen zu Inkontinenz – und Stomaversorgung wie in den Fallbeispielen aus der Praxis eine gesonderte Rolle. Trotz stärkerer und verpflichtender Berücksichtigung der Qualität bei Ausschreibung durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zum 01. April 2017 und nach Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses klagten nach wie vor viele Ratsuchende über mangelnde Qualität der Grundversorgung. Sie berichteten dass das Material im Gegensatz zur Wunschversorgung weniger saug- und aufnahmefähig sei. Auch war vielen ebenso wie der Ratsuchenden im ersten Fall nicht bekannt, dass die Krankenkassenversicherungen die Versorgung mit Inkontinenz-

material regelmäßig ausschreiben, so dass es in diesem Versorgungsbereich in der Regel nur noch einen oder wenige Anbieter gibt, von dem sodann das Inkontinenzmaterial zu beziehen ist. Nur in begründeten Ausnahmefällen gestattet das Gesetz die Versorgung durch einen anderen Anbieter, nämlich wenn eine Versorgung durch den Vertragspartner in einer dem Versicherten zumutbaren Weise nicht möglich ist. Die Berater konnten hier auf die Gesetzeslage und darüber hinaus auf die Verpflichtung der Krankenkasse hinweisen, die Vertragspartner für Hilfsmittel einschließlich der Vertragsinhalte z. B. auf der Homepage offenzulegen. Das bietet Versicherten die Möglichkeit, zumindest im Rahmen der Angebote die für sie beste Wahl zu

treffen, die Angebote der Krankenversicherungen zu vergleichen und gegebenenfalls die Krankenversicherung zu wechseln. Allerdings gestaltet sich auch das schwierig, da nach Auskunft der Ratsuchenden viele Krankenkassen ihrer Offenlegungspflicht bisher nicht nachkommen und die entsprechenden Inhalte für die Ratsuchenden schwer aufzufinden waren.

Im zweiten Fallbeispiel konnte dem Ratsuchenden die Rechtslage erläutert werden, wonach die öffentliche Ausschreibung bei Hilfsmitteln, die individuell angefertigt werden müssen oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil vorsehen, gesetzlich nicht vorgesehen ist, da dies in diesem Bereich „nicht zweckmäßig ist“ (§ 127 Abs. 1 SGB V). Gleichzeitig wurde mitgeteilt, dass das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde die zuständige Stelle sei, falls sich der Ratsuchende über die Ausschreibung in diesem Fall beschweren wolle.

Für den Fall, dass es zukünftig bei der Stomaversorgung nur noch einen – für den Ratsuchenden unzureichenden – Anbieter nach öffentlicher Ausschreibung seiner Krankenkasse geben sollte, so konnte nur darauf verwiesen werden, bei seiner Krankenkasse eine andere Versorgung unter Angabe einer stichhaltigen Begründung bei einem anderen Anbieter zu beantragen. Dabei hat die Krankenkasse sicherzustellen, dass neben

einer hinreichenden Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln gerade auch die Qualität und notwendige Beratung gewährt wird.

Aus den Gesprächen mit den Ratsuchenden wird deutlich, dass der gesetzlich verankerte Informationsanspruch vielen Ratsuchenden unbekannt ist und nicht erkennbar war, auf welchem Weg sie zu dem für sie besten Produkt kommen könnten. Ältere Ratsuchende berichten auch davon, wie unbefriedigend es ist, nicht mehr alles vom nahegelegenen Sanitätshaus des Vertrauens zu bekommen und bei Multimorbidität unterschiedliche Hilfsmittel von unterschiedlichen Vertragspartnern zu erhalten, ohne dass jemand den Gesamtüberblick behält.

Ende März 2018 hat das Bundesversicherungsamt einer Krankenkasse die Durchführung der Stoma-Ausschreibung untersagt. Es kam dabei zu dem Ergebnis, dass die Ausschreibung nicht zweckmäßig ist und damit den Vorgaben des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes widerspricht. Den Befürchtungen der Ratsuchenden mit Stomaversorgung konnte die Aufsichtsbehörde begegnen. Eine abschließende Klärung steht noch aus, da die Krankenkasse angekündigt hat, gegen die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes zu klagen. Die Verunsicherung der Versicherten besteht also fort.

FAZIT

Insgesamt lässt sich aus der auch stark in den Medien vertretenen Diskussion genauso wie aus den Schilderungen der Ratsuchenden erkennen, dass gerade bei Hilfsmitteln in für die Versicherten und Patienten besonders sensiblen Bereichen die Ausgestaltung und Interpretation der Bestimmungen und die Reaktion der Akteure, die sich wechselseitig die Verantwortung zugeschoben haben, zu großer Verunsicherung bei den Betroffenen geführt haben. Im Sinne einer Schadensbegrenzung erscheint es besonders angeraten, dass die Krankenkassen es ihren Versicherten einfach machen, sich über die von ihnen dazu abgeschlossenen Verträge zu informieren. Im Sinne eines am Patientenwohl orientierten Gesundheitswesens stehen die Diskussionen um die Hilfsmittelversorgung auch als anhaltende Mahnung dafür, welchen Vertrauensverlust die Akteure des Gesundheitswesens riskieren, wenn der Eindruck entsteht, das Interesse an einer Begrenzung der Kosten sei maßgeblich entscheidend in sensiblen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung.

3.1.5 AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE – ZUGANG MIT HINDERNISSEN

Viele Ratsuchende benötigen kurzfristig eine ambulante Psychotherapie. Die Plätze bei den Psychologen und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung reichen nicht aus, um den Bedarf insbesondere an kurzfristig verfügbarer Psychotherapie zu decken. Die zum 01. April 2017 in Kraft getretenen Änderungen der ambulanten Psychotherapie sorgten bei Ratsuchenden für viele Fragen.

Hintergrund

Schon in der Vergangenheit war es oft nicht möglich, einen Therapieplatz bei einem zugelassenen Therapeuten zu finden. Unter bestimmten Voraussetzungen konnte und kann dann eine Richtlinien-Psychotherapie bei Therapeuten ohne Kassenzulassung in Anspruch genommen werden. Dafür muss der Patient allerdings nachweisen, dass er bei den zugelassenen Therapeuten in seiner Nähe keinen Therapieplatz bekommt, beziehungsweise unzumutbare Wartezeiten von mehreren Monaten bestehen. Die Kosten wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall erstattet, wenn eine Bescheinigung vorliegt, nach der eine psychotherapeutische

Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist, und die Therapieform den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen entsprach.

Um die Situation für die Patienten zu verbessern, wurde die ambulante Psychotherapie zum 1. April 2017 reformiert. So wurden für Praxen mit Kassenzulassung Sprechstunden sowie die Akuttherapie eingeführt. Zudem sollen Termine für Akuttherapie und Sprechstunde in dringlichen Fällen binnen vier Wochen über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden.

Neben der Richtlinien-Psychotherapie wurden folgende Neuregelungen eingeführt:

Psychotherapie Richtlinie § 11 Abs. 1:

Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind.

Psychotherapie Richtlinie § 13 Abs. 1:

Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände.



Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Liebe Berater,
ich brauche dringend psychologische Hilfe und war auch schon bei einem Psychotherapeuten in meiner Stadt in der neuen Sprechstunde. Er hat bestätigt, dass bei mir dringend eine Verhaltenstherapie aufgrund meiner Depression angezeigt ist. Er selbst hat aber gar keine freien Plätze dafür. Am Telefon wimmelten mich die anderen Therapeuten gleich wieder ab. Zuletzt rief ich dann noch den Facharztterminalservice an, die sagten, dafür sind sie gar nicht zuständig, sondern nur für die Akutbehandlung und das sei etwas anderes. Was kann ich denn jetzt noch machen? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Ratsuchende, die sich an die Patientenberatung wenden, sind mit dem Ergebnis der Terminvermittlung häufig unzufrieden. Dies liegt zum einen daran, dass lediglich die Sprechstunde und die Akutbehandlung durch die Terminservicestelle vermittelt werden. Nach einem Beschluss des Bundesschiedsamtes im November 2017 sollen die Terminservicestellen zwar auch die sogenannten probatorischen Sitzungen vermitteln, in denen geklärt wird, ob die Psychotherapie überhaupt sinnvoll ist und Behandler und Patient zueinander passen. Gegen diese Entscheidung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Klage eingereicht.

Es besteht keine Sicherheit, dass die Therapie anschließend durch den betreffenden Therapeuten weitergeführt werden kann. Oft berichten Ratsuchende, dass sie danach auf Wartelisten der Therapeuten geführt werden und mit mehreren Monaten Wartezeit zu rechnen hätten. Zum anderen beklagen sie, dass insbesondere auf die Relevanz eines guten therapeutischen Verhältnisses keine Rücksicht genommen wird. Sobald ein Therapeut für die Sprechstunde oder Akutbehandlung zur Verfügung steht, wird dies als ausreichend angesehen, egal ob der Ratsuchende sich dort wohl fühlt oder er sich einen Therapeuten anderen Geschlechts wünscht.

In der Beratungspraxis häufen sich Klagen über die Neuerungen. Viele Ratsuchende berichten, dass ihnen die Regelungen zur Kostenerstattung bekannt seien, aber nun ihre Anträge auf Kostenübernahme der privatärztlichen Therapie abgelehnt wurden mit dem Hinweis, dass der Krankenkasse als Kostenträger zunächst Gelegenheit gegeben werden muss, die Leistung zur Verfügung zu stellen. Die erfolglose Therapeutesuche und die früher übliche Vorgehensweise,

diese mit Anrufprotokollen zu dokumentieren, wird nach Berichten der Ratsuchenden teilweise als nicht mehr ausreichend angesehen, um eine privatärztliche Therapie zu beginnen und sich die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatten zu lassen. Nach Rückmeldung einiger Ratsuchende verwiesen Krankenkassen darauf, dass die Terminvermittlung in den gesetzlichen Auftrag der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen übergegangen ist. Die Ratsuchenden wurden aufgefordert, sich an diese Stelle zu wenden. Ob dies nun herrschende Praxis ist oder nur einige Krankenkassen betrifft, lässt sich anhand der Rückmeldungen nicht beurteilen.

Vereinzelt haben sich auch Therapeuten selbst bei der Patientenberatung gemeldet, weil sie Probleme haben, die Genehmigung für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V für ihre Patienten zu erwirken. Hintergrund war häufig, dass sie in konkreten Fällen die Notwendigkeit eines schnellen Therapiebeginns sahen. Ihre Patienten wurden aber auf die Sprechstunden von Kollegen mit Kassenzulassung verwiesen, was

den Beginn der eigentlichen therapeutischen Arbeit nicht beschleunigt hat.

In der Beratung verweisen unserer Berater darauf, dass eine Möglichkeit zum Widerspruch bei Ablehnung der Kostenerstattung besteht, es sich aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht belastbar voraussagen lässt, inwieweit der Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V noch gegeben ist, wenn eine Sprechstunde beziehungsweise Akutbehandlung zur Verfügung gestellt wird.

Zu denken gibt allerdings, dass es sich nach dem Wortlaut bei den Angeboten um drei unterschiedliche Verfahren handelt. Dies ergibt sich

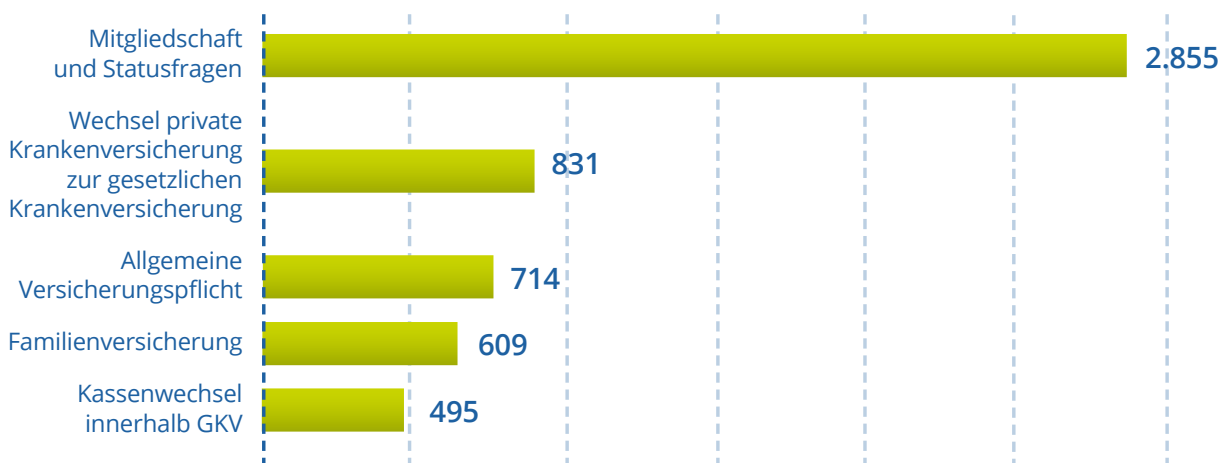
aus den oben zitierten offiziellen Definitionen, denen zufolge sowohl die psychotherapeutische Sprechstunde als auch die Akuttherapie nicht darauf ausgerichtet sind, dem Patienten eine sofortige therapeutische Behandlung zu ermöglichen.

In beiden Fällen (Sprechstunde und Akutbehandlung) liegt demnach keine Leistung vor, die adäquat zur eigentlich beantragten Leistung (Richtlinien-Psychotherapie) ist. Ein Teil der Ratsuchenden hat daraufhin Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse eingelegt. Bisher gibt es noch keine Rückmeldungen über das Ergebnis dieser Verfahren und auch anderweitig noch keine Rechtsprechung.

3.1.6 MITGLIEDSCHAFT UND BEITRÄGE: ÜBERFORDERUNG DURCH BEITRAGSSCHULDEN

Insgesamt 7.229 Mal hat die UPD im Jahr 2017 rund um die Themen „Mitgliedschaft und Beiträge“ beraten. Hierbei zeigte sich, dass für die Ratsuchenden die Beitragsbemessung für Selbständige häufig nicht nachvollziehbar ist. In diesen Konstellationen kommt es nicht selten zu Beitragsschulden, die eine erhebliche psychische und finanzielle Belastung für die Ratsuchenden darstellen. Aus den Beitragsschulden wieder herauszukommen, ist für die meisten Ratsuchenden nur mit erheblichem Aufwand und gutem Willen der Krankenkasse möglich.

SCHWERPUNKTTHEMEN ZU MITGLIEDSCHAFT UND BEITRÄGE



Zu Mitgliedschaft und Statusfragen, wobei es insbesondere auch um den Zugang und die Beitragsbemessung geht, haben die Berater der UPD in diesem Themenbereich am häufigsten beraten – gefolgt von Fragen zum Wechsel von der privaten Krankenversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Hintergrund

Nach § 240 Abs.1 SGB V soll die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen. Absatz 4 der gleichen Vorschrift legt jedoch fest, dass es feste Mindestbeitragsbemessungsgrenzen gibt, wonach sich die Beiträge unabhängig von den tatsächlichen Einnahmen berechnen, soweit sie darunter liegen. Die Beiträge werden also nicht rechnerisch korrekt anhand der tatsächlichen Einnahmen berechnet, sondern ihnen werden als Mindestgrenze die fiktiven Beitragsbemessungsgrenzen zugrunde gelegt. Auf der anderen Seite existiert auch eine Höchststufe, welche für hauptberuflich Selbstständige zunächst angenommen wird und nur durch den Nachweis geringerer Einnahmen unterschritten werden kann.

Die Mindestbeitragsbemessungsgrenzen lagen im Jahr 2017 bei 2.231,25 Euro für „hauptberuflich“ Selbstständige, 1.487,50 Euro für Existenzgründer, und 991,67 Euro für „sonstige“ freiwillige Versicherte. Die Höchststufe betrug 4.350 Euro.

Gem. § 16 Abs. 3a SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen dann, wenn die Versicherten mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. In dieser Situation werden nur Kosten für die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter

Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, übernommen. Diese Einschränkungen enden erst dann, wenn alle rückständigen Beiträge gezahlt worden sind oder der Versicherte hilfebedürftig wird. Dies ist beispielsweise bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe der Fall.

Auch eine Ratenzahlungsvereinbarung kann dazu führen, dass der Anspruch auf Leistungen nicht länger ruht. Eine Verpflichtung der Krankenkassen, eine solche Vereinbarung abzuschließen, besteht bislang nicht.

Beispiel aus der Beratungspraxis

„Sehr geehrte Berater der Unabhängigen Patientenberatung, ich habe mich vor zwei Jahren mit einem IT-Unternehmen selbständig gemacht und wirklich alle Mühen und Zeit in den Aufbau meines kleinen IT-Unternehmens investiert. Ich habe der Krankenkasse auch gleich mitgeteilt, dass ich voraussichtlich zunächst nur durchschnittlich 1.000 Euro als Einnahmen haben werde. Die Kasse hatte mir daraufhin mitgeteilt, dass sich meine Beiträge aus 1.417,50 Euro berechnen werden, was ich bis heute nicht nachvollziehen kann, weil ich ja weniger verdient habe. Das waren Beiträge von fast 260 Euro im Monat, die ich trotz meiner niedrigen Einnahmen noch aufbringen musste.

Leider war meine Auftragslage nicht immer stabil, weswegen ich in einzelnen Monaten auch mal weniger als 1.000 Euro verdient habe. Ich musste trotzdem die hohen Beiträge weiterzahlen und inzwischen haben sich ca. 2.000 Euro Schulden bei der Kasse angehäuft. Die Kasse hat mir gesagt, dass deswegen nicht mehr alle Arten von Behandlungen übernommen werden.

Mir wurde jetzt eine Ratenzahlung während eines Telefonats angeboten, allerdings nicht unter 100 Euro zum LAUFENDEN BEITRAG! Auf einen anderen Betrag wollte sich der

Kassenmitarbeiter nicht einlassen. Ich weiss nicht, wie ich diesen Betrag mit meinen aktuellen Einnahmen zusätzlich zu den laufenden Beiträgen aufbringen soll.

Die Kasse hat mir ausserdem mitgeteilt, dass sich meine zukünftigen Beiträge nun aus einem Betrag von 1.487,50 Euro berechnen. Das ist ja noch mehr, als der Betrag, mit dem ich angefangen habe und immer noch viel mehr als meine jetzigen Einnahmen.

Kann die Berechnung der Kasse überhaupt richtig sein? Wie komme ich von den Schulden nun weg? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Gerade hauptberuflich Selbstständige mit geringen Einnahmen leiden regelmäßig unter den Mindestbeitragsbemessungsgrenzen, die häufig höher als die tatsächlichen Einnahmen ausfallen. Hierdurch kommt es nicht selten zu Beitragsschulden, aufgrund derer die Versicherten nur noch eingeschränkt Behandlungen in Anspruch nehmen können. Um den vollen Versicherungsschutz zurückzuerhalten zu können, müssen die Ratsuchenden zunächst die angehäuften Beitragsschulden zurückzahlen. Gleichzeitig besteht aber auch die monatliche Beitragspflicht weiter. Hierdurch geraten Ratsuchende häufig in eine missliche Lage, aus der sie nur mittels des guten Willens der Krankenkasse wieder herauskommen. Denn eine Pflicht zur Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung, durch die der volle Versicherungsschutz wiederhergestellt werden

könnte, besteht grundsätzlich nicht. Natürlich trifft dieser Missstand nicht nur Selbstständige, sondern grundlegend alle Personen, deren private Situation sich ungünstig darstellt. Die Berater der UPD können oftmals nur die Gesetzesgrundlagen erläutern und Beitragsbemessungsgrenzen darstellen, aus welchen diese Beitragshöhe resultiert.

Auch ist für viele Ratsuchenden nicht klar, wer der eigentliche Ansprechpartner ist. Denn sowohl die Krankenkasse als auch das Hauptzollamt können vollstrecken. Eine Kommunikation zwischen diesen beiden Institutionen findet aber nicht immer in einem ausreichenden Maße statt. So berichteten die Ratsuchenden, dass trotz Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung mit der Krankenkasse, das Hauptzollamt die Vollstreckung durchgeführt hat.

FAZIT

Den Ratsuchenden sollte es einfacher gemacht werden, aus den Beitragsschulden wieder herauszukommen und den vollen Versicherungsschutz zu genießen. Ein Mittel hierfür könnte eine verpflichtende gesetzliche Regelung zum Abschluss einer angemessenen Ratenzahlungsvereinbarung sein.

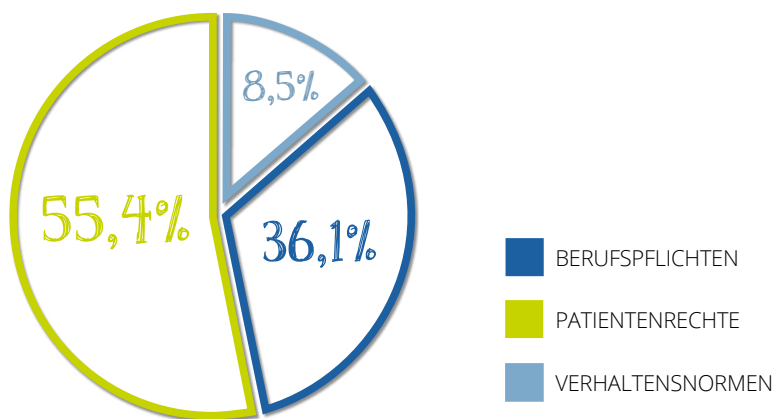
Eine weitere Abstufung der Mindestbeitragsbemessungsgrenzen oder deren Abschaffung würde hauptberuflich Selbstständige seltener in die Schuldenfalle locken. Auch besteht die Möglichkeit, stattdessen die Beiträge am tatsächlichen Einkommen zu berechnen.

Wünschenswert wäre es, wenn Beitragsschuldner klare Ansprechpartner im Falle einer Vollstreckung hätten. Die Kommunikation zwischen den Institutionen, die Beiträge vollstrecken können, sollte verbessert werden.

3.1.7 PATIENTENRECHTE: ÜBERRASCHUNGEN MIT DER PATIENTENAKTE

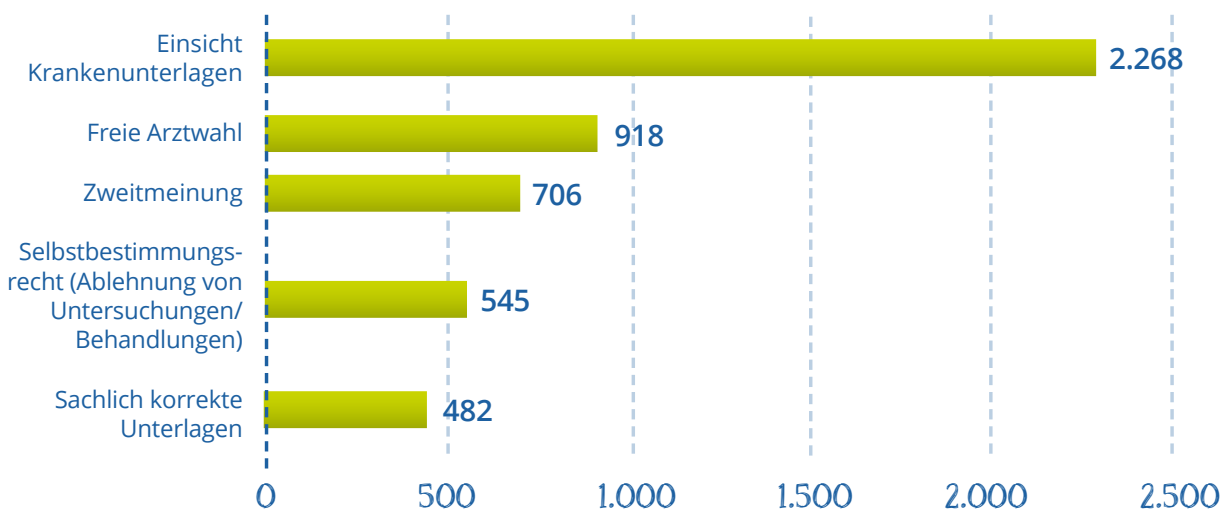
Im Berichtsjahr 2017 wurden insgesamt 12.206 Beratungen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen geführt. Den Schwerpunkt bildeten wieder die Patientenrechte im engeren Sinn, wie das Einsichtsrecht in die Patientenakte, die freie Arztwahl oder das Recht auf eine Zweitmeinung. Die spiegelbildlich dazu stehenden Berufspflichten der Behandler waren auch häufig gleichzeitig Beratungsthema, wie beispielsweise die Dokumentationspflicht, die Grundlage der Patientenakte ist.

VERTEILUNG DER BERATUNGEN AUF BERUFSPFLICHTEN, PATIENTENRECHTE UND VERHALTENSNORMEN



N=12.206 (Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

DIE FÜNF HÄUFIGSTEN THEMEN IN DER BERATUNG ZU PATIENTENRECHTEN



Fragen rund um die Einsicht in Krankenunterlagen sind mit Abstand das gefragteste Themengebiet im Bereich der Patientenrechte.

A) EINSICHT IN DIE PATIENTENAKTE: MISSTRAUEN UND WARTEZEIT

Patienten haben einen Anspruch auf Einsicht in ihre Patientenakte – und zwar unverzüglich und im Regelfall vollständig. Doch was das Gesetz unkompliziert und als klar geregelten Anspruch erscheinen lässt, stellt sich in der Realität offensichtlich ganz anders dar: Viele Ratsuchende fühlen sich durch den Arzt hingehalten und befürchten die Manipulation der Akten.

Hintergrund

Für alle Behandler besteht die gesetzliche Verpflichtung, zum Zweck der Dokumentation eine Patientenakte zu führen. In der Akte sind dabei sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse aufzuzeichnen. Neben allen Untersuchungen und Diagnosen gehören dazu auch Laborbefunde, Röntgenbilder, Notizen über Therapieerfolge sowie insbesondere die Anamnese. Hat der Patient Einverständniserklärungen unterschrieben, etwa zu Zahlungen von individuellen Gesundheitsleistungen, muss auch das in der Krankenakte verzeichnet sein. Die Akte kann auch elektronisch geführt werden und ist in

unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zur Behandlung zu führen. Nachträgliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen sind nur dann zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind (§ 630f Abs. 1 S. 2 BGB).

Die behandelnden Ärzte und Therapeuten sind darüber hinaus verpflichtet, Patienten Einsicht in ihre vollständige Patientenakte zu gewähren, und das auf Verlangen unverzüglich. Auch kann der Patient Kopien verlangen, sofern er dem Behandelnden die Kosten erstattet, § 630g Abs.1 und 2 BGB.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich bin wegen starker Koliken im Krankenhaus behandelt worden. Soeben habe ich den Entlassungsbrief des Krankenhauses erhalten. In der Diagnose steht, dass ich eine Blinddarmentzündung gehabt hätte, obwohl ich aufgrund eines Nierensteins behandelt wurde. Ich mache mir nun Sorgen, falsch behandelt worden zu sein oder eine falsche Diagnose bekommen zu haben. Ich wollte daraufhin gern meine Patientenakte einsehen. Man sagte mir, dass dies aufgrund der hohen Arbeitsbelastung erst in ein paar Wochen möglich wäre. Ausserdem würde die Patientenakte erst erstellt. Dies nehme zusätzliche Zeit in Anspruch. Ich bin sehr irritiert über diese Aussage. Wie soll ich mich nun verhalten? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Aus der Auswertung der insgesamt 2.268 Beratungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte wird deutlich, dass Ratsuchende, die sich an die UPD wenden, oftmals lange warten müssen, bis ihnen der Behandler Einsicht gewährt. Viele der Ratsuchenden befürchten, dass die Patientenakte während der Wartezeit manipuliert werden könnte, falls den Behandlern zu lange Zeit gelassen wird, die Unterlagen herauszugeben. Misstrauen herrscht insbesondere bei elektronisch geführten Akten. Die Ratsuchenden befürchten, dass diese Akten besonders leicht und unbemerkt nachträglich geändert werden könnten.

Hier klären die Berater die Ratsuchenden zunächst darüber auf, dass die Patientenakte in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu erstellen ist. Ein nachträgliches Erstellen wie im obigen Fall ist unzulässig, ebenso wie eine nachträgliche Änderung, die nicht kenntlich gemacht ist. Werden nachträgliche Änderungen auf Seiten der Ratsuchenden befürchtet, so wird mit ihnen die Möglichkeit besprochen, alle wesentlichen Umstände in einem Gedächtnisprotokoll festzuhal-

ten und auch mögliche Zeugen aufzulisten. Dies gilt insbesondere für das Aufklärungsgespräch. So können Abweichungen von der Patientenakte später verglichen und gegebenenfalls auch bewiesen werden.

Bei Nachfragen zur Bedeutung des Worts „unverzüglich“ wiesen die Berater darauf hin, dass dies zwar nicht zwingend sofort bedeutet. So sind die Gegebenheiten des laufenden Praxisbetriebes zu beachten und es ist dem Arzt unter Umständen auch eine gewisse Prüfungsfrist hinsichtlich der Grenzen des Einsichtsrechts zuzugestehen. Ein Verzögern um mehrere Wochen oder ein Vertrösten auf einen unbestimmten Zeitpunkt sind aber im Normalfall nicht hinzunehmen. Der Ratsuchende kann dann dem Behandler eine Frist zur Einsichtnahme setzen und – kommt die Einsichtnahme dann immer noch nicht zustande – sein Recht auch gerichtlich durchsetzen. Bei Krankenhausbehandlungen kann sich der Ratsuchende auch an das Beschwerdemanagement und den Patientenführer des Krankenhauses zwecks Durchsetzung seiner Rechte wenden.

PATIENTENAKTE UND BEHANDLUNGSFEHLER

Sofern Bedenken geäußert werden, es könne im Zusammenhang mit möglichen Behandlungsfehlern zu Manipulationen der Akte gekommen sein, kommt den Befürchtungen der Ratsuchenden besonderes Gewicht zu. Denn im Falle eines Haftungsprozesses muss grundsätzlich der Patient darlegen und beweisen, dass dem Arzt ein Fehler unterlaufen ist und dieser Fehler zu einem Schaden geführt hat. Der Arzt kann sich hier unter Vorlage der Patientenakte entlasten und einen Anscheinsbeweis dafür setzen, dass die dokumentierten Maßnahmen auch tatsächlich durchgeführt wurden. Ist die Dokumentation aber beispielsweise lückenhaft, führt dies zu einer Beweiserleichterung für den Patienten (§ 630h Abs. 3 BGB) und zu der Vermutung, dass der Behandler die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht getroffen hat. Nach der obigen Rechtslage kommt dann der ärztlichen EDV-Dokumentation kein beziehungsweise nur ein geringerer Beweiswert zu, wenn sie nachträglich inhaltlich geändert worden und/oder nicht revisions sicher ist. Fehlt es bei einer elektronisch geführten Patientenakte an der Möglichkeit, Änderungen nachzuverfolgen, ist dies einer fehlenden Dokumentation gleichzustellen. Dies war den meisten Ratsuchenden unbekannt.

FAZIT

Die Einzelheiten zur Dokumentations- und Herausgabeverpflichtung sind nach Rückmeldung der Ratsuchenden vielen Behandlern selbst unbekannt – umgekehrt kennen auch viele Ratsuchende ihre Rechte in Bezug auf die Patientenakte nicht im Detail. Dies führt nach den Schilderungen der Ratsuchenden zu Unsicherheit und Misstrauen auf beiden Seiten. Wegen des hohen Stellenwerts der Patientenakte als elementares Beweismittel und Grundlage für die Begutachtung von potenziellen Behandlungsfehlern wäre es wünschenswert, eine gesetzliche Verpflichtung aufzunehmen, dass eine fälschungssichere Patientenakte zu führen ist. Insbesondere im Hinblick auf die elektronische Patientendokumentation ist eine entsprechende Gesetzesänderung geboten, die bereits zur Diskussion beim Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)¹⁰ stand.

B) KRÄNKER ALS MAN IST: BERICHTIGUNGEN UND ÄNDERUNGEN IN DER PATIENTENAKTE

Patienten, die wie im obigen Fallbeispiel eine falsche Diagnose in der Patientenakte befürchten, wenden sich oftmals mit der Frage, ob die Akte korrigiert werden kann, an uns. Aber auch Ratsuchende, die zum Beispiel eine Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherung abschließen beziehungsweise deren Leistungen in Anspruch nehmen wollen oder von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln wollen, erleben manchmal Überraschungen. Sowohl die Patientenakte selbst, aber auch die sogenannte Patientenquittung und die bei der Krankenversicherung vorliegenden Informationen beinhalten dann Leistungen, die von ihm gar nicht in Anspruch genommen worden sind, und Behandlungen und Diagnosen, die ihm völlig unbekannt sind. Dies kann dann bei der Versicherung zu höheren Prämien führen oder den Versicherungsschutz ganz gefährden.

Hintergrund

In der Regel erstellt der Arzt die Diagnose auf der Grundlage der durch die Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse. Der Bundesgerichtshof (BGH) charakterisiert die ärztliche Diagnose „als eine auf medizinischer Begutachtung beruhende Wertung“ und damit als Meinungsäußerung. Sie ist nicht gleichzusetzen mit einer endgültigen Feststellung der Krankheit und ihrer Ursachen. Diagnosen sind vielmehr immer relativ und sind

auch nicht „in Stein gemeißelt“. Der Arzt ist vertraglich verpflichtet, im Rahmen der Behandlung eine ursprünglich gestellte Diagnose zu sichern, laufend zu überprüfen und notfalls zu revidieren und zu dokumentieren. Es ist daher in der Regel keine Fehldiagnose, wenn der Arzt eine Anpassung oder Korrektur der Diagnose an das Krankheitsbild und den Verlauf der Erkrankung vornimmt.

¹⁰ Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (E-Health-Gesetz) – vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408)

Diagnosen sind relativ, da der Arzt sie anhand der geschilderten Symptome stellt. Daher kann sich eine Diagnose auch als falsch herausstellen, ohne dass es eine Fehldiagnose im haftungsrechtlichen Sinn darstellt. Der Arzt ist im Rahmen der Behandlung auch verpflichtet, wenn notwendig, eine Anpassung oder Korrektur der Diagnose vorzunehmen und diese an das Krankheitsbild und den Verlauf der Erkrankung anzupassen.

Es ist regelmäßig jedoch nicht möglich, eine Diagnose aus der Patientenakte zu löschen, da dies gegen die Dokumentationsvorgaben verstößt, denen die Ärzte unterliegen. Möglich ist jedoch eine Korrektur, die die ursprüngliche Diagnose erkennen lässt. Dies kann insbesondere bei Verdachtsdiagnosen in Betracht kommen.

PATIENTENQUITTUNG – DIE GROSSE UNBEKANNTE

Neben dem Recht auf Einsicht in die Patientenakte hat der gesetzlich Versicherte das Recht, sich vom behandelnden Arzt eine sogenannte Patientenquittung ausstellen zu lassen. Dies ist den meisten Ratsuchenden unbekannt. So erhält man Informationen darüber, welche Leistungen der Arzt abrechnet und welche Kosten damit verbunden sind (§ 305 Abs. 2 SGB V).

Zusätzlich können gesetzlich Versicherte (§ 305 Abs. 1 SGB V) auch von ihrer gesetzlichen Krankenkasse auf Antrag Informationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten für einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung erhalten.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Weil ich eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschliessen möchte, habe ich bei meiner Krankenversicherung die Diagnoseschlüssel der letzten 18 Monate angefordert. Bei der Durchsicht musste ich entdecken, dass mein Hausarzt bei einem Besuch im vergangenen November die Diagnose F32.9 Depressive Episode angegeben hat.

Grund meines damaligen Besuchs waren starke Kopfschmerzen und Übelkeit. Im Gespräch erwähnte ich zudem, dass meine Oma im Sterben liegt. Offensichtlich hat mein Hausarzt daraus versehentlich einen falschen Rückschluss gezogen und meine Beschwerden als psychosomatisch eingestuft. Migräne ist bei mir allerdings schon seit längerem bekannt.

Die nicht zutreffende Diagnose F32.9 Depressive Episode wird mir nun Schwierigkeiten beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung bereiten.

Meinen Hausarzt habe ich darauf angesprochen, aber er sagt, dass er keine Diagnosen rückwirkend ändern könne. Ausserdem würde mir dies sogar schaden, weil ich dann auf eine Art “Rote Liste“ käme, wegen nicht nachzuweisendem Versicherungsbetrug. Daraufhin habe ich mich an meine Krankenkasse gewendet. Dort sagte man mir, dass es prinzipiell kein Problem wäre, eine Diagnose zu ändern, dass ich mich hierfür aber an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden müsse. Das habe ich dann ebenfalls getan.

In der Servicehotline sagte man mir, dass ich bei der KV genau richtig sei und mein Anliegen nochmal per E-Mail senden solle. Das habe ich dann getan und als Antwort erhalten, dass hier wohl ein Missverständnis vorliege. Sie seien nicht zuständig und ich müsse mich an meinen Arzt oder meine Krankenkasse wenden.

Jetzt bin ich wieder am Anfang und weiss nicht mehr, wie ich weiter vorgehen soll. Ausserdem drängt so langsam die Zeit, da ich eigentlich zu Anfang August den Vertrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung unterschreiben möchte. ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In den 479 Beratungen zu „sachlich korrekten Unterlagen“ schilderten die Ratsuchenden immer wieder, dass sie in ihren Patientenakten Diagnosen finden, die ihnen unbekannt sind oder Ärzte Behandlungen abgerechnet haben, die gar nicht geleistet wurden. Oft erscheinen die Behandlungen im Hinblick auf die Diagnose nicht notwendig. Diese Praxis offenbart sich den Ratsuchenden nicht von allein. Denn nur durch Einsichtnahme in die Patientenakte oder Einfordern einer Patientenquittung ist der Ratsuchende darüber informiert, welche Diagnosen notiert und welche Behandlungen abgerechnet wurden. Der Sachverhalt tritt daher zumeist völlig überraschend dann zutage, wenn die Ratsuchenden einen Vertrag zur Absicherung von Risiken wie Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherung abschließen wollen oder bereits abgeschlossen haben. Denn im Regelfall entbindet der Ratsuchende seine behandelnden Ärzte dabei gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht, sodass dieser feststellen kann, welche Diagnosen und Befunde von dem jeweiligen Arzt gestellt wurden. Die Auswirkungen solcher Überraschungen wie im Fallbeispiel können für den Versicherungsnehmer verheerend sein: Der Versicherer kann sich wegen Verletzung von Anzeigepflichten oder Nichtangabe von Gefahr Umständen bei Vertragsschluss auf eine Obliegenheitsverletzung berufen und die Leistungen verweigern oder sogar vom Vertrag zurücktreten, weil er nicht über die entsprechende Diagnose informiert wurde. Damit erhält der Versicherungsnehmer, der oftmals bis dahin keine Kenntnis von der objektiv unrichtigen Diagnose hatte, auch keine Zahlungen mehr aus dem Versicherungsvertrag.

Die Berater der UPD empfehlen in diesen Fällen, zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen und sich zunächst erklären zu lassen, warum diese Diagnose gestellt wurde. Der Ratsuchende kann dann einen Korrekturantrag geltend machen, dass die Patientenakte also hinsichtlich dieser Diagnose geändert wird. Die Änderung muss aber immer die ursprüngliche Diagnose erkennen lassen, ein Löschen der Diagnose in der Akte ist nicht möglich. Gegebenenfalls kann der Ratsuchende auch ärztliche Stellungnahmen vorlegen, wenn er bei einem anderen Arzt in Behandlung war und dieser die Diagnose für nicht gerechtfertigt hält. Wenn der Arzt sich weigert, eine Korrektur vorzunehmen, hat der Ratsuchende das Recht, eine Gegendarstellung zu verfassen und diese seiner Patientenakte beizulegen.

Sind durch den Arzt Behandlungen abgerechnet worden, die nachweislich nicht stattgefunden haben, so kann der Ratsuchende sich auch an den GKV-Spitzenverband – Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen – wenden. Dort wird jedem Verdacht auf Abrechnungsbetrug nachgegangen. Ebenfalls kann der Ratsuchende eine Strafanzeige bei einer Polizeidienststelle oder direkt bei der Staatsanwaltschaft stellen.

Um sich der rechtlichen Problematik unkorrekter oder unnötiger Angaben erst gar nicht aussetzen zu müssen, verweist die UPD regelmäßig auf das Einsichtsrecht in die Patientenakte. Damit haben die Patienten die Möglichkeit, ihre individuelle Gesundheitshistorie im Vorfeld eines Vertragsabschlusses aufarbeiten zu können. Ansprechpartner

ist grundsätzlich der Arzt. Erst wenn er seiner Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Dokumentation nicht nachkommt, kann sich der Patient bei der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der für ihn zuständigen Landesärztekammer beschweren.

Die beweisrechtliche Folge einer unterbliebenen Dokumentation medizinischer Maßnahmen ist gesetzlich geregelt. Sie führt zu der Vermutung, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde und kann auch für den Patienten gewichtige Folgen haben.

3.2 FACHÜBERGREIFENDE BERATUNG

Regelmäßig kommen Ratsuchende mit Fragestellungen zur UPD, die nur durch die fachübergreifende Zusammenarbeit der Berater im medizinischen und rechtlichen Bereich beantwortet werden können.

Insbesondere der Zugang zum Gesundheitssystem ist stark reglementiert. Die Ratsuchenden benötigen daher vielfach ergänzend zum fachlich-medizinischen Know-how, das die Patientenberatung in der medizinischen Beratung abdecken kann, auch rechtliches Handwerkszeug. Kenntnisse der rechtlichen Voraussetzungen bei der Nutzung der Facharztterminalservicestellen oder Kenntnisse der Neuregelungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie wie Akuttherapie spielen bei der Suche nach der für die Ratsuchenden besten Therapie und dem optimal geeigneten Arzt eine wichtige Rolle, insbesondere dann, wenn es darum geht, auf gut informierter Grundlage Entscheidungen zu treffen und Ansprüche durchzusetzen.

Neben Fragen zum Wirkstoffgehalt und zur Dosierung waren zunächst sowohl bei Ratsuchenden als auch bei Ärzten die rechtlichen Vorgaben überwiegend unbekannt, so z.B., dass jeder Humanmediziner Cannabis verordnen darf und die gesetzliche Regelung keine konkreten Indikationen für die Verordnung enthält.

Gleichermaßen gilt dies für die Themen der Zahnmedizin und beim Verdacht auf Behandlungsfehler. Ohne (zahn)medizinisches Know-how könnte das Recht auf Gewährleistung bei Zahnersatz ebenso wie die Voraussetzungen eines Behandlungsfehlers (Abweichen vom Facharztstandard) nicht erläutert werden.

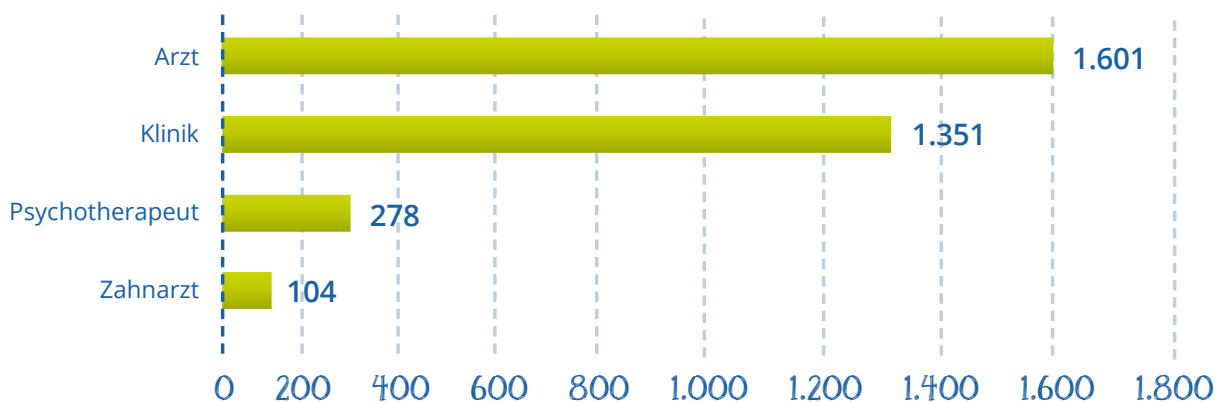
Auch die seit März 2017 bestehenden Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabisblüten und Extrakten aus Cannabis mittels Betäubungsmittel-Rezept führten vermehrt zu fachübergreifenden Fragestellungen bei vielen Ratsuchenden.



3.2.1 ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM: INTUITIV IST WENIG

Wie finde ich den passenden Arzt oder das richtige Krankenhaus? Der Zugang zu unserem komplexen Versorgungssystem fällt (zu) vielen Menschen schwer. Insgesamt 3.866 Mal hat die UPD rund um die Thematik beraten.

DIE SCHWERPUNKTTHEMEN DER LEISTUNGSERBRINGERSUCHE



Am häufigsten wird nach einem niedergelassenen Arzt oder einer Klinik gesucht.

Hintergrund

Seit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 hat sich das Verständnis eines leistungsfähigen Gesundheitssystems um die Frage erweitert, ob die angebotenen Leistungen wirklich bei den Menschen ankommen und ihnen einen selbstbestimmten Umgang mit Fragen der Gesundheit im jeweiligen sozialen Umfeld ermöglichen und ob diese Zielstellung Teil der politischen Agenda der Gesundheitssysteme ist.¹¹ Seitdem gilt es als Ziel der Gesundheitspolitik, möglichst allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Das setzt voraus, dass die Versicherten und Patienten wissen, an wen sie sich mit individuellen Problemen und Fragen rund um Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wenden können.

In den vergangenen Jahren war eine Verbesserung des Zugangs der Versicherten zur medizinischen Versorgung Zielsetzung vieler Gesetzgebungsvorhaben und anderer Regelungen in der Gesundheitspolitik beziehungsweise der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands. So wurden beispielsweise im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von Anfang 2012 Terminservicestellen eingeführt, um die Wartezeit auf Facharzttermine zu verkürzen und so Patienten den

Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zu erleichtern.

Schwierigkeiten bei der Terminfindung sind nur ein Teilaspekt der vielfältigen Probleme, denen Menschen auf ihrem Weg begegnen, die geeignete medizinische Versorgung zu erhalten. Wenn Menschen mit einem neu aufgetretenen Symptom oder anderen gesundheitlichen Problemen bei sich selbst oder bei Angehörigen

¹¹ World Health Organization Europe: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Kopenhagen WHO 1986, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Letzter Aufruf 30.04.2018)

konfrontiert sind, stellen sich eine ganze Reihe von Fragen, deren Beantwortung nicht immer leichtfällt. Zunächst muss die zeitliche Dringlichkeit beurteilt werden: Wie akut ist das Problem beziehungsweise wie dringend muss ich mich darum kümmern? In einigen Fällen ist die Dringlichkeit auch von medizinischen Laien leicht zu beantworten – so ist anzunehmen, dass kaum jemand zögern wird, einen Notruf beispielsweise bei Bewusstlosigkeit, Atemstillstand oder massiven Verletzungen auszulösen. Wie dringend

ist aber beispielsweise ein neu aufgetretener Schmerz in der Leistengegend zu behandeln? Das wird für viele Menschen deutlich schwerer zu beantworten sein. Und selbst wenn die Dringlichkeit geklärt ist, ist häufig noch die Frage offen, an welchen Arzt man sich wenden sollte oder welches Krankenhaus für die Versorgung eines spezifischen Problems nicht nur geeignet ist, sondern auch noch möglichst viel Erfahrung mit entsprechenden Fällen hat.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich bekomme im Herbst mein erstes Kind und wir überlegen, in welche Klinik ich zur Geburt gehen soll. Wir wohnen im Norden von Berlin, da gibt es ja viele Kliniken zur Auswahl. Ich bin eher ängstlich und will, dass in der Klinik alles gemacht werden kann, wenn bei der Geburt etwas schief läuft. Bitte nennen Sie mir die beste Klinik für Geburten in Berlin – mir ist es egal, wenn ich quer durch die Stadt fahren muss ... ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arzt oder einem spezialisierten Krankenhaus war auch im Jahr 2017 ein häufiger Grund, die UPD zu kontaktieren. Für Ratsuchende stellt sich oft das Problem, dass sich die Qualität der Versorgung in der Klinik oder beim Arzt vorab nur schwer beurteilen lässt. Aus den Rückmeldungen der Ratsuchenden ergibt sich, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser schwer zu finden sind. Aus diesen Berichten lassen sich zwar gewisse qualitative Indikatoren ablesen (z.B. in strukturiert aufgearbeiteter Form über www.weisse-liste.de). Dadurch kann im stationären Versorgungsbereich bei geplanten Eingriffen beziehungsweise Krankenhausaufenthalten (bspw. bei Geburten) eine gewisse Vorauswahl getroffen werden. Im vertragsärztlichen Bereich liegen solche Daten in strukturierter Form jedoch nicht vor. Für Rehakliniken liegen keine vergleichbaren und strukturierten Qualitätsberichte vor, die eine Orientierung bei der Klinikwahl bieten könnten – ebenso sind Suchmöglichkeiten für Rehakliniken nicht in gleicher Weise gegeben wie bei Akutkrankenhäusern. Insbesondere bei mehreren vorliegenden Diagnosen der Ratsuchenden berichten die Berater über Probleme bei der Suche nach einer Rehaklinik. Erschwert wird die Suche für Ratsuchende, die keinen Internetzugang haben.

Die Berater der UPD berichten, dass Ratsuchende Schwierigkeiten haben, im Internet geeignete Quellen, wie z.B. die Weiße Liste, für die Suche nach Leistungserbringern überhaupt zu finden. Auch die Nutzung dieser Informationsquellen und die Einordnung der Ergebnisse in Bezug auf die eigene Erkrankung fällt vielen Ratsuchenden schwer. Diese Rückmeldung deckt sich mit

jüngsten Studienergebnissen zur Theorie und Nutzungspraxis von Online-Gesundheitsinformationen, die ebenfalls zu dem Ergebnis kommen, dass die Befragten bei der Nutzung von Internetquellen zwar oft finden, wonach sie suchen und mit den Ergebnissen von Internetrecherchen zwar in der Regel zufrieden sind, oft aber nicht bei qualitätsgesicherten Angeboten landen und

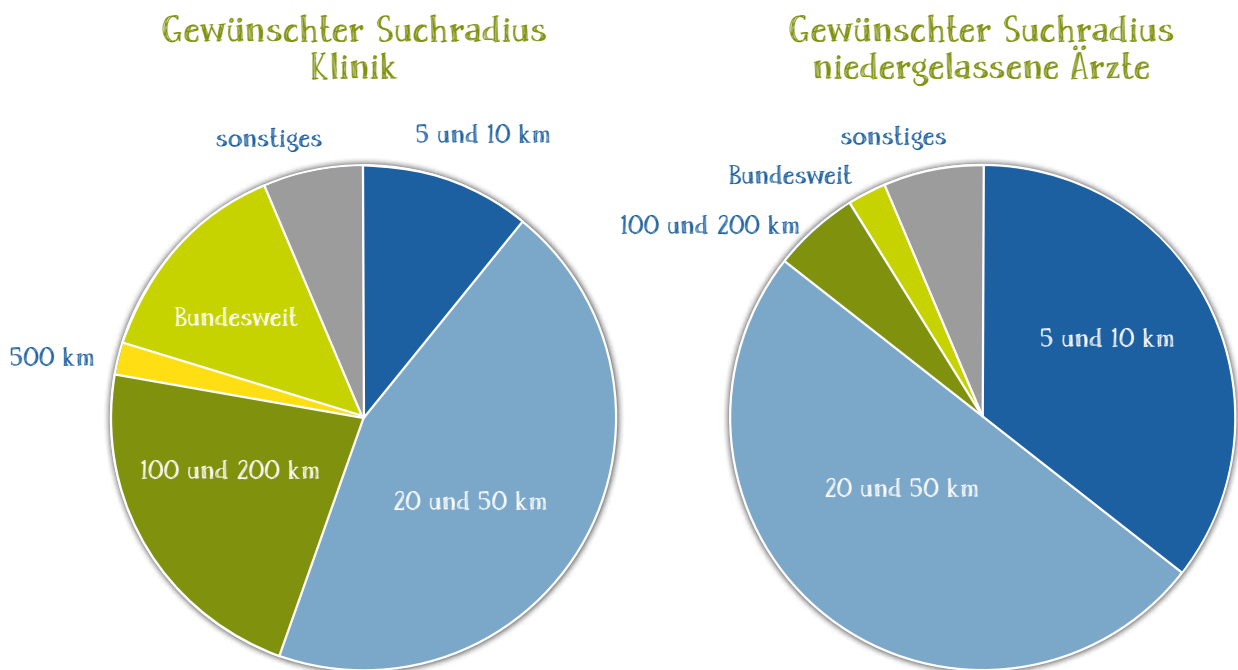
die zugeschriebene Kompetenz eines Angebots nicht notwendigerweise in der Praxis auch eingelöst wird^{12,13,14}.

Beim Thema „Zugang zum Gesundheitssystem“ zeigt sich somit wie in anderen Beratungsthemen teilweise eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden – und ein Gesundheitssystem, das es den Patienten, Versicherten und Angehörigen nicht immer leicht macht, die für ihre jeweilige Situation adäquate Information finden und einschätzen zu können.

Bei der grundsätzlich neutralen Beratung können die Qualitätsberichte der Krankenhäuser eingesetzt werden, um die Ratsuchenden mit Informationen bestmöglich bei der eigenen Entscheidung zu unterstützen. In der Beratung wird hierbei häufig die Weiße Liste eingesetzt. Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden hier ausgewertet und übersichtlich dargestellt. Fallzahlen, Zertifizierungen, Ausstattung etc. können ausgelesen werden.

Bei der Suche nach niedergelassenen Ärzten werden u.a. die frei zugänglichen Verzeichnisse der Ärztekammern genutzt. Über die Nutzung von Arztbewertungsportalen informieren die Berater der UPD in allgemeiner Form – hierzu wird auf die entsprechenden Hilfestellungen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin verwiesen. Die Ergebnisse der diversen Arztbewertungsportale selbst fließen nicht in die individuelle Beratung durch die UPD ein, da die Neutralität der Suchergebnisse und Kommentare nur eingeschränkt beurteilt werden kann.

Bei der Suche nach niedergelassenen Ärzten geben die Ratsuchenden einen engeren Suchradius vor als bei der Suche nach Krankenhäusern. Für vereinzelte Krankenhausbesuche scheinen viele Ratsuchende eher bereit, auch weitere Anreisen in Kauf zu nehmen, um in der gewünschten Klinik behandelt zu werden. Bei der Versorgung durch niedergelassene Ärzte scheint für die meisten Ratsuchenden die schnelle Erreichbarkeit im Vordergrund zu stehen (siehe Abbildungen).



¹² Bertelsmann Stiftung: Die Suche nach Gesundheitsinformationen, Patientenspektiven und Marktüberblick, Gütersloh 2018

¹³ Bertelsmann Stiftung: Das Internet: Auch Ihr Ratgeber in Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte, Gütersloh 2018

¹⁴ Bertelsmann Stiftung: Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen – Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden, Gütersloh 2018

Schwerpunkte der Beratung

Bei der Suche nach Ärzten im niedergelassenen Bereich berichten Ratsuchende von Problemen insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung von bettlägerigen und immobilen Patienten.

Ratsuchende wenden sich aufgrund langer Wartezeiten auf Facharzttermine auch mit dem Wunsch an die UPD, Unterstützung bei der Ter-

minfindung zu bekommen. Diesem Wunsch kann die UPD entsprechend ihres Beratungsauftrags nicht nachkommen. In diesen Fällen wird auf die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen verwiesen – im vergangenen Jahr ist dieser Verweis mehr als 500 Mal gegeben worden.

FAZIT

Mehr qualitätsgesicherte und verlässliche Informationen zu den verschiedenen Leistungserbringern, insbesondere zu niedergelassenen Ärzten und Rehakliniken, sind wünschenswert. Wichtig für Ratsuchende sind unter anderem Angaben zum Behandlungsspektrum sowie zur technischen Ausstattung (z.B. offenes MRT oder andere spezielle Verfahren für Diagnostik und Therapie) und auch zur Möglichkeit von Hausbesuchen für immobile Patienten insbesondere durch Fachärzte. Für den niedergelassenen Bereich sollte es zudem im Hinblick auf die Qualität der Versorgung mehr Transparenz geben – beispielsweise in Form von einheitlich zugänglichen Informationen über Behandlungsschwerpunkte.

Wünschenswert wären systematische und nicht-kommerzielle Suchportale auch für andere Bereiche wie Rehakliniken und Physiotherapeuten.

Eine bessere Bekanntheit und verbesserte Erreichbarkeit der Terminservicestellen könnte Unterstützung der Ratsuchenden bei der Facharztterminsuche bieten.



ÜBERNAHME DER FAHRTKOSTEN BEI AMBULANTER BEHANDLUNG

Nach § 60 SGB V übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die Details sind in der Krankentransport-Richtlinie des G-BA geregelt. In 1.146 Beratungen zu Fahrtkosten ging es besonders häufig um die Frage, ob Krankenkassen die Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen übernehmen müssen. Diese sind nach § 8 der Krankentransport-Richtlinie in besonderen Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig. In Anlage 2 der Richtlinie werden exemplarisch die Dialysebehandlung, die onkologische Strahlentherapie sowie die parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie genannt.



Verordnungs- und genehmigungsfähig sind Fahrtkosten zur ambulanten Therapie außerdem für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 4 oder 5 vorlegen können und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität auf die Beförderung angewiesen sind.

Da die Liste nicht abschließend ist, können bei entsprechender Verordnung durch den Arzt und Bestehen zwingender medizinischer Gründe auch in anderen Fällen Genehmigungen erteilt werden. So haben die Krankenkassen Möglichkeiten, verordnete Fahrten zu genehmigen, wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität wie eben dargestellt vorliegt und die Behandlungen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind. In der Beratung zeigt sich, dass dies praktisch nicht vorkommt. Ratsuchende berichten, dass sie deshalb nicht mehr in der Lage sind, ihren Arzt aufzusuchen. Insbesondere in ländlichen Gebieten sind Menschen ohne eigenen Pkw häufig bereits bei Vorliegen eines Merkzeichens „G“ bei Schwerbehinderung oder eines Pflegegrades 1 oder 2 nicht in der Lage, die Arztpraxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Multimorbide Patienten, die mehrmals im Monat unterschiedliche, oftmals weit entfernte Fachärzte aufsuchen müssen, sind mit den entstehenden Taxikosten schnell finanziell überfordert.

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des Ärztemangels auf dem Land dürfte sich diese Situation in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter verschärfen. § 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinie wird dahingehend erweitert, dass die Verordnung und Genehmigung der Fahrtkostenübernahme bereits bei Vorliegen des Merkzeichens „G“ und in allen Pflegegraden ermöglicht wird. Eine solche Erweiterung des Personenkreises würde auch zu einer Entlastung bei den Krankenkassen führen. Dabei sollte auf das Erfordernis „dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität“ in allen Pflegegraden verzichtet werden, denn auch seelische Erkrankungen können Menschen hindern, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Damit würde auch der mit der Pflegereform zum 01.01.2017 einhergehenden Intention des Gesetzgebers Rechnung getragen, gerade auch Versicherte mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen.

3.2.2 CANNABIS ALS ARZNEIMITTEL: GROSSE ERWARTUNGEN, WENIG WISSEN

Im Berichtsjahr 2017 hat die UPD 3.678 Beratungen zu medizinischen, pharmazeutischen und sozialrechtlichen Fragen der Ratsuchenden zu diesem Thema gezählt. Die gesetzliche Einführung von Cannabis als Medikament im März 2017 hat dabei zu einem sprunghaften Anstieg geführt. Vor der gesetzlichen Änderung war dieses Thema in der UPD-Beratung kaum präsent.

Hintergrund

Am 19. Januar 2017 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ beschlossen und damit zum Inkrafttreten des Gesetzes im März 2017 die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabisblüten und Extrakten aus Cannabis mittels Betäubungsmittel-Rezept erweitert. Der Anspruch auf eine Versorgung mit einem Cannabis-Präparat ist geregelt in § 31 Abs. 6 SGB V:



Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.



Verordnet wird auf einem Betäubungsmittelrezept (BTM-Rezept); der Bezug soll über eine öffentliche Apotheke abgewickelt werden. Bei Erstverordnung muss die Kostenübernahme von der Krankenkasse im Vorfeld genehmigt sein.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich leide als Erwachsener an ADHS – ein Psychologe hat mir das bestätigt – und habe wirklich ALLES an Therapie ausprobiert, was möglich ist. Richtig helfen tut mir eigentlich nichts. Ich habe die Medikamente alle nicht vertragen. Das einzige, was mir wirklich hilft und mich den Alltag bewältigen lässt, ist Cannabis. Bereits seit einigen Jahren besorge ich mir Cannabis selbst und habe auch schon versucht, es selbst anzubauen. Jetzt ist das ja endlich legal! Bitte senden Sie mir eine Liste mit Ärzten, die Cannabis verschreiben dürfen! ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Fragestellungen drehten sich vielfach um die möglichen Anwendungsgebiete und den Verordnungsprozess. Die Ratsuchenden möchten wissen, ob medizinisches Cannabis bei ihrer Erkrankung indiziert ist und wie sie es bekommen. Dabei ist in der Beratung, die vom Gesetzgeber gewählte Eingrenzung auf schwerwiegende Erkrankungen und die aktuell eher spärliche wissenschaftliche Evidenz zu Cannabis als Medikament zu erwägen und dem Ratsuchenden darzustellen. Für die Berater zeichnete sich dabei ab, dass viele Ratsuchende unverhältnismäßig hohe Erwartungen und Hoffnungen bezüglich des therapeutischen Nutzens haben. Dabei zeigte sich in der Beratung, dass es Ratsuchenden schwerfällt, die Wertigkeit von Informationen in den Medien, beispielsweise aus dem Internet, bezüglich des therapeutischen Nutzens von Cannabis einzuordnen.

Bei vielen Ratsuchenden stellte sich in der Beratung auch heraus, dass die angegebenen Erkrankungen auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse unklare Indikationsgebiete darstellen. Andere Ratsuchende schilderten bei bestehendem Wunsch nach einer Cannabistherapie Krankheiten, die bisher gar nicht oder nur mit einer Therapie der ersten Wahl behandelt wurden. Hier brauchten Ratsuchende Hilfestellung, um zunächst im Arztgespräch zu prüfen, ob es infrage kommende Behandlungsalternativen gibt oder ob die Voraussetzungen zur Verordnung gegeben sind. Beraten wurden jedoch auch diverse Ratsuchende, die lange Krankheitsgeschichten mit umfassender Nutzung verfügbarer Standardtherapien schilderten und auf Grundlage der aktuell empfohlenen Anwendungsgebiete für Cannabis in Frage kämen.

Dabei gibt es viele begleitende Detailfragen, insbesondere zum Genehmigungsverfahren der Krankenkassen und der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Rat-

suchende richteten in diesem Themengebiet auch eine Reihe von Fragestellungen an uns, die das Beratungsspektrum der UPD nicht erfasst. So hatten Ratsuchende Fragen zur Fahrtauglichkeit bei Cannabis, zum Konsum in der Öffentlichkeit, Auswirkungen am Arbeitsplatz u.v.m. Die Ratsuchenden konnten hier mit entsprechenden qualifizierten Verweisen auf andere Beratungsstellen oder zuständige Stellen versorgt werden.

Daneben gab es viele Anfragen von Ratsuchenden, die Schwierigkeiten schildern, einen verordnenden Arzt zu finden. Oft wird von einer deutlichen Zurückhaltung bei Ärzten berichtet, Cannabis zu verordnen – im Beratungsgespräch geben die Ratsuchenden an, dass Ärzte die Therapiemöglichkeit grundsätzlich ablehnen oder angeben, sich nicht gut genug damit auszukennen. Die Berater stellten dabei eine Häufung dieser Schilderungen bei Anrufern aus Süddeutschland fest. Viele Ratsuchende fühlen sich von Ärzten zu diesem Thema nicht gut beraten.

Im Zusammenhang mit dieser geschilderten Zurückhaltung bei der Verordnung wurde von Ratsuchenden häufig eine Liste von Ärzten gewünscht, die Cannabis verordnen.

Vereinzelt wurde von Ratsuchenden über Lieferprobleme berichtet – aus der Beratung lässt sich jedoch aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen bisher nicht ableiten, dass die

Versorgung mit Cannabis als Medikament über die Apotheken unzureichend funktioniert.

Ratsuchende schilderten den UPD-Beratern auch ablehnende Bescheide. Für den Berichtszeitraum lässt sich festhalten, dass bisher keine Rechtsprechung zu den geänderten Verordnungsprozessen zu Cannabis als Medikament vorliegt.

FAZIT

Grundsätzlich erscheint eine bessere Information von Ärzten und Patienten zum Thema Cannabis erforderlich:

☉ Hilfreich wären allgemein zugängliche Informationen über den bisherigen Kenntnisstand zur Sicherheit und zum Nutzen der Therapie mit Cannabis. Ärzte und Apotheker müssen Informationen bislang aufwändig selbst recherchieren.

☉ Zu den Folgen bei medizinisch indiziertem Konsum von Cannabis besteht ein hoher Informationsbedarf (z.B. im Hinblick auf Autofahren, Konsum in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz)

Die Genehmigung der Therapie zu beantragen, ist zurzeit Aufgabe der Betroffenen. Meist sind dies schwerkranke Personen, die auf Hilfe angewiesen sind. Es wäre sinnvoll, wenn die Genehmigung vom Arzt bei der Kasse beantragt wird – ähnlich des Verfahrens beim Off-Label-Use von Medikamenten.

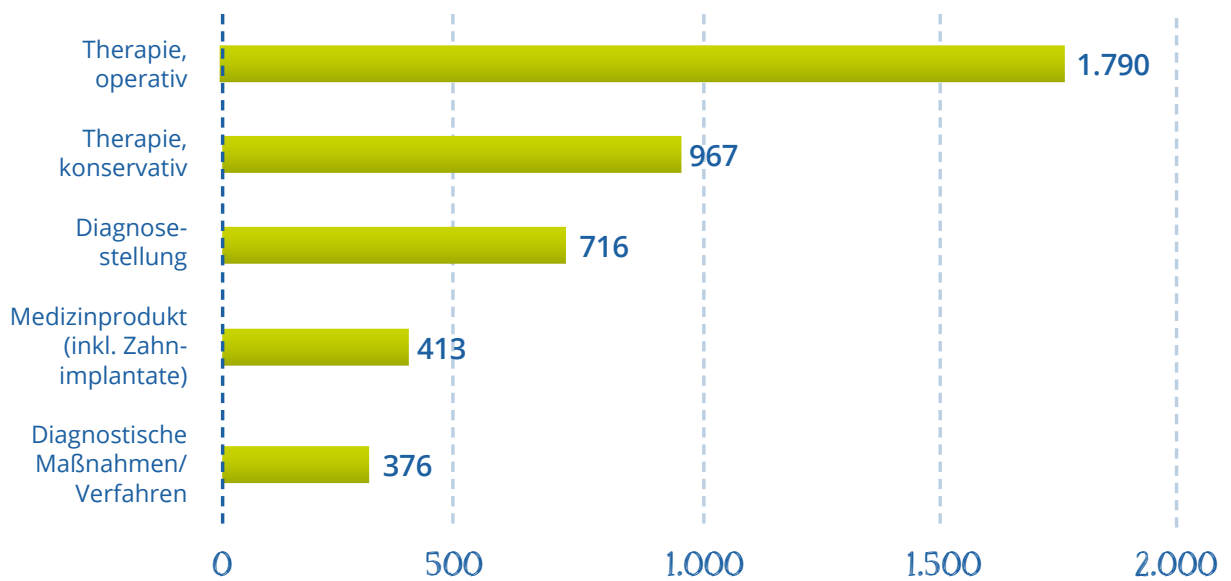
HINWEISE FÜR PATIENTEN:

- ☉ Die journalistische Bewertung von Cannabis in den Medien erscheint oft nicht sonderlich qualifiziert.
- ☉ Die Therapie mit Cannabis ist, wie im Text geschildert, an medizinische und rechtliche Voraussetzungen geknüpft, die nicht jeder Patient erfüllt.
- ☉ Es gibt keine Liste mit Ärzten, die Cannabis verordnen – prinzipiell kann jeder Humanmediziner Cannabis verordnen. Entsprechend können Zahnärzte medizinisches Cannabis nicht verschreiben, sehr wohl aber jeder andere Humanmediziner unabhängig vom Fachgebiet.
- ☉ Zu Nutzen und Risiken der Cannabistherapie liegen derzeit keine geprüften Fachinformationen wie bei Fertigarzneimitteln vor. Es steht daher nicht fest, ob die Therapie wirklich risikoärmer ist als mit herkömmlichen Arzneimitteln. Von der Tatsache, dass Cannabis ein pflanzliches Produkt ist, darf nicht fälschlicherweise darauf geschlossen werden, dass es harmloser sei als chemische Wirkstoffe.

3.2.3 VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER: SCHWEIGEN HILFT NICHT

Zum Thema „Verdacht auf Behandlungsfehler“ hat die UPD im Jahr 2017 insgesamt 5.851 Beratungen geführt. Die Anliegen der Ratsuchenden reichten auch dieses Jahr wieder von der Unzufriedenheit Betroffener mit dem Ergebnis und Heilungsverlauf über fehlende und unzureichende Kommunikation bis hin zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen in Folge einer Behandlung und Schwierigkeiten der Beweisführung. Vielen Ratsuchenden fehlen die Unterstützung und das Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder Mitarbeitern des Krankenhauses. Sie befinden sich oft in einer sehr belastenden Lebenssituation und fühlen sich hilflos und alleine gelassen. Dabei erscheint eine konstruktive und offene Kommunikation gerade in dieser Situation als ein zentrales Instrument des Patientenwohls besonders wünschenswert.

DIE FÜNF SCHWERPUNKTTHEMEN ZU VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER



Besonders in der operativen Therapie spielt das Thema Verdacht auf Behandlungsfehler eine große Rolle.

A) OHNE KOMMUNIKATION LÄUFT ES NICHT

Hintergrund

Große Unsicherheit im Umgang mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler besteht nicht nur bei den Patienten. Auch bei vielen Ärzten herrscht Ungewissheit darüber, was sie im Falle eines möglichen Behandlungsfehlers sagen dürfen.

Gemäß § 630c Abs. 2 S. 2 BGB ist es die Pflicht des Behandelnden, bei ihm erkennbaren Umständen, die den Verdacht auf einen Behandlungsfehler begründen, den Patienten über diesen auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Wenn also eine Folgebehandlung aufgrund des Schadens erforderlich ist, muss der Patient darüber informiert werden und sein Einverständnis eingeholt werden. Ohne konkrete Nachfrage des Patienten ist der Arzt jedoch nicht dazu verpflichtet von sich aus über einen Fehler, der nicht zu gesundheitlichen

Gefahren führt, zu informieren. Er darf jedoch jederzeit informieren.

Aber auch schon vor und während der Behandlung ist der Behandelnde verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die während und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen, § 630c Abs. 2 S. 1 BGB.

Beispiele aus der Beratungspraxis

“ Ich habe vor einiger Zeit ein künstliches Hüftgelenk bekommen. Am Tag vor der Operation bekam ich einen Aufklärungsbogen und mir wurde gesagt, wenn ich Fragen hätte, könnte ich diese stellen. Es ging dabei aber nur um die Operation selbst. Jetzt nach weiteren fünf Tagen machte mir die Schwester Vorhaltungen, warum ich denn nicht in Rückenlage schlafe, da das in den ersten zwei Wochen nach dem Einsetzen notwendig sei. Ich bin verunsichert, da mir niemand etwas davon sagte und teilte ihr das auch so mit. Sie sagte mir, dass das unmöglich sei, da jeder Patient immer darüber aufgeklärt würde. Es läuft auch noch nicht wirklich rund mit dem neuen Gelenk und ich habe Sorge, dass es etwas damit zu tun hat, dass ich immer seitlich auf dem Gelenk gelegen habe. Aber vielleicht ist das alles so auch normal. An wen kann ich mich jetzt hier im Krankenhaus wenden? An die Schwestern traue ich mich nicht mehr heran. Und die Ärzte haben nie wirklich Zeit. ”

“ Mein Sohn (7 Jahre) hat sich vor drei Wochen in der Schule den Finger beim Sport gebrochen. Wir sind dann vom städtischen Klinikum in eine BG-Klinik verwiesen worden. Dort wurde er an der linken Hand operiert. Nach der OP haben wir festgestellt, dass auf dem rechten Arm ein Skalpellschnitt war. Dieses war nur mit einem Pflaster verbunden, nicht genäht. Der operierende Arzt hat uns auf Nachfrage hierzu keine Auskunft gegeben. Wir sind dann in die städtische Klinik. Diese hat den Schnitt auch als Skalpellschnitt erkannt und geklebt. Anschliessend entwickelte mein Sohn Fieber, inzwischen geht es ihm aber schon besser. Ich hätte es ja lieber, wenn der Arzt sich ehrlich entschuldigt hätte, denn Fehler gehören zum Leben dazu, aber es redet ja niemand mit mir. Jetzt möchte ich wissen, wie ich rechtlich vorgehen kann?! ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

VOR DER BEHANDLUNG/OPERATION:

Besonderer Beratungsbedarf zeigt sich in der Beratungspraxis bereits hinsichtlich des Unterschieds zwischen einem Behandlungsfehler und dem Risiko beziehungsweise Verlauf einer Behandlung. Denn nicht jede Behandlung, die erfolglos verläuft oder bei der über längere Zeit Schmerzen zurückbleiben, ist als Behandlungsfehler zu werten. Die Folgen einer Behandlung können auch auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder auf ein allgemeines Risiko der medizinischen Maßnahme oder den normalen, auch schmerzhaften, Heilungsverlauf

zurückzuführen sein. Dieser Unterschied zwischen Fehler und dem „schicksalhaften Verlauf“ (eingetretenes Risiko der Operation) ist vielen Patienten nicht bekannt oder sie haben eine abweichende Erwartungshaltung an den „Erfolg“ der Operation. Dem Informationsdefizit und daraus resultierenden unrealistischen Erwartungen könnte jedoch im Rahmen einer umfangreichen und für Patienten verständlichen Aufklärung und Kommunikation schon vor Beginn der Behandlung beziehungsweise des Eingriffs entgegengetreten werden.

WÄHREND UND IM NACHGANG ZUR BEHANDLUNG/ OPERATION:

Gerade aus dem stationären Aufenthalt heraus wissen Ratsuchende oft nicht, wohin sie sich mit einem mulmigen Gefühl wenden können. Häufig schildern sie den Beratern, nicht darüber aufgeklärt worden zu sein, dass bei Problemen im Krankenhaus ein Beschwerdemanagement und in vielen Krankenhäusern zusätzlich Patientenführsprecher als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Bislang sind die Kontaktdaten der Patientenführsprecher lediglich auf der Internetseite des Krankenhauses verpflichtend anzugeben.

Darüber hinaus berichten Ratsuchende, dass sie auch auf Nachfrage nicht immer Gelegenheit bekommen, noch einmal mit einem Arzt zu sprechen. Der Ratsuchenden im ersten Fallbeispiel konnte nach Recherche durch die Berater mitgegeben werden, dass es in ihrem Krankenhaus einen Patientenführsprecher gibt, der sich als „ihr Sprachrohr“ nun darum kümmern wird, die notwendige Kommunikation zum Behandelnden auf den Weg zu bringen und sie nicht weiter mit ihren Ängsten, Fragen und Sorgen alleine lässt.

BEI VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER:

Steht der Verdacht auf einen Behandlungsfehler bereits im Raum, scheuen sich viele Ratsuchende, das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen oder der Behandler verweigert es ihnen.

Oftmals reagieren die Ratsuchenden dann überrascht auf die Erläuterung der Rechtslage (§ 630c Abs. 2 BGB), dass nur auf konkreten Vorhalt (direkte Nachfrage) des Patienten, der Arzt dazu verpflichtet sei, (wahrheitsgemäß) Auskunft über Behandlungsfehler zu geben. Sie gehen intuitiv von einer Informationspflicht des behandelnden Arztes aus, dem ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. Hier zeigt sich immer wieder besonders deutlich das von den Ratsuchenden wahrgenommene gravierende Kommunikationsdefizit

im Umgang mit einem Verdacht auf Behandlungsfehler, das sich durch den gesamten Behandlungsprozess zieht.

Den Ratsuchenden wird dann geraten, die Kommunikation, die ihnen zusteht, einzufordern, sich gut auf die Gespräche vorzubereiten, Fragen vorab zu notieren und den Verdacht auf einen Behandlungsfehler gezielt anzusprechen.

Letztendlich wählen viele Ratsuchende dann den Rechtsweg und wünschen sich eine monetäre Abgeltung (Schadensersatz), obwohl sie sich vorrangig ein Gespräch und eine offenere Kommunikation mit dem behandelnden Arzt gewünscht hätten.

Einer deutschlandweiten Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements¹⁵ zufolge werden beispielsweise Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und von selbst über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, nur in 27 Prozent der 542 teilnehmenden Kliniken umgesetzt (S.17).

Ein Unterstützungsangebot für betroffene Mitarbeiter nach einem Behandlungsfehler wird in lediglich 26 Prozent der teilnehmenden Kliniken systematisch umgesetzt (S.18) und gleichzeitig geben nur 18 Prozent der Kliniken einen Fortbildungsbedarf zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Behandlungsfehler an (S.77).

¹⁵ Institut für Patientensicherheit (2016): Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements. Verfügbar unter: <http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/ifps-beitrag-3.pdf> S. 17, 18, 77 (letzter Aufruf 30.04.2018).



FAZIT

Nach wie vor ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient aus unserem Beratungsgeschehen heraus als eines der größten Problemfelder beim Thema „Verdacht auf Behandlungsfehler“ anzusehen. Eine offene Kommunikation zwischen Arzt und Patient könnte an vielen Stellen deutlich mehr Klarheit schaffen und womöglich dem Beschreiten des Rechtsweges durch den Patienten oftmals vorbeugen.

Die Befragungsergebnisse des Instituts für Patientensicherheit (siehe Kasten) zeigen, dass in vielen deutschen Kliniken zu wenig systematisierte interne Standards bezüglich der Kommunikation und Unterstützung bei vermutetem Behandlungsfehler umgesetzt werden. Daher ist ausweislich unserer Beratungserfahrung ein verpflichtender Standard im Curriculum in der Ausbildung der Ärzte sowie beim Risiko- und Schadensmanagement in Kliniken sinnvoll und dringend erforderlich.

B) VOM FEHLER ZUM SCHADEN – DIE LAST DER KAUSALITÄT

Hintergrund

Die Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat und ob der hierfür notwendige Ursachenzusammenhang hinreichend sicher ist, vermögen medizinische Laien schwierig bis gar nicht zu erkennen, ist aber von ihnen zu beweisen.

„Ich halte es deshalb für notwendig, die Regeln für den Nachweis eines Behandlungsfehlers einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Um für einen gerechten Ausgleich zwischen Patienten und Behandlern zu sorgen, sollte das Beweismaß für den Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Gesundheitsschaden auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit abgesenkt werden. So ließen sich bestehende Ungerechtigkeiten im Kern beseitigen.“

(Ingrid Fischbach, kommissarische Beauftragte der Bundesregierung für Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, 05.04.2018)¹⁶

Beispiel aus der Beratungspraxis

Eine Ratsuchende wendet sich an die UPD, da sie befürchtet, ihre bettlägerige Mutter, die im Pflegeheim lebt, sei falsch behandelt worden.

Schon längere Zeit hatte ihre Mutter eine offene, nicht heilende Wunde an einem Unterschenkel. Zudem hat sie Diabetes mellitus Typ II und eine chronische Nierensuffizienz, derentwegen sie ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Im Krankenhaus stellten die Klinikärzte fest, dass die Wunde am Bein mittlerweile bis zum Knochen durchgefault war. Trotz aufwändiger mehrwöchiger Behandlung musste der Unterschenkel letztendlich amputiert werden. Von Seiten der Klinikärzte wurde angedeutet, dass die Wunde wohl nicht ausreichend behandelt worden sein könnte. Auch die Ratsuchende hat in Erinnerung, dass ihre Mutter über unzureichende Versorgung klagte. Die Pflegedienstleitung tat dies mit den Worten ab, dass bei so kranken Menschen wie ihrer Mutter so etwas schnell passieren könne und verweigerte weitere Gespräche dazu. Das möchte die Ratsuchende so nicht auf sich sitzen lassen, hat aber bereits dazu gelesen, dass sie für ihre Mutter „alles beweisen müsse“ und man sowieso kaum Chancen hätte. Darüber möchte sie sich bei der UPD beraten lassen.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Bei der Durchsetzung von Arzthaftungsansprüchen müssen Patienten grundsätzlich den Fehler, den Schaden und die Kausalität beweisen. Im Regelfall hat der Arzt dem Patienten, insbesondere den multimorbiden gegenüber jedoch einen Wissensvorsprung, sodass dem Patienten zum Nachweis der Kausalität jegliche Grundlage fehlt. Im Fallbeispiel müsste die Ratsuchende beziehungsweise deren Mutter beweisen, dass ein Pflegefehler vorliegt, der – und nicht womöglich andere Ursachen – mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Amputation verursacht hat.

¹⁶ Fischbach, I. (2018): Gerechtigkeit bei Behandlungsfehlern muss beim Beweismaß ansetzen, Pressemitteilung vom 05.04.2018, <https://www.patientenbeauftragter.de/10-pressemitteilungen/patientenrechte/183-gerechtigkeit-bei-behandlungsfehlern-muss-beim-beweismass-ansetzen> (letzter Aufruf 30.04.2018)

Hier stößt es oft auf Unverständnis, wenn dahingehend beraten wird, dass die Beweislast für einen Behandlungsfehler beim Ratsuchenden liegt. In einem solchen Fall kann nur auf die Rechtslage verwiesen werden, aber den Ratsuchenden wird auch mitgegeben, sich zur Klärung der Fehlerhaftigkeit einer Behandlung ein medizinisches Gutachten einzuholen, um den Behandlungsfehler nachweisen zu können. Gesetzlich Versicherte können sich zur Unterstützung an ihre Krankenkasse wenden, die im Regelfall ein Gutachten nach Aktenlage vom Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung erstellen lässt. Hier kann die UPD den Ratsuchenden eine handfeste Hilfestellung zur weiteren Vorgehensweise geben und Ängste nehmen, beispielsweise mit dem Hinweis, dass die Begutachtung ohne Einverständnis des Arztes stattfindet und ein laufendes Schlichtungsverfahren kein Ausschlussgrund für ein Gutachten des MDK ist.

Allerdings kann die Dauer der Begutachtung, von – einigen Monaten bis zu einem Jahr – von den Ratsuchenden oft nicht nachvollzogen werden.

VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER? WIE KRANKENKASSE UND LANDESÄRZTEKAMMERN HELFEN SOLLEN

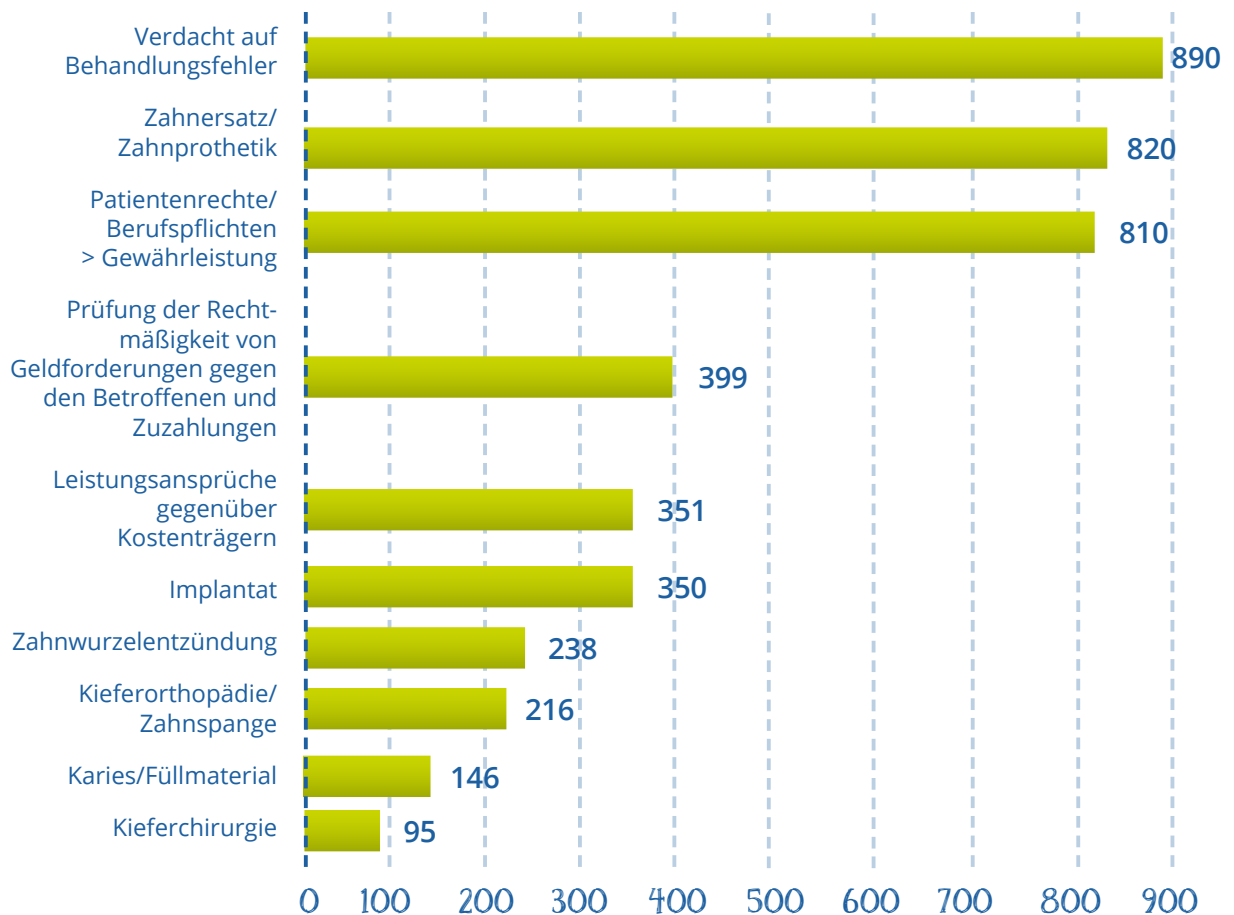
- Die Krankenkasse soll Versicherte bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler kostenlos unterstützen und kann dazu für den Versicherten ein Sachverständigengutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erstellen lassen.
- Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern sollen Konflikte zwischen Patient und Arzt außergerichtlich klären. Diese Verfahren sind für alle Beteiligten freiwillig und variieren sowohl von Bezeichnung der Stelle als auch der Aufgabe von Kammer zu Kammer.

3.2.4 ZAHNMEDIZIN: DIE AUSNAHME ALS REGELFALL

Im Bereich der fachübergreifenden zahnmedizinischen Beratung, die im Jahr 2017 insgesamt 5.068 Mal in Anspruch genommen wurde, hat das Thema „Geldforderungen“ eine ganz besondere Relevanz. In kaum einem anderen Bereich der Versorgung spielt der finanzielle Eigenanteil von gesetzlich versicherten Ratsuchenden eine so große Rolle.

Neben Themen wie Geldforderungen, Gewährleistung und Zuzahlungen bei Zahnersatz sticht in der rechtlichen Beratung der hohe Anteil an Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Zahnersatz hervor. In der medizinischen Beratung geht es häufig um Fragen zur medizinischen Notwendigkeit bestimmter Behandlungen beziehungsweise prothetischer Versorgung, um Vor- und Nachteile alternativer, insbesondere aber zuzahlungsfreier Behandlungsoptionen und um kieferorthopädische Fragestellungen.

DIE ZEHN SCHWERPUNKTTHEMEN DER RECHTLICHEN UND MEDIZINISCHEN BERATUNG ZU FRAGESTELLUNGEN DER ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG:



Hintergrund

Für gesetzlich Versicherte gilt auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung das Sachleistungsprinzip, wie es in § 2 SGB V definiert ist. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten dadurch medizinisch notwendige Leistungen, ohne selbst in Vorleistung treten zu müssen. Abgedeckt sind darin Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Anders geregelt ist die vertragszahnärztliche Versorgung indes im Bereich des Zahnersatzes; hier gilt statt des Sachleistungsprinzips ein Anspruch auf Geldleistung in Höhe der jeweils bestimmten Festzuschüsse. Für Versicherte mit geringen Einkommen gelten Härtefallregelungen, bei denen auf Antrag bis zu 100 Prozent der Kosten einer Regelversorgung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

FESTZUSCHUSS, BONUS UND HÄRTEFALL

Gemäß § 55 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf befundbezogene Zuschüsse für Zahnersatz, wenn eine zahnprothetische Versorgung medizinisch notwendig ist. Diese befundbezogenen Festzuschüsse werden in der

Festzuschuss-Richtlinie des G-BA geregelt. Jeder einzelnen Versorgung ist ein fixer Geldwert zugeordnet. Diese Summen basieren auf den durchschnittlichen Kosten für die zugrunde liegende Regelversorgung. Der Zuschuss der Krankenkasse

beträgt – unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten – 50 Prozent der durchschnittlichen Kosten. Geht die individuelle Behandlung über die Regelversorgung hinaus, kann der Zahnarzt die Mehrkosten nach der privatärztlichen Gebührenordnung (GOZ) abrechnen. Kommt es hierbei zu Abweichungen zwischen der endgültigen und der im Kostenvoranschlag angesetzten Rechnung (aufgrund von zusätzlich notwendigen Leistungen während der Behandlung), steht dem Patienten eine Erklärung und Begründung seitens des Arztes zu.

Eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen den Festzuschuss, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und in den vergangenen fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Zahnvorsorge einmal im Kalenderjahr regelmäßig belegt werden kann. Dadurch erhöht sich der Festzuschuss um einen Bonus von 20 Prozent (bezogen auf den Festzuschuss). Wird die

Zahnvorsorge in den vergangenen zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung nachgewiesen, erhöht sich dieser Bonus auf 30 Prozent (bezogen auf den Festzuschuss).

Gemäß § 55 Abs. 2 SGB V gibt es verschiedene Voraussetzungen, die einen Härtefall eintreten lassen. Dazu gehört beispielsweise, dass die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nicht überschreiten dürfen oder der Versicherte Sozialhilfe oder BaföG bezieht.

Bei einem Härtefall handelt es sich um eine Antragsleistung. Diese muss gemeinsam mit dem Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung bei der Krankenkasse beantragt werden. Bei einer vollständigen Befreiung wird der Festzuschuss verdoppelt. Die Kosten für Leistungen der Regelversorgung werden damit komplett übernommen.

HEIL- UND KOSTENPLAN

Ein Heil- und Kostenplan ist ein einheitlicher Vordruck, der die Grundlage für die Beantragung und Abrechnung von Zahnersatz bei der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Der Zahnarzt erstellt einen Heil- und Kostenplan, der die vorgesehene Behandlung beschreibt. Der Plan wird bei der jeweiligen Krankenkasse zur Bewilligung eingereicht. Diese vermerkt auf der Bewilligung die

Summe, die für die Durchführung der gewünschten Behandlung übernommen wird. Dieser durch die Krankenkasse bewilligte Plan geht im Original an die Praxis zurück. Nach vollständiger Behandlung wird mit dem Original die Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung durchgeführt.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Guten Tag,
ich musste im Februar leider dringend zum Zahnarzt. Leider war ein Zahn nur durch eine Krone zu retten. Mein Zahnarzt hat einen Kostenplan gemacht und bei meiner Krankenkasse eingereicht. Ich habe leider mein Bonusheftchen nicht mehr finden können und dann sagte mir der Zahnarzt, dass ich dafür 650 Euro zahlen muss – das hätte die Krankenkasse so gesagt. Jetzt habe ich gerade nach der Behandlung eine Rechnung über mehr als 750 Euro bekommen. Der Zahnarzt hat mir aber nicht gesagt, warum das jetzt teurer geworden ist. Ich frage mich auch, warum die Krankenkasse das Bonusheftchen braucht – die haben doch alle Daten von mir! Können sie mir bitte mitteilen, ob ich die höhere Rechnung bezahlen muss? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In der Beratung zeigt sich, dass insbesondere bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen für Patientinnen und Patienten regelmäßig ein Eigenanteil aufzubringen ist. Die Höhe hängt von der Art der Versorgung ab. In der Patientenberatung geht es dementsprechend häufig um Fragen der Notwendigkeit von zahnärztlichen Behandlungsvorschlägen sowie um kostengünstigere und zuzahlungsfreie Alternativen. Dabei zeigt sich immer wieder, dass beispielsweise Kieferorthopäden über die zuzahlungsfreie „Kassenspanne“ gar nicht mehr informieren, obwohl sie dazu verpflichtet sind.

Daneben erläutern die Berater auch immer wieder die Heil- und Kostenpläne, die für viele Patienten unverständlich sind, verweisen aber für eine detaillierte Prüfung je nach Region an die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Zahnärztekammern der Länder. Einige Patientinnen und Patienten meldeten sich, weil sie keinen Heil- und Kostenplan bekommen haben und nach der Behandlung von der Rechnung überrascht wurden. Häufig beklagen Ratsuchende auch, dass die letztendlichen Rechnungen stark von den Heil- und Kostenplänen abweichen, sie darüber jedoch vorab nicht aufgeklärt wurden.

Ein weiterer Sachverhalt, der zu vielen zahnärztlichen Beratungen bei der UPD führt, bezieht sich auf die Voraussetzung für die Bewilligung einer Parodontitis-Behandlung als Kassenleistung. Die Parodontitis ist eine chronische Entzündung des Zahnhalteapparats, worunter bis

zu 20 Prozent der erwachsenen Deutschen über 35 Jahre leiden¹⁷. Die Kostenübernahme einer Behandlung dieser Erkrankung muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Als Voraussetzung für die Bewilligung werden Vormaßnahmen gefordert. Im Sinne der (erfolgreichen) systematischen Behandlung wird häufig die professionelle Zahnreinigung angeboten, welche jedoch als individuelle Eigenleistung vom Patienten selbst bezahlt werden muss. Darüber hinaus sind auch während einer Parodontitis-Behandlung, die meist langfristig durchgeführt werden muss, professionelle Zahnreinigungen notwendig. Hier entsteht also für den Patienten die Situation, dass Selbstzahlerleistungen zur Voraussetzung einer Kassenleistung und deren Erhalt werden und damit die Behandlung von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten abhängig wird.

¹⁷ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): Ursachen und Auswirkung (Parodontitis), <https://www.kzbv.de/ursachen-und-auswirkungen.93.de.html> (Letzter Aufruf 30.04.2018)



FAZIT

Die Verpflichtung des behandelnden Zahnarztes oder Kieferorthopäden zur Information über zuzahlungsfreie Kassenleistungen sollte aus Sicht der Ratsuchenden konsequent umgesetzt werden.

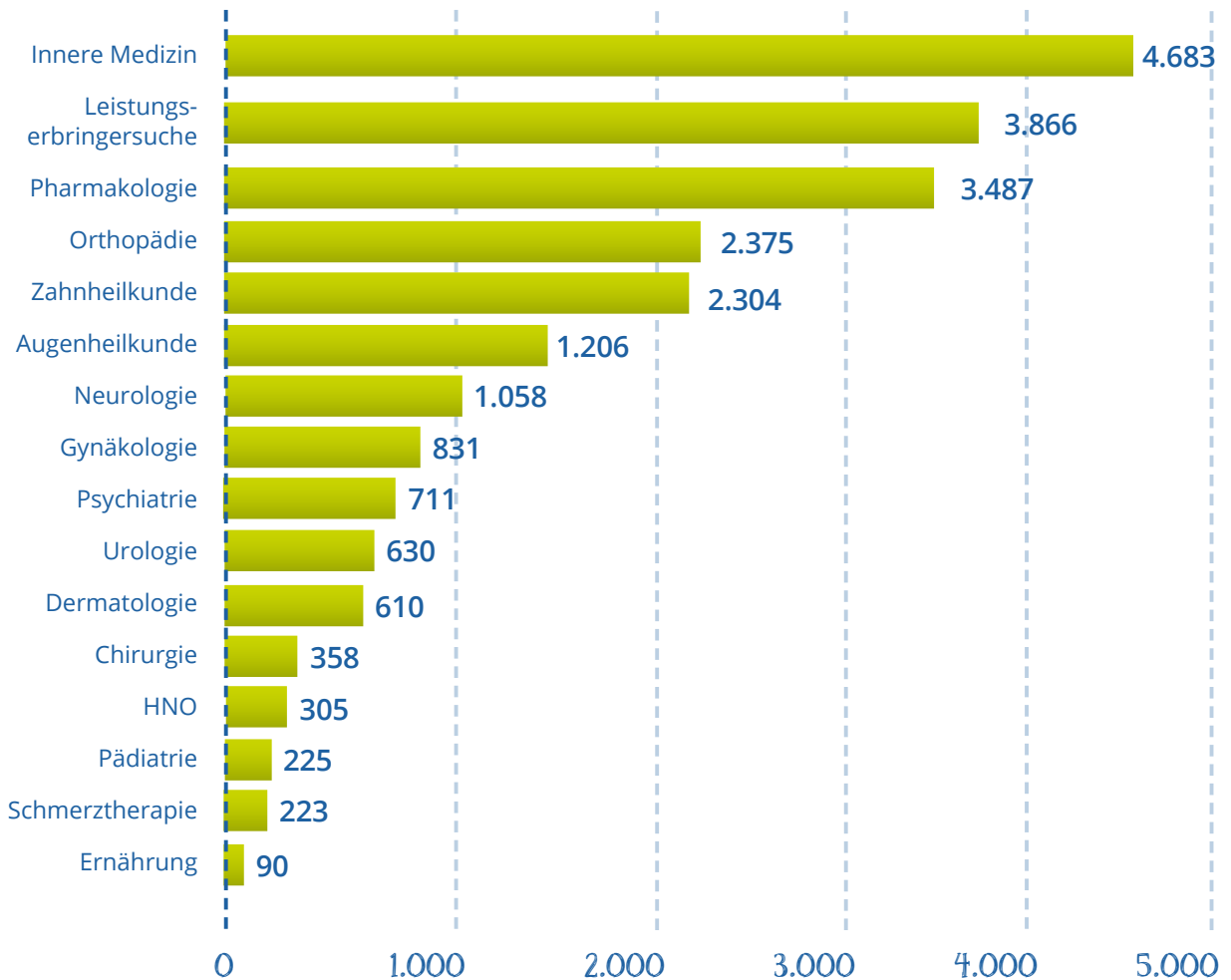
Darüber hinaus ist es aus Sicht der Ratsuchenden wünschenswert, dass bei zahn-technischen Leistungen (§ 9 Abs. 2 GOZ) zu den Möglichkeiten der Abweichungen von Heil- und Kostenplänen zu den tatsächlich geforderten Honoraren klare Vorgaben geschaffen werden. Bei erheblichen Überschreitungen des zahnärztlichen Honorars sollte ein Erfordernis für den Zahnarzt vorgesehen werden, diese Änderung rechtzeitig – sobald er von den erhöhenden Umständen Kenntnis hat – schriftlich mit dem Patienten vereinbaren zu müssen. Erfolgt dies nicht, sollte klar formuliert werden, dass er nicht mehr abrechnen darf, als er veranschlagt hat. Diese Regelung könnte z. B. in der GOZ in § 2 oder in § 4 ergänzt werden.

Zahnärzte sollten aus Sicht der Ratsuchenden verpflichtet sein, ab einem Betrag von 1.000 Euro einen Heil- und Kostenplan zu den zahn-technischen Leistungen nicht nur auf Verlangen des Patienten, sondern grundsätzlich zu erstellen oder beim Zahnlabor einholen zu müssen.

Auch hinsichtlich der Voraussetzungen zur Kostenübernahme einer Parodontitis-Behandlung sollte aus Ratsuchenden-Perspektive die professionelle Zahnreinigung vor einer richtliniengerechten Parodontitis-Behandlung als erforderliche Vormaßnahme ausdrücklich in die Behandlungsrichtlinie aufgenommen werden und somit Kassenleistung sein.

3.3 MEDIZINISCHE UND PSYCHOSOZIALE BERATUNG

AUFTEILUNG DER MEDIZINISCHEN FRAGEN NACH FACHGEBIET UND LEISTUNGSERBRINGERANFRAGEN



N= 28.968 (Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

Im Berichtszeitraum 2017 konnte die Patientenberatung den Ratsuchenden in insgesamt 28.968 medizinischen und psychosozialen Beratungen zur Seite stehen. Das entspricht einer Zunahme um rund 12.000 Beratungen gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum 2016.

Die medizinischen Fragestellungen waren wie im vergangenen Jahr wieder von einer außerordentlichen Heterogenität geprägt. Bei der Zuordnung

der Fragestellungen zu einem medizinischen Fachgebiet (siehe Abb. Aufteilung der medizinischen Fragen nach Fachgebiet und Leistungserbringeranfragen) zeigen sich Schwerpunkte in der Inneren Medizin, der pharmakologischen Beratung, der Orthopädie und der Zahnheilkunde. In der Zusammensetzung nach Fachgebieten zeigen sich keine gravierenden Veränderungen gegenüber 2016. Neben der Zuordnung der medizinischen Beratungen zu einem medizinischen

Fachgebiet werden die Beratungsthemen erfasst und ausgewertet. In den folgenden Kapiteln werden Schwerpunkthemen der Beratung detaillierter dargestellt.

Innerhalb der Inneren Medizin entfällt etwa jede vierte Beratung auf die Themen Impfung und Reisemedizin – diese Themen werden im folgenden Kapitel 3.3.1 detaillierter beschrieben. Die häufig angefragte Unterstützung bei der Suche nach Leistungserbringern wird im Kapitel 3.2.1, Zugang zum Gesundheitswesen behandelt. Ebenfalls in einem eigenen Kapitel wird die pharmakologische Beratung unter dem

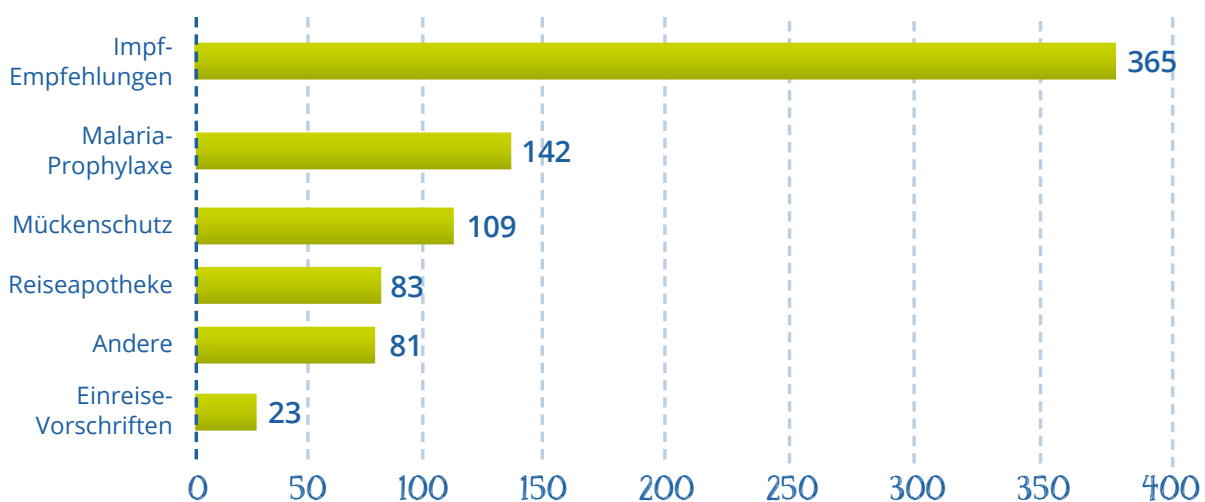
Gesichtspunkt Arzneimitteltherapiesicherheit (Kap. 3.3.4) näher beleuchtet und findet sich auch in dem Kapitel zu Cannabis als Medikament (Kap. 3.2.2) im Abschnitt der fachübergreifenden Beratung.

Das Thema Individuelle Gesundheitsleistung als ein Dauerthema in der Patientenberatung findet sich schließlich mit bestimmten Schwerpunkten quer durch alle Fachgebiete und wird in Kapitel 3.3.3 erläutert. Ebenso wird die psychosoziale Beratung (Kap. 3.3.5) detaillierter dargestellt.

3.3.1 IMPFEN UND REISEMEDIZIN: IMPFSCHUTZ ZU HAUSE UND AUF REISEN

1.183 mal hat die UPD im Berichtsjahr 2017 zu unterschiedlichsten Fragestellungen rund um den Impfschutz und zu reisemedizinischen Themen beraten. Bei 803 Beratungen hatten Ratsuchende medizinische Fragen zu anstehenden Reisen – in 380 Fällen war eine reguläre Impfung das Hauptberatungsthema – zahlenmäßig am häufigsten wurde hier zu Tetanus, Grippe, Pneumokokken, Tollwut und Varizellen beraten.

THEMEN DER REISEMEDIZINISCHEN BERATUNG



N= 803



Hintergrund

In Deutschland sind eine Reihe von sehr guten Informationsquellen zum Thema „Impfen“ verfügbar: vom wissenschaftlich fundierten Impfkalender der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut¹⁸ über laienverständliche Informationsseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung¹⁹ bis hin zu Medienkampagnen wie z.B. „Deutschland sucht den Impfpass“. Auch valide und aktuelle reisemedizinische Informationen sind über verschiedene Institutionen (z.B. Auswärtiges Amt²⁰ oder Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin²¹) im Internet auffindbar. Diese Informationen werden von Ratsuchenden jedoch offenbar zum einen nicht immer aufgefunden und

zum anderen fällt es den Ratsuchenden schwer, die angebotenen Informationen angemessen zu beurteilen. Darüber hinaus können die verfügbaren Informationen nicht alle Fragen der Ratsuchenden einfach beantworten – so wenden sich immer wieder Ratsuchende an die UPD, die Fragen zu Abweichungen vom Impfkalender oder Fragen zu Impfungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen haben. Für die Ratsuchenden kommt komplizierend hinzu, dass die reisemedizinische Beratung und auch die speziellen reisemedizinischen Impfungen keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen sind.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Wir möchten im Sommer in die USA reisen – unser Ziel ist u.a. Florida. Wir haben davon gehört, dass es dort auch Stechmücken gibt, die das Zika-Virus übertragen können. Mein Mann und ich beabsichtigen ein Kind zu bekommen – müssen wir bei der Reise etwas beachten? Wir haben natürlich Angst davor, dass die Schwangerschaft gefährdet sein könnte, wenn wir den Urlaub in einer Region verbringen, wo das Zika-Virus grassiert. ”

¹⁸ Robert-Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html (letzter Aufruf 26.04.2018)

¹⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://www.impfen-info.de/> (letzter Aufruf 26.04.2018)

²⁰ Auswärtiges Amt: Reisen und Gesundheit, <https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reisemedizin> (letzter Aufruf 26.04.2018)

²¹ Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, <https://www.bnitm.de/> (letzter Aufruf 26.04.2018)

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Berater der UPD berichten, dass zu den herkömmlichen Schutzimpfungen im Rahmen des STIKO-Impfkalenders für Kinder und Erwachsene regelmäßig ein hoher Beratungsbedarf besteht. Aktuelle Presseberichte rund um das Thema Impfen schlagen sich deutlich in der Beratung nieder. So haben beispielsweise die Ende 2017 zeitweise abweichenden Informationen zum Grippeimpfstoff zwischen der Ständigen Impfkommission und der Sächsischen Impfkommission zu Nachfragen von Ratsuchenden geführt. Auch bei – aus verschiedenen Gründen – ausgelassenen Standardimpfungen wenden sich Ratsuchende an die UPD. In der pharmazeutischen Beratung der UPD wird immer wieder zu detaillierten Fragen zur Zusammensetzung von Impfstoffen beraten – hier gab es häufig Fragen rund um das Thema Adjuvantien – insbesondere zu Aluminium. Auch im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen oder Schwangerschaft wurden Fragen zum Thema Impfen gestellt.

Das Thema Impfen spielt auch bei den häufigen reisemedizinischen Fragestellungen der Ratsuchenden eine zentrale Rolle (siehe Abb. Themen der reisemedizinischen Beratung). Die Berater bemerkten im Berichtszeitraum eine zunehmende Beratungszahl zu Reisen, die sich über mehrere Länder erstrecken und auch zu Kreuzfahrten. Die Fragestellungen betreffen unter anderem die empfohlenen Impfungen für das jeweilige Reiseland oder spezielle Einreisbestimmungen z.B. zur Gelbfieberimpfung. Häufig geht es um Malaria und die Expositionsprophylaxe oder die hygieni-

schen Bedingungen im Reiseland und das damit verbundene Risiko von Durchfallerkrankungen. Oft sind die Fragestellungen mit persönlichen Besonderheiten verbunden, z.B. im Fall von Schwangerschaften, chronischen Erkrankungen etc.

Die Ratsuchenden geben häufig an, dass sie nicht wissen, an wen sie sich mit Fragen zur Reisemedizin sonst wenden sollen. Das gilt insbesondere, wenn die Reisen kurzfristig angetreten werden. Damit verbunden ist oft die Frage, wo eine Reiseimpfung schnellstmöglich zu bekommen ist. Oftmals wird berichtet, dass Hausärzte augenscheinlich nicht oder nicht gut über reisemedizinische Themen Bescheid wissen. Die Möglichkeit, sich für Impfschutz und reisemedizinische Fragen an die Gesundheitsämter zu wenden, kennen viele Ratsuchende nicht.

Die Ratsuchenden erhalten bei der UPD eine Beratung auf Grundlage offizieller und wissenschaftlich gesicherter Informationen z.B. vom Auswärtigen Amt, dem Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gegebenenfalls werden auch zusätzliche Informationsquellen wie beispielsweise das Center for Disease Control and Prevention in den USA herangezogen. Trotzdem ersetzt die UPD-Beratung nicht die reisemedizinische Beratung durch den Arzt bzw. die tropenmedizinische fachärztliche Untersuchung und Beratung. Ratsuchende werden daher auf solche weiterführenden Möglichkeiten hingewiesen.

FAZIT

Da reisemedizinische Impfungen und Beratungen vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen sind, klagen viele Ratsuchende über Informationsdefizite und fehlende Ansprechpartner innerhalb der Institutionen der Regelversorgung. Angesichts der möglichen Folgen einer ausbleibenden reisemedizinischen Beratung oder Impfung wären transparentere Versorgungswege und einheitliche Ansprechpartner wünschenswert.

VON GUTEN QUELLEN BIS ZUM GUT VORBEREITETEN IMPFBERATUNGSTERMIN – TIPPS FÜR RATSUCHEnde

- ☉ Eine gute und umfassende Informationsquelle für Reisende auch zu reisemedizinischen Themen stellt die Website des Auswärtigen Amtes (<https://www.auswaertiges-amt.de>) dar. Zur Frage nach persönlichen Ansprechpartnern insbesondere für tropenmedizinische Fragen helfen die Internetseiten der Weißen Liste <https://www.weisse-liste.de/de/> und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin <https://www.dtg.org/>.
- ☉ Etwas Vorbereitung auf eine reisemedizinische Beratung hilft, den Termin gut zu nutzen. Vorab geklärt werden sollte dabei:
 - ☉ Aufenthaltsdauer, Art der Reise und Unterkunft, geplanter Kontakt zu Bevölkerung oder zu Tieren
 - ☉ Vorerkrankungen – Medikamente, die mitgeführt werden müssen.
- ☉ Auch ein gewisser Vorlauf der Beratung zur Reise ist wichtig – einen Tag vor Abflug ist es zu spät, vier bis sechs Wochen vor Reiseantritt einen reisemedizinischen Arzt oder Tropenmediziner aufzusuchen, ist ideal.
- ☉ Kurz vor Reisebeginn kann es sinnvoll sein, sich nochmals nach aktuellen Meldungen im medizinischen Bereich zu erkundigen, beispielsweise beim Auswärtigen Amt.

3.3.2 PFLEGE – DIE FAMILIE ALS GRÖSSTER PFLEGE- DIENST DES LANDES

In Kapitel 3.1.3 wird auf die sozialrechtlichen Fragestellungen eingegangen, die Ratsuchende zu verschiedenen Regelungen zum Thema „Pflege“ an die UPD gerichtet haben. Daneben stellen sich Ratsuchende aber auch konkrete pflegefachliche Fragen – insbesondere dann, wenn die Pflege im häuslichen Umfeld von Angehörigen übernommen wird. Was Pflegefachkräfte über mehrere Jahre erlernen, müssen pflegende Angehörige oft ganz plötzlich leisten. Ratsuchende bei der UPD berichten über viele pflegepraktische Probleme bei der häuslichen Pflege.

Hintergrund

Die Anzahl der Pflegebedürftigen nimmt zu: Zwischen 1999 und 2015 ist sie von 2 auf 2,9 Millionen gestiegen. Vorausberechnungen gehen davon aus, dass diese Zahl bis 2060 auf 4,8 Millionen steigen könnte²². 2015 wurden 73 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt und sogar

48 Prozent alleine durch die Angehörigen ohne einen ambulanten Pflegedienst²³. Trotz diverser Beratungs- und Unterstützungsangebote stellt für viele Angehörige die häusliche Pflegesituation eine Belastung dar (vergl. Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst²⁴).

²² Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; Demografieportal des Bundes und der Länder: Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten, http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html (letzter Aufruf 26.04.2018)

²³ Statistisches Bundesamt; Destatis: Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015, Pressemitteilung (2017), <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html> (letzter Aufruf 26.04.2018)

²⁴ Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. Hrsg. Robert Koch-Institut (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst, in: GBE kompakt 6(3) www.rki.de/gbe-kompakt (19.07.2016)

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich pflege seit fünf Jahren zu Hause meine Mutter praktisch alleine – ab und zu hilft mir meine Schwester dabei. Ich habe gehört, dass ich Hilfe bekommen kann, wenn ich jetzt nach Jahren mal in Urlaub fahren möchte. Ausserdem komme ich sowieso mit der Pflege nicht mehr so gut zurecht. Meine Mutter wird immer unbeweglicher und jetzt hat sie sich schon zweimal wundgelegen. Sie wird auch immer dünner – mit dem Essen klappt es immer schlechter. Ich bin mir auch nicht sicher, ob ich alles richtig mache, wenn ich sie im Bett bewege – teilweise wirkt meine Mutter wie abwesend. Sie kann ja schon seit Jahren gar nicht mehr sprechen und manchmal habe ich Angst, dass sie mir nicht sagen kann, wenn sie Schmerzen hat. ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Ratsuchende wenden sich im Gesamt-Themenkomplex Pflege häufig zunächst mit leistungsrechtlichen Fragen an die UPD (siehe Kap. 3.1.4). Im Zuge der rechtlichen Beratung von pflegenden Angehörigen stellt sich – wie auch im geschilderten Beispiel – oft heraus, dass die Pflege zu Hause mit vielen pflegepraktischen Problemen verbunden ist.

Von der Mobilisation der Patienten über die Körperpflege bis zur Wundversorgung: Pflegende Angehörige sind mit einem breiten Spektrum pflegepraktischer Herausforderungen konfrontiert, die in der professionellen Pflege von ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden. Das medizinische Fachteam der UPD kann mit erfahrenen Gesundheits- und Krankenpflegern sowohl pflegepraktische Hinweise als auch qualifizierte Verweise auf unterstützende und beratende Institutionen geben (z.B. Pflegestützpunkte). Pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen sind häufig besonderen Belastungen ausgesetzt – auch hier können die Berater mit praktischen Hinweisen unterstützen und ggf. auch psychosozial beraten. Die Berater können hier beispielsweise über Entlastungs- und Schulungsangebote informieren, auf geeignete Informationsquellen (z.B. auf das Zentrum für Qualität in der Pflege) sowie auf Selbsthilfegruppen und auch auf geeignete Beratungsstellen verweisen.

Die Berater im Pflorgeteam der UPD berichten, dass Ratsuchende über schlechte Erfahrungen und Defizite in der Pflegequalität sowohl mit

ambulanten Pflegediensten als auch mit Pflegeheimen klagen, die laut Schilderung häufig auf Personalmangel zurückzuführen sind. Auch ein mangelhaftes Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt wird in den Beratungsgesprächen geschildert.

Ein weiterer Beratungsschwerpunkt im Pflorgeteam wird durch Ratsuchende gebildet, die auf der Suche nach einem Pflegeheim für einen Angehörigen sind. Die Ratsuchenden klagen hier sehr häufig über mangelnde Transparenz hinsichtlich der Versorgungsleistungen und der pflegerischen Qualität bei den Pflegeinstitutionen. Die UPD-Berater können hier auf Informationsquellen im Internet verweisen (z.B. Zentrum für Qualität in der Pflege <https://bdb.zqp.de/#/home>) und praktische Tipps geben, worauf Ratsuchende in Pflegeheimen achten sollte, wenn sie sich einen persönlichen Eindruck von einem Pflegeheim verschaffen möchten.

FAZIT

Angesichts der zu erwartenden zahlenmäßigen Zunahme von pflegebedürftigen Menschen sind zusätzliche Maßnahmen zur Information, pflegepraktischen Schulung und zur weiteren Unterstützung von pflegenden Angehörigen wünschenswert.

Neutrale, einheitliche und frei zugängliche Informationen über Pflegeinstitutionen hinsichtlich der Versorgungsleistung und qualitativer Aspekte könnten die Suche nach Pflegeeinrichtungen für Angehörige erleichtern.

Der in der öffentlichen Diskussion geschilderte Mangel an qualifizierten Pflegekräften wird auch von Ratsuchenden in der UPD-Beratung so wahrgenommen und kritisiert.

3.3.3 INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN (IGEL): VIEL AUFKLÄRUNGSBEDARF

Mit 890 Beratungen zum Thema IGeL stellt das Thema sowohl in der rechtlichen wie in der medizinischen Beratung weiterhin ein häufiges Anfragethema dar. Bei der Zuordnung der IGeL zu den medizinischen Fachgebieten liegen die Augenheilkunde, die Orthopädie und die Gynäkologie auf den ersten Plätzen.

Hintergrund

Individuelle Gesundheitsleistungen (kurz: IGeLeistungen oder IGeL) sind ärztliche Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Patienten müssen diese Leistungen in der Regel aus eigener Tasche bezahlen. Hintergrund ist, dass gesetzliche Krankenkassen nur Leistungen erstatten, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind – dies ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 12 SGB V). Alle medizinischen Leistungen, die nicht zwingend notwendig sind, dürfen die Kassen daher in der Regel nicht erstatten. Auch wenn der Nutzen einer Methode nicht eindeutig wissenschaftlich belegt ist, kann sie aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgeschlossen werden.

Dennoch können Patienten solche Leistungen – in der Regel auf eigene Kosten – in Anspruch nehmen. Denn die Entscheidung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Leistung nicht

erstatten, bedeutet nicht, dass die entsprechende Leistung nicht angewendet werden darf. Teils bieten einige Kassen ihren Versicherten auch eine Erstattung als sogenannte Satzungsleistung an, teils stehen IGeL-Angebote in Konkurrenz zu ähnlichen Leistungen, die ohne Kosten für den Patienten als Kassenleistung in Anspruch genommen werden können. In der öffentlich ausgetragenen Diskussion über den Nutzen von IGeLeistungen werden Patienten auch immer wieder mit sehr unterschiedlichen Sichtweisen konfrontiert.

Hieraus ergibt sich für Patienten eine komplexe Problemlage, bei der individuelle Bedürfnisse, Aspekte des medizinischen Nutzens und der Risiken sowie die finanzielle Leistungsfähigkeit in Einklang gebracht werden müssen. Auch die Beeinflussung des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch IGeL ist zu erwägen.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung habe ich bei meiner Frauenärztin als IGe-Leistung einen Ultraschall der Beckenorgane machen lassen. Dabei wurde eine Veränderung im linken Eierstock festgestellt. Daraufhin wurde eine MRT-Untersuchung veranlasst. Meine Frauenärztin riet mir zur OP bzw. Entfernung der Eierstöcke, da der Befund zu ungenau sei, um eine ernste Erkrankung auszuschliessen.

Ich hatte meine letzte Regelblutung ungefähr vor drei Jahren, habe aber keinerlei Beschwerden und fühle mich topfit. Auf meine Bitte wurden die Tumormarker – C125 und noch ein anderer, dessen Bezeichnung ich nicht weiss – untersucht. Beide Werte waren in Ordnung.

Auf der Internetseite des IGeL-Monitors habe ich gelesen, dass es bei diesen Untersuchungen oft Überdiagnosen gibt und dadurch häufig unnötig die Eierstöcke entfernt werden.

Hätte ich diesen Ultraschall nicht machen lassen, wären die Tumore nicht entdeckt worden. Was würden Sie mir raten? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In den Fragestellungen der Ratsuchenden geht es vielfach um den medizinischen Nutzen der ihnen angebotenen IGeL. Die Berater erläutern die jeweiligen Verfahren – insbesondere hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und der Risiken. In diese Beratung fließen wissenschaftliche Leitlinien sowie weitere geeignete Informationsquellen wie beispielsweise aus wissenschaftlichen Datenbanken ein – Ziel ist immer, die Ratsuchenden neutral mit verständlichen Informationen zu versorgen, um sie zu befähigen, für sich selbst entscheiden zu können, ob die IGeL in Anspruch genommen wird. Für Ratsuchende sind dabei die sich teilweise widersprechenden Einschätzungen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die daraus resultierenden Folgen irritierend und schwer nachvollziehbar. Bestandteil der Beratung ist häufig auch die Klärung, ob es zu den angebotenen IGeL im individuellen Fall auch eine geeignete Regelleistung der Krankenversicherung gibt. In der Beratung stellt sich dabei mitunter heraus, dass auf ent-

sprechende Kassenleistungen nicht hingewiesen wurde. Die Berater erfahren auch von Fällen, in denen die Voraussetzungen für die Erstattung einer Leistung durch die Krankenversicherung gegeben waren, die Leistung jedoch trotzdem als IGeL verrechnet wurde.

Die häufigsten Beratungsanfragen gibt es bei der UPD weiterhin zu IGeL aus der Augenheilkunde. Hierzu berichten Ratsuchende leider immer wieder über auffällige Negativbeispiele, dass IGeL zur Glaukomvorsorge beispielsweise bereits bei der Anmeldung angeboten werden, ohne dass überhaupt das eigentliche Anliegen erfragt wird.

Die Berater der UPD beobachten bei den Ratsuchenden eine höhere Akzeptanz bei IGeL wie reisemedizinischen Impfungen oder sportmedizinischen Attesten, die zwar medizinisch sinnvoll oder aus anderem Grund notwendig sind, aber nicht im Regelleistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind.

Kritischer werden von Ratsuchenden die IGeL gesehen, bei denen die medizinische Datenlage strittig ist oder gar gegen die IGeL spricht: Hier berichten die Ratsuchenden von Ängsten, dass bei der ärztlichen Empfehlung die finanziellen Erwägungen die medizinischen Fakten überlagern könnten.

Besonders kritisch müssen den Beratungserfahrungen der Patientenberatung zufolge IGeL im Bereich der Früherkennungsmaßnahmen gewertet werden. Die Ratsuchenden berichten dabei über den offen-

bar häufig suggerierten Eindruck, dass durch entsprechende IGeL für wenig Geld etwas Gutes für die Gesundheit getan wird. Außer Acht bleiben dabei falsch-positive Befunde mit allen Konsequenzen wie unnötiger Folgediagnostik oder gar Therapie sowie den damit verbundenen Ängsten und Sorgen der Betroffenen.

Bei bereits in Anspruch genommenen IGeL berät die UPD überwiegend im rechtlichen Fachbereich – meist zu leistungsrechtlichen Fragestellungen.

FAZIT

Wünschenswert wären klarere Richtlinien, in welchen Fällen welche IGeL von Ärzten angeboten bzw. durchgeführt werden dürfen. Zudem wäre eine unabhängige, und neutrale Informationsstelle zu IGeL sinnvoll, die umfassend zu allen angebotenen IGeL evidenzbasierte Informationen anbietet.

Aus Sicht der Ratsuchenden wäre auch eine schnelle Zugangsmöglichkeit für Verfahren mit evidenzbasiert-positiver Bewertung in die Regelversorgung wünschenswert, um medizinisch sinnvolle IGeL rasch aus dem Selbstzahler-Bereich zu entfernen und damit die medizinische Gesamtbewertung aller IGeL einheitlicher und verständlicher darstellen zu können.

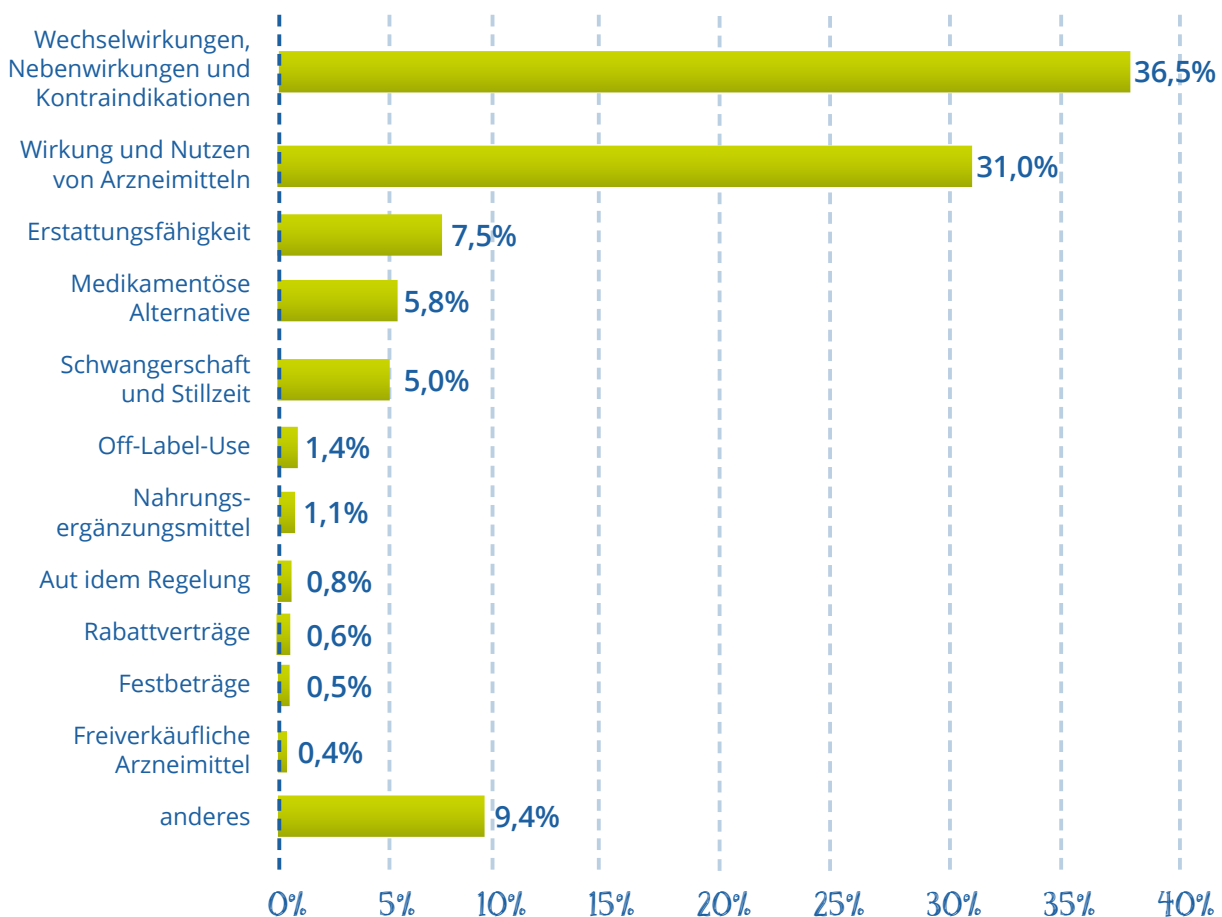
HINWEISE FÜR PATIENTEN

- ☒ Lassen Sie sich Zeit mit der Entscheidung zu einer IGe-Leistung. Es gibt keine dringlichen IGeL!
- ☒ Informieren Sie sich vor Inanspruchnahme der IGeL über Nutzen, Risiken, Alternativen und auch darüber, wie ihr gesundheitlicher Zustand beeinflusst wird, wenn Sie die IGeL nicht in Anspruch nehmen.
- ☒ Sprechen Sie vorher mit Ihrer Krankenkasse; teilweise werden IGeL als sogenannte Satzungsleistungen doch übernommen.
- ☒ Lassen Sie sich nicht alleine von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter in der Arztpraxis über IGeL informieren, sondern fordern Sie eine individuelle Aufklärung durch den Arzt.
- ☒ Verlangen Sie einen Kostenvoranschlag mit klarer Aufschlüsselung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), streben Sie gegebenenfalls einen Kostenvergleich an.
- ☒ Bestehen Sie auf einen schriftlichen Behandlungsvertrag.

3.3.4 ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT: (ZU) VIELE BETEILIGTE IM MEDIKATIONSPROZESS?

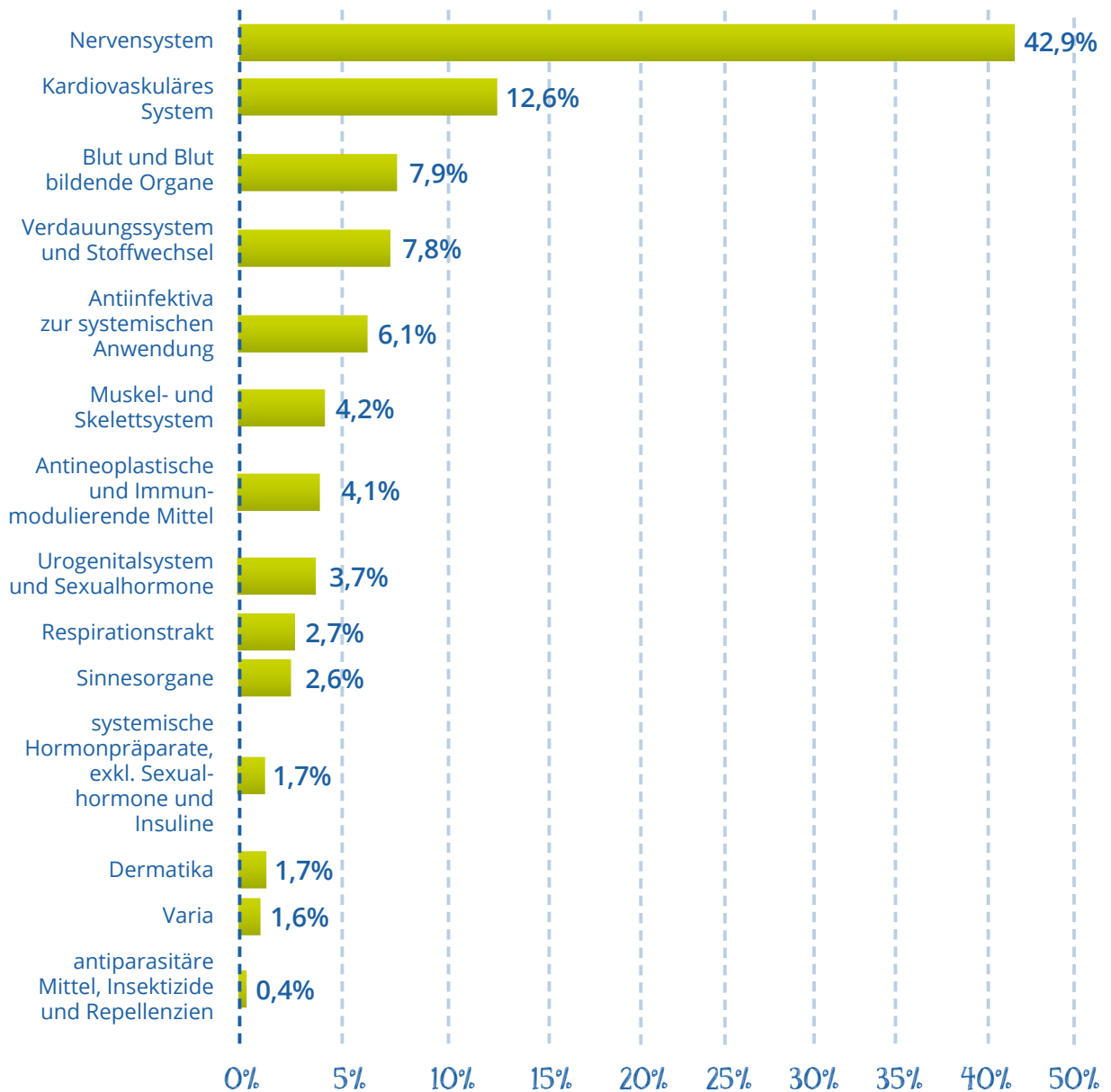
2017 haben die pharmazeutischen Berater der UPD den Ratsuchenden in 3.487 Beratungen zur Seite gestanden. Die Beratungen bezogen sich auf ein weites Spektrum von Fragen zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Am häufigsten wurde zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen beraten. Vielfach wurden in der Beratung Fragen zur Wirksamkeit, zur Erstattungsfähigkeit und zu medikamentösen Alternativen gestellt (siehe Abb. „Die Beratungsthemen in der pharmakologischen Beratung“). Inhaltlich bezogen sich die Fragen auf verschiedenste Arzneimittelgruppen (siehe Abb. „Arzneimittelgruppen in der pharmakologischen Beratung“) – wie im letzten Berichtszeitraum wurden am häufigsten Fragen zu Medikamenten mit Wirkung am Nervensystem gestellt.

DIE BERATUNGSTHEMEN IN DER PHARMAKOLOGISCHEN BERATUNG



N= 3.378 (Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

ARZNEIMITTELGRUPPEN IN DER PHARMAKOLOGISCHEN BERATUNG



N= 2.144 (Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

Hintergrund

Arzneimittel leisten einen bedeutenden Anteil in der Therapie vieler Erkrankungen. Doch die Arzneimitteltherapie birgt auch Risiken. Nach internationalen Studien stellen unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler ein relevantes Gesundheitsproblem dar. Das Problemfeld wird unter anderem im Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

2016-2019 von einem breit aufgestellten Bündnis verschiedener Akteure im Gesundheitswesen adressiert²⁵. Neben den Maßnahmen, die sich an die professionellen Akteure im Medikationsprozess richten, kann auch eine verstärkte Einbeziehung und Mitarbeit der betroffenen Patientinnen und Patienten die Risiken der Arzneimitteltherapie vermindern.

²⁵ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Aktionspläne AMTS, <https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/index.html> (letzter Aufruf 26.04.2018)

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Sehr geehrte Damen und Herren,
seit März wird mir durch meine Ärzte der Wirkstoff Cariprazin verordnet bzw. ich nehme diesen seit März regelmässig ein. Cariprazin hat zu einer Stabilisierung beigetragen.

Meine Diagnose ist dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen. Die Dosierung seit März lautet: Monotherapie mit Cariprazin - 1x6mg.

Nochmal meine Frage bzw. Bitte an Sie, mir einen evtl. in Frage kommenden, zusätzlichen Wirkstoff vorzuschlagen/zu nennen, welcher evtl. ergänzend bei der gegebenen Dosierung von Cariprazin hinsichtlich sozialer Ängste eingesetzt werden könnte (?).

Über einen fachlichen Vorschlag aus Ihrer Richtung würde ich mich sehr freuen bzw. wäre ich Ihnen sehr dankbar!

Es gilt dies selbstverständlich auch mit meinen behandelnden Fachärzten zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Unsere pharmazeutischen Berater berichten, dass bei vielen Ratsuchenden Detailfragen zur Medikamenteneinnahme bestehen: Die Fragestellungen betreffen oft Einnahmehinweise, beispielsweise, ob bestimmte Medikamente auf nüchternen Magen einzunehmen sind.

Ein anderer Fragekomplex bezieht sich auf Wirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Medikamenten: Häufig werden vermutete Wirkunterschiede beim Präparatewechsel im Rahmen der Rabattverträge angesprochen. Andere Ratsuchende fühlen sich durch die eingenommenen Medikamente beeinträchtigt und erkundigen sich in der Beratung nach medikamentösen oder anderen Alternativen zur bestehenden Medikation.

Ratsuchende klagen darüber, dass ihnen beim Medikationsprozess oft unklar ist, wer innerhalb der verschiedenen beteiligten Akteure (Hausarzt, Facharzt, Apotheker) der richtige Ansprechpartner für Probleme oder andere Fragestellungen ist. Mitunter klagen Ratsuchende über das Ge-

fühl, mit ihrem Problem von einem Akteur zum nächsten „gereicht“ zu werden, ohne dass sich jemand letztendlich verantwortlich fühlt, ein Medikationsproblem zu lösen. Den Beratern entsteht dabei immer wieder der Eindruck, dass von einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen hier nicht die vorgeschriebene Zuständigkeit am Prozess der Arzneimitteltherapiesicherheit wahrgenommen wird.

Im Rahmen der telefonischen Beratung durch unser pharmazeutisches Beratungsteam werden zunächst alle Medikamente der Ratsuchenden erfasst, um auf dieser Grundlage unter Zuhilfenahme einer Arzneimitteldatenbank eine umfassende Beratung durchzuführen. Aktuelle Leitlinienempfehlungen fließen in die Beratung zur Arzneimitteltherapie ein.

Dabei werden auch altersbezogene Probleme bei der Medikation berücksichtigt. Die Beratung umfasst auch Regelungen wie beispielsweise die aut-idem-Regelung und die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln.

FAZIT

Es wäre wünschenswert, in alle Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit eng den Patienten einzubeziehen, um Medikationsfehler durch den Patienten selbst zu verhindern. Voraussetzung hierfür ist ein gut informierter Patient, der auch Nutzen und Risiken seiner Arzneimitteltherapie einschätzen kann.

Insbesondere eine klare Abstimmung zwischen verschiedenen verordnenden Ärzten und Apothekern sowie eine deutlichere Wahrnehmung der jeweiligen Informationspflichten wären wünschenswert.

3.3.5 PSYCHOSOZIALE BERATUNG: QUERSCHNITTAUFGABE FÜR ALLE BERATER

Die sozialrechtlichen und medizinischen Probleme der Ratsuchenden sind häufig von Sorgen, Ängsten und existenziellen Nöten begleitet. Die UPD-Berater können hier zusätzlich zur fachlichen Beratung psychosoziale Hilfestellung geben – ein psychosoziales Fachteam kann die Beratung vertiefen.

SCHWERPUNKTE DER PSYCHOSOZIALEN BERATUNG

2017 wurden insgesamt 4.941 psychosoziale Beratungen dokumentiert.

KRANKHEITS- UND LEBENSBEWÄLTIGUNG

(Auszug aus den Themenschwerpunkten)

- ☑ Umgang mit Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit
- ☑ Umgang mit Ängsten
- ☑ Umgang mit Krisen

PROBLEME IM SOZIALEN UND BERUFLICHEN UMFELD

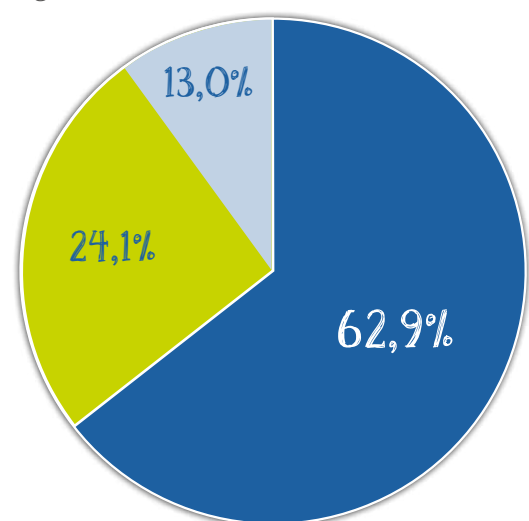
(Auszug aus den Themenschwerpunkten)

- ☑ Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern
- ☑ Umgang mit Konflikten und/oder Ängsten im sozialen Umfeld
- ☑ Umgang mit Konflikten mit Kostenträgern

WIRTSCHAFTLICHE UND SOZIALE ABSICHERUNG

(Auszug aus den Themenschwerpunkten)

- ☑ Umgang mit erschwerter wirtschaftlicher Situation
- ☑ Stärkung zur und bei der Nutzung sozialer Sicherungssysteme
- ☑ Unterstützung beim Versagen sozialer Sicherungssysteme



N= 4.941 (Fehlende Angaben werden nicht abgebildet.)

Beispiel aus der Beratungspraxis

Eine Ratsuchende wendet sich mit Fragen zur Pflegeversicherung bei einer palliativmedizinischen Behandlung ihrer Mutter an die UPD. Die Berater des rechtlichen Teams können die fachlichen Fragen rasch klären. Im Zuge der Beratung wird aber deutlich, dass die Ratsuchende viele weitere Fragen hat, die sich eher um die Themen Sterbebegleitung und Abschiednehmen drehen. Die Ratsuchende fragt sich, inwieweit ihre Mutter von den Besuchen im Hospiz noch etwas mitbekommt? Sie ist sich unsicher, wie sie sich gegenüber der Mutter verhalten soll: Einerseits möchte sie von der Mutter Abschied nehmen und noch viele Dinge mit ihr besprechen – andererseits fürchtet sie, die Mutter zu überfordern. Die Situation ist für die Ratsuchende sehr belastend: Zu Hause, schildert sie, muss sie nämlich immer auch als alleinerziehende Mutter mit zwei kleinen Kindern funktionieren. Die Ratsuchende wird nach der Beratung durch das rechtliche Team an eine Psychologin des psychosozialen Fachteams weiterverbunden, die sich in einem ausführlichen Gespräch den psychosozialen Fragen der Ratsuchenden widmen kann.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In nahezu zwei Drittel der psychosozialen Beratungen klagten Ratsuchende über Probleme bei der Krankheits- bzw. Lebensbewältigung (siehe Abb S.99.), zum Beispiel bei der Bewältigung chronischer Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oder wegen Überlastung als pflegende Angehörige. Auch die Auseinandersetzung mit Sterbenden, Tod oder Trauer wird von den Ratsuchenden angesprochen und kann von den Beratern psychosozial im Beratungsgespräch unterstützt werden.

Die psychosoziale Beratung ist zumeist im Kontext einer konkreten gesundheitlichen oder rechtlichen Fragestellung zu sehen. Daher wird die psychosoziale Beratung als Querschnittsaufgabe von allen Beratern der UPD wahrgenommen. In Fällen, die eine tiefere Beratung erfordern, steht das psychosoziale Fachteam der UPD zur Verfügung. Dieses mit Psychologen besetzte Team kann in Fallkonstellationen, wie beispielsweise der oben im Beispiel geschilderten, auf das Anliegen der Ratsuchenden mit besonderer Fachkompetenz eingehen.

Das psychosoziale Fachteam informiert allgemein über psychotherapeutische Verfahren und unterstützt Ratsuchende mit Verweisen auf einschlägige Kontaktstellen auch beim Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung. Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen ist dies ausweislich unserer Beratungserfahrung ein zunehmend schwieriges Unterfangen (siehe Kap. 3.1.6). Das Fachteam vermittelt auf Anfrage von Ratsuchenden allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungsbildern, zum Beispiel zu deren Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten und verweist auf spezialisierte Anlaufstellen sowie Ansprechpartner. Ein gehäuft nachgefragtes Beratungsthema in diesem Team ist das Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen. Betroffene sind hierbei auf der Suche nach geeigneten Therapeuten und spezialisierten Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie. Eine häufig gestellte Anfrage von Ratsuchenden bezieht sich auf den Umgang mit demenzkranken Familienmitgliedern. Angehörige

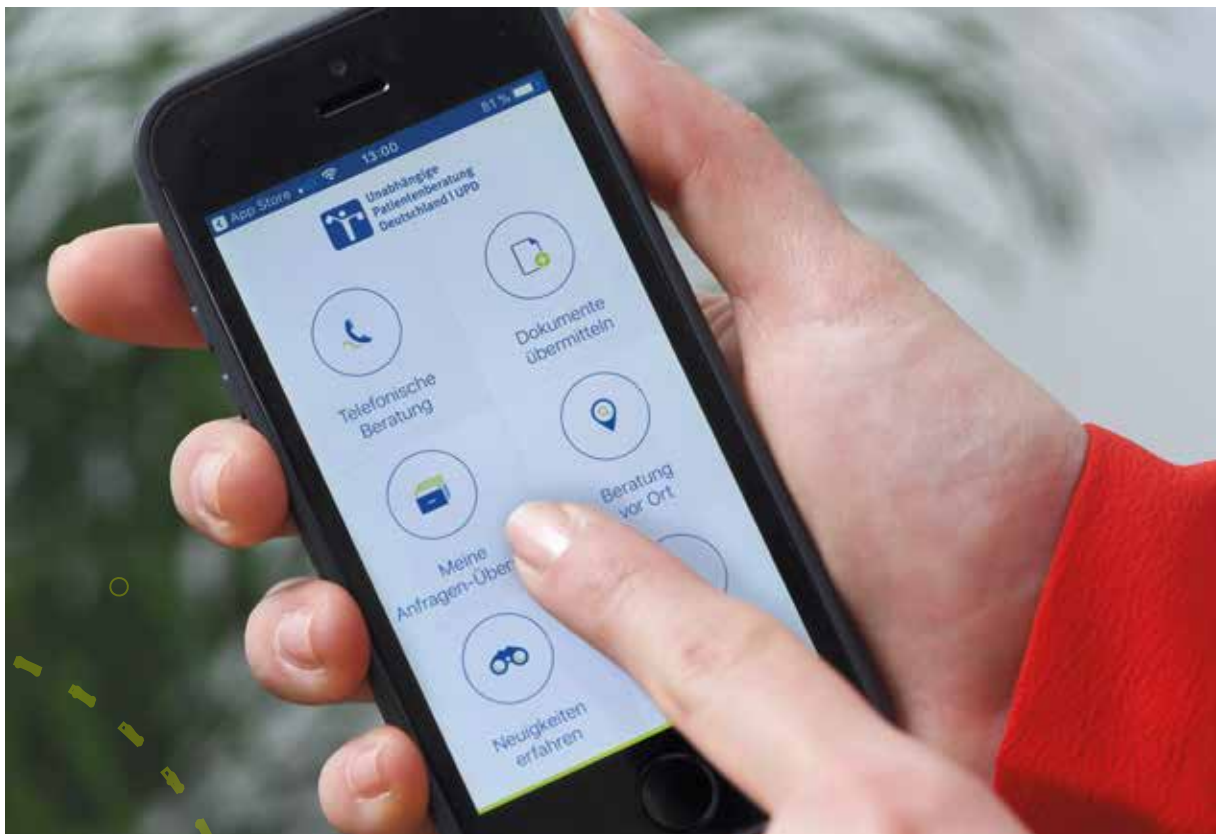
suchen aber auch Rat zu Unterstützungsmöglichkeiten sowie zum Umgang mit anderen psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen oder Suchterkrankungen.

Eine Reihe von psychosozialen Fragen sind geknüpft an rechtliche Beratungen und Beratungen rund um das Thema Krankengeld durch das rechtliche Fachteam. Diese Themen werden von den Ratsuchenden häufig als sehr belastend, manchmal sogar krisenhaft und als existenziell bedrohlich empfunden. Ratsuchende fühlen sich durch Konflikte mit Kostenträgern während ihrer Erkrankungsphase oft psychisch belastet. Dabei

wird häufig das Krankengeldfallmanagement als Ursache benannt. Insbesondere Anrufe von sogenannten Fallmanagern der Krankenkassen werden als belastend empfunden. Hier unterstützen die Berater die Ratsuchenden – neben der fachlichen rechtlichen Beratung – auch im Umgang mit den Konflikten und Sorgen und der möglicherweise erschwerten wirtschaftlichen Situation. Die Probleme werden gemeinsam sortiert und umsetzbare Handlungsoptionen aufgezeigt. Die Ratsuchenden erfahren in der Beratung, wo sie qualifizierte Stellen finden können, die weiterführende Hilfe und Unterstützung anbieten.

FAZIT

Beratungsthemen, mit denen sich Ratsuchende an die UPD wenden, werden in vielen Fällen als emotional belastend wahrgenommen und ziehen eine psychosoziale Beratung nach sich. Die UPD-Beratung kann in diesen Fällen zwar keine soziale Einzelhilfe oder Psychotherapie anbieten – durch eine individuelle Beratung aber gangbare Wege aufzeigen und insbesondere an geeignete Unterstützungsstrukturen verweisen.



Literaturverzeichnis

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Aktionspläne AMTS,
<https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/index.html> (26.04.2018)

Auswärtiges Amt: Reisen und Gesundheit,
<https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reisemedizin> (26.04.2018)

Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, <https://www.bnitm.de/> (26.04.2018)

Bertelsmann Stiftung: Das Internet: Auch Ihr Ratgeber in Gesundheitsfragen?, Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte, Gütersloh 2018

Bertelsmann Stiftung: Die Suche nach Gesundheitsinformationen, Patientenperspektiven und Marktüberblick, Gütersloh 2018

Bertelsmann Stiftung: Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen - Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden, Gütersloh 2018

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://www.impfen-info.de/> (26.04.2018)

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; Demografieportal des Bundes und der Länder: Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten, http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html (26.04.2018)

Bundesversicherungsamt: Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 120-124

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Berlin 2015

Institut für Patientensicherheit (2016): Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements,
<http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/ifps-beitrag-3.pdf>, S. 17, 18, 77 (30.04.2018)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): Ursachen und Auswirkungen (Parodontitis), <https://www.kzbv.de/ursachen-und-auswirkungen.93.de.html> (30.04.2018)

Koalitionsvertrag zur 19. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD: Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land., Berlin 2018, S. 98

Kommissarische Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege Ingrid Fischbach: „Gerechtigkeit bei Behandlungsfehlern muss beim Beweismaß ansetzen!“, Pressemitteilung vom 05.04.2018,
<https://www.patientenbeauftragter.de/10-pressemitteilungen/patientenrechte/183-gerechtigkeit-bei-behandlungsfehlern-muss-beim-beweismass-ansetzen> (30.04.2018)

Lampert, T.; Kroll, L. E.; Kuntz, B.; Hoebel, J. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich, Zeitliche Entwicklungen und Trends in: Journal of Health Monitoring 3(S1):1–26. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019

Robert-Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission,
https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html
(26.04.2018)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.):
Krankengeld – Entwicklung, Ursachen, Berlin/Bonn 2015

Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E.-V.; Hurrelmann, K.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
in Deutschland, Ergebnisbericht, Bielefeld 2016,
https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_Deutschland.html

Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K. (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan
Gesundheitskompetenz, Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, Berlin 2018, S. 10

Statistisches Bundesamt (Destatis): „Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015“,
Pressemitteilung Nr.017 vom 16.01.2017,
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>
(26.04.2018)

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Monitor Patientenberatung 2016,
Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der
Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V,
Berlin 2013, S. 58 ff.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Abschlussbericht zur Förderphase 2011-2015
der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, Berlin 2015

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Monitor Patientenberatung 2015,
Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der
Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V, Berlin 2015

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Monitor Patientenberatung 2014,
Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der
Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V, Berlin 2014

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: 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 2013

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C.; Hrsg. Robert Koch-Institut (2015):
Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst, in: GBE kompakt 6(3)
www.rki.de/gbe-kompakt (19.07.2016)

World Health Organization Europe: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung,
Kopenhagen WHO 1986,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
(30.04.2018)

Abkürzungsverzeichnis

aG	Außergewöhnliche Gehbehinderung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BG	Berufsgenossenschaft
Bl	Blindheit
G	Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
H	Hilflosigkeit
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
MRT	Magnetresonanztomografie
SGB I	Erstes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB X	Zehntes Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
WHO	World Health Organization

Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V.

Bürger nah, erreichbar und qualifiziert

Beratung in deutscher Sprache:

Tel.: 0800 011 77 22

Zeiten: montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr

Fremdsprachige Angebote:

Beratung Türkisch

Tel.: 0800 011 77 23

Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Russisch

Tel.: 0800 011 77 24

Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Arabisch

Tel.: 0800 332 212 25

Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr

Die Patientenberatung ist unkompliziert auf vielen Wegen erreichbar – auch per Post, Mail oder online unter www.patientenberatung.de

Online finden Sie auch die 30 festen Beratungsstellen sowie weitere 100 Standorte in Deutschland, die regelmäßig von einem der drei UPD-Mobile angesteuert werden.