



**Unabhängige  
Patientenberatung  
Deutschland | UPD**

# **Monitor Patientenberatung | 2015**

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

*Berichtszeitraum*  
*01.04.2014 – 31.03.2015*

**Berlin, 1. Juli 2015**

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

## Das Wichtigste zuerst

**Was fehlt mir? Welche Behandlung hilft? Was zahlt meine Kasse? Wer krank ist, hat meist viele Fragen und sucht dringend nach Antworten. Begleiter sind oft Ängste und Schmerzen, gleichzeitig gilt es bürokratische Hürden zu überwinden und Konflikte auszuhalten. Der Monitor Patientenberatung beschreibt einmal im Jahr, zu welchen Problemen die Menschen Unterstützung bei der UPD gesucht haben. Der vorliegende Bericht bestätigt weitgehend die Ergebnisse aus den Vorjahren 2014 und 2013. Damit erhärten sich die Hinweise der UPD auf bestimmte Problemlagen im Gesundheitswesen. Ausgewertet wurden dazu über 80.000 Beratungsgespräche zwischen April 2014 und März 2015. Die quantitativen Ergebnisse ergänzt der Bericht durch zahlreiche Fallbeispiele und Schilderungen der Berater aus der Praxis.**

### Aufgabe dieses Berichts ...

... ist es, mögliche Schwachpunkte im Gesundheitssystem zu identifizieren. **Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse liefern jedoch keine statistischen Beweise und beanspruchen auch keine Repräsentativität.** Sie dienen vielmehr der Erkundung von Problemlagen, die aus der Patientenperspektive besonders relevant sind. Die Auswertung der an die UPD herangetragenen Anliegen, Sorgen und Nöte ist ein direktes Spiegelbild von Patientenerfahrungen und liefert viele wichtige Hinweise und Anhaltspunkte, die durch Wissenschaft, Politik und Medien weiterverfolgt werden sollten.

Im Fokus des Monitors Patientenberatung stehen fünf Beratungsschwerpunkte der UPD. Diese waren im Berichtszeitraum: Patientenrechte, Geldforderungen und Zuzahlungen, Ansprüche gegenüber Kostenträgern, Behandlungsfehler sowie Probleme der Patienten im sozialen und beruflichen Umfeld.

### Ermittelt wurden die Beratungsschwerpunkte durch eine Kombination:

1. der häufigsten UPD-Beratungsthemen (mehr dazu vgl. 2.1.)
2. der häufigsten Beschwerden von Patientinnen und Patienten (vgl. 2.2.)
3. der häufigsten Problemlagen in einem vorab definierten Problemlagenkatalog (vgl. 2.3.)

Als Beratungsschwerpunkte identifiziert wurden schließlich jene fünf Themen, die sowohl auf der Liste der häufigsten Beratungsthemen als auch bei den häufigsten Beschwerden und Problemlagen auf den ersten zehn Plätzen der Rangfolge rangieren (mehr zu diesem Auswahlverfahren vgl. Kapitel 1.).

### Beratungsschwerpunkt „Patientenrechte“

Auch nach Einführung eines Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 ist die Befolgung der einschlägigen Rechtsnormen des Bürgerlichen Gesetzbuchs im Versorgungsalltag nicht immer selbstverständlich. In 15.079 Beratungsgesprächen hat die UPD zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen beraten (vgl. 3.1). Am häufigsten ging es dabei um eine **Einsichtnahme in die Krankenunterlagen**, die den Patientinnen und Patienten trotz eindeutiger Rechtslage häufig nicht gewährt wurde (vgl. 3.1.1). Die Beraterinnen und Berater berichten, dass die Ratsuchenden aus Furcht vor möglichen Verfahrenskosten häufig vor dem Rechtsweg zurückschrecken und auf die Akteneinsicht verzichten würden.

Bei Unsicherheiten bezüglich der Wahl eines Untersuchungs- oder Behandlungsverfahrens kann das Einholen einer ärztlichen **Zweitmeinung** den Entscheidungsprozess für oder gegen ein Verfahren oder eine Maßnahme unterstützen. Patientinnen und Patienten können eine Zweitmeinung einholen, indem sie von ihrem Recht auf freie Arztwahl Gebrauch machen. Sehr viele Ratsuchende kontaktierten die UPD, weil sie fürchteten, die Kosten für die Zweitmeinung selbst tragen zu müssen. Hier be-

richten Beraterinnen und Beratern von großen Unsicherheiten unter den Patientinnen und Patienten (vgl. 3.1.2).

Daneben gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass die **Regelungen zum Behandlungsvertrag** ärztlicherseits teilweise keine Beachtung finden (vgl. 3.2). Den Berichten der Ratsuchenden zufolge wurde etwa bei Individuellen Gesundheitsleistungen häufig kein schriftlicher Vertrag geschlossen, die Leistung aber dennoch in Rechnung gestellt (vgl. 3.2.4).

Um den Zugang zur Versorgung ging es jenen Patientinnen und Patienten, die sich wegen der **Gewährung einer Behandlung** an die UPD wendeten. In 1.885 Fällen waren Ratsuchende der Auffassung, dass ihnen eine medizinisch notwendige Leistung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verwehrt wurde (vgl. 3.1.3). Ärztlicherseits wurde dies nach Angaben der Patientinnen und Patienten meist mit einer drohenden Überschreitung der geltenden **Richtgrößen (Budgets)** begründet. Wurde die Krankenkasse hinzugezogen, verwies diese meist auf die vertragsärztliche Behandlungspflicht, während die Ärzte auf dem Standpunkt beharrten, dass die Verordnung zu Regressforderungen führen könne. Die Beraterinnen und Berater berichten, dass Patientinnen und Patienten hier häufig zwischen die Fronten geraten würden, ohne dabei die Zusammenhänge und Hintergründe zu durchschauen. Über alle Beratungsthemen hinweg dokumentierten die Beraterinnen und Berater in 711 Kontakten die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer unberechtigt verweigert wurden.

Hinweise auf Zugangsbarrieren ergaben sich auch bei Versicherten im **Basistarif der privaten Krankenversicherung** (vgl. 3.1.3). Hier berichteten Ratsuchende von einem lückenhaften Netz von Ärztinnen, Ärzten, aber auch Zahnärztinnen und Zahnärzten, die bereit seien, zum Basistarif zu abrechnen. Gerade im ländlichen Bereich ergeben sich nach Angaben der Beraterinnen und Berater Hinweise darauf, dass eine wohnortnahe Versorgung dieser Versichertengruppe nicht immer sichergestellt ist. Häufig seien die Betroffenen dann gezwungen, einer Behandlung zum Normaltarif zuzustimmen und die Differenz zum Erstattungsbetrag selbst zu zahlen – was auf lange Sicht nicht selten zu finanzieller Überforderung führe.

### **Beratungsschwerpunkt „Geldforderungen und Zuzahlungen“**

Auch finanzielle und wirtschaftliche Aspekte spielten in der Beratung eine wichtige Rolle: In 9.285 Beratungsgesprächen ging es um Rechnungen, Krankenversicherungsbeiträge und Eigenanteile, aber auch um Zuzahlungen, Fragen zur Belastungsgrenze, zum Heil- und Kostenplan sowie zu Härtefallregelungen bei Zahnersatz (vgl. 3.2). Besonders häufig wendeten sich Ratsuchende mit **Beitragsfragen** an die UPD (vgl. 3.2.1). Dies betraf die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge aber auch **Beitrags-schulden** und **finanzielle Überforderung**. In diesem Zusammenhang weisen die Beraterinnen und Berater darauf hin, dass die Möglichkeit eines einmaligen Schuldenerlasses im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden vielen Ratsuchenden nicht bekannt war und somit nur von einem Teil der Betroffenen tatsächlich genutzt werden konnte.

Im Bereich der privaten Abrechnung von Leistungen auf Basis der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte liefern die Erfahrungen aus der Patientenberatung Hinweise darauf, dass die **Rechnungen für Patientinnen und Patienten unverständlich und praktisch nicht nachvollziehbar** sind (vgl. 3.2.2). Ein Schwerpunkt in der Beratung bildet dabei die Zahnmedizin, denn der finanzielle Eigenanteil ist in wohl keinem anderen Bereich der Versorgung so groß (vgl. 3.2.3). Das gilt für Festzuschüsse und Selbstbeteiligungen ebenso wie für Zuzahlungen bei der Füllungstherapie und Indikationseinschränkungen bei der Kieferorthopädie. In den Beratungen stellte sich häufig heraus, dass die Patientinnen und Patienten über die **Regelleistungen häufig nur einseitig oder überhaupt nicht infor-**

**miert** wurden und nicht wussten, dass es zu der teilweise schon erfolgten, hochwertigen Versorgung noch eine kostengünstigere Alternative gegeben hätte.

Neben der Zahnmedizin spielten auch die **Individuellen Gesundheitsleistungen** eine wichtige Rolle in der Beratung zur Rechtmäßigkeit von Geldforderungen (vgl. 3.2.4). Besonders problembehaftet waren dabei Leistungen, die nicht per se vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind wie z.B. der PSA-Test oder die Messung des Augeninnendrucks, die bei einer entsprechenden medizinischen Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Den Beraterinnen und Beratern zufolge belasten derartige Konstellationen das Arzt-Patienten-Verhältnis erheblich.

### **Beratungsschwerpunkt „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“**

Auch leistungsrechtliche Fragestellungen stehen mit dem Zugang zur Versorgung in Verbindung und spielten im Beratungsalltag der UPD eine prominente Rolle. So sind Beratungen zu möglichen **Ansprüchen gegenüber Kostenträgern** mit 29.131 Beratungsgesprächen das häufigste Thema im Beratungsgeschehen der UPD (vgl. 3.3). Dies betrifft die Erläuterung von Umfang und Anspruchsvoraussetzungen aber auch die Prüfung der Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger. In 1.071 Fällen dokumentierten die Beraterinnen und Berater die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert wurden.

Bei den Ansprüchen gegenüber Kostenträgern war das **Krankengeld** wie in den Vorjahren die dominierende Leistung, zu der Beratung nachgefragt wurde (vgl. 3.3.1). Neben der sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und Fragen zur Bezugsdauer ging es hier besonders häufig um den Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld wegen einer **Lücke in der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit**. Die zugrundeliegende Regelung führt nach Ansicht der Beraterinnen und Berater immer wieder dazu, dass Patientinnen und Patienten ihren Anspruch auf die Lohnersatzleistung unverschuldet verlieren, oftmals mit schwerwiegenden wirtschaftlichen Folgen.

Ein weiteres sehr häufig nachgefragtes Thema im Bereich der Ansprüche gegenüber Kostenträgern betrifft die **stationäre medizinische Rehabilitation** (vgl. 3.3.2). Die Beraterinnen und Berater berichten, dass viele Anträge aufgrund einer unzureichenden Nutzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt würden. Dies könne zwar formal korrekt sein, sei aber immer dann problematisch, wenn eine ambulante Behandlung nicht mit angemessenem Aufwand durchgeführt werden könne. Dies sei zum Beispiel der Fall, wenn im ländlichen Raum keine erreichbaren ambulanten Angebote zur Verfügung stünden und Fahrtkosten nicht übernommen würden. Auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen scheitere die Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten den Ratsuchenden zufolge häufig an der Verfügbarkeit ambulanter Therapieplätze.

Um den Zugang zur Versorgung geht es auch bei der **Bewilligung von Hilfsmitteln** (vgl. 3.3.3). Hier berichten die Beraterinnen und Berater von sehr langen Bewilligungszeiträumen. Häufig würden die Anträge zunächst abgelehnt. In Einzelfällen könne es dann bis zu zwei Jahre dauern, bis Patientinnen und Patienten eine adäquate Versorgung erhalten. Problematisch sei in diesem Zusammenhang auch die Verordnung von Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten seien. Trotz anderslautender Urteile des Bundessozialgerichts würden derartige Anträge fälschlicherweise mit der Begründung abgelehnt, dass nur Hilfsmittel verordnungsfähig seien, die im Hilfsmittelkatalog enthalten sind. Neben der Bewilligungspraxis berichten die Beraterinnen und Berater auch von einer unzureichenden Qualität der Hilfsmittel und der damit in Verbindung stehenden Dienstleistungen im Rahmen der gängigen **Ausschreibungspraxis der Krankenkassen**.

### **Beratungsschwerpunkt „Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld“**

7.875 Ratsuchende wurden im Rahmen dieses Schwerpunktthemas beraten. In den meisten Fällen ging es um Konflikte mit Leistungserbringern oder Kostenträgern – häufig im Zusammenhang mit unverständlicher, unvollständiger oder fehlerhafter Aufklärung und Kommunikation. So sind die Beraterinnen und Berater über alle Beratungsthemen hinweg in 7.300 Beratungsgesprächen zu der Einschätzung gelangt, dass Patientinnen und Patienten falsch oder unvollständig informiert und beraten wurden oder unangemessenem Verhalten ausgesetzt waren.

Dies betrifft die Aufklärung über medizinische Verfahren und Maßnahmen ebenso wie die Aufklärung über wirtschaftliche Folgen bei privat abgerechneten Leistungen. Die Beraterinnen und Berater weisen darauf hin, dass die **Informationsverarbeitung** bei Patienten angesichts von Angst, Krankheitssymptomen und dem Einfluss von Arzneimitteln unter deutlich erschwerten Bedingungen stattfindet. Immer wieder berichteten Patientinnen und Patienten jedoch vom **Zeitdruck im Medizinbetrieb**, der einer ausreichenden Aufklärung im Wege stehe, das Vertrauen in die Ärztinnen und Ärzte schwäche und nicht selten auch zu Konflikten führe. Viele Ratsuchende berichteten in der Beratung von einer Missachtung der gesetzlichen Aufklärungspflichten sowie von einer sehr knapp bemessenen und teilweise auch konfliktbehafteten Kommunikation im Arzt-Patienten-Kontakt (vgl. 3.1.4). In 3.850 Fällen wurden Ratsuchende zum Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern beraten.

Auch bei den Krankenkassen gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten nicht immer die Informationen und Unterstützung erhalten, die sie benötigen. In 2.585 Beratungsgesprächen dieses Schwerpunkts wurde zu Konflikten mit Kostenträgern beraten, die häufig wiederum mit einer unzureichenden Kommunikation in Verbindung stehen. So berichten die Beraterinnen und Berater zum Beispiel von einem großen **Aufklärungsbedarf im Bereich der Kostenübernahme von Arzneimitteln**. Rabattverträge und Festbetragsregelungen führen demnach oft zu Unverständnis und der Wahrnehmung, dass medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten werden.

Wie in den Vorjahren wendeten sich auch wieder viele Patientinnen und Patienten an die UPD, die sich von **Krankengeld-Fallmanagern** der Krankenkassen unter Druck gesetzt fühlten (vgl. 3.3.1). Das als Unterstützungsleistung angedachte Fallmanagement wirkt nach Auffassung der Beraterinnen und Berater häufig kontraproduktiv und löst bei den Patientinnen und Patienten zahlreiche Unsicherheiten und Ängste aus. Die Versicherten unter Druck zu setzen, sei gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wenig zielführend.

### **Beratungsschwerpunkt „Behandlungsfehler“**

Ein weiteres Problemfeld lokalisieren die Beraterinnen und Berater im Bereich der Behandlungsfehler (vgl. 3.5). In 6.320 Beratungsgesprächen ging es um einen Verdacht auf Behandlungsfehler. In 1.629 Kontakten lieferte die Beratung aus fachlicher Sicht der Beraterinnen und Berater Anhaltspunkte für Defizite oder Mängel in der Versorgung. Dabei berichten die Beraterinnen und Berater von Schwierigkeiten bei der Beweisführung, insbesondere beim **Nachweis der Kausalität** zwischen der Fehlversorgung und dem dadurch eingetretenen Schaden. In vielen Fällen würde dies nicht gelingen oder sei bei bestimmten Erkrankungen kaum möglich. In der Konsequenz würden Patientinnen und Patienten, die zu Schaden gekommen seien, keine Entschädigung erhalten. Auch die **Unterstützung der Krankenkassen** bei Behandlungsfehlern gestalte sich ganz unterschiedlich. Während einige Krankenkassen ihre Versicherten mit umfangreichen Beratungsangeboten und Gutachten unterstützten, würden andere die Versicherten ohne weitere Beratung an die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärzte- und Zahnärztekammern verwiesen (vgl. 3.5).

Die Übersicht der einzelnen Beratungsschwerpunkte kann nur einen Teil der in diesem Bericht vorgestellten Themen und Befunde berücksichtigen. Sie verdeutlicht aber, dass Patientinnen und Patienten auf ihrem Versorgungspfad mit vielen unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert werden. Diese beschränken sich keineswegs nur auf die eigentliche Krankheitsbewältigung sondern umfassen auch und insbesondere die Kommunikation im Behandlungsgeschehen sowie die Organisation und Koordination des eigenen Versorgungsprozesses.

Patientinnen und Patienten arrangieren sich mit dem Zeitmangel im Medizinbetrieb und nehmen Informations- und Kommunikationsdefizite in Kauf. Sie müssen bürokratische Hürden überwinden, finanzielle Risiken tragen und zum Teil auch mit wirtschaftlicher Überforderung umgehen. In bestimmten Bereichen der Versorgung müssen sie gegen Zugangsbarrieren ankämpfen, aber auch ihre Rechte gegenüber Ärztinnen und Ärzten einfordern und durchsetzen. Die im vorliegenden Bericht vorgestellten Befunde spiegeln die direkten Erfahrungen von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Ebendiese Erfahrungen liefern wichtige Hinweise und Indizien für Verbesserungspotentiale im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Die einzelnen Sachverhalte werden in den folgenden Kapiteln anhand zahlenmäßiger Auswertungen aber auch durch qualitative Analysen und typische Fallbeispiele differenziert beschrieben und ausgewertet.

## Inhalt

<b>Das Wichtigste zuerst .....</b>	<b>2</b>
<b>Inhalt .....</b>	<b>7</b>
<b>Vorbemerkung .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Zu diesem Bericht .....</b>	<b>10</b>
1.1. Berichtslogik und Leitfragen.....	11
1.2. Datengrundlage.....	13
1.3. Zur Interpretation der vorliegenden Ergebnisse .....	14
1.4. Vertiefende Analyse mit Hilfe qualitativer Verfahren .....	15
<b>2. Das Beratungsgeschehen im Überblick .....</b>	<b>17</b>
2.1. Häufung einzelner Beratungsthemen .....	17
2.2. Dokumentierte Beschwerden.....	19
2.3. Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen.....	21
<b>3. Beratungsschwerpunkte .....</b>	<b>23</b>
3.1. Patientenrechte .....	26
3.1.1. Einsichtnahme in die Krankenunterlagen .....	28
3.1.2. Zweitmeinung .....	30
3.1.3. Gewährung notwendiger Behandlung .....	32
3.1.4. Aufklärung.....	35
3.1.5. Selbstbestimmungsrecht .....	37
3.2. Geldforderungen und Zuzahlungen .....	40
3.2.1. Beitragsfragen .....	42
3.2.2. Richtigkeit einer Rechnung.....	45
3.2.3. Geldforderungen in der Zahnmedizin .....	47
3.2.4. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	50
3.3. Ansprüche gegenüber Kostenträgern .....	52
3.3.1. Krankengeld.....	55
3.3.2. Stationäre medizinische Rehabilitation.....	59
3.3.3. Hilfsmittel .....	62
3.4. Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld .....	65
3.5. Behandlungsfehler .....	70
<b>4. Spezialthema muttersprachliche Beratung .....</b>	<b>75</b>



<b>5. Hintergrund</b> .....	<b>81</b>
5.1. Die Kontaktdokumentation der UPD .....	81
5.2. Über die UPD .....	84
<b>Literatur</b> .....	<b>86</b>
<b>Anlage – Übersicht zu den vordefinierten Problemlagen</b> .....	<b>88</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>90</b>



## Vorbemerkung

Schon zum dritten Mal legt die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit dem Monitor Patientenberatung einen Bericht vor, der helfen soll, Problemlagen der gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren. Mit der Berichtslegung erfüllt die UPD ihren gesetzlichen Auftrag. Aber bewegt das Berichtswesen auch etwas?

Mit den Inhalten des letzten Berichts sind wir bei den unterschiedlichen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung auf offene Ohren gestoßen: In vielen Gesprächen mit Leistungserbringern und Kostenträgern konnten wir die Perspektiven und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten beschreiben und erklären. Gemeinsam haben wir die konkreten Ergebnisse analysiert, ausgewertet und nach Lösungen gesucht. Dabei wurden an vielen Stellen Veränderungsprozesse in Gang gesetzt - auch in der Gesetzgebung. Wir freuen uns über diese Wirksamkeit und sind auch ein wenig stolz darauf.

An dieser Stelle danke ich allen Beraterinnen und Beratern, die erneut in über 80.000 Beratungsgesprächen komplexe Situationen entwirrt, Wissen vermittelt, Entscheidungshilfen gegeben, zugehört, motiviert und ermutigt haben und jedes dieser Gespräche anonym erfasst haben: Mein Dank gilt auch allen, die sich darüber hinaus bei der Erstellung des Monitors Patientenberatung 2015 mit großem Einsatz engagiert haben.

Das Ergebnis dieses Einsatzes – der vorliegende Bericht – verleiht der Patientenperspektive besonderes Gewicht, denn er spiegelt die Themen, bei denen Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem auf Hindernisse stoßen, Konflikten ausgesetzt sind oder schlicht mit der administrativen Bewältigung ihres Patientendaseins überfordert werden. In diesem Jahr werden wir noch tiefer in die einzelnen Themenbereiche eintauchen, um möglichst konkrete Anhaltspunkte für Verbesserungspotentiale zu liefern. Sie dürfen also gespannt sein.

Berlin, 1. Juli 2015



Stephanie Jahn ist  
Geschäftsführerin der  
UPD gGmbH und leitet die  
Bundesgeschäftsstelle  
in Berlin

## 1. Zu diesem Bericht

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) informiert und berät seit 2006 Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Dabei erfüllt sie einen gesetzlichen Auftrag gemäß § 65b SGB V, der im Jahr 2011 im Rahmen einer Neufassung um das „Aufzeigen von Problemlagen im Gesundheitssystem“ erweitert wurde. Nach der Entwicklung und Einführung eines hierfür geeigneten Dokumentationssystems informiert die UPD den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mit dem **Monitor Patientenberatung** seit 2013 über Auffälligkeiten, häufige Problemkonstellationen und besonders relevante Themen in der unabhängigen Patientenberatung (vgl. UPD 2013, UPD 2014). Mit dem vorliegenden Bericht gewährt die UPD nun zum dritten Mal Einblicke in das Beratungsgeschehen und liefert damit Hinweise auf mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem. Der **Monitor Patientenberatung** wird einmal im Jahr veröffentlicht.

Der vorliegende Bericht beruht auf dem Auswertungszeitraum vom 1. April 2014 bis zum 31. März 2015, in dem die 21 regionalen Beratungsstellen der UPD insgesamt 80.452 Beratungsgespräche dokumentiert haben – 444 Beratungen mehr als im Vorjahr.<sup>1</sup> Die wichtigste Grundlage für den vorliegenden Bericht bildet wie im Vorjahr die systematische Auswertung der in diesen Beratungsgesprächen behandelten Themen. Die Inhalte jedes einzelnen Beratungsgesprächs wurden mit einem einheitlichen Dokumentationssystem anonym erfasst.

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



<sup>1</sup> Weitere 4.376 Beratungen wurden durch die Kompetenzstellen erbracht (mehr zu den Kompetenzstellen vgl. 5.2) und zum Teil gesondert erfasst. In Summe wurden im Berichtszeitraum 84.828 Ratsuchende durch die regionalen Beratungsstellen und Kompetenzstellen des UPD-Verbundes beraten.

## 1.1. Berichtslogik und Leitfragen

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

### 1. Was sind die häufigsten Themen?

Erste Hinweise auf die Relevanz der verschiedenen Themengebiete liefert die Auswertung in Hinblick auf die Häufung bestimmter Beratungsthemen. Die Themenwelten der Beratung spiegeln die Nutzerperspektive insofern wider, als sie zeigen, welche Fragen und Anliegen die Ratsuchenden besonders häufig bewegen. Die bloße Betrachtung der Häufigkeit allein liefert jedoch noch keine aussagekräftigen Anhaltspunkte, denn dabei bleibt noch offen, ob ein bestimmtes Thema besonders konflikt- oder problembehaftet ist oder nicht.

### 2. Wo ist die Unzufriedenheit am größten?

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

### 3. Wo sehen die Berater Probleme?

Bei der Dokumentation der Beratungsgespräche können die Beraterinnen und Berater neben der Erfassung von Beratungsinhalten bei Bedarf auch eine fachliche Bewertung des jeweiligen Sachverhalts vornehmen. Über eine einheitliche Problemlagensystematik geben sie dabei eine eigene Einschätzung ab und ordnen die individuelle Beratungssituation in den Kontext einer übergreifenden Problemlage ein. Die Beratung könnte zum Beispiel ergeben, dass die Ratsuchenden falsch informiert und beraten wurden. Sie kann aber auch Anhaltspunkte für Versorgungsmängel oder für die begründete Vermutung liefern, dass Versorgungsleistungen ungerechtfertigterweise verweigert werden. Die zur Erfassung solcher Hinweise entwickelte Systematik aus 18 Problemlagen orientiert sich an den aus Nutzerperspektive wesentlichen Phasen der gesundheitlichen Versorgung und soll ein einheitliches Problemverständnis sicherstellen (Übersicht Problemlagenkatalog siehe Anlage). Mit der Betrachtung der dokumentierten Problemlagen vollzieht der Bericht einen Perspektivwechsel von der Nutzersicht zur fachlichen Einschätzung der Beraterinnen und Berater.

Eine Problemlage muss dabei nicht zwangsläufig mit der Erfassung einer Beschwerde einhergehen. Vielmehr sind die Beschwerden Ausdruck von Unzufriedenheit der Ratsuchenden, wohingegen Problemlagen die Einordnung der Beraterinnen und Berater wiedergeben. Die einzelnen Befunde werden in diesem Bericht beschrieben, analysiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Die Analyse mündet in der Auswahl und differenzierten Betrachtung von fünf **Beratungsschwerpunkten** (vgl. 3.). Dabei werden die zahlenmäßigen Befunde um Fallbeispiele sowie um qualitative Ergebnisse aus Fokusgruppen und aus Interviews mit Beraterinnen und Beratern ergänzt (vgl. 3.1-3.5, zur Methodik der qualitativen Untersuchungen vgl. 1.4). Abbildung 1 auf der folgenden Seite veranschaulicht den Ansatz des vorliegenden Berichts und geht dabei auf den soeben beschriebenen Dreischritt ein.

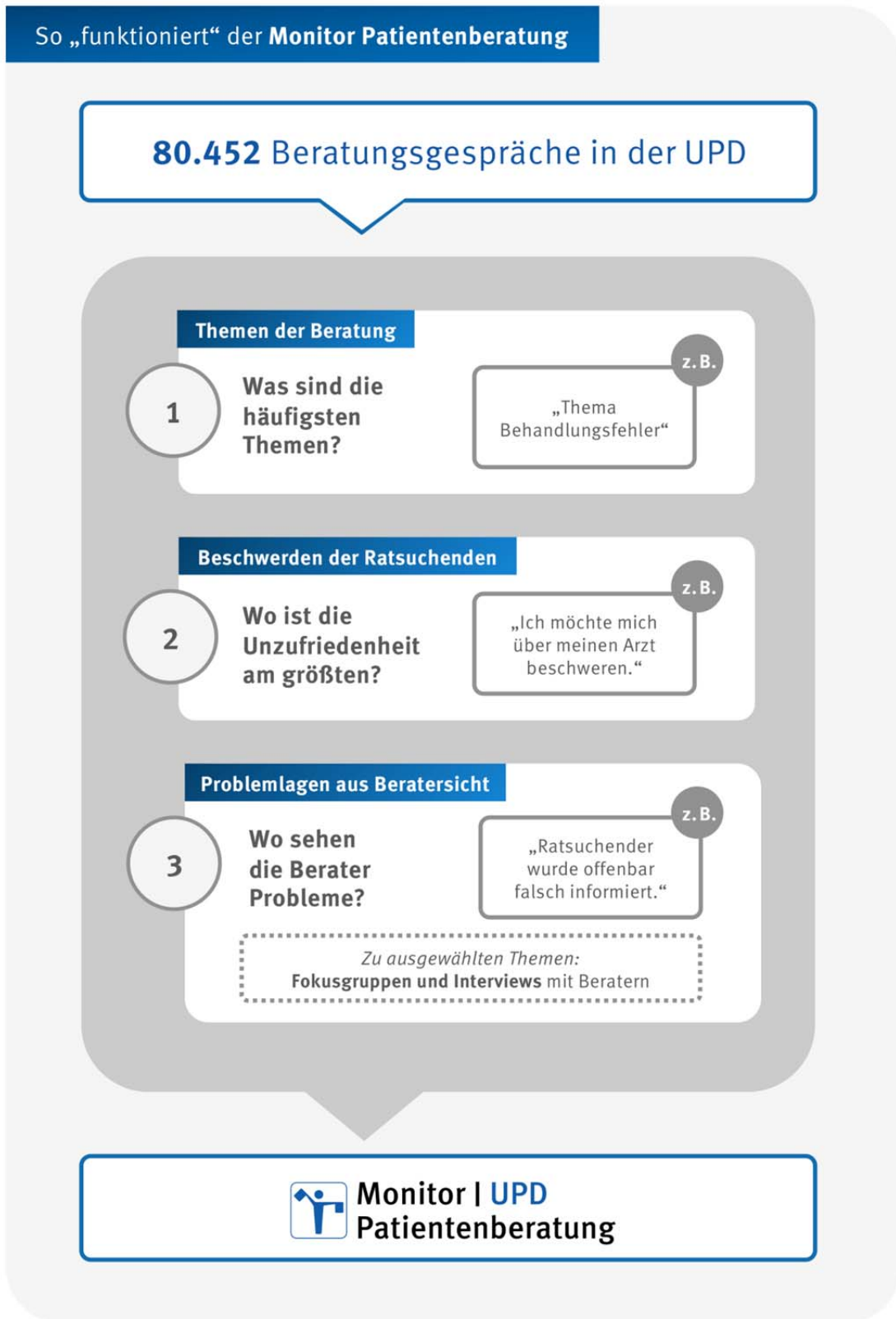
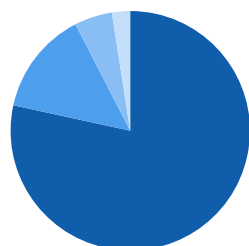


Abb. 1: Schematische Darstellung der Berichtslogik

## Fakten & Hintergründe | Beratungssetting



- Telefon
- Beratungsstelle
- Online
- Sonstige (Fax, Brief)

Auf der Suche nach Information und Beratung können sich Patienten auf verschiedenen Wegen an die UPD wenden. Dabei nimmt das Telefon den wichtigsten Stellenwert ein: Von den insgesamt 80.452 dokumentierten Beratungsgesprächen im Berichtsjahr erfolgten **63.073 Kontakte telefonisch**. In **11.295 Fällen** wählten die Ratsuchenden die **Beratung vor Ort** in einer der 21 regionalen Beratungsstellen des UPD-Verbundes. An dritter Stelle steht die **Online-Beratung** mit **4.096 Kontakten**. Die weiteren Beratungswege (Fax, Brief) wurden mit 1.989 Kontakten deutlich seltener genutzt.

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

### 1.2. Datengrundlage

Die wichtigste Datengrundlage dieses Berichts liefert die Kontaktdokumentation der 21 regionalen Beratungsstellen der UPD im Beratungszeitraum vom 1. April 2014 bis 31. März 2015. Ergänzt wurde die ganzjährige Datenerhebung durch eine zeitlich befristete Zusatzerhebung zum Erwerbsstatus der Ratsuchenden vom 01.10. bis 15.11.2014.

#### Die Ratsuchenden der UPD

Im genannten Zeitraum wurden insgesamt 80.452 Beratungsgespräche durch die regionalen Beratungsstellen der UPD dokumentiert. 60,1 Prozent der Ratsuchenden sind weiblich. 85,6 Prozent geben an, gesetzlich krankenversichert zu sein, während 8,2 Prozent privat versichert bzw. beihilfeberechtigt sind. Die übrigen 6,2 Prozent machen keine Angaben bzw. geben an, bei keiner Krankenversicherung gemeldet zu sein. Tabelle 1 liefert differenzierte Informationen zum Erwerbsstatus der Ratsuchenden. Demnach stellen Arbeitnehmer mit 30,6 Prozent die größte Gruppe dar. Knapp ein Drittel

der Ratsuchenden sind Rentner bzw. Pensionäre und weitere 13,6 Prozent geben an, arbeitslos oder ohne Erwerbstätigkeit zu sein.

Erwerbsstatus*	Kontakte	Anteil an allen Kontakten
<b>Gesamt</b>	<b>9.434</b>	<b>100,0 %</b>
Arbeitnehmer/in	2.890	30,6 %
Rentner/in, Pensionär/in	2.789	29,6 %
Arbeitslos/ohne Erwerbstätigkeit	1.281	13,6 %
Keine Angabe, andere	1.261	13,4 %
Azubi, Schüler/in, Student/in, Kind	417	4,4 %
Selbstständige/r	378	4,0 %
Erwerbsgemindert	342	3,6 %
Beamte/r	76	0,8 %

**Tab. 1:** Erwerbsstatus\* der Ratsuchenden

\* Zeitlich begrenzte Zusatzerhebung in der Zeit vom 1.10. bis zum 15.11.2014

### 1.3. Zur Interpretation der vorliegenden Ergebnisse

Aus den vorliegenden Befunden lassen sich aus methodischer Sicht trotz der vergleichsweise großen Stichprobe keine repräsentativen Aussagen etwa über die in Deutschland lebende Bevölkerung oder die Gruppe aller Patientinnen und Patienten in unserem Land treffen. Die vorgestellte Auswertung der UPD-Beratungsdokumentation liefert somit keine zahlenmäßigen Nachweise für einzelne Problemlagen im Gesundheitssystem. Dies wird noch deutlicher, wenn die gesamte Beratungsleistung der UPD mit anderen Größen ins Verhältnis gesetzt wird. So stehen den jährlich gut 80.000 Beratungsgesprächen der UPD allein im ambulanten Sektor 672 Millionen Behandlungsfälle gegenüber (Grobe et al. 2014). Die Ratsuchenden der UPD repräsentieren also nur einen begrenzten Ausschnitt der Versorgungsrealität.

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

- **Darstellung der zeitlichen Entwicklung**

Das für den Monitor Patientenberatung eingesetzte Dokumentationssystem der UPD wurde am 1. April 2012 in Betrieb genommen. Für den vorliegenden Bericht kann somit auf drei Jahre Dokumentationserfahrung zurückgegriffen werden. Der Entwicklungszeitraum für dieses vollständig neue Dokumentationsverfahren war für ein Projekt dieser Größenordnung sehr kurz. Eine Vergleichbarkeit im Zeitverlauf ist nur mit eingeschränkter Aussagekraft möglich, da es aufgrund einer

sich entwickelnden Dokumentationspraxis unter Umständen zu Fehlinterpretationen kommen kann.

- **Verzerrungseffekte durch mediale Berichterstattung**

Nach der Veröffentlichung des Berichts kam es in den vergangenen Jahren bei bestimmten Themen zu einer intensiven Medienberichterstattung. Dabei wurde immer auch darauf hingewiesen, dass die UPD zu diesen Themenbereichen (zum Beispiel Krankengeld, psychische Erkrankungen oder Zahngesundheit) Beratung anbietet. Es ist somit nicht auszuschließen, dass die Medienresonanz die Nachfrage einzelner Themen in der Folgezeit verstärkt hat.

- **Anpassungen am Dokumentationssystem**

Die für diesen Bericht eingesetzte Kontaktdokumentation wurde seit ihrer Einführung im Jahr 2012 inhaltlich und strukturell optimiert. So wurde beispielsweise das Dokumentationshandbuch (vgl. 5.1) angepasst, um Interpretationsspielräume und Varianzen in der Dokumentationspraxis zu verringern. Zudem wurden vor allem die hinterlegten Auswahllisten zur genauen Ausdifferenzierung der Beratungsthemen ergänzt.

- **Dokumentation von Diagnosen**

Die UPD-K Kontaktdokumentation lässt die Erfassung von Diagnosen<sup>2</sup> entsprechend der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) zu. Dies ist jedoch nur bei einem Teil aller Gespräche überhaupt möglich. Die Beraterinnen und Berater stellen im Rahmen der Gespräche keine eigenen Diagnosen, so dass sie auf die Angaben der Ratsuchenden angewiesen sind. Oftmals können oder wollen Ratsuchende ihre Diagnosen nicht nennen, da noch keine Diagnose gestellt wurde oder den Ratsuchenden diese nicht bekannt ist. In anderen Fällen kennen die Ratsuchenden ihre Diagnosen, möchten sie aus persönlichen Gründen aber nicht preisgeben.

## 1.4. Vertiefende Analyse mit Hilfe qualitativer Verfahren

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

In einem ersten Schritt wurde ein Leitfaden für die Fokusgruppen entwickelt. Darin wurden Themenkomplexe und Fragen zu den fünf identifizierten Beratungsschwerpunkten formuliert. Zugleich wurden

---

<sup>2</sup> Aus Gründen des Datenschutzes werden jeweils nur die ersten drei Stellen erfasst.

alle Beraterinnen und Berater kontaktiert und um eine freiwillige Teilnahme an den Fokusgruppen gebeten. Die Datenerhebung fand in drei Gruppen mit insgesamt neun Beraterinnen und Beratern an zwei unterschiedlichen Tagen statt: Die Sessions in den Fokusgruppen dauerten zwischen 140 und 180 Minuten. Die drei Kompetenzfelder Gesundheit/Medizin, Gesundheitsrecht und Psychosoziales waren dabei jeweils durch einen Experten vertreten.

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

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Beraterinnen und Berater aufgezeichnet und im Anschluss ausführlich protokolliert und inhaltlich vertiefend strukturiert. Das Protokoll bildete die Basis für die sich anschließende Analyse, bei der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Aussagen der einzelnen Interviewpartner analysiert und Schlagworte zu übergeordneten Themen verdichtet wurden. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, die verschiedenen Dimensionen eines Themas differenziert darzustellen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte deskriptiv.

Ergänzend zu den Fokusgruppen wurden zur weiteren Vertiefung einzelner Fragen insgesamt 14 Telefon-Interviews mit Beraterinnen und Beratern durchgeführt. Diese dauerten zwischen 60 und 120 Minuten und wurden im Anschluss verdichtet protokolliert. Das Material wurde auf Basis der themenbezogenen Analyse nach Meuser und Nagel (2002) analysiert. Die Darstellung der Analyseergebnisse erfolgte ebenfalls rein deskriptiv.



## 2. Das Beratungsgeschehen im Überblick

### 2.1. Häufung einzelner Beratungsthemen

**Auf der Suche nach Hinweisen auf mögliche Problemlagen ergeben sich durch eine Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen unter den Beratungsthemen erste Anhaltspunkte für besonders relevante Themen aus Nutzersicht. Dabei zeigt sich eine Konzentration auf eine bestimmte Anzahl von Themen im breiten Spektrum der Fragen, zu denen die UPD berät. Leistungsrechtliche Fragen dominieren die Beratung wie bereits in den Vorjahren – gefolgt von Anliegen zu Patientenrechten und psychosozialer Beratung zu Krankheits- und Lebensbewältigung (vgl. Abb. 2, S. 18).**

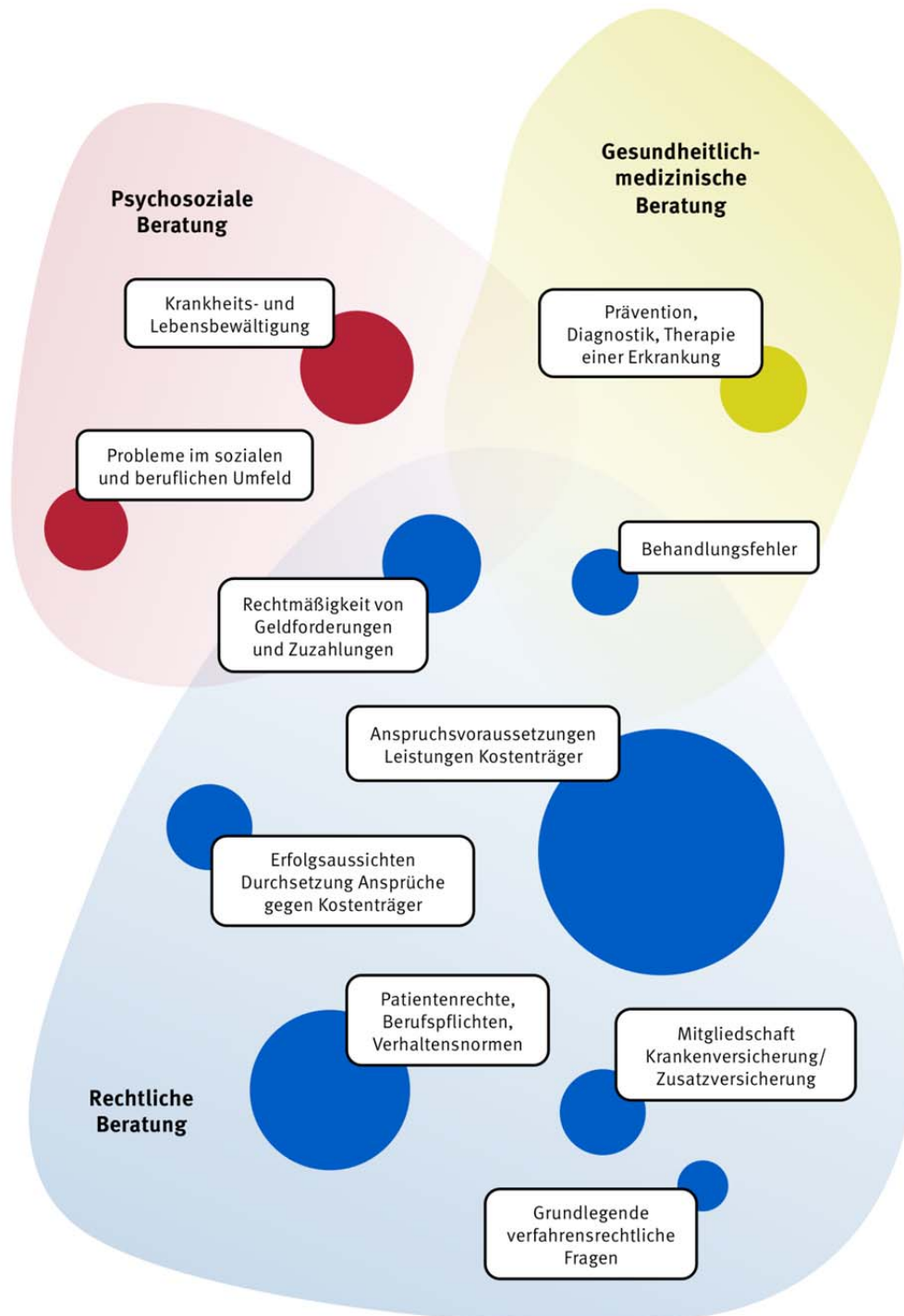
Die Problemkonstellationen der Ratsuchenden betreffen rechtliche ebenso wie gesundheitlich-medizinische und psychosoziale Aspekte, wobei rechtliche Themen am häufigsten nachgefragt werden<sup>3</sup>: In 81,9 Prozent aller Beratungsgespräche (65.883 Kontakte) wurde (unter anderem) zu einem rechtlichen Thema beraten. In rund 24,4 Prozent aller Beratungsgespräche (19.624 Kontakte) wurde (unter anderem) zu einem psychosozialen Thema beraten. Medizinische Themen wurden in gut 19,4 Prozent aller Beratungsgespräche (15.572 Kontakte) dokumentiert.

Bei den Beratungen im **rechtlichen Bereich** ging es häufig um Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern, also die Frage, ob und in welchem Umfang ein Anspruch zum Beispiel auf Krankengeld, Rehabilitation oder bestimmte Hilfsmittel besteht. Mit 23.241 Beratungsgesprächen und einem Anteil von 28,9 Prozent dominiert dieses Thema das Beratungsgeschehen in der UPD (vgl. 3.3). Mit 15.079 Kontakten ebenfalls häufig waren Beratungen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Dabei ging es zum Beispiel um das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen, das Einholen einer Zweitmeinung, die Gewährung notwendiger Behandlungen oder die Aufklärung im Vorfeld einer Behandlung. In nahezu jedem fünften Kontakt bzw. in 18,7 Prozent aller Beratungen standen diese Fragen im Vordergrund (vgl. 3.1). Auch die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen war ein relevantes Thema: Hier wurden unter anderem Beitragsfragen aber auch Fragen zur Richtigkeit von Rechnungen sowie zu Geldforderungen in der Zahnmedizin thematisiert. In 9.285 Beratungen (11,5 Prozent) ging es um diese Themen. Schließlich ging es in 8.066 Gesprächen (10,0 Prozent) um Fragen zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bzw. um einen Versicherungs- und Kassenwechsel.

Dominierendes **Beratungsthema in der psychosozialen Beratung** war die Krankheits- und Lebensbewältigung mit 10.723 Kontakten und einem Anteil von 13,3 Prozent an allen Beratungsgesprächen. Hierzu zählt etwa die Beratung zum Umgang mit Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit und den daraus resultierenden Ängsten und Herausforderungen. In 7.875 Kontakten ging es (unter anderem) um Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld (vgl. 3.4), beispielsweise um den Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern oder Kostenträgern, oder um den Umgang mit (drohender) Arbeitslosigkeit.

---

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



**Abb. 2: Themenkarte der zehn häufigsten Beratungsthemen in der UPD**

Die Größe der Kreise gibt die Beratungshäufigkeit wieder. Die Einordnung der Beratungsthemen in den rechtlichen, psychosozialen und gesundheitlich-medizinischen Bereich entspricht der Systematik der UPD-Kontaktdokumentation. In der Praxis gibt es häufig Überschneidungen und die Zuordnung kann nicht immer trennscharf erfolgen. So beinhaltet zum Beispiel die Beratung zu Behandlungsfehlern sehr häufig auch die Klärung medizinischer Fragen sowie die Bearbeitung psychosozialer Problemstellungen. Die wichtigsten Kennzahlen zu den häufigsten Themen werden in Tabelle 4 dargestellt.

Deutlich seltener, aber immerhin noch in 3.313 Kontakten (4,1 Prozent) ging es (unter anderem) um die wirtschaftliche und soziale Absicherung der Patientinnen und Patienten, zum Beispiel um den Umgang mit einer erschwerten wirtschaftlichen Situation oder um die Erarbeitung von Handlungsoptionen im Falle eines Versagens der sozialen Sicherungsnetze.

Bei den **gesundheitlich-medizinischen Themen** standen Beratungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie einer Erkrankung (8.226 Kontakte bzw. 10,2 Prozent), zu Arzneimitteln (2.676 Kontakte bzw. 3,3 Prozent) sowie zu Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen (2.386 Kontakte bzw. 3,0 Prozent) im Vordergrund. Besonders häufig handelte es sich um Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Rückenschmerzen oder Gelenkverschleiß. Darüber hinaus spielten Fragen zur Erkrankung der Zähne, des Kreislaufs, zu psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie zu bösartigen Neubildungen eine wichtige Rolle.

## 2.2. Dokumentierte Beschwerden

Die im vorausgehenden Kapitel vorgestellte Häufung einzelner Beratungsthemen liefert erste Anhaltspunkte für besonders relevante Themen und Problemstellungen aus Nutzersicht. Aus einer Konzentration von Beschwerden auf bestimmte Themenbereiche lassen sich nun in einem zweiten Schritt weitere Hinweise darauf finden, wo die Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten am höchsten ist. Die Beraterinnen und Berater dokumentieren eine Beschwerde immer dann, wenn Ratsuchende sich ausdrücklich beschweren oder auf Nachfrage eine explizite Beschwerde formulieren. Dies war im Berichtszeitraum in 12.301 Beratungsgesprächen der Fall.



Tabelle 2 zeigt, welche Beratungsthemen besonders oft mit einer Beschwerde einhergehen. Das Thema Behandlungsfehler hat demnach den höchsten Anteil an dokumentierten Beschwerden. In fast jedem dritten Kontakt zu diesem Thema wurde auch eine Beschwerde dokumentiert. Damit ist der Anteil der Beschwerden im Kontext vermuteter Behandlungsfehler im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 1,4 Prozentpunkte erneut gewachsen. An zweiter Stelle der Beratungsthemen mit den meisten anteiligen Beschwerden steht das Thema Patientenrechte, gefolgt vom Thema Gutachten bzw. Eignung von Gutachtern.

Rang	Beratungsthema	Anteil Beschwerden bei diesem Thema	Anzahl Kontakte mit Beschwerde
1	Behandlungsfehler	32,6 %	2.061
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	28,7 %	4.327
3	Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	23,6 %	758
4	Schnittstellenproblematik auf Seiten der Leistungserbringer	23,5 %	72
5	Probleme im sozialen/beruflichen Umfeld	20,2 %	1.591
6	Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger	20,2 %	1.628
7	Allgemeines Sozialrecht	17,6 %	829
8	Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zahlungen	17,4 %	1.613
9	Schnittstellenproblematik auf Seiten der Kostenträger	15,0 %	87
10	Wirtschaftliche und soziale Absicherung	10,8 %	357

**Tab. 2:** Die zehn Beratungsthemen mit den höchsten Beschwerdeanteilen der Ratsuchenden  
 N = 12.301 Kontakte mit (mindestens) einer Beschwerde, Mehrfachnennungen möglich

### 2.3. Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen

Nach der Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen und der Beschwerdeanteile soll nun in einem dritten Schritt der Fokus auf die fachliche Bewertung durch die Beraterinnen und Berater gelegt werden. Dabei erfolgt eine Veränderung der Perspektive von der Nutzersicht zur Einschätzung der Beraterinnen und Berater: Sie erfassen bei der Beratungsdokumentation nicht nur die Inhalte eines Gesprächs, sondern haben darüber hinaus die Möglichkeit, Beratungsfälle in einen übergeordneten Problemzusammenhang einzuordnen (vgl. 1.1). In 14.068 Beratungsgesprächen haben die Beraterinnen und Berater von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Dabei stellten sie unter anderem fest, dass Patientinnen und Patienten falsch oder unvollständig informiert worden waren, erfassten Hinweise auf Probleme mit Zugangsbarrieren und dokumentierten Anhaltspunkte für Defizite in der Versorgungsqualität.



Die am häufigsten von Beraterinnen und Berater dokumentierten Hinweise auf Problemlagen bezogen sich auf die Information und Beratung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems. In 7.300 Fällen gelangten die Beraterinnen und Berater zu der Einschätzung, die Ratsuchenden seien falsch oder unvollständig informiert und beraten worden oder unangemessenem Verhalten ausgesetzt gewesen. 3.270 Mal erfassten die Berater Hinweise auf Probleme, bei denen die Inanspruchnahme notwendiger Versorgungsangebote durch Zugangsbarrieren behindert war. Am häufigsten ging es dabei um Hinweise auf eine unberechtigte Ablehnung von Leistungen durch Kostenträger oder Leistungserbringer. Bei den Kostenträgern konzentrierten sich die dokumentierten Hinweise auf Problemlagen in den Leistungsbereichen Krankengeld und stationäre Rehabilitation. An dritter Stelle lagen Problemlagen im Bereich der Qualität der erbrachten bzw. durchgeführten Leistung. Sie wurden im Kontext von 2.723 Beratungsgesprächen dokumentiert. Tabelle 3 liefert eine differenzierte Übersicht der am häufigsten dokumentierten Hinweise auf Problemlagen aus Beratersicht.

Rang	Hinweis auf Problemlage	Anzahl Kontakte mit Hinweis auf Problemlage	Anteil an allen Kontakten mit Hinweis auf Problemlage
1	Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende unvollständig informiert bzw. beraten wurde.	3.930	27,9 %
2	Die Beratung ergibt, dass sich ein Akteur unangemessen gegenüber dem Ratsuchenden verhalten hat.	1.986	14,1 %
3	Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende falsch informiert bzw. beraten wurde.	1.556	11,1 %
4	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden.	1.278	9,1 %
5	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung.	1.091	7,8 %
6	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen.	1.019	7,2 %
7	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer unberechtigt verweigert wurden.	711	5,1 %
8	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte, dass es gravierende Wartezeiten für erfolgte/geplante Behandlungen gab/gibt.	476	3,4 %
9	Die Beratung ergibt, dass die geltende Rechtslage den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell überfordert.	446	3,2 %
10	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Koordination und Organisation der Versorgung.	394	2,8 %

**Tab. 3:** Die zehn häufigsten Problemlagen aus Beratersicht

N = 14.068 Kontakte mit (mindestens) einer dokumentierten Problemlage, Mehrfachnennungen möglich

Neben den gelisteten Sachverhalten haben die Beraterinnen und Berater in 703 Fällen (5,0 Prozent) das Vorliegen einer im Katalog nicht abgedeckten Problemlage dokumentiert und diese Angaben z. T. durch Freitexterläuterungen ergänzt. Diese werden regelmäßig ausgewertet, um den Problemlagenkatalog (siehe Anlage, S. 90) weiterzuentwickeln.

### 3. Beratungsschwerpunkte

Die vorangehenden Ausführungen liefern einen ersten Überblick über die Themen und Anliegen der Ratsuchenden in Hinblick auf ihre Häufigkeit sowie ihren Anteil an erfassten Beschwerden und dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen (vgl. 2). Das auf diese Weise entstandene Gesamtbild soll im nun folgenden Abschnitt differenziert dargestellt und vertieft werden. Angesichts des umfangreichen Datenmaterials der UPD-Kontaktdokumentation bedarf es dabei jedoch einer Fokussierung auf ausgewählte Themen.

Die Häufigkeit der nachgefragten Themen allein liefert erste Hinweise auf mögliche Problemlagen in der gesundheitlichen Versorgung. Weiteren Aufschluss liefern die Beschwerden der Patientinnen und Patienten wie auch die fachliche Einschätzung der Beraterinnen und Berater. Um nun besonders relevante Beratungsschwerpunkte zu identifizieren, wurde eine Schnittmenge aus den unterschiedlichen Aspekten gebildet: Gesucht wurden also Themen, die

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

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

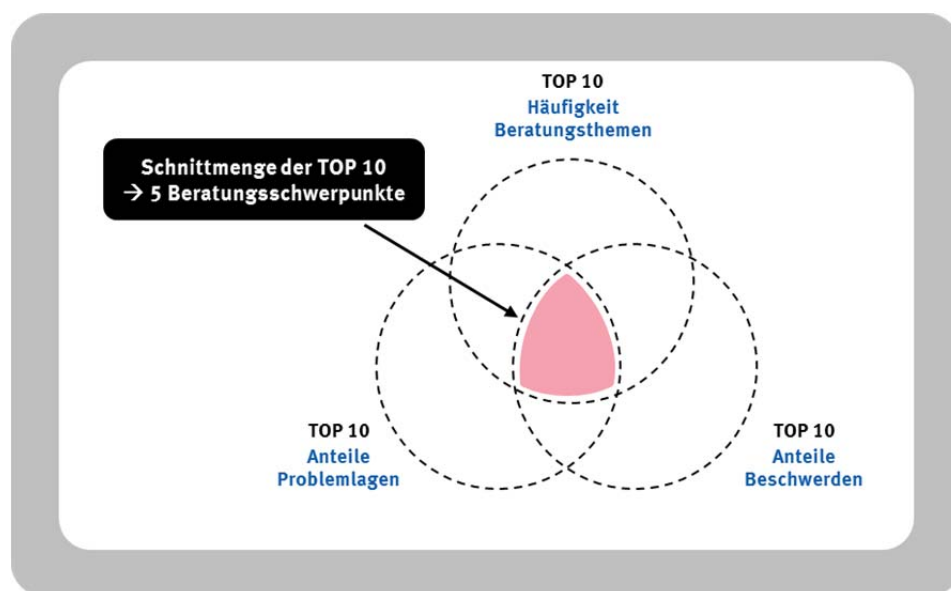


Abb. 3: Auswahl der fünf Beratungsschwerpunkte

Unter diesen Prämissen konnten insgesamt fünf Beratungsschwerpunkte im Berichtszeitraum vom 1. April 2014 bis zum 31. März 2015 identifiziert werden. Dabei handelt es sich um dieselben Beratungsschwerpunkte wie im Vorjahr:

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

Im Folgenden werden Problemstellungen und Anliegen der Ratsuchenden zu diesen Schwerpunktthemen ausführlich beschrieben, die jeweils häufigsten Inhalte dargestellt, zeitliche Entwicklungen und Trends beschrieben, Hintergründe erläutert, aber auch Inhalte aus Fokusgruppen und Interviews mit Beraterinnen und Beratern wiedergegeben.

### Beispiel für die Auswahl der Beratungsschwerpunkte

Das Beratungsthema „Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen“ ist aus folgenden Gründen ein Beratungsschwerpunkt: Erstens war es Gegenstand von 15.079 Beratungsgesprächen (vgl. Tabelle unten) und damit das zweithäufigste Thema im Berichtszeitraum. Zweitens belegt es Rang drei unter den Themen mit dem größten Anteil an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen. Drittens formulierten die Ratsuchenden hier am zweithäufigsten eine Beschwerde.

Nr.	Thema	Anzahl Kontakte zu diesem Thema	Anteil an allen Kontakten (Trend in PP)	Anteil Hinweise auf Problemlagen [Rang]	Anteil Beschwerden [Rang]
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	15.079	18,7 % (+ 0,5)	23,5 % [3]	28,7 % [2]

Tabelle 4 auf der folgenden Seite listet noch einmal die häufigsten 20 Beratungsthemen auf und hebt (rot umrandet) die ausgewählten fünf Beratungsschwerpunkte hervor. Die Tabelle bildet zunächst die absolute und relative Häufigkeit der Schwerpunkte im Beratungsgeschehen der UPD ab. Der Wert in runden Klammern beschreibt jeweils die Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in Prozentpunkten (PP). Dann folgt der Anteil des Themas an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen und Beschwerden. Die Werte in eckigen Klammern geben den Rang des Themas bei den Problemlagen und Beschwerden im Vergleich zu den anderen UPD-Beratungsthemen an.



Nr.	Thema	Anzahl Kontakte zu diesem Thema	Anteil an allen Kontakten (Trend in PP)	Anteil Hinweise auf Problemlagen [Rang]	Anteil Beschwerden [Rang]
1	Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers	23.241	28,9 % (+ 1,8)	13,0 % [18]	9,1 % [15]
2	Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	15.079	18,7 % (+ 0,5)	23,5 % [3]	28,7 % [2]
3	Krankheits- und Lebensbewältigung	10.723	13,3 % (- 0,2)	13,1 % [17]	9,0 % [17]
4	Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zuzahlungen	9.285	11,5 % (- 1,5)	18,3 % [8]	17,4 % [8]
5	Prävention, Diagnostik, Therapie einer Krankheit	8.226	10,2 % (+/- 0,0)	15,7 % [13]	7,7 % [19]
6	Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger*	8.075	10,0 % (+/- 0,0)	20,3 % [6]	20,2 % [6]
7	Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel und Zusatzversicherungen	8.066	10,0 % (- 2,2)	10,1 % [19]	5,4 % [22]
8	Probleme im sozialen/beruflichen Umfeld	7.875	9,8 % (+ 3,8)	17,9 % [9]	20,2 % [5]
9	Behandlungsfehler	6.320	7,9 % (- 1,1)	32,9 % [1]	32,6 % [1]
10	Grundlegende verfahrensrechtliche Fragen	4.820	6,0 % (+ 1,4)	7,5 % [21]	9,3 % [13]
11	Allgemeines Sozialrecht	4.699	5,8 % (+ 0,5)	16,0 % [12]	17,6 % [7]
12	Vorsorgedokumente und Betreuungsrecht	4.669	5,8 % (- 1,7)	5,8 % [25]	2,5 % [25]
13	Wirtschaftliche und soziale Absicherung	3.313	4,1 % (+ 0,2)	17,1 % [11]	10,8 % [10]
14	Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	3.213	4,0 % (+/- 0,0)	17,7 % [10]	23,6 % [3]
15	Informationen zu Arzneimitteln (Zusammensetzung, Wirkungsweise, Nebenwirkung, Dosierung)	2.676	3,3 % (+ 0,8)	13,6 % [15]	8,0 % [18]
16	Nutzen und Risiken medizinischer Verfahren und Maßnahmen	2.386	3,0 % (+ 0,1)	22,3 % [4]	9,1 % [16]
17	Schwerbehinderung	2.219	2,8 % (- 0,1)	6,7 % [22]	4,3 % [23]
18	Andere rechtliche Themen	2.018	2,5 % (+ 0,2)	6,4 % [23]	9,3 % [14]
19	Voraussetzungen (Indikationsbedingungen) für den Einsatz medizinischer Verfahren und Maßnahmen	1.797	2,2 % (- 0,1)	21,8 % [5]	10,0 % [11]
20	Durchführung und Ablauf medizinischer Verfahren und Maßnahmen	1.667	2,1 (+ 0,1)	13,6 % [16]	7,4 % [20]

**Tab. 4:** Die 20 häufigsten Beratungsthemen mit ihren Anteilen an Hinweisen auf Problemlagen und Beschwerden

Die identifizierten Beratungsschwerpunkte sind rot umrandet.

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

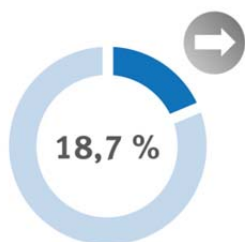


### 3.1. Patientenrechte

Der Beratungsschwerpunkt Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen (im Folgenden auch abgekürzt „Patientenrechte“) betrifft hauptsächlich rechtliche Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch zum Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu sonstigen Behandlern. In der Beratung ging es mit Abstand am häufigsten um das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen. Weitere Themen waren das Einholen einer Zweitmeinung, die Gewährung notwendiger Behandlungen, Aufklärung, die selbstbestimmte Ablehnung von Untersuchungen oder Behandlungen sowie die freie Arzt- und Krankenhauswahl. Im Vergleich mit anderen Themenbereichen fällt der Beratungsschwerpunkt durch eine überdurchschnittlich hohe Beratungsdauer auf. Beratungsgespräche zu Patientenrechten dauerten im Schnitt 22,1 Minuten, während der Durchschnitt aller Themen bei 19,5 Minuten liegt. Zugleich ist der Anteil psychosozialer Beratungsthemen auffällig hoch. So wurde in 16,6 Prozent aller Beratungen in diesem Schwerpunkt auch zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld und in 15,4 Prozent der Fälle zum Thema Krankheits- und Lebensbewältigung beraten.



In insgesamt 15.079 Beratungsgesprächen ging es um den Beratungsschwerpunkt Patientenrechte, Berufspflichten oder Verhaltensnormen. Damit liegt dieser Themenbereich auf Platz zwei der häufigsten Beratungsschwerpunkte.



Gemessen an allen 80.452 Beratungskontakten im Berichtszeitraum entspricht dies einem Anteil von 18,7 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert nur minimal um 0,5 Prozentpunkte gestiegen (Der Trendpfeil zeigt Veränderungen ab 1,0 Prozentpunkten an).



Beschwerden

In 28,7 Prozent aller Beratungen zum Thema Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Dieser Wert liegt weit über dem Durchschnitt von 15,3 Prozent.



Problemlagen

In 23,5 Prozent aller Beratungen zum Thema Patientenrechte haben die Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer bestimmten Problemlage dokumentiert. Dieser Wert liegt deutlich über dem Durchschnitt von 17,5 Prozent.

Im Beratungsschwerpunkt Patientenrechte haben die Ratsuchenden überdurchschnittlich häufig eine Beschwerde formuliert. Auch der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen liegt bei diesem Beratungsthema weit über dem Durchschnitt. In immerhin jedem vierten Beratungsgespräch wurden Hinweise auf unangemessenes Verhalten gegenüber den Patien-

ten festgehalten. Etwa ebenso häufig kamen die Beraterinnen und Berater zu dem Ergebnis, dass die Ratsuchenden offenbar falsch oder unvollständig informiert und beraten worden waren. Bei gut jeder neunten Problemlage dieses Beratungsschwerpunkts ergab sich die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Leistungserbringer unberechtigt verweigert wurden. Die dokumentierten Problemlagen bezogen sich am häufigsten auf niedergelassene Ärzte. Der vergleichsweise hohen Anzahl an niedergelassenen Hausärzten entsprechend, bilden die Allgemeinmediziner darunter die größte Facharztgruppe gefolgt von Orthopäden, Zahnärzten, Augenärzten und Gynäkologen. Tabelle 6 zeigt die häufigsten Themen des Beratungsschwerpunkts Patientenrechte mit den jeweiligen Anteilen an Beschwerden und dokumentierten Problemlagen.

	<b>Beratungen gesamt</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf <b>Problemlage</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit <b>Beschwerde</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
<b>Beratungen zu diesem Schwerpunkt</b>	<b>15.079</b>	<b>3.537 (23,5 %)</b>	<b>4.327 (28,7 %)</b>
davon zu Einsichtnahme in Krankenunterlagen	<b>3.554 (23,6 %)</b>	686 (19,3 %)	876 (24,6 %)
davon zu Zweitmeinung	<b>2.104 (14,0 %)</b>	301 (14,3 %)	234 (11,1 %)
davon zu Gewährung notwendiger Behandlungen*	<b>1.885 (12,5 %)</b>	745 (39,5 %)	903 (47,9 %)
davon zu Aufklärung	<b>1.826 (12,1 %)</b>	626 (34,3 %)	599 (32,8 %)
davon zu Selbstbestimmungsrecht**	<b>1.740 (11,5 %)</b>	514 (29,5 %)	524 (30,1 %)
davon zu unangemessenen Verhaltensweisen	<b>1.477 (9,8%)</b>	640 (43,3 %)	928 (62,8 %)
davon zu freier Arzt- und Krankenhauswahl	<b>1.361 (9,0 %)</b>	332 (24,4 %)	351 (25,8 %)

**Tab. 5:** Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Patientenrechte

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

\*\* Ablehnung von Untersuchungen oder Behandlungen durch Patientinnen und Patienten

**Lesehilfe:** Von den insgesamt 15.079 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Patientenrechte“ entfielen 3.554 Beratungen auf das Thema „Einsichtnahme in Krankenunterlagen“. Das entspricht einem Anteil von 23,6 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Einsicht in Krankenunterlagen“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 686 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 19,3 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 876 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 24,6 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

### 3.1.1. Einsichtnahme in die Krankenunterlagen

Trotz der eindeutigen Rechtslage und der gesetzlichen Klarstellung im Rahmen des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 ist die Einsicht in die Krankenunterlagen unverändert ein sehr dominantes Thema im Beratungsalltag der UPD. In 3.554 Beratungskontakten wurde zu diesem Thema beraten. Das entspricht einem Anteil von 23,6 Prozent an allen Beratungsgesprächen des Schwerpunkts Patientenrechte. Der Anteil der von Ratsuchenden formulierten Beschwerden (24,6 Prozent) liegt ebenso wie der Anteil der dokumentierten Problemlagen (19,3 Prozent) über dem Durchschnitt.



#### *Fallbeispiel Tatjana I. (59)*

*Frau I. ist kürzlich in eine andere Stadt gezogen. Als sie akute Zahnschmerzen bekommt, sucht sie eine nahegelegene Zahnarztpraxis auf. Der Zahnarzt Dr. P. macht eine Röntgenaufnahme und behandelt Frau I. so, dass ihre Schmerzen erst einmal abklingen. Der Gesamteindruck der Praxis und auch der Umgangston des Zahnarztes missfallen Frau I. aber so sehr, dass sie beschließt, die Behandlung bei einem anderen Zahnarzt fortzusetzen. Sie schreibt Dr. P. an und bittet ihn, ihr die Röntgenbilder und eine Kopie der Krankenunterlagen auszuhändigen. Doch der Zahnarzt reagiert nicht auf ihre Anfrage. Da sie ihre Behandlung schnell fortsetzen möchte, kontaktiert sie den Zahnarzt telefonisch. Dieser erklärt ihr, dass er die gewünschten Unterlagen nicht aushändigen werde. Die Krankenunterlagen und die Röntgenbilder, so der Zahnarzt, seien sein Eigentum und dürften deshalb gar nicht ausgehändigt werden. Frau I. befürchtet nun, die Röntgenuntersuchungen wiederholen zu müssen. In der Beratung möchte sie deshalb erfragen, wie sie die Unterlagen selbst einfordern oder über ihren neuen Zahnarzt anfordern lassen kann.*

## **Fakten und Hintergründe | Patientenakte**

Das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen ist im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt. Demnach sind die Behandelnden verpflichtet, eine Patientenakte zu führen und dort alle Informationen zur Krankengeschichte, zu Diagnosen, Untersuchungen und Therapien sowie zu deren Wirkungen zeitnah, sorgfältig und vollständig zu dokumentieren. Patientinnen und Patienten können gemäß § 630g BGB jederzeit Einsicht in diese Krankenunterlagen nehmen und auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe von Röntgenbildern wird zudem in § 28 der Röntgenverordnung geregelt. Eine Ablehnung der Einsicht in die Krankenunterlagen kommt nur dann in Frage, wenn ihr gewichtige therapeutische Gründe entgegenstehen. Dies ist entsprechend zu begründen.



## Aus der Beratungspraxis | Patientenakte

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Keine Akteneinsicht trotz klarer Rechtslage

Die Beraterinnen und Berater berichten, dass sich immer wieder Ratsuchende an die Beratungsstellen wenden, denen der Zugang zur eigenen Patientenakte ohne ersichtlichen Grund verweigert werde. Die Ablehnung der Akteneinsicht betreffe dabei den ambulanten wie den stationären Sektor gleichermaßen. Oft erfolge sie ohne die erforderliche Begründung. Dabei könne jedoch nicht in jedem Fall unterstellt werden, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wider besseren Wissens Informationen vorenthalten. Den Schilderungen der Ratsuchenden zufolge sei sehr häufig mangelnde Kenntnis der Rechtsnorm innerhalb der Ärzteschaft dafür verantwortlich, dass Patientinnen und Patienten nicht zu ihrem Recht kämen.

In vielen Fällen sei es ein Behandlungsfehlerverdacht, der die Ratsuchenden veranlasse, eine Kopie der Patientenakte anzufordern. Andere Patientinnen und Patienten benötigen die Unterlagen, weil sie den Arzt wechseln oder eine Zweitmeinung einholen möchten. Wieder andere wollten eine eigene Patientenakte führen oder einfach wissen, was über sie aufgeschrieben werde: „Gerade bei Patienten, die mit chronischen Erkrankungen bei mehreren Ärzten in Behandlung sind, kann es auch ein Akt der Selbstbestimmung sein, die eigenen Befunde und Behandlungsunterlagen zu sammeln und zu verwalten.“

Die Durchsetzung des Rechts auf Einsicht in die Krankenunterlagen scheitert nach Ansicht der Beraterinnen und Berater häufig an den Hürden eines zivilrechtlichen Verfahrens: „Wir helfen den Ratsuchenden zunächst mit einem Musterbrief an den behandelnden Arzt. Dann bleibt noch eine Beschwerde bei der Ärztekammer oder der Weg zum Rechtsanwalt. Davor schrecken viele Ratsuchende zurück und verzichten dann auf die Akteneinsicht.“

Neben den Schwierigkeiten bei der Durchsetzung des Rechts auf Einsicht in die Patientenakte verweisen die Beraterinnen und Berater auch auf eine Regelungslücke bezüglich der Kosten, die die Patientinnen und Patienten zu tragen haben. Zwar gebe es eine Regelung zur Angemessenheit der Kosten von Kopien in Papierform, mittlerweile würden die Patientenakten jedoch in sehr vielen Fällen in digitaler Form geführt. Das gelte auch für Röntgenaufnahmen und andere bildgebende Verfahren. Für die Anfertigung digitaler Kopien – etwa in Form einer CD-ROM – würden stark variierende Kosten geltend gemacht.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.1.2. Zweitmeinung

Bei Unsicherheiten bzgl. der Wahl eines Untersuchungs- oder Behandlungsverfahrens kann das Einholen einer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Zweitmeinung den Entscheidungsprozess unterstützen. In 2.104 Beratungsgesprächen haben sich die Ratsuchenden der UPD zum Thema Zweitmeinung beraten lassen. Das entspricht einem Anteil von 14,0 Prozent an allen Beratungsgesprächen im Schwerpunkt Patientenrechte. In 14,3 Prozent aller Beratungen zu diesem Thema wurde durch die Beraterinnen und Berater eine Problemlage dokumentiert. Der Anteil der von Ratsuchenden vorgebrachten Beschwerden liegt bei 11,1 Prozent.



#### *Fallbeispiel Gerhard W. (67)*

*Herr W. war selbstständiger Unternehmer und hat seine Firma vor knapp einem Jahr seinem Sohn übergeben. Seit einiger Zeit leidet er unter zunehmenden Schmerzen in der Hüfte und fühlte sich dem Alltagsstress im Berufsleben deswegen nicht mehr gewachsen. Nachdem eine lokale Schmerztherapie keine Besserung brachte, überwies ihn der behandelnde Orthopäde ins Krankenhaus in die orthopädische Ambulanz.*

*Beim Termin im Krankenhaus wirft der behandelnde Facharzt nur einen kurzen Blick auf die MRT-Bilder und untersucht den Patienten oberflächlich. Schon nach zwei Minuten habe der Arzt ihm zu einem künstlichen Hüftgelenk auf beiden Seiten geraten und ihn ermutigt, einen OP-Termin mit dem Sekretariat zu vereinbaren. Herr W. fühlt sich überrumpelt und hat große Angst vor dem Eingriff. Außerdem hat er gelesen, dass manchmal aus wirtschaftlichen Gründen unnötige Operationen durchgeführt würden. Deshalb möchte er die Meinung eines zweiten Mediziners einholen und sich erkundigen, ob die Kosten von seiner Krankenversicherung auch übernommen würden. Außerdem ist er unsicher und weiß nicht, an welchen Arzt oder welche Klinik er sich wenden kann.*

## **Fakten und Hintergründe | Zweitmeinung**

Häufig kann es sinnvoll sein, bei einer Behandlungsentscheidung eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Der Begriff der Zweitmeinung wird jedoch unterschiedlich verwendet. Grundsätzlich besteht für gesetzlich Krankenversicherte das Recht auf freie Arztwahl und auf notwendige Behandlung. Fühlt sich ein Patient nicht ausreichend behandelt – und dazu zählt auch die Aufklärung und Information – so hat er die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln. Darüber hinaus gibt es aber auch Zweitmeinungsverfahren, die in den gesetzlichen Regelungen zur Krankenversicherung nicht vorgesehen sind.



Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 soll ein tatsächliches Recht auf Zweitmeinung geschaffen werden. Dies soll allerdings nur für planbare Eingriffe gelten, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmen sind. Unabhängig davon bieten viele Krankenversicherungen schon heute zahlreiche kostenlose Angebote zum Einholen einer Zweitmeinung an. Darüber hinaus entsteht ein wachsender Markt an kommerziellen Angeboten, insbesondere im Internet.



## Aus der Beratungspraxis | Zweitmeinung

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Grauzone im Leistungskatalog

Die Beraterinnen und Berater berichten bezüglich der Möglichkeit und Finanzierung einer zweiten ärztlichen Meinung von großen Unsicherheiten unter den Patientinnen und Patienten: „Sie wünschen sich zur Absicherung einer Diagnose oder einer Behandlungsempfehlung eine zweite Meinung. Dabei befürchten sie aber, alle dadurch entstehenden Kosten selbst tragen zu müssen. Meistens geht es also um eine Rückversicherung, ob die Kosten durch die Krankenversicherung übernommen werden.“ In einigen Fällen wendeten sich auch Ratsuchende an die UPD, weil sie von Ärzten abgewiesen worden seien, mit dem Argument, die Zweitmeinung sei keine Kassenleistung. Ein weiteres Problemfeld sei die Wiederholung von Untersuchungen und bildgebenden Verfahren: „Hier ist unbedingt darauf zu achten, dass der Diagnostikapparat kein zweites Mal angeworfen wird.“

Schließlich gebe es auch immer wieder Fälle, in denen die Meinung des Zweitgutachters von der ursprünglichen Empfehlung der behandelnden Ärztin oder des Arztes abweicht: „Welchem Arzt soll ich denn nun glauben? Welcher Empfehlung soll ich folgen?“. Mit der Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens, so die Beraterinnen und Berater, sei aus Sicht der Patientinnen und Patienten noch nicht sichergestellt, dass sie am Ende auch eine informierte Entscheidung treffen können. An dieser Stelle seien evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen eine gute Unterstützung. Diese stünden jedoch nur sehr begrenzt in aufbereiteter Form zur Verfügung.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.1.3. Gewährung notwendiger Behandlung

In 1.885 Fällen haben sich Ratsuchende an die UPD gewandt, weil sie der Meinung waren, eine medizinisch notwendige Behandlung durch die behandelnden Ärzte nicht erhalten zu haben.<sup>4</sup> Die Auswertung der Beratungsdokumentation liefert bei diesem Thema deutliche Hinweise auf eine sehr hohe Unzufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten. In nahezu der Hälfte (47,9 Prozent) aller Beratungsgespräche zur Gewährung notwendiger Behandlung haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Auch der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Problemlagen liegt mit 39,5 Prozent weit über dem Durchschnitt. In 262 Beratungskontakten zu diesem Thema (13,9 Prozent) dokumentierten die Beraterinnen und Berater Hinweise auf eine unberechtigte Ablehnung einer notwendigen Behandlung durch Leistungserbringer.



#### *Fallbeispiel Nicole S. (39)*

*Frau S. wendet sich an die UPD-Beratungsstelle, um sich über ihre Ansprüche auf Heilmittelversorgung zu erkundigen. Ihr 44-jähriger Ehemann hatte vor einiger Zeit einen Schlaganfall und leidet seitdem unter leichten Lähmungserscheinungen und Sprachstörungen sowie unter starken Schluckbeschwerden, die ihn bei der Nahrungsaufnahme behindern. Frau S. berichtet, dass ihr Mann während des Klinikaufenthalts lange Zeit bewusstlos gewesen und über eine Magensonde in der Bauchdecke künstlich ernährt worden sei. Während eines anschließenden Aufenthaltes in der Rehaklinik sei er dann von einer Logopädin wegen seiner Schluckbeschwerden behandelt worden. Die Probleme hätten sich im Laufe der Therapie deutlich gebessert und die Therapeuten und Ärzte seien zuversichtlich gewesen, dass die Magensonde bei Fortsetzung der logopädischen Therapie in einigen Wochen wieder entfernt werden könnte.*

*Nach der Entlassung aus der Klinik erhält Herr S. von seinem Hausarzt eine Verordnung über zehn logopädische Therapieeinheiten. Nachdem diese in Anspruch genommen waren, erneuert der Arzt die Verordnung nicht – mit der Begründung, weitere Therapiestunden würden das Budget für Kassenpatienten überschreiten und er könne persönlich dafür in Haftung genommen werden. Frau S. ist sehr verwundert und wendet sich an die Krankenkasse ihres Mannes. Dort sagt man ihr, dass die Krankenkasse die Kosten für alle medizinisch notwendigen Maßnahmen übernehme. Der Arzt müsse weitere Untersuchungen durchführen und könne dann bis zu 60 Therapieeinheiten regulär verordnen. Frau S. ist ratlos und weiß nun nicht mehr, wie sie ihrem Hausarzt gegenüberzutreten soll.*

<sup>4</sup> Der Begriff der Notwendigkeit spiegelt zunächst einmal die Sicht der Patienten wider. Ob die eingeforderte Behandlung tatsächlich medizinisch notwendig war oder nicht, kann im Rahmen der Beratung nicht abschließend geklärt werden.



## Fakten und Hintergründe | Behandlung

Gesetzlich Krankenversicherte haben dem fünften Sozialgesetzbuch zufolge gegenüber den Krankenversicherungen einen Anspruch auf Krankenbehandlung gegenüber den Krankenversicherungen. Die gesetzliche Krankenversicherung gibt den Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Behandlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter, der dann in eine vertragsärztliche Behandlungspflicht mündet. Die Ärztinnen und Ärzte sind jedoch nicht immer verpflichtet, einen bestimmten Patienten zu behandeln. Die Behandlung kann ärztlicherseits zum Beispiel abgelehnt werden, wenn nach eigener Überzeugung das notwendige Vertrauensverhältnis nicht besteht. Anders verhält es sich in Notfallsituationen, in denen Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich zur Behandlung verpflichtet sind.

Bei der Verordnung bestimmter Leistungen wie Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln sind Vertragsärzte an sogenannte Richtgrößen gebunden. Die Richtgrößen bezeichnen den Euro-Betrag, der für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittelverordnungen pro Quartal und Patient im Durchschnitt zur Verfügung steht. Gemäß § 84 SGB V werden die Richtgrößen einmal im Jahr von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt. Da nicht alle Patientinnen und Patienten eine Verordnung erhalten, können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Richtgröße im Einzelfall überschreiten. Entscheidend ist lediglich die jährliche Richtgrößensumme. Wird das jährliche Richtgrößenvolumen wiederholt um mehr als 25 Prozent überschritten, können Ärztinnen und Ärzte zu einer sogenannten Regresszahlung verpflichtet werden, sofern die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist. Der jeweilige Leistungsanspruch der Versicherten bleibt von den Richtgrößen unberührt.



### Aus der Beratungspraxis | Behandlung

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

#### Zwischen Richtgrößen und Leistungsanspruch

In den Beratungen zur Gewährung notwendiger Behandlungen verbirgt sich nach Aussage der Beraterinnen und Berater ein breites Spektrum ganz unterschiedlicher Fallkonstellationen: „In manchen Fällen bekommen Patienten einfach keinen Termin beim Facharzt und erhalten deshalb keine Behandlung, gerade bei psychischen Erkrankungen. Manche von ihnen weichen dann in die Krankenhäuser oder Notfallambulanzen aus.“ Häufig thematisiert würden auch jene Versorgungsbereiche, in denen Richtgrößen gelten, insbesondere bei der Verordnung von Heilmitteln. „Die Ratsuchenden befinden sich immer wieder in der gleichen Lage: Sie wünschen sich eine Behandlung und der Arzt befürwortet diese auch. Unter Verweis auf sein Budget erklärt er aber, dass er die Verordnung nicht vornehmen kann oder darf.“ Wenn sich die Patientinnen und Patienten dann an ihre Krankenkasse wenden, verweisen diese häufig auf die vertragsärztliche Behandlungspflicht und argumentieren,

dass die medizinisch erforderlichen Verordnungen durch die vertragsärztliche Vergütung abgedeckt und der Arzt sogar zur Verordnung verpflichtet sei. „Die Patienten geraten hier häufig zwischen die Fronten ohne dabei die Zusammenhänge zu durchschauen.“

In der Beratung zur Gewährung einer notwendigen Behandlung geht es den Beratern zufolge auch häufig um die Verordnung von Arzneimitteln. Für die Ratsuchenden sei es oft unverständlich, dass beim Inkrafttreten neuer Festbeträge einige Präparate nur noch gegen Aufzahlung erhältlich seien. „Hier gibt es einen breiten Aufklärungsbedarf. Die Patienten verstehen die Mechanismen der Festpreisregelungen nicht und empfinden diese so, als würde ihnen eine medizinisch notwendige Leistung plötzlich vorenthalten.“ In anderen Fällen, so die Beraterinnen und Berater, gehe es um Versicherte im Basistarif der privaten Krankenversicherung. Der Sicherstellungsauftrag liege hier bei den kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Vereinigungen, werde aber nicht im Rahmen einer Allgemeinverpflichtung aller Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, sondern auf freiwilliger Basis umgesetzt. Die Ärztinnen und Ärzte würden es zum Teil aber ablehnen, ihre Leistungen zum Basistarif abzurechnen. „Die Patienten wollen den Arzt oft nicht wechseln oder haben z.B. aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität keine realistische Alternative. Sie willigen dann in eine Abrechnung zum Normaltarif ein und müssen die Differenzbeträge zum Basistarif aus eigener Tasche zahlen. Wenn ihnen das aus finanziellen Gründen nicht möglich ist, kann es eben auch vorkommen, dass sie die Leistung am Ende gar nicht in Anspruch nehmen.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.1.4. Aufklärung

In 1.826 Beratungsgesprächen dieses Schwerpunkts ging es um das Recht auf Aufklärung. Das entspricht einem Anteil von 12,1 Prozent an allen Beratungen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Das Thema betrifft die medizinische Aufklärung über Erkrankungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ebenso wie die wirtschaftliche Aufklärung bei privatärztlichen Leistungen. Rund ein Drittel (32,8 Prozent) der Ratsuchenden hat hier eine Beschwerde formuliert. In 34,3 Prozent der Beratungen zu diesem Thema haben Beraterinnen und Berater eine Problemlage dokumentiert. Beide Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt.



#### *Fallbeispiel Gottfried W. (67)*

*Herr W. hatte vor kurzem einen Leistenbruch, der operiert werden musste. Seit vor drei Jahren ein Vorhofflimmern bei ihm festgestellt wurde, muss Herr W. regelmäßig Medikamente einnehmen. Hierzu zählt auch ein gerinnungshemmendes Mittel namens Marcumar (Phenprocoumon). Vor der Operation des Leistenbruchs wird der Gerinnungshemmer abgesetzt und durch Heparin-Spritzen ersetzt, damit es während der OP nicht zu gefährlichen Blutungen kommt. Nachdem die Operation gut überstanden ist, erhält Herr W. wieder einen Gerinnungshemmer. Die Tablette sieht allerdings anders aus als sonst. Als er die Krankenschwester darauf anspricht, sagt sie ihm, der Arzt habe den Gerinnungshemmer durch ein sehr viel moderneres Präparat ersetzt und Herr W. müsste sich keine Sorgen machen.*

*Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus recherchiert Herr W. das neue Präparat namens Xarelto (Rivaroxaban) im Internet und liest dort von ungeklärten Todesfällen im Zusammenhang mit der Einnahme. Er hat große Angst und denkt darüber nach, wieder das gewohnte Präparat einzunehmen. Er wendet sich an die Arzneimittelberatung der UPD, um zu erfahren, welche Risiken mit dem neuen Medikament verbunden sind und ob eine Umstellung auf das bewährte Mittel möglich ist. Auf Nachfrage des Beraters erklärt Herr W., dass er im Krankenhaus weder über die Gründe der Umstellung noch über die Risiken und Nebenwirkungen des neuen Präparats informiert wurde.*

## **Fakten und Hintergründe | Aufklärung**

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Aufklärung. Es ist seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert (§630 BGB). Ergänzend hierzu gelten spezialgesetzliche Regelungen zur Einwilligung und Aufklärung, etwa im Arzneimittel- oder Transplantationsrecht. Die Pflicht zur Aufklärung findet sich außerdem in den Berufsordnungen sowie in Vereinbarungen wie dem Bundesmantelvertrag – Ärzte.

Nach §§630 c,e BGB sind Behandelnde verpflichtet, Patientinnen und Patienten über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten aufzuklären. Dabei ist auch auf mögliche Alternativen zur Behandlung oder Untersuchung hinzuweisen. Die Aufklärung über ärztliche Maßnahmen muss durch eine Ärztin oder einen Arzt mündlich im Rahmen eines individuellen Gesprächs erfolgen. Dies gilt auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Information und Aufklärung durch nicht-ärztliches Personal ist ebenso unzulässig wie die alleinige Aufklärung in Schriftform. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Zudem hat die Aufklärung sprachlich wie inhaltlich in verständlicher Form zu erfolgen.



## Aus der Beratungspraxis | Aufklärung

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### **Viel kommuniziert, wenig verstanden und sehr viel vergessen**

Alle Beraterinnen und Berater betonen, dass Aufklärung ein dominierendes Thema in der Beratung sei und sich mit vielen anderen Themen überschneide. Wie bereits in den Vorjahren berichten sie von vielen Fällen, in denen die Aufklärungspflichten offenbar ungenügend oder gar nicht erfüllt wurden. Noch immer würden Ratsuchende nach eigenen Angaben nur schriftlich oder durch Pflege- und Praxispersonal aufgeklärt. In anderen Fällen würde die Aufklärung unter großem Zeitdruck stattfinden, so dass kaum Zeit für Erklärungen oder Rückfragen bliebe.

Schließlich weisen die Beraterinnen und Berater darauf hin, dass die Aufklärung im Behandlungsgeschehen unter erschwerten Bedingungen stattfindet, die auch mit besonderen Herausforderungen für die Aufklärungsarbeit einhergehe: „Patienten haben häufig Angst, leiden möglicherweise unter Schmerzen und befinden sich in einer Ausnahmesituation. Da ist man nicht besonders aufnahmefähig. Manche Patienten wollen auch einfach keine Informationen über ihre Erkrankung oder mögliche Risiken. In der medizinischen Aufklärung wird viel kommuniziert, wenig verstanden und sehr viel vergessen.“

Die Aufklärung über Kosten und mögliche wirtschaftliche Folgen stellt aus Sicht der Beraterinnen und Berater einen besonders sensiblen Bereich dar, der das Arzt-Patienten-Verhältnis unmittelbar betrifft. „Geld darf in der Aufklärung nicht zum Tabuthema werden. Es geht dabei nicht immer um die Frage, wie die beste Versorgung aus medizinischer bzw. zahnmedizinischer Sicht aussieht. Es geht auch darum, was sich ein Patient leisten kann oder wie viel er bereit ist, zu bezahlen.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.1.5. Selbstbestimmungsrecht

In 1.740 Beratungsgesprächen dieses Schwerpunkts ging es um die Ablehnung von Untersuchungen und Behandlungen. Das entspricht einem Anteil von 11,5 Prozent an allen Beratungen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Das Thema schließt unter anderem die Beratungen zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten ein.<sup>5</sup> Der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Problemlagen liegt mit einem Wert von 29,5 Prozent deutlich über dem Durchschnitt aller Beratungen des Berichtszeitraums. Gleiches gilt für den Anteil der von Ratsuchenden zum Selbstbestimmungsrecht formulierten Beschwerden in Höhe von 30,1 Prozent.



#### *Fallbeispiel Susanne W. (58)*

*Frau W. wendet sich in Sorge um ihren Vater an eine Beratungsstelle der UPD. Er ist 87 Jahre alt, leidet an einer Demenzerkrankung und lebt seit drei Jahren in einem Pflegeheim. Bereits vor mehr als zehn Jahren hatte Herr W. eine Patientenverfügung verfasst. Für den Fall, dass er selbst nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Angelegenheiten zu regeln, hatte er seine Tochter bevollmächtigt. In der vergangenen Woche erhielt Frau W. einen Anruf des behandelnden Hausarztes: Ihr Vater sei an einer Lungenentzündung erkrankt und werde vermutlich bald sterben. In der Auslegung der Patientenverfügung waren sich Frau W. und der Hausarzt einig, dass weitere lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollten. Wenn keine Aussicht auf Heilung bestehe, hatte er bestimmt, dass sogar die Gabe von Antibiotika zur Lebensverlängerung zu unterlassen sei.*

*Als Frau W. ihren Vater am nächsten Tag im Pflegeheim besuchen will, teilt ihr eine Pflegekraft mit, er sei ins Krankenhaus verlegt worden, um dort wegen der Lungenentzündung mit Antibiotika behandelt zu werden. Frau W. macht gegenüber dem Pflegeheim deutlich, dass sie die Einwilligung zu dieser Therapie nicht erteilen werde. Daraufhin kündigt die Heimleitung an, dass sich das Heim an das Betreuungsgericht wenden werde, um eine Entscheidung herbeizuführen. Frau W. möchte nun wissen, wie sie dafür Sorge tragen kann, dass ihr Vater keiner weiteren Behandlung unterzogen wird.*

<sup>5</sup> Insgesamt hat die UPD im Berichtszeitraum in 4.669 Gesprächen zum Thema Vorsorgedokumente und Betreuungsrecht beraten. Das Beratungsthema Selbstbestimmungsrecht kann zusätzlich dokumentiert werden, wenn es in der Beratung etwa um die Durchsetzung und Interpretation der Vorsorgedokumente geht.

## Fakten und Hintergründe | Selbstbestimmung

Dem Selbstbestimmungsrecht folgend, sind ärztliche Eingriffe grundsätzlich nur bei Einwilligung der Patientin oder des Patienten zulässig. Dies gilt gleichermaßen für diagnostische wie therapeutische Handlungen. Die Zustimmung hat in Kenntnis der Vor- und Nachteile, der wesentlichen Komplikationsmöglichkeiten und der alternativen Behandlungsmaßnahmen zu erfolgen. Ärztinnen und Ärzte müssen die Entscheidung der Patientin oder des Patienten auch dann respektieren, wenn das Unterlassen der medizinischen Behandlung mit gesundheitlichen Risiken oder Folgen verbunden ist. Eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ist rechtswidrig und kann als strafbare Körperverletzung gewertet werden (§223 StGB). Für den Fall, dass sich Patientinnen und Patienten zum Beispiel wegen einer Krankheit oder eines Unfalls selbst nicht äußern können, können sie mit einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung Vorsorge treffen.



### Aus der Beratungspraxis | Selbstbestimmung

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

#### Selbstbestimmungsrecht oder Mitwirkungspflicht?

Unter das Thema Selbstbestimmungsrecht fallen in den Beratungen unterschiedliche Fragestellungen. Eine wesentliche betrifft die Abgrenzung von Selbstbestimmungsrecht und Mitwirkungspflicht. Viele Patienten würden davon ausgehen, dass es zu ihren Mitwirkungspflichten gehöre, einer Behandlung zuzustimmen: „Da gibt es dann auch die Befürchtung, dass bei der Ablehnung einer Behandlung der Versicherungsschutz gefährdet sein könnte.“ Die Gründe für die selbstbestimmte Ablehnung einer Behandlung seien vielfältig: „Manchmal wurde eine stationäre Rehabilitation beantragt und eine ambulante wird gewährt. In anderen Fällen haben Patienten Angst, eine Psychotherapie anzutreten, weil sie einen entsprechenden Eintrag in ihre Patientenakte verhindern wollen. Andere wiederum berichten, dass sie beim Zahnarzt behandelt wurden ohne zu wissen, was eigentlich gemacht wurde.“

Ein großer Teil der Beratungen zum Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten widmet sich den Beraterinnen und Beratern zufolge auch der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Hier gebe es viel Halbwissen unter den Ratsuchenden und ebenso viele Vorlagen und Informationsquellen zur geltenden Rechtslage: „Vielen Ratsuchenden ist unklar, was eine Patientenverfügung überhaupt ist. Andere glauben, dass es eine gesetzliche Pflicht zur Patientenverfügung gibt. Fast immer muss man den Unterschied zwischen einer Patientenverfügung, einer Betreuungsverfügung und einer Vorsorgevollmacht erklären.“ Die Beraterinnen und Berater betonen, dass es sich um ein äußerst kom-



plexes Thema handele, das von den Patientinnen und Patienten meist nicht ausreichend durchdacht worden sei: „Man kann eine Patientenverfügung nicht einfach wie ein Formular ausfüllen. Das erfordert eine Auseinandersetzung mit den eigenen Wertvorstellungen, man sollte außerdem auch die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung kennen. Manche Patienten wollen wissen, ob man verdurstet, wenn man auf künstliche Flüssigkeitszufuhr verzichtet oder immer Hunger hat, wenn man die Ernährung über eine Magensonde ausschließt.“

In vielen Fällen gebe es keine Vertrauensperson, die die Ratsuchenden in einer Vorsorgevollmacht benennen könnten. Ein großer Teil der Ratsuchenden fühle sich zudem mit der Last der anstehenden Entscheidungen überfordert: „Oft bitten uns die Ratsuchenden, ihnen doch einfach zu sagen, was sie in ihre Patientenverfügung schreiben sollen.“ Viele Patientinnen und Patienten hätten zudem große Angst, dass gegen ihren Willen irgendetwas mit ihnen gemacht werde: „Die Leute haben Angst, dass Fremde über sie bestimmen. Sie möchten wissen, wie sie ihren Betreuer gegebenenfalls wieder loswerden könnten. Welche Rechte habe ich noch, wenn ich unter Betreuung stehe? Diese Frage beschäftigt viele unserer Ratsuchenden, die sich zum Thema Betreuungsverfügung beraten lassen.“

Ein weiteres Problemfeld besteht den Beraterinnen und Beratern zufolge in der Interpretation und Anwendung der Dokumente. Die konkrete Auslegung sei häufig strittig und zudem eingebettet in ganz unterschiedliche Konfliktkonstellationen: „Es gibt da eine große Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. Die Interpretation einer Patientenverfügung wird zum Beispiel dann schwierig, wenn Krankenhaus und Ärzte sich von Angehörigen unter Druck gesetzt fühlen. Oft gibt es auch Konflikte innerhalb der Familie.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

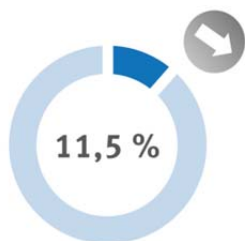


### 3.2. Geldforderungen und Zuzahlungen

In diesem Beratungsschwerpunkt geht es um Geldforderungen, denen die Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind: Fragen zu Rechnungen, Krankenversicherungsbeiträgen und Eigenanteilen, aber auch zu Zuzahlungsfragen, zur Belastungsgrenze, zum Heil- und Kostenplan und zur Härtefallregelung bei Zahnersatz. In der Beratung möchten sich die Ratsuchenden häufig rückversichern, ob eine Geldforderung rechtens ist. Andere wiederum sind nicht in der Lage, die Mittel zum Beispiel für die Krankenversicherungsbeiträge aufzubringen, und suchen Rat in einer finanziellen Notlage. Da in diesem Beratungsschwerpunkt Fragestellungen zu Geldforderungen jeglicher Art erfasst werden, stehen die Beratungsanlässe auf der Akteursebene sowohl mit Kostenträgern wie auch mit Leistungserbringern in Verbindung. Im Berichtszeitraum dominierten allerdings Beratungen, die durch die Geldforderung eines Leistungserbringers ausgelöst wurden, insbesondere durch Zahnärztinnen und Zahnärzte, gefolgt von Fachärztinnen und Fachärzten für Augenheilkunde, Allgemeinmedizin, Orthopädie und Gynäkologie.



In insgesamt 9.285 Beratungsgesprächen ging es um Geldforderungen und Zuzahlungen. Damit liegt dieser Themenbereich auf Platz vier der häufigsten Beratungsschwerpunkte.



Gemessen an allen 80.452 Beratungskontakten im Berichtszeitraum entspricht dies einem Anteil von 11,5 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert um 1,5 Prozentpunkte gesunken.



Beschwerden

In 17,4 Prozent aller Beratungen zum Thema Geldforderungen haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Dieser Wert liegt über dem Durchschnitt von 15,3 Prozent.



Problemlagen

In 18,3 Prozent aller Beratungen zum Thema Geldforderungen haben die Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer bestimmten Problemlage dokumentiert. Dieser Wert liegt über dem Durchschnitt von 17,5 Prozent.

Fast die Hälfte der im Kontext von Geldforderungen dokumentierten Problemlagen betrifft falsche und unvollständige Beratung, gefolgt von unangemessenen Verhaltensweisen gegenüber den Patientinnen und Patienten. In 11,2 Prozent der Beratungsgespräche mit einer Problemlage hat die Beratung ergeben, dass die geltende Rechtslage die Ratsuchenden beim Versicherungsschutz finanziell überfordert. In weiteren knapp vier Prozent der Fälle dokumentierten die Beraterinnen und Berater, dass



die Inanspruchnahme von Leistungen aus finanziellen Gründen nicht möglich war. Andere häufige Beratungsthemen in Verbindung mit Geldforderungen sind Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers sowie Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Dominierende Themen im Beratungsschwerpunkt Geldforderungen waren Beitragsfragen, gefolgt von Fragen zur Rechnungsprüfung. Die häufigsten Unterthemen werden in Tabelle 6 dargestellt.

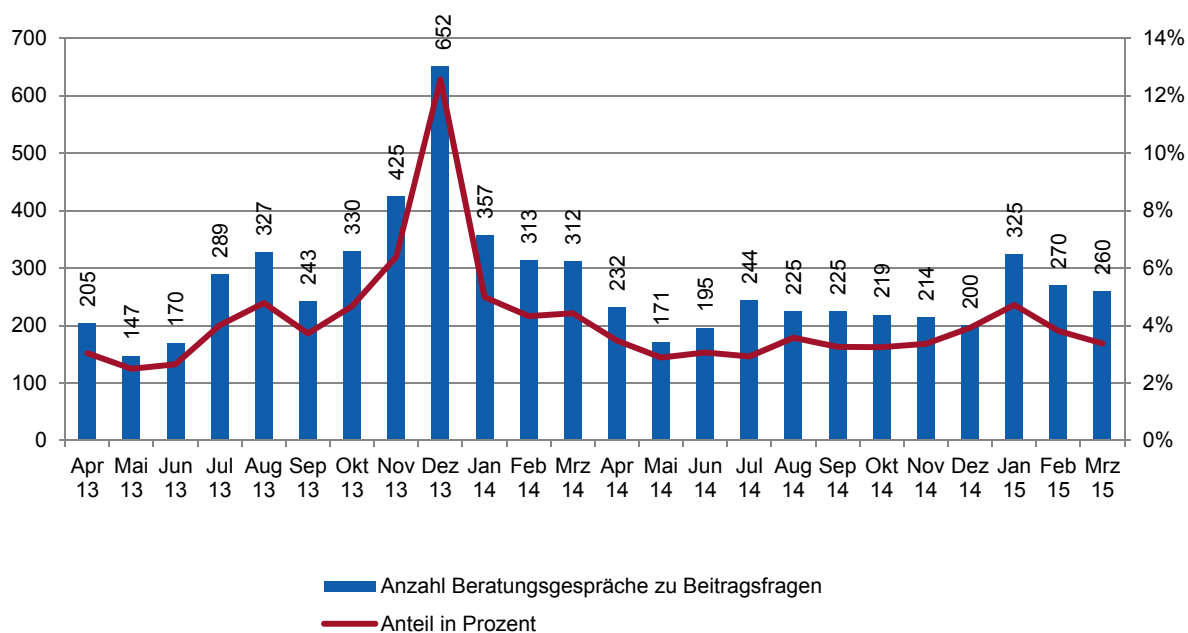
	<b>Beratungen gesamt</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit Hinweis auf <b>Problemlage</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	Beratungen mit <b>Beschwerde</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
<b>Beratungen zu diesem Schwerpunkt</b>	<b>9.285</b>	<b>1.700 (18,3 %)</b>	<b>1.613 (17,4 %)</b>
davon zu Beitragsfragen	<b>2.780 (29,9 %)</b>	376 (13,5 %)	233 (8,4 %)
davon zu inhaltlicher und formaler Richtigkeit einer Rechnung	<b>1.835 (19,8 %)</b>	313 (17,1 %)	427 (23,3 %)
davon zu Mehrkostenvereinbarungen, Abweichungen und Erläuterungen eines Heil- und Kostenplans (Zahnmedizin)	<b>1.396 (15,0 %)</b>	290 (20,8 %)	270 (19,3 %)
davon zu IGeL	<b>1.349 (14,5 %)</b>	421 (31,2 %)	427 (31,7 %)
davon zu Eigenanteilen und wirtschaftlichen Aufzahlungen	<b>679 (7,3 %)</b>	124 (18,3 %)	125 (18,4 %)
davon zu gesetzlichen Zuzahlungen	<b>383 (4,1 %)</b>	41 (10,7 %)	31 (8,1 %)

**Tab. 6:** Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Geldforderungen

**Lesehilfe:** Von den insgesamt 9.285 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Geldforderungen“ entfielen 2.780 Beratungen auf das Thema „Beitragsfragen“. Das entspricht einem Anteil von 29,9 Prozent an allen Beratungen zu diesem Schwerpunkt. Zum Thema „Beitragsfragen“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 376 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 13,5 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 427 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 8,4 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

### 3.2.1. Beitragsfragen

Beratungen zu Beitragsfragen richten sich in besonderer Weise auf das wirtschaftliche Verhältnis zwischen Versicherten und den gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen. Mit 2.780 Beratungskontakten handelt es sich um das Thema, zu dem im Beratungsschwerpunkt Geldforderungen am häufigsten beraten wurde. Der Anteil an allen Beratungen dieses Schwerpunkts liegt bei 29,9 Prozent. Aufgrund einer stark erhöhten Nachfrage im Vorjahr anlässlich des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden ist im aktuellen Berichtszeitraum wieder ein Rückgang um 6,2 Prozentpunkte zu verzeichnen. Die Entwicklung im Zeitverlauf wird in Abbildung 4 dargestellt. In diesem Zusammenhang lässt sich auch ein deutlicher Rückgang im Anteil der dokumentierten Problemlagen erklären. Hier ist der Wert um 8,9 Prozentpunkte auf einen Anteil von 13,5 Prozent gesunken. Der Anteil der Beschwerden zu diesem Thema ist mit 8,4 Prozent ebenfalls rückläufig.



**Abb. 4:** Monatliche Anzahl und Anteil der Beratungsgespräche zum Thema Beitragsfragen im Zeitverlauf  
 Erhebungszeitraum: 1.4.2013–31.3.2015

### Fallbeispiel Volker B. (52)

*Herr B. ist gelernter Koch und hat sich vor zehn Jahren mit einem kleinen Restaurant selbstständig gemacht. Auch wenn die Miete für das Ladenlokal sehr hoch ist, konnte er bisher von den Einnahmen leben. Als dann Baumaßnahmen die Zufahrt zu seinem Restaurant versperren, bleiben die Gäste plötzlich aus. Sein monatlicher Gewinn sinkt um mehr als die Hälfte. Über Rücklagen oder Kapital verfügt der Vater von drei Kindern nicht. Er weiß nicht mehr, wie er seinen Krankenversicherungsbeitrag bezahlen soll und wendet sich an seine Krankenkasse. Dort sagt man Herrn B., dass er das niedrigere Einkommen zunächst über eine Steuererklärung nachweisen müsse. In der Folge würden die Beiträge dann nach der tatsächlichen Leistungsfähigkeit berechnet, mindestens jedoch auf Basis eines Einkommens von 2.126,25 Euro pro Monat. Herr B. versteht nicht, weshalb er trotz seines tatsächlichen Einkommens von nur noch etwa 1.200,00 Euro im Monat so hohe Beiträge zahlen soll. Zudem dauert es noch einige Zeit, bis er die Steuererklärung für das laufende Kalenderjahr erstellen kann. Er wendet sich an die UPD, um zu erfahren, ob die Beitragsberechnung so ihre Richtigkeit hat und ob er die hohen Versicherungsbeiträge tatsächlich weiter zahlen muss.*

## Fakten und Hintergründe | Beitragsfragen

Die Höhe der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich nach dem Beitragssatz, dem Einkommen und der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Der allgemeine einkommensabhängige Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt seit dem 1. Januar 2015 14,6 Prozent. Die Hälfte, nämlich 7,3 Prozent trägt der Arbeitnehmer, die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber. Jede Krankenkasse kann darüber hinaus einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird zwischen versicherungspflichtigen und freiwilligen Mitgliedern sowie den familienversicherten Angehörigen unterschieden. Zu den freiwilligen Mitgliedern zählen vor allem Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt die gesetzlich festgelegte Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, sowie Selbständige. Bei hauptberuflich Selbständigen wird bei der Beitragsberechnung grundsätzlich ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, aktuell 4.125,00 Euro, vorausgesetzt. Niedrigere Einnahmen werden nur bei einem entsprechenden Nachweis berücksichtigt. Unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Einnahmen werden auch dann mindestens 2.126,25 Euro für die Beitragsbemessung herangezogen. In besonderen Härtefällen reduziert sich diese Summe auf 1.417,50 Euro.

In der privaten Krankenversicherung wird die Anfangsprämie in Abhängigkeit des persönlichen Krankheitsrisikos und des gewünschten Versicherungsumfangs berechnet. Im Verlauf der Zeit können die Beiträge steigen. Das Versicherungsvertragsgesetz ermöglicht den Wechsel in andere Tarife mit vergleichbaren Leistungen beim gleichen Unternehmen. Weitere Möglichkeiten zur Reduktion des monatlichen Beitrags zu privaten Krankenversicherungen bestehen in der Reduktion des Leistungs-

umfangs bzw. der Erhöhung des festgelegten Selbstbehalts oder in einigen Fällen auch im Wechsel in den sogenannten Basis- oder Standardtarif.



## Aus der Beratungspraxis | Beitragsfragen

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Soziale Überforderung durch Beitragsschulden

Im Mittelpunkt der Beratung zu diesem Thema stehen den Beraterinnen und Beratern zufolge Ratsuchende, die durch die Höhe ihrer Krankenversicherungsbeiträge überfordert sind, in eine finanzielle Notlage geraten sind oder Beitragsschulden angehäuft haben. Trotz des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden vom 1. August 2013 seien derartige Schulden in der Beratung ein präsent Thema: „Erstaunlich viele Versicherte haben von dem Beitragsschuldenerlass zum 31. Dezember 2013 gar nicht erfahren. Es gab ja seinerzeit keine proaktive Prüfungs- oder Mitteilungspflicht der Kassen und so sind viele Betroffene auf ihrem Schuldenberg sitzen geblieben.“ Die damit verbundenen Belastungen und Problemkonstellationen seien dann häufig auch Anlass für eine psychosoziale Beratung.

Eine besondere Rolle in der Beratung zu Beitragsfragen würden auch die freiwillig Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung spielen. Häufig hätten es die Beraterinnen und Berater mit Selbstständigen zu tun, die über ein geringes Einkommen verfügen und Schwierigkeiten haben, den Krankenversicherungsbeitrag aufzubringen. Ebenfalls ein dominantes Thema sei die Beitragsberechnung bei großer Varianz im Einkommen: „Der Beitrag für freiwillig Versicherte wird immer prospektiv berechnet und die Festlegung des Beitrags wirkt dann verhältnismäßig lange in die Zukunft. Bei starken Einkommensschwankungen ist das für die Versicherten nicht so einfach.“ Kritisch merken die Beraterinnen und Berater in diesem Zusammenhang an, dass die Beitragsverfahrensgrundsätze für Selbstzahler nicht immer korrekt angewendet würden. Bei einer Abweichung des Einkommens von mehr als 25 Prozent müssten Krankenkassen bei der Festlegung der Beiträge anstelle der Steuererklärungen auch andere Nachweise wie etwa eine Gewinn- und Verlustrechnung akzeptieren. Dies sei in der Praxis jedoch nicht immer der Fall. Zudem gebe es im Falle einer unverhältnismäßigen Belastung der freiwillig Versicherten auch eine Härtefallregelung, nach der sich der Beitrag nach dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße richte. Hierüber würden die Krankenkassen zum Teil jedoch unzureichend aufklären.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.2.2. Richtigkeit einer Rechnung

Immer dann, wenn Patientinnen und Patienten gesundheitsrelevante Leistungen selbst bezahlen, begeben sie sich auch in eine besondere Rolle als Kunden oder Verbraucher im Gesundheitsmarkt. Dabei stehen der souveränen Wahrnehmung dieser Rolle häufig krankheitsbedingte Einschränkungen, mangelndes Wissen oder schlicht Überforderung entgegen. In 1.835 Beratungsgesprächen wurde die inhaltliche oder formale Richtigkeit einer Rechnung thematisiert. Der Anteil an allen Beratungen dieses Schwerpunkts liegt bei 19,8 Prozent und verzeichnete gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Zuwachs um 3,3 Prozentpunkte. Während der Anteil der Beratungen mit einer dokumentierten Problemlage mit 17,1 Prozent sogar leicht unter dem Durchschnitt liegt, spricht der hohe Anteil an Beschwerden für eine hohe Unzufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten: In 23,3 Prozent aller Beratungen zur Richtigkeit einer Rechnung haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert.



#### *Fallbeispiel Christina B. (49)*

*Die Sehfähigkeit von Frau B. hat in der letzten Zeit nachgelassen. Kleine Schrift zu lesen, fällt ihr immer schwerer. Um ihre Augen untersuchen zu lassen, vereinbart sie einen Termin beim Augenarzt. Als sie an der Anmeldung ihre Krankenversicherungskarte abgibt, erklärt ihr die Arzhelferin, dass alle Patientinnen und Patienten der Praxis an einem Screeningprogramm zur Glaukomfrüherkennung teilnehmen würden. Hierzu werde vor dem Arztgespräch der Augeninnendruck gemessen. Die Mitarbeiterin der Praxis führt aus, dass ein Glaukom eine gut behandelbare Krankheit sei, solange es nur früh genug erkannt würde. Andernfalls drohe ein Sehverlust bis zur Erblindung. Deshalb werde die Untersuchung routinemäßig bei allen Patienten durchgeführt. Frau B. erfährt, dass die Krankenkasse die Kosten für die Untersuchung nicht übernimmt, ist aber verunsichert und möchte gerne ausschließen, dass auch sie unter einem Glaukom leidet. Deshalb willigt sie ein, die Kosten in Höhe von 40 Euro selbst zu tragen. Sie unterschreibt einen vorgefertigten Vertrag. Die Helferin erklärt ihr, dass sie den Betrag auch gerne überweisen könne, falls sie nicht ausreichend Bargeld dabei habe.*

*Als sie einige Zeit später die Rechnung erhält, ist sie verwundert: Der Rechnungsbetrag ist deutlich höher ausgefallen als angekündigt und Frau B. kann nicht nachvollziehen, wie die Endsumme zustande gekommen ist. Neben der durchgeführten Untersuchung wurden auch eine Beratung sowie eine „subjektive Refraktionsbestimmung“ abgerechnet. Frau B. weiß nicht, um was für eine Leistung es sich dabei handelt. Zudem versteht sie nicht, warum die einzelnen Beträge mit unterschiedlichen „Steigerungssätzen“ berechnet werden. Schließlich ist ihr unklar, was die vielen Abrechnungsziffern bedeuten. Als sich Frau B. an ihre Krankenkasse wendet, erklärt ihr eine Mitarbeiterin, für die private Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen nicht zuständig zu sein und sie bei der Rechnungsprüfung nicht unterstützen zu können. Frau B. wendet sich an die Beratungsstelle der UPD, um zu erfahren, ob sie die Rechnung wirklich in voller Höhe begleichen muss.*

## Fakten und Hintergründe | Rechnungen

Grundsätzlich gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das im fünften Sozialgesetzbuch festgelegte Sachleistungsprinzip. Auf diesem Wege erhalten Patientinnen und Patienten medizinische Leistungen, ohne dabei selbst in Vorleistung treten zu müssen. Zudem werden die Versicherten nicht mit der Abwicklung von Geld- und Zahlungsflüssen belastet. Trotz des dominierenden Sachleistungsprinzips erhalten viele Patientinnen und Patienten im Alltag der gesundheitlichen Versorgung Rechnungen. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Krankenversicherung abweichend nach dem Kostenerstattungsprinzip arbeitet. Das gilt für die private Krankenversicherung aber auch für einige Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Rechnung erhalten Patientinnen und Patienten auch bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) (vgl. 3.2.4) bzw. im Kontext einer Mehrkostenvereinbarung mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt. Hinzu kommt der gesamte Bereich der wirtschaftlichen Aufzahlungen, etwa bei Hilfsmitteln.



### Aus der Beratungspraxis | Rechnungen

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

#### Keine Chance, die Rechnung zu verstehen

Nach Auffassung der Beraterinnen und Berater sind viele Ratsuchende mit den Anforderungen der Rechnungsprüfung vollkommen überfordert. Andere kämen mit dem Verdacht, dass nicht erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt worden seien. Für viele Fragen sorgen auch Ausfallhonorare bei nicht wahrgenommenen Terminen oder auch Taxirechnungen bei Fahrten zur ambulanten Behandlung. Der Problemschwerpunkt, so die Beraterinnen und Berater, liege jedoch im Bereich der Kostenerstattung gemäß den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Zum einen betreffe dies privat Versicherte, deren Rechnungen von den Krankenversicherungen oder von der Beihilfe nicht oder nicht vollständig übernommen worden seien: „Der Arzt verweist auf die Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung und die Krankenversicherung wiederum auf einen Abrechnungsfehler oder den Versicherungsvertrag. Das ist ein Klassiker.“

Aber auch gesetzlich Versicherte würden mit den Abrechnungssystemen konfrontiert, vor allem im Bereich der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und der zahnmedizinischen und kieferorthopädischen Versorgung. Die Abrechnungssysteme seien sehr komplex und für viele Patientinnen und Patienten nicht zu durchschauen: „Wie sollen die Patienten denn beurteilen, ob die jeweilige Gebührenordnung richtig angewendet wurde?“. Bezüglich der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechnungen gebe es einen großen Verbesserungsbedarf. Eine inhaltliche Plausibilitätsprüfung sei den Patientinnen und Patienten praktisch nicht möglich.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.2.3. Geldforderungen in der Zahnmedizin

Die zahnmedizinische Versorgung bildet im Beratungsschwerpunkt Geldforderungen ein eigenständiges Thema, denn der finanzielle Eigenanteil der Patientinnen und Patienten ist in wohl keinem anderen Bereich der Versorgung so groß wie in der Zahnmedizin. Das gilt für Festzuschüsse und Selbstbeteiligungen ebenso wie für Zuzahlungen bei der Füllungstherapie und Indikationseinschränkungen in der Kieferorthopädie. In 1.396 Beratungsgesprächen des Berichtszeitraums ging es um Geldforderungen, die im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung erhoben wurden. Das entspricht einem Anteil von 15,0 Prozent an allen Beratungsgesprächen dieses Schwerpunkts. Gegenstand der Gespräche waren vor allem Mehrkostenvereinbarungen, Erläuterungen eines Heil- und Kostenplans sowie Abweichungen von der dort ausgewiesenen Selbstbeteiligung. Der Anteil der von Ratsuchenden geäußerten Beschwerden liegt mit einem Wert von 20,8 Prozent deutlich über dem Durchschnitt. Auch der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Problemlagen ist mit 19,3 Prozent überdurchschnittlich hoch.



#### *Fallbeispiel Alexander S. (26)*

*Herr S. (26) ist Student und leidet seit einigen Tagen unter starken Zahnschmerzen. Als die betroffene Gesichtshälfte anschwillt und die Schmerzen immer stärker werden, bittet er seinen Zahnarzt um einen kurzfristigen Termin. Noch am selben Tag erhält er eine Schmerzbehandlung. Von seinem Zahnarzt erfährt Herr S. dann, dass man den Zahn zwar retten könne, dies aber nicht von der Krankenkasse bezahlt werde. Deshalb erhält er von seinem Zahnarzt einen privaten Kostenvoranschlag. Die dort angebotene Wurzelbehandlung soll über 1.900,00 Euro kosten. Da Herr S. als Student über keine Rücklagen verfügt, weiß er nicht, wie er die erforderliche Summe aufbringen soll. Als er den Zahnarzt darauf anspricht, antwortet dieser kurz und knapp: „Wenn Sie wollen dass ich Ihren Zahn rette, dann vereinbaren Sie nächste Woche einen Termin und bringen Sie den unterschriebenen Kostenvoranschlag mit.“ Als sich Herr S. daraufhin an seine Krankenkasse wendet, teilt diese ihm mit, dass die Behandlung bei guter Prognose eine Kassenleistung sei und dass er nichts selbst bezahlen müsse. In der Zwischenzeit leidet er erneut unter starken Schmerzen und weiß nun nicht, was er tun soll. Er wendet sich an die UPD, um zu erfahren, welche Zahnärzte die ersehnte Behandlung möglicherweise als Kassenleistung anbieten.*

## Fakten und Hintergründe | Zahnmedizin

Grundsätzlich gilt das Sachleistungsprinzip für gesetzlich Versicherte auch in der zahnmedizinischen Versorgung. Der Sachleistungskatalog der Krankenkassen umfasst alle Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Näheres ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. So ist zum Beispiel eine Wurzelbehandlung nur dann eine Kassenleistung, wenn die in den Richtlinien festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind. Ob dies der Fall ist, muss die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt entscheiden. Falls Zahnersatz erforderlich ist, zahlt die Krankenkasse nur einen sogenannten Festzuschuss in Höhe von circa 50 Prozent zur Regelversorgung. Unter bestimmten Bedingungen, etwa durch Pflegen eines Bonushefts kann sich der Festzuschuss auf bis zu 65 Prozent erhöhen. Bei besonders geringen Einkommen übernimmt die Krankenkasse 100 Prozent der Kosten der sogenannten Regelversorgung.

Die Regelversorgung ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Versorgung, die nach Auffassung des Gremiums medizinisch ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Wählen Patientinnen und Patienten eine über die Regelversorgung hinausgehende oder komplett andere Versorgung, bleibt der Festzuschuss der Krankenkasse unverändert. Die Kosten für hochwertigere Materialien beim Zahnersatz müssen folglich von den Versicherten selbst getragen werden. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch die Wahl einer ganz anderen Versorgungslösung entstehen, wenn beispielsweise ein Implantat anstelle einer Brücke gewählt wird. Geht die Behandlung über die Regelversorgung hinaus, können die Zahnärzte die zusätzlichen Kosten nach der privatärztlichen Gebührenordnung (GOZ) abrechnen. Dabei kann es vorkommen, dass die endgültige Rechnung vom Kostenvoranschlag abweicht. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Zum Beispiel können während der Behandlung zusätzliche Leistungen notwendig werden. Dies muss aber von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt erklärt und begründet werden.

Die zahnmedizinische Versorgung spielt im Beratungsgeschehen der UPD eine besondere Rolle und bildet ein Querschnittsthema, das sich im Kontext vieler anderer Themen wiederfindet. Das gilt neben den hier dargestellten Beratungen zu Geldforderungen besonders für rechtliche Themen wie Behandlungsfehler, Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen. Wenn eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt Auslöser der Beratung waren, ging es zudem sehr häufig um die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen, um Behandlungsfehler sowie um Gutachten und die Eignung von Gutachtern. Gerade im Kontext von Fragen zur Versorgung mit Zahnersatz (z.B. Implantaten, Kronen oder Prothesen) geht es aber häufig auch um Prophylaxe, Diagnostik und Therapie, um den Ablauf geplanter Maßnahmen und Verfahren sowie um Nutzen und Risiken von zahnmedizinischen Behandlungen.





## Aus der Beratungspraxis | Zahnmedizin

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2014)

### Regelleistung unbekannt

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung erhält das Thema Geldforderungen nach Ansicht der Beraterinnen und Berater eine besondere Relevanz. Hier komme es sehr häufig zu wirtschaftlichen Aufzählungen und privaten Zusatzleistungen, die entsprechend privat in Rechnung gestellt würden. „Die Gebührenordnung ist komplex und für Laien kaum zu durchschauen. Außerdem gehen die Meinungen bei der Interpretation in der Abrechnungspraxis manchmal auseinander.“ Patientinnen und Patienten würden sich häufig an die UPD wenden, wenn der Rechnungsbetrag höher ausgefallen sei als im Heil- und Kostenplan oder im Kostenvoranschlag ausgewiesen. „Die Zahnarztrechnungen sind für Laien überhaupt nicht zu verstehen. Somit ist es den Patienten auch nicht möglich, die korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen zu überprüfen.“ Bei kieferorthopädischen Behandlungen käme erschwerend hinzu, dass sich die Behandlungen oft über mehrere Jahre erstreckten. „Hier muss man sehr gut organisiert sein, um die Rechnungen mit der ursprünglichen Behandlungsplanung abzugleichen.“

Ein weiteres Thema, das von den Beraterinnen und Berater in den Interviews wiederholt angesprochen wurde, betrifft die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Die Beraterinnen und Berater beschreiben eine Veränderung des Verhältnisses zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten auf der einen und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite. Angesichts des hohen Umfangs finanzieller Eigenleistungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung rücken wirtschaftliche Fragen immer mehr in den Vordergrund – und belasteten das Vertrauensverhältnis: „Wir sprechen tagtäglich mit Ratsuchenden, denen eine hochwertige Versorgung angeboten wurde und die gar nicht wissen, dass eine deutlich kostengünstigere Regelversorgung existiert.“ In den Fällen, in denen die Regelversorgung angesprochen worden sei, sei dies häufig nicht vollständig und ausgewogen erfolgt: „Bei der Frage nach dem geeigneten Material für Zahnersatz wurden viele Ratsuchende zum Beispiel gefragt, ob sie weiße oder metallfarbene Zähne wünschen – ohne dabei über Vor- und Nachteile zu sprechen oder die Kosten zu erläutern.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.2.4. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

In 14,5 Prozent aller Beratungsgespräche dieses Schwerpunkts wurde zu Geldforderungen im Kontext Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) beraten. Die Zahl der Beratungskontakte betrug hier 1.349 Gespräche. Am häufigsten ging es um Glaukomfrüherkennung (Tonometrie, Perimetrie, Ophthalmoskopie) und sonstige augenärztliche Diagnostik (z.B. optische Kohärenztomographie), gefolgt von der Früherkennung der Osteoporose (Osteodensitometrie), ärztlichen Bescheinigungen und Labortests. Die Beratungen zu IGeL weisen die höchste Beschwerderate in diesem Schwerpunkt auf. Nahezu ein Drittel (31,7 Prozent) der Ratsuchenden formulierte im Kontext der Geldforderungen bei IGeL eine Beschwerde. Ähnlich hoch rangiert der Anteil der von den Beraterinnen und Beratern dokumentierten Problemlagen (31,2 Prozent).



#### Fallbeispiel Kerima S. (32)

*Die aus Bosnien stammende Frau S. (32) ist schwanger und wendet sich an die UPD, weil sie eine Rechnung von ihrem Frauenarzt erhalten hat. Im Rahmen einer Routineuntersuchung hatte ihr der Arzt erklärt, dass sich auch ungeborene Kinder mit einem Krankheitskeim anstecken könnten. Die Folgen einer solchen Infektion, so der Arzt, könnten für das Kind unter Umständen sogar tödlich sein. Deshalb hätte er ihr dringend zur routinemäßigen Durchführung einiger Labortests, u.a. auf Toxoplasmose, Parvovirose und Zytomegalie, geraten. In Sorge um ihr ungeborenes Kind willigte Frau S. (32) sofort in die Untersuchungen ein und unterschrieb einen Vordruck, den ihr die Arzthelferin vorgelegt hatte. Aufgrund von Sprachproblemen habe sie jedoch nicht wirklich verstanden, was sie da unterschrieben habe. Nun hat sie eine Rechnung von über 100 Euro erhalten und versteht nicht, warum die Untersuchungen nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Die Mutter von zwei Kindern bezieht Arbeitslosengeld II und weiß nicht, wie sie die Rechnung begleichen soll.*

## Fakten und Hintergründe | IGeL

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



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

*Hinweis: Das Thema IGeL wird von der UPD im Regelfall nur dokumentiert, wenn es Hauptanlass der Beratung war. Dies ist dann der Fall, wenn den Ratsuchenden Selbstzahlerleistungen angeboten werden, die zu Fragen oder Problemen führen. So müssen beispielsweise Reiseimpfstoffe vom Patienten selbst bezahlt werden, sind also eine IGeL. Dokumentiert wird die Beratung dazu aber meist im Bereich Arzneimittelberatung, weil der Beratungsanlass etwa in Fragen zur Verträglichkeit eines Impfstoffes bestand.*



## Aus der Beratungspraxis | IGeL

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis

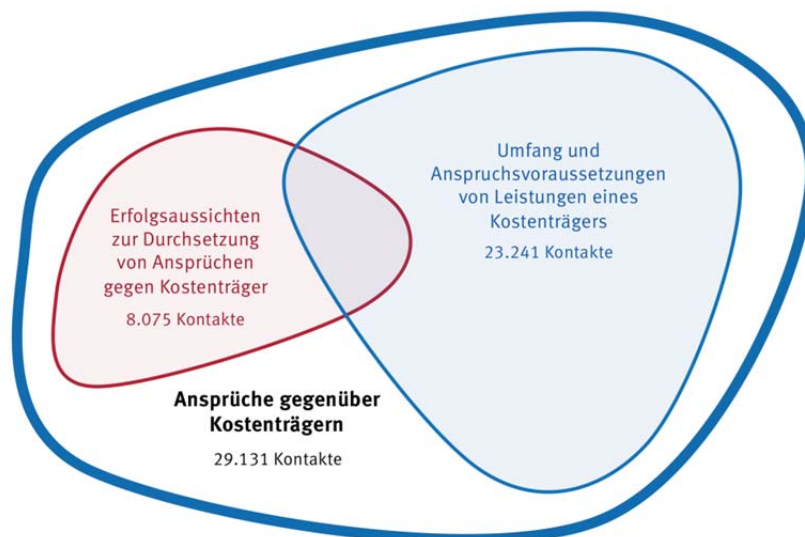
In der Beratung zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) hat sich der Informationsstand der Ratsuchenden nach Eindruck der Beraterinnen und Berater tendenziell verbessert: „Viele Anrufer kennen ihre grundlegenden Rechte und haben schon einmal etwas vom Behandlungsvertrag gehört.“ Die ungenügende Beachtung der einschlägigen Rechtsnormen im Bürgerlichen Gesetzbuch seitens der behandelnden Ärzte sei dann auch ein häufiger Anlass, die UPD aufzusuchen: „Immer wieder haben wir Fälle, in denen Patienten nicht oder unzureichend aufgeklärt wurden und in denen keine schriftliche Vereinbarung existiert.“ Sofern die Patientin oder der Patient keine Einwilligung unterschrieben habe, sei die Rechtslage eindeutig: „Erstaunlicherweise hatten wir dennoch Fälle, in denen Ärzte auf Zahlung der in Rechnung gestellten Leistungen klagen, obwohl es keinen schriftlichen Behandlungsvertrag gab. Hier gibt es innerhalb der Ärzteschaft offenbar noch Aufklärungsbedarf.“

Grundsätzlich, so die Beraterinnen und Berater, sei das Thema Individuelle Gesundheitsleistungen häufig eine Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies gelte auch dann, wenn es nicht zu Streitigkeiten über die Zahlung komme. In vielen Fällen seien Leistungen nicht per se vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen: „Leistungen wie der PSA-Test oder die Messung des Augeninnendrucks sind unter bestimmten Bedingungen medizinisch indiziert und werden bei entsprechender Begründung auch von der Kasse finanziert. Werden diese Maßnahmen nun als Individuelle Gesundheitsleistung angeboten, muss man als Patient im Umkehrschluss davon ausgehen, dass die medizinische Notwendigkeit aus ärztlicher Sicht nicht gegeben ist.“ Problematisch sei in diesem Zusammenhang auch, dass die Leistungen bei einer privatärztlichen Abrechnung meist besser vergütet würden als bei einer begründungspflichtigen Abrechnung als Kassenleistung.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.3. Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Die Klärung der Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger rangiert mit 8.075 Beratungsgesprächen auf Rang sechs der häufigsten Beratungsthemen in der UPD. Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs zwischen der Abklärung und Durchsetzung von Ansprüchen wurde dieses Thema mit den Beratungen zu Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen zum Beratungsschwerpunkt Ansprüche gegenüber Kostenträgern (vgl. Abb. 4) zusammengefasst. Ihm werden all jene Beratungen zugeordnet, die sich mit Leistungsansprüchen von Patienten gegenüber Kostenträgern befassen: Hierzu zählt die Prüfung, ob und in welchem Umfang ein Anspruch besteht, ebenso wie die mögliche Durchsetzung dieses Anspruchs. Der Beratungsschwerpunkt umfasst 29.131 Beratungskontakte und somit 36,2 Prozent des gesamten Beratungsgeschehens in der UPD – 1,5 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. Es handelt sich um den am häufigsten nachgefragten Themenkomplex. Die meisten Beratungen befassen sich mit den Themen Krankengeld, stationäre medizinische Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung.

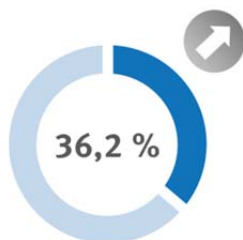


**Abb. 5:** Zusammensetzung des Beratungsschwerpunkts Ansprüche gegenüber Kostenträgern

Da eine Mehrfachauswahl unterschiedlicher Themen zu einem Beratungsgespräch möglich ist, wurden bei mehr als 2.000 Kontakten beide Teilthemen innerhalb eines Beratungskontakts dokumentiert: In 29.131 Beratungsgesprächen und somit in 36,2 Prozent aller Kontakte wurde zumindest eines der beiden Teilthemen besprochen.



In insgesamt 29.131 Beratungsgesprächen ging es um Ansprüche gegen Kostenträger. Damit ist dies der häufigste Themenbereich im Beratungsspektrum der UPD.



Gemessen an allen 80.452 Beratungskontakten im Berichtszeitraum entspricht dies einem Anteil von 36,2 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert um 1,5 Prozentpunkte gestiegen.



Beschwerden

In 12,4 Prozent aller Beratungen zum Thema Ansprüche gegen Kostenträger haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Dieser Wert liegt unter dem Durchschnitt von 15,3 Prozent.



Problemlagen

In 15,4 Prozent aller Beratungen zum Thema Ansprüche gegen Kostenträger haben die Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer bestimmten Problemlage dokumentiert. Dieser Wert liegt unter dem Durchschnitt von 17,5 Prozent.

In 15,4 Prozent der Beratungsgespräche dieses Schwerpunkts haben Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer Problemlage dokumentiert. In den meisten Fällen (1.795 Kontakte) ergab die Beratung, dass die Ratsuchenden falsch oder unzureichend zu dem Thema informiert worden waren. In 1.071 Gesprächen zu diesem Schwerpunkt wurde die begründete Vermutung dokumentiert, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert wurden. In 3.609 Beratungen zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern haben die Patientinnen und Patienten eine Beschwerde formuliert. Das entspricht einem Anteil von 12,4 Prozent. Auffällig ist in diesem Schwerpunkt ein vergleichsweise hoher Anteil an psychosozialen Begleitthemen. Wenn zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern beraten wurde, ging es auch häufig um Krankheits- und Lebensbewältigung (3.723 Kontakte), Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld (3.002 Kontakte) sowie um wirtschaftliche und soziale Absicherung (1.981 Kontakte). Die häufigsten Leistungen, zu denen im Bereich dieses Schwerpunkts beraten wurde, werden in Tabelle 7 aufgelistet.

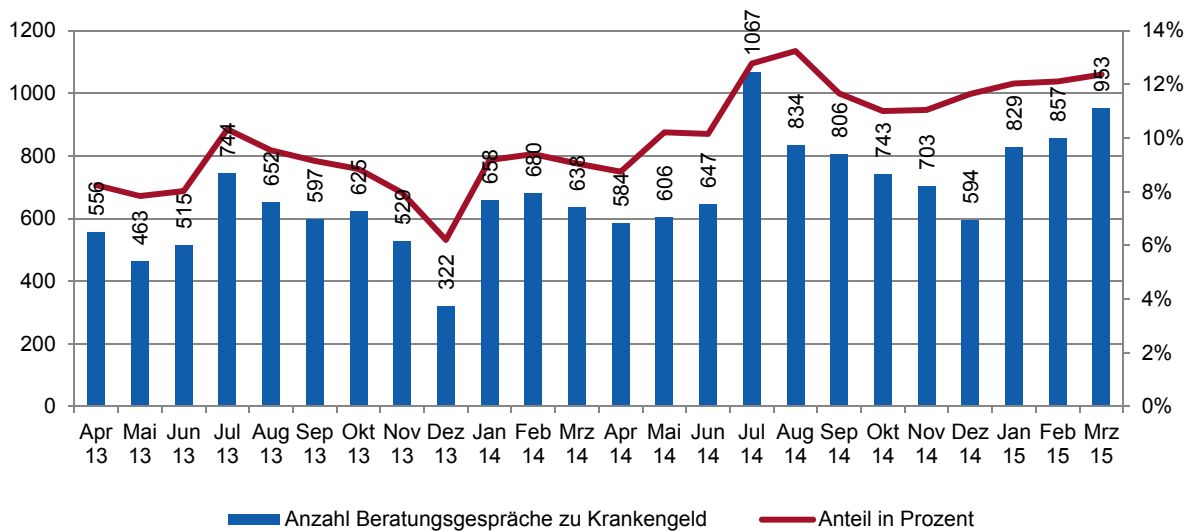
	<b>Beratungen gesamt</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Hinweis auf Problemlage</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Beschwerde</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
<b>Beratungen zu diesem Schwerpunkt</b>	<b>29.131</b>	<b>4.486 (15,4 %)</b>	<b>3.609 (12,4 %)</b>
davon zu Krankengeld	<b>9.223 (31,7 %)</b>	1.549 (16,8 %)	1.232 (13,4 %)
davon zur stationären medizinischen Rehabilitation	<b>3.300 (11,3 %)</b>	431 (13,1 %)	361 (10,9 %)
davon zu Entgeltersatzleistungen ohne Kranken- und Verletztengeld	<b>1.801 (6,2 %)</b>	146 (8,1 %)	103 (5,7 %)
davon zu Hilfsmitteln	<b>1.737 (6,0 %)</b>	319 (18,4 %)	268 (15,4 %)
davon zu pflegerischer Versorgung (SGB XI)	<b>1.732 (5,9 %)</b>	148 (8,5 %)	110 (6,4 %)
davon zu ambulanter zahnärztlicher Behandlung	<b>1.583 (5,4 %)</b>	247 (15,6 %)	179 (11,3 %)
davon zu ambulanter ärztlicher Behandlung	<b>1.513 (5,2 %)</b>	252 (16,7 %)	210 (13,9 %)

**Tab. 7:** Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Ansprüche gegenüber Kostenträgern  
 Mehrfachnennungen möglich

**Lesehilfe:** Von den insgesamt 29.131 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“ entfielen 9.223 Beratungen auf das Thema „Krankengeld“. Das entspricht einem Anteil von 31,7 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Krankengeld“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 1.549 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 16,8 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 1.232 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 13,4 Prozent an allen Kontakten zum Thema.

### 3.3.1. Krankengeld

In 9.223 Beratungsgesprächen ging es um das Thema Krankengeld. Somit bleibt das Krankengeld wie in den vergangenen Jahren die Einzelleistung, zu der in der UPD am häufigsten Beratung nachgefragt wurde (vgl. UPD 2013, UPD 2014). Gemessen an allen Beratungen zu Ansprüchen gegen Kostenträgern nimmt die Entgeltersatzleistung einen Anteil von 31,7 Prozent ein. In 2.189 Fällen wurden allgemeine und übergreifende Informationen zum Krankengeld abgefragt. 1.607 Mal ging es um die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. In 1.372 Fällen wendeten sich Ratsuchende mit Fragen zu Bezugsdauer und Aussteuerung an die UPD. In 1.059 Fällen ging es um den Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld wegen einer Lücke in der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. In 13,4 Prozent der Beratungen zum Thema Krankengeld haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Der Anteil der von Beraterinnen und Beratern dokumentierten Problemlagen liegt bei 16,8 Prozent. Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Beratungszahlen zu diesem Thema im Zeitverlauf.



**Abb. 6:** Monatliche Anzahl und Anteil der Beratungsgespräche zum Thema Krankengeld im Zeitverlauf  
Erhebungszeitraum: 01.04.2013–31.03.2015



### *Fallbeispiel Bernd S. (49)*

*Vor vier Wochen wurde bei Herrn S. eine Krebserkrankung diagnostiziert. Der Familienvater von drei Kindern arbeitete bis vor kurzem noch als wissenschaftlicher Mitarbeiter in einem befristeten Arbeitsverhältnis. Bis zum Ablauf des Arbeitsvertrags erhielt Herr S. Entgeltfortzahlung von seinem Arbeitgeber. Danach bezog er Krankengeld von seiner Krankenkasse. Als seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an einem Sonntag ausläuft, geht er am Montag darauf zum Arzt, um diese verlängern zu lassen. Angesichts einer anstehenden Chemotherapie und der schlechten gesundheitlichen Gesamtkonstitution schreibt dieser Herr S. für weitere vier Wochen krank. Eine Woche später erhält Herr S. einen Brief von seiner Krankenkasse. Sie teilt ihm mit, dass die Krankengeldzahlungen eingestellt werden, da er seit verganginem Montag nicht mehr mit einem Anspruch auf Krankengeld versichert sei. Herr S. kann nicht verstehen, weshalb plötzlich kein Anspruch auf Krankengeld mehr bestehen soll. Als er daraufhin bei seiner Krankenversicherung anruft, erklärt ihm ein Mitarbeiter, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei nicht lückenlos erfolgt. Um den Anspruch auf Krankengeld aufrechtzuerhalten, hätte er sich bereits am Freitag vor Auslaufen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung krankschreiben lassen müssen. Der Sachbearbeiter rät Herrn S., sich durch die Agentur für Arbeit beraten zu lassen. Dort erfährt er, dass er sich nicht arbeitslos melden könne, solange er arbeitsunfähig sei. Seinen finanziellen Verbindlichkeiten kann Herr S. nicht mehr nachkommen und ein Ende der Arbeitsunfähigkeit ist nicht in Sicht. Verzweifelt wendet sich der Familienvater an eine Beratungsstelle der UPD.*

## **Fakten und Hintergründe | Krankengeld**

Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die der finanziellen Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit oder bei einem Klinikaufenthalt dient. Krankengeld kann längstens 78 Wochen für dieselbe Erkrankung innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren bezogen werden. Bei Arbeitnehmern beträgt das Krankengeld 70 Prozent des erzielten Brutto-Arbeitsentgelts, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des erzielten Netto-Arbeitsentgelts.

Der amtlichen Statistik zufolge betragen die Krankengeld-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2013 9,75 Milliarden Euro (BMG 2015). Im selben Jahr gab es 1,75 Millionen Krankengeld-Leistungsfälle (ebd.). 2013 haben die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) nach eigenen Angaben 1,39 Millionen (MDS 2015) der insgesamt etwa 40,5 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle geprüft. In rund 15 Prozent der Fälle, also bei ca. 210.000 Patientinnen und Patienten, kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass aus medizinischer Sicht (innerhalb von 14 Tagen) kein Grund für die Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit gegeben sei (ebd.).

Die Patientinnen und Patienten sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass ihre Krankschreibung lückenlos erfolgt. Andernfalls verlieren sie den Leistungsanspruch. Für den sicheren Bezug des Krankengelds müssen sich die Krankschreibungen zwingend um einen Tag überlappen. Der Anspruch auf



Krankengeld beginnt außer in Fällen der Krankenhausbehandlung oder der Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen immer erst am Tag nachdem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat. Eine rückwirkende Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist nicht möglich.

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung plant der Gesetzgeber eine Reform des einschlägigen § 46 SGB V. Diese sieht vor, dass zukünftig der Anspruch auf Krankengeld vom Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an besteht. Weiterhin soll der Anspruch auf Krankengeld fortbestehen, soweit nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Damit sollen Versorgungslücken beim Anspruch auf Krankengeld geschlossen werden. Darüber hinaus soll eine Neufassung des § 44 Abs. 4 SGB V den Versicherten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse sichern. Diese Beratung und Hilfestellung und die dazu erforderliche Erhebung und Verarbeitung von Daten werden ausdrücklich an die schriftliche Einwilligung und vorherige schriftliche Information der Versicherten gebunden.



## Aus der Beratungspraxis | Krankengeld

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Das „Lückenproblem“

Eine dominierende Problemkonstellation in der Beratung zum Krankengeld ergibt sich nach Aussage der Beraterinnen und Berater durch die Anforderung einer lückenlosen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Patientinnen und Patienten verlieren dabei ihren Anspruch auf Krankengeld, weil das Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig bescheinigt wurde: „Sehr häufig passiert das unverschuldet, etwa weil Patienten keinen rechtzeitigen Termin beim Arzt bekommen. Die Folgen sind dann meist fatal.“ Die Informationspolitik der Krankenkassen, so die Beraterinnen und Berater, habe sich im vergangenen Jahr deutlich verbessert: Bescheide und Informationsmaterialien der Krankenkassen würden nun fast ausnahmslos über die Problematik der lückenlosen Bescheinigung aufklären. Nichtsdestotrotz sei es auch weiterhin Normalität, dass die Ratsuchenden ihren Anspruch auf die Lohnersatzleistung aus rein formalen Gründen verloren hätten – trotz faktischer Arbeitsunfähigkeit.

Im Kontext einer lückenlosen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit weisen die Berater auch auf bürokratische Hürden hin, die das Verfahren für die Ratsuchenden erschweren. Die Arbeitsunfähigkeit wird gegenüber der Kasse durch einen sogenannten Krankengeldauszahlungsschein nachgewiesen. Anders als die reguläre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung halten die behandelnden Ärzte dieses Formular nicht vor. Stattdessen erhalten die Patientinnen und Patienten den Vordruck von ihrer Krankenkasse. Dabei gebe es deutliche Unterschiede bezüglich der von den Kassen abgefragten Informationen. Diese Vielfalt der Krankengeldauszahlungsscheine mache eine elektronische Verarbeitung in der Praxis nicht möglich und erfordere ein händisches Ausfüllen durch die behandelnden Ärzte. Zudem entstünden große Probleme, wenn die Versicherten das Formular von ihrer Krankenkasse nicht recht-



zeitig erhielten.<sup>6</sup>

Im Krankengeld-Fallmanagement bescheinigten die Beraterinnen und Berater den Krankenkassen einen sensibleren Umgang mit dem Datenschutz, noch immer gebe es aber viele Konstellationen, in denen das praktizierte Fallmanagement wenig zielführend sei: „Das Fallmanagement soll die Versicherten ja eigentlich unterstützen und effektive Hilfestellung leisten. Manchmal wird stattdessen mit Druck und Drohgebärden gearbeitet, was gerade bei psychischen Erkrankungen kontraproduktiv sein kann.“

Ein weiteres Problemfeld, das die Beraterinnen und Berater ansprechen, bezieht sich auf die Krankengeld-Aussteuerung wegen des Erreichens der Höchstbezugsdauer. Für die Feststellung des gesetzlichen Dreijahres-Zeitraums seien Blockfristen zu bilden. Dabei sei der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich. Wiederholt würden sich nun Versicherte an die UPD wenden, bei denen der Beginn der laufenden Blockfrist offensichtlich falsch angesetzt worden sei. In der Folge würden sie zu Unrecht aus dem Krankengeldbezug ausgesteuert. Die Beraterinnen und Berater berichten, dass eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse oder ein Widerspruch häufig zu einer Korrektur der Entscheidung führen würde, die damit verbundenen Aufwände und die Aufregung für die Versicherten jedoch vermeidbar wären.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

<sup>6</sup> Ein einheitliches, edv-fähiges Formular, das die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und den bisherigen Krankengeldauszahlungsschein vereint, soll zum 1. Januar 2016 eingeführt werden.

### 3.3.2. Stationäre medizinische Rehabilitation

Rehabilitation verfolgt das Ziel, Patientinnen und Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten zu unterstützen. Die stationäre medizinische Rehabilitation zählt zu den häufigsten Einzelleistungen, zu denen in der UPD im Berichtszeitraum beraten wurde. In 11,3 Prozent aller Beratungsgespräche dieses Schwerpunkts wurde hierzu beraten. Die Gesamtzahl der Beratungskontakte betrug 3.300 Gespräche. Im überwiegenden Teil ging es um Anspruchsvoraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme und deren Durchsetzung gegenüber den Trägern der Maßnahmen. Der Anteil der von Ratsuchenden geäußerten Beschwerden liegt bei 10,9 Prozent. Die Beraterinnen und Berater dokumentierten in 13,1 Prozent der Beratungen zu diesem Thema eine Problemlage.



#### *Fallbeispiel Andrej P. (68)*

*Herr P. ist Rentner und leidet unter chronischen Rückenschmerzen. Aus Angst vor einer möglicherweise drohenden Operation hat er sich lange nicht in ärztliche Behandlung gegeben. Eines Tages aber sind die Schmerzen so unerträglich, dass er einen nahe gelegenen Allgemeinmediziner aufsucht. Der überweist Herrn P. noch am selben Tag zum Orthopäden, der ihn körperlich untersucht und eine Schmerzbehandlung durchführt. Anschließend empfiehlt ihm der Facharzt eine stationäre medizinische Rehabilitation in einer orthopädischen Fachklinik. Dort könne dann in Ruhe eine gezielte Schmerztherapie und Diagnostik durchgeführt werden.*

*Herr P. stimmt zu, doch die Krankenversicherung lehnt den Antrag ab. Begründet wird die Ablehnung damit, dass die ambulante Behandlung noch nicht ausgeschöpft sei. Nun beschwert sich Herr P. bei der UPD über den Ablehnungsbescheid seiner Krankenkasse. Er versteht nicht, warum der Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik nicht bezahlt wird, obwohl sein Orthopäde diesen doch verordnet hat. Auf Rückfrage der Beraterin führt er aus, dass er neben dem Besuch des Orthopäden tatsächlich noch keine ambulanten Behandlungen in Anspruch genommen habe. Im weiteren Beratungsverlauf berichtet Herr P., dass er auch häufig unter grippalen Infekten, unter massiven Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit und Stimmungstiefs leide.*



## Fakten und Hintergründe | Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die medizinische Rehabilitation ist Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im fünften und neunten Sozialgesetzbuch geregelt. Gemäß § 23 und § 40 SGB V haben ambulante Leistungen grundsätzlich Vorrang vor stationären Leistungen. Je nach Leistungsträger variieren die administrativen Prozesse sowie die Formulare und Antragsverfahren.

Bei der Rentenversicherung beantragt der Versicherte selbst die Rehabilitationsmaßnahme. Der Antrag wird durch eine Anlage zur Krankheitsgeschichte sowie durch einen ärztlichen Befundbericht ergänzt. Die erforderlichen Formulare erhalten Patientinnen und Patienten entweder im Internet auf den Seiten der gesetzlichen Rentenversicherung, bei den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder in den Geschäftsstellen der Krankenkassen. Wird die Rehabilitation bei der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt, so ist ein zweistufiges Antragsverfahren vorgesehen. Hier übermittelt der behandelnde Arzt oder die Ärztin zunächst das Formular „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ an die Krankenkasse. Kommen nach Einschätzung der Krankenkasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu ihren Lasten in Betracht, erhält die Ärztin oder der Arzt ein entsprechendes Verordnungsformular mit der Aufforderung zur Prüfung der Indikation. Es können allerdings nur Ärztinnen und Ärzte Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation verordnen, die gemäß § 11 der Rehabilitations-Richtlinie entsprechend qualifiziert und hierfür zugelassen sind.

Der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung umfasst die medizinisch notwendige Heilbehandlung. Stationäre Rehabilitationsleistungen werden nur erbracht, wenn diese im Tarif versichert sind. Meist benötigen die Versicherten vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherungsunternehmens.



## Aus der Beratungspraxis | Rehabilitation

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Ambulant vor stationär

Den Aussagen der Beraterinnen und Berater zufolge geht es bei Beratungen zur stationären medizinischen Rehabilitation meist um die Ablehnung bereits gestellter Anträge. Häufig werde mit der Begründung abgelehnt, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft. Dies sei in vielen Fällen auch tatsächlich zutreffend: „Manchmal ist die Ablehnung vorprogrammiert und man fragt sich, warum die Maßnahme ärztlicherseits überhaupt verordnet wurde.“ Es gebe jedoch auch durchaus Fällen, so die Beraterinnen und Berater, in denen eine ambulante Behandlung kaum möglich sei: „Gerade im ländlichen Bereich sind viele Angebote der ambulanten Versorgung nur schwer erreichbar oder schlicht nicht vorhanden.“ Ebenfalls problematisch sei in diesem Zusammenhang auch die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: „Wie soll ich die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen, wenn ich keinen ambulanten Therapieplatz bekomme?“

Bezüglich der Antragstellung in der gesetzlichen Krankenversicherung verweisen die Beraterinnen und Berater auf bürokratische Hürden durch das zweistufige Verfahren und die Anforderung, dass nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte medizinische Rehabilitationsleistungen verordnen dürfen: „Obwohl sich die Patienten bereits in ärztlicher Behandlung befinden, müssen sie sich für die Antragsstellung einen anderen Arzt suchen, den sie überhaupt nicht kennen und der ihre Krankengeschichte nicht kennt. Für ein reibungsloses Antragsverfahren im Sinne der anspruchsberechtigten Patienten ist das oft eine große Hürde.“

Schließlich berichteten die Beraterinnen und Berater, dass die Ratsuchenden beim Thema Rehabilitation häufig falsche Erwartungen hätten: „Manchmal halten Patienten die stationäre medizinische Reha noch immer für eine Kur und gehen von falschen Anspruchsvoraussetzungen aus. Da sind viele Ratsuchende nicht gut informiert.“ Das gelte auch und insbesondere für den Vorrang ambulanter Behandlung. Häufig müsse auch verdeutlicht werden, dass die stationäre medizinische Rehabilitation nicht der Durchführung einer fundierten Diagnostik diene. So sei es häufig dann auch ihre Aufgabe, die Ablehnung der Reha im Rahmen der Beratung zu erklären und falsche Anspruchs- und Erwartungshaltungen zu korrigieren.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.3.3. Hilfsmittel

Hilfsmittel wie Hörhilfen, Prothesen, Gehhilfen bis hin zur sprachgesteuerten Fernbedienung zur Umfeldsteuerung tragen zu einer möglichst selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei. Insgesamt wurde in 1.737 Gesprächen dieses Schwerpunkts zu diesem Thema beraten. Dies entspricht einem Anteil von sechs Prozent an allen Beratungen zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern. In 15,4 Prozent der Fälle haben Ratsuchende eine Beschwerde formuliert. In 18,4 Prozent der Beratungen zu diesem Thema haben Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert.



#### Fallbeispiel Inge B. (72)

*Frau B. leidet infolge einer Parkinsonerkrankung unter starker Inkontinenz und benötigt regelmäßig Windelhosen. Da sie die entstehenden Kosten auf lange Sicht nicht selbst tragen kann, bittet sie ihren behandelnden Arzt um eine entsprechende Verordnung und erhält diese auch umgehend. Ihre Krankenkasse teilt Frau B. allerdings mit, dass die Kosten für die bislang verwendeten Windeln aus dem nahegelegenen Sanitätshaus nicht übernommen werden können. Stattdessen wird sie an einen Vertragslieferanten verwiesen, mit dem ein monatlicher Betrag in Höhe von 14,99 Euro für die Inkontinenzmaterialien ausgehandelt wurde. Die auf diesem Wege bereitgestellten Windeln können jedoch nur eine geringe Menge an Flüssigkeit aufnehmen und laufen schon nach kurzer Zeit aus. Kleidung und Bettzeug müssen deshalb ständig gewechselt werden und Frau B. klagt über ein ständiges Nässegefühl. Die Haut hat sich schon nach kurzer Zeit entzündet und ist wund geworden. Hinzu kommt eine wiederkehrende Pilzinfektion, die zu starkem Juckreiz führt.*

*Als sich Frau B. daraufhin wiederholt an ihre Krankenkasse wendet, wird sie an den Hilfsmittellieferanten verwiesen, der nach Aussage der Krankenkasse vertraglich verpflichtet sei, eine Hilfsmittelversorgung in ausreichender Qualität sicherzustellen. Der Hilfsmittellieferant reagiert jedoch nicht auf die Anfrage von Frau B. Nach mehreren erfolglosen Versuchen wendet sie sich an die UPD. Sie ist verzweifelt und schämt sich wegen ihrer Inkontinenz. Angesichts der undichten Windeln wagt sie schon seit Wochen nicht mehr, ihre Wohnung zu verlassen.*

## Fakten und Hintergründe | Hilfsmittel

Die Finanzierung von Hilfsmitteln erfolgt je nach Einsatzbereich durch unterschiedliche Kostenträger wie die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die Träger der Sozialhilfe. Nach § 33 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Versorgung mit den erforderlichen Hilfsmitteln, um den Erfolg der Kran-



kenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder um eine Behinderung auszugleichen. Dieser Anspruch umfasst unter anderem die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln wie auch notwendige Wartungsarbeiten. Ebenfalls eingeschlossen sind etwaige Energiekosten, beispielsweise zum Betrieb eines Elektrorollstuhls. Der Bereitstellung von Hilfsmitteln geht häufig eine ärztliche Verordnung voraus. Die Hilfsmittel, die grundsätzlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, werden in einem Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgelistet. Verschiedenen Urteilen des Bundessozialgerichts folgend, können Ärztinnen und Ärzte aber grundsätzlich auch Hilfsmittel verordnen, die nicht in diesem Verzeichnis aufgeführt sind.

Die Krankenkassen schließen mit Hilfsmittelerbringern Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Um das Hilfsmittel tatsächlich zu erhalten, können Versicherte dann häufig nur Hilfsmittelanbieter in Anspruch nehmen, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Neben sogenannten Verhandlungsverträgen, denen sich weitere Leistungserbringer zu gleichen Bedingungen anschließen können, werden die Hilfsmittel zum Teil auch ausgeschrieben. Hier erhält meist der Anbieter mit dem günstigsten Angebot den Zuschlag. In der Folge sind die Versicherten grundsätzlich an diesen Hilfsmittellieferanten gebunden. Geht das Hilfsmittel über das Maß des Notwendigen hinaus, müssen die Versicherten die Mehrkosten und daraus resultierende höhere Folgekosten selbst tragen.



## Aus der Beratungspraxis | Hilfsmittel

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### **Ausschreibung statt Verhandlungsvertrag**

Die Beraterinnen und Berater berichten, dass sich Ratsuchende wegen ganz unterschiedlicher Hilfsmittel an die UPD wenden. Besonders häufig werde zu Inkontinenzmaterialien, Hörgeräten, Rollstühlen und CPAP-Masken zur Behandlung von Schlafapnoe-Syndrom beraten. Die benötigten Hilfsmittel seien oft kostenintensiv und die Patientinnen und Patienten würden seitens der Hilfsmittellieferanten häufig umworben. Anbieter wie etwa Hörgeräteakustiker würden Patienten nicht selten verunsichern: „Die Kassenleistung taugt nichts. Wenn Sie eine vernünftige Versorgung wollen, müssen Sie zuzahlen. Das sind typische Aussagen, die wir immer wieder hören.“ Zum Teil werde eine zuzahlungsfreie Versorgung erst gar nicht angeboten. Wirtschaftliche Aufzahlungen würden zudem nicht transparent gemacht und Patienten erführen erst bei der Auslieferung bzw. Abholung, dass die Hilfsmittelversorgung zusätzliche Kosten verursacht.

Bezüglich der Bewilligungspraxis der gesetzlichen Krankenversicherung führen die Beraterinnen und Berater weiter aus, dass die Anträge zwar fristgerecht innerhalb von drei Wochen bearbeitet würden, die Ablehnungen zum Teil aber nicht nachvollziehbar seien: „Oft klappt es erst beim zweiten oder dritten Anlauf. Bei Ablehnung gibt es meist keinen konstruktiven Vorschlag, wie der Hilfsmittelbedarf

abgedeckt werden könnte. Die Verzögerungen bis zur Bewilligung sind zum Teil unzumutbar, in Einzelfällen kann es bis zu zwei Jahre dauern, bis die Patienten die Versorgung erhalten, die sie benötigen.“ Auch beim Entlassungsmanagement im Krankenhaus bleibe häufig nicht genug Zeit, um eine ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Äußerst schwierig gestalte sich außerdem die Versorgungssituation bei Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt seien: „Eigentlich müsste hier im Einzelfall entschieden werden. Die Begründung, dass ein Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, kann nicht per se als Begründung für die Ablehnung herangezogen werden. Auch wenn dies immer wieder geschieht.“

Beschwerden von Ratsuchenden tauchen aber nicht nur in Hinblick auf die Bewilligungspraxis auf, sondern immer häufiger auch in Hinblick auf die mangelhafte Qualität der Hilfsmittel, wie Beraterinnen und Berater berichten. Dies sei meist dann der Fall, wenn sich die Krankenkasse nicht für einen Verhandlungsvertrag mit Hilfsmittelanbietern entschieden, sondern die Versorgung ausgeschrieben habe: „Die Qualität der Hilfsmittel spielt in diesen Ausschreibungen häufig eine untergeordnete oder gar keine Rolle. Im Ergebnis erhält der billigste Anbieter den Zuschlag und die Qualität der Hilfsmittel, aber auch die Servicequalität der Anbieter bleiben auf der Strecke.“ Problematisch sei in diesem Zusammenhang auch, dass die Hilfsmittellieferanten meist nicht vor Ort seien: „Wenn ein Hilfsmittel defekt ist, kann es sehr lange dauern bis der Hilfsmittellieferant einen Techniker rauschickt. Manchmal müssen Patienten dann wochenlang auf ihr Hilfsmittel verzichten. Das kann für die Patienten z.B. bei einem Rollstuhl mit weitreichenden Folgen verbunden sein, etwa wenn sie auf einen Rollstuhl angewiesen sind.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

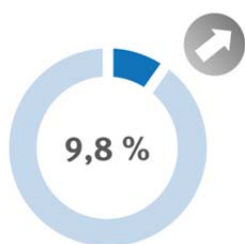


### 3.4. Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld

Dieser Beratungsschwerpunkt ist dem psychosozialen Themenbereich zugeordnet, der die Beratung zu rechtlichen und medizinischen Sachfragen ergänzt. In 7.875 Beratungskontakten und damit in fast jedem zehnten Gespräch (9,8 Prozent) wurde zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld beraten. Viele Erkrankungen fordern den Betroffenen Anpassungsleistungen in ganz unterschiedlichen Bereichen des Lebensalltags ab und gehen nicht selten mit finanziellen Risiken und einer erschwerten wirtschaftlichen Situation einher. So setzt sich die gesundheitliche Problematik im beruflichen und sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten fort. Derartige Beratungskonstellationen werden in diesem Beratungsschwerpunkt zusammengefasst. Dominiert werden die Beratungen zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld durch Fragen zum Umgang mit Konflikten. Meist ging es dabei um Konflikte mit Ärztinnen und Ärzten. Die Liste der betreffenden Facharztgruppen wird mit großem Abstand von den Zahnärztinnen und Zahnärzten angeführt, gefolgt von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin, Orthopädie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Psychosoziale Unterstützung war hier besonders im Kontext von Patientenrechten und Behandlungsfehlern erforderlich. An zweiter Stelle der Beratungen zu diesem Schwerpunkt standen Konflikte mit Kostenträgern, die gerade im Kontext der Beratung zu Krankengeld und stationärer medizinischer Rehabilitation erfasst wurden.



In insgesamt 7.875 Beratungsgesprächen ging es um Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld. Damit liegt dieses Thema auf Platz acht der häufigsten Beratungsthemen.



Gemessen an allen 80.452 Beratungskontakten im Berichtszeitraum entspricht dies einem Anteil von 9,8 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert um 3,8 Prozentpunkte gestiegen.



Beschwerden

In 20,2 Prozent aller Beratungen zu Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Dieser Wert liegt deutlich über dem Durchschnitt von 15,3 Prozent.



Problemlagen

In 17,9 Prozent aller Beratungen zu Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld haben die Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer bestimmten Problemlage dokumentiert. Dieser Wert liegt leicht über dem Durchschnitt von 17,5 Prozent.

Zu 1.410 Beratungsgesprächen und somit in 17,9 Prozent der Beratungen zu Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld haben Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine bestimmte Problemlage dokumentiert. Meistens ging es dabei um unangemessene Verhaltensweisen der betreffenden Akteure, um falsche oder unvollständige Information oder um Mängel in der Versorgungsqualität. Die Ratsuchenden haben in 20,2 Prozent der Fälle eine Beschwerde formuliert. Tabelle 8 zeigt die häufigsten Themen des Beratungsschwerpunkts in der Übersicht.

	<b>Beratungen gesamt</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Hinweis auf Problemlage</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Beschwerde</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
<b>Beratungen zu diesem Schwerpunkt</b>	<b>7.875</b>	<b>1.410 (17,9 %)</b>	<b>1.591 (20,2 %)</b>
davon Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern	<b>3.850 (48,9 %)</b>	890 (23,1 %)	1.066 (27,7 %)
davon Umgang mit Konflikten mit Kostenträgern	<b>2.585 (32,8 %)</b>	430 (16,6 %)	439 (17,0 %)
davon Umgang mit Konflikten und/oder Ängsten im sozialen Umfeld	<b>631 (8,0 %)</b>	40 (6,3 %)	35 (5,5 %)
davon Umgang mit Arbeitslosigkeit/drohendem Arbeitsplatzverlust	<b>368 (4,7 %)</b>	38 (10,3 %)	28 (7,6 %)
davon Umgang mit Überforderung/Stress in der Arbeit (auch Burnout)	<b>279 (3,5 %)</b>	16 (5,7 %)	15 (5,4 %)
davon Umgang mit sozialer Isolation	<b>240 (3,0 %)</b>	24 (10,0 %)	22 (9,2 %)

**Tab. 8:** Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld

Mehrfachnennungen möglich

**Lesehilfe:** Von den insgesamt 7.875 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld“ wurde in 3.850 Beratungen der „Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern“ thematisiert. Das entspricht einem Anteil von 48,9 Prozent an allen Beratungen des Schwerpunkts. Zum Thema „Umgang mit Konflikten mit Leistungserbringern“ wurde von Beraterinnen und Beratern in 890 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 23,1 Prozent an allen Kontakten zum Thema. Zudem wurden zum selben Thema 1.066 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 27,7 Prozent an allen Kontakten zum Thema.



### *Fallbeispiel Marcel G. (29)*

*Herr G. leidet unter Depressionen, chronischen Kopfschmerzen und wiederkehrenden Ohnmachtsanfällen (Synkopen), die ihn in große Angst versetzen. Angesichts seiner Symptome sieht er sich nicht in der Lage, seiner Arbeit in der Gastronomie nachzugehen. Eine organische Ursache für die Beschwerden konnte bislang nicht gefunden werden, Herr G. ist sich jedoch sicher, dass die körperlichen Symptome mit seinem psychischen Gesundheitszustand nicht in Verbindung stehen. Vor einer Woche ist er nach fünfwöchigem Aufenthalt in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik entlassen worden. Kurz vor seiner Entlassung erhielt er eine Kopie des Entlassungsbriefs. Nach der Lektüre des ausführlichen Berichts ist Herr G. extrem aufgebracht: Der behandelnde Arzt bezeichnet darin seine Beschwerden als „psychogen“ und entlässt den Patienten als „arbeitsfähig“. Zudem wird Herrn G. eine „deutliche Besserung der depressiven Episoden während des Rehabilitationsverlaufs“ bescheinigt, obwohl dieser selbst den Aufenthalt als weitgehend wirkungslos empfindet. Schließlich gibt der Arzt die Eigenanamnese des Patienten ganz anders wieder als dieser selbst sie im Aufnahmegespräch geschildert hatte. Herr G. ist entsetzt und konfrontiert den Klinikarzt auf dem Flur mit Vorwürfen. Der lehnt eine Auseinandersetzung jedoch ab und verweigert einen Gesprächstermin. Der Entlassungsbrief, so der Arzt, habe Gutachtencharakter und könne nicht nach Belieben der Patienten verfasst werden. Daraufhin wendet sich Herr G. mit seinem Anliegen schriftlich an die Klinikleitung. Die lehnt eine Abänderung des Entlassungsberichts ebenfalls ab. In einer Beratungsstelle der UPD möchte er nun erfahren, wie er seinen behandelnden Therapeuten dazu bringen kann, den Entlassungsbericht zu verändern.*

## **Fakten und Hintergründe | Psychosoziale Beratung**

Die Erfahrungen im Beratungsalltag haben gezeigt, dass sich bedarfsgerechte Beratung oft nur schwer auf die Klärung rechtlicher und medizinischer Sachfragen begrenzen lässt (vgl. hierzu Petermann & Schaeffer 2011, Schaeffer & Dewe 2012). Ratsuchende befinden sich häufig in einer emotional belastenden Situation. Das gilt insbesondere im Fall von chronischen Erkrankungen, die das Leben der Patientinnen und Patienten oft nachhaltig verändern. Hier geht es um Themen wie den Umgang mit Ängsten und Krisen und mit Konflikten im sozialen Umfeld, aber auch um Ausgrenzung und soziale Isolation. Wichtige weitere Themen sind (drohende) Erwerbslosigkeit und die Inanspruchnahme weiterführender Unterstützungsangebote zur Nutzung der sozialen Sicherungssysteme. In der psychosozialen Beratung der UPD gilt es, Übergänge zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu schaffen und Verknüpfungen zwischen den fragmentierten Versorgungssektoren der kurativen Versorgung (SGB V), der Rehabilitation (SGB IX) und der Langzeitversorgung (SGB XI) herzustellen.

Jede der 21 regionalen Beratungsstellen ist mit einer Beraterin oder einem Berater aus dem psychosozialen Kompetenzfeld besetzt. Zudem werden alle Beraterinnen und Berater verbundweit in Gesprächstechniken und Beratungsmethoden geschult. Dennoch kann die UPD im Rahmen ihres gesetzlichen Beratungsauftrags keine soziale Einzelfallhilfe anbieten. Deshalb liegt der Schwerpunkt auf einer Analyse der individuellen Problemsituation, der gemeinsamen Erarbeitung von umsetzbaren

Handlungsoptionen und einer Suche nach geeigneten Unterstützungsstrukturen.

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



## Aus der Beratungspraxis | Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Berührungängste

Die psychosoziale Beratung zu Problemen im beruflichen und sozialen Umfeld ist den Beraterinnen und Beratern zufolge durch das Machtgefälle geprägt, in dem sich Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungserbringern und Kostenträgern der gesundheitlichen Versorgung befinden: „Viele Patienten sind extrem unsicher im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten auf der einen und Krankenkassen auf der anderen Seite. Diese Berührungängste sind oft keine gute Ausgangsbasis, um Konflikte offen anzusprechen und eine Klärung herbeizuführen.“

Konflikte mit der Krankenkasse oder den zuständigen Sachbearbeitern würden häufig dann entstehen, wenn eine Leistung nicht gewährt werde oder Patientinnen und Patienten sich unter Druck gesetzt fühlten. Besonders oft komme dies im Rahmen des Krankengeldfallmanagements vor: „Auch weiterhin berichten die Ratsuchenden von wiederholten Anrufen durch Fallmanager der Krankenkassen, von denen sie sich massiv unter Druck gesetzt fühlen. Da geht es dann häufig um die Frage, wie man sich gegenüber den Fallmanagern konkret verhalten soll. Viele Patienten trauen sich nicht zu sagen, dass sie sich belästigt fühlen und haben Angst, ihren Leistungsanspruch durch Widerworte zu gefährden.“

Zu Konflikten mit Ärztinnen und Ärzten komme es in Bezug auf ganz unterschiedliche Themenkomplexe. Einer davon, so die Beraterinnen und Berater, sei der Verdacht auf Behandlungsfehler. Häufig gehe es dabei gar nicht um berufs- oder haftungsrechtliche Fragestellungen. Vielmehr wollten die Patientinnen und Patienten ihren Verdacht mit der Ärztin oder dem Arzt oft persönlich klären: „Die betreffenden Ratsuchenden wollen weder ein Gutachten erstellen lassen, noch möchten sie den Arzt wechseln. Sie wissen einfach nur nicht, wie sie das dem Arzt gegenüber ansprechen sollen.“ Neben dem Verdacht auf Behandlungsfehler besteht ein hohes Konfliktpotenzial den Beraterinnen und Bera-

tern zufolge auch immer dann, wenn Patienten medizinische Versorgung nicht als Sachleistung erhalten: „Immer wenn Patienten selbst zahlen müssen, ist das Vertrauensverhältnis zum Arzt schnell belastet.“

Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis träten auch dann gehäuft auf, wenn bestimmte Erwartungen nicht erfüllt würden: „Mein Arzt schreibt mich nicht krank, ich bekomme die Verordnung nicht, er schreibt mir die Tabletten nicht auf – all das kommt in der Beratung vor.“ Ebenfalls typisch für Konflikte mit Leistungserbringern seien Meinungsverschiedenheiten über Atteste, gutachterliche Stellungnahmen und Entlassungsberichte.

Viele Ratsuchende hätten in der Auseinandersetzung Angst, die Weiterbehandlung durch den Mediziner mit einem Konflikt aufs Spiel zu setzen. Gerade im ländlichen Raum gebe es häufig nur einen einzigen Arzt, bei dem sie sich behandeln lassen können: „Wenn Patienten ihrem Arzt gegenüber einen Konfliktpunkt ansprechen, ziehen die Ärzte tatsächlich oft die Reißleine und erteilen den Patienten unter Berufung auf ein gestörtes Vertrauensverhältnis Praxisverbot. Aber was sollen die Patienten tun, wenn es keinen anderen Facharzt in der Region gibt?“ Hier gelte es, das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt gut vorzubereiten, die Patienten zu ermutigen, Risiken zu erläutern und zum Teil auch Gesprächssituationen konkret einzuüben. Den Beraterinnen und Berater zufolge berichten Ratsuchende zudem sehr häufig, sie fühlten sich von den behandelnden Ärzten nicht ernst genommen: „Viele Patienten beschwerten sich, dass ihnen der Arzt nicht zuhört und sich nicht die Zeit für ein Gespräch nimmt.“

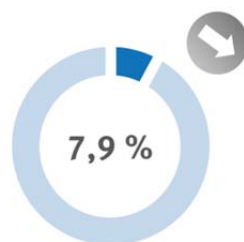
Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

### 3.5. Behandlungsfehler

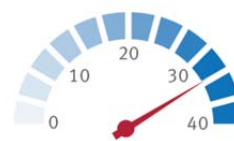
In diesem Beratungsschwerpunkt werden all jene Gespräche dokumentiert, in denen ein Verdacht auf Behandlungsfehler im Raum steht und Beratung zu den unterschiedlichen Handlungsoptionen stattfindet. Die Beratung in diesem Schwerpunkt findet häufig unter besonderen Bedingungen statt, denn die Ratsuchenden leiden oft unter konkreten Beschwerden, nicht selten auch unter akuten Schmerzen. Der größte Teil der Beratungen zu Behandlungsfehlern stand im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung, gefolgt von Behandlungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte. In 6.320 Beratungskontakten (7,9 Prozent) wurde zum Thema Behandlungsfehler beraten. Der Verdacht betraf am häufigsten operative Therapien, konservative Therapien und Diagnosestellung. Hauptdiagnosen, zu denen bei Verdacht auf Behandlungsfehler häufig beraten wurde, waren zunächst Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 Diagnosekapitel K) mit 929 Kontakten. Dabei ist zu beachten, dass hier vor allem Diagnosen zu Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und des Kiefers erfasst wurden (ICD-10 K00-K14) (697 Kontakte). Diese können größtenteils der zahnmedizinischen und kieferorthopädischen Versorgung zugeordnet werden. Weitere Hauptdiagnosen waren die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 Diagnosekapitel M) mit 717 Kontakten.



In insgesamt 6.320 Beratungsgesprächen ging es um einen Verdacht auf Behandlungsfehler. Damit liegt dieses Thema auf Platz neun der häufigsten Beratungsthemen.

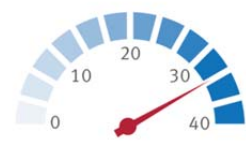


Gemessen an allen 80.452 Beratungskontakten im Berichtszeitraum entspricht dies einem Anteil von 7,9 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert um 1,1 Prozentpunkte gesunken.



Beschwerden

In 32,6 Prozent aller Beratungen zu Behandlungsfehlern haben die Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert. Dies ist der höchste Anteil unter allen Beratungsthemen.



Problemlagen

In 32,9 Prozent aller Beratungen zum Thema Behandlungsfehler haben die Beraterinnen und Berater das Vorliegen einer bestimmten Problemlage dokumentiert. Dies ist der höchste Anteil unter allen Beratungsthemen.

In 2.061 Beratungen (32,6 Prozent) zum Verdacht auf Behandlungsfehler haben die Ratsuchenden eine Beschwerde vorgetragen. Zu 2.079 Beratungsgesprächen und somit in 32,9 Prozent der Beratungen zu Behandlungsfehlern haben Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine bestimmte Problemlage dokumentiert. Damit weist das Thema Behandlungsfehler den höchsten Anteil an Beschwerden und Hinweisen auf Problemlagen auf. Die häufigsten Problemlagen im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern betrafen erwartungsgemäß die Qualität der Versorgung. In insgesamt 1.629 Kontakten und somit gut jedem vierten Beratungsgespräch zum Verdacht auf Behandlungsfehler lieferte die Beratung aus Sicht der Beraterinnen und Berater tatsächlich Anhaltspunkte für Defizite oder Mängel in der Versorgung. Tabelle 9 stellt die häufigsten Unterthemen im Schwerpunkt Behandlungsfehler differenziert dar.

	<b>Beratungen gesamt</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Hinweis auf Problemlage</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)	<b>Beratungen mit Beschwerde</b> (Anteil an allen Beratungen zum Thema)
<b>Beratungen zu diesem Schwerpunkt</b>	<b>6.320</b>	<b>2.079 (32,9 %)</b>	<b>2.061 (32,6 %)</b>
davon Therapie, operativ	<b>1.970 (31,2 %)</b>	620 (31,5 %)	561 (28,5 %)
davon Therapie, konservativ	<b>1.038 (16,4 %)</b>	338 (32,6 %)	400 (38,5 %)
davon Diagnosestellung	<b>997 (15,8 %)</b>	342 (34,3 %)	346 (34,7 %)
davon diagnostische Maßnahmen/Verfahren	<b>523 (8,3 %)</b>	142 (27,2 %)	141 (27,0 %)
davon Medizinprodukte (inkl. Zahnimplantate)	<b>381 (6,0 %)</b>	137 (36,0 %)	104 (27,3 %)
davon Therapie, postoperativ (z. B. Infektion)	<b>332 (5,3 %)</b>	132 (39,8 %)	128 (38,6 %)
davon Organisation/Therapiemanagement	<b>314 (5,0 %)</b>	151 (48,1 %)	137 (43,6 %)
davon Aufklärung	<b>274 (4,3 %)</b>	83 (30,3 %)	83 (30,3 %)
davon pflegerische Maßnahmen	<b>243 (3,8 %)</b>	81 (33,3 %)	94 (38,7 %)
davon Arzneimitteltherapie	<b>211 (3,3 %)</b>	70 (33,2 %)	76 (36,0 %)

**Tab. 9:** Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Behandlungsfehler

Mehrfachnennungen möglich

**Lesehilfe:** Von den insgesamt 6.320 Beratungsgesprächen zum Schwerpunkt „Behandlungsfehler“ bezogen sich 1.970 Beratungen auf einen Behandlungsfehlerverdacht im Bereich der „operativen Therapie“. Das entspricht einem Anteil von 31,2 Prozent an allen Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler. Im Rahmen eines Behandlungsfehlerverdachts zu operativen Therapien wurde von Beraterinnen und Beratern in 620 Beratungskontakten mindestens ein Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 31,5 Prozent an allen Beratungen im Bereich der operativen Therapie. Zudem wurden zum selben Thema 561 Beschwerden von Ratsuchenden erfasst. Das entspricht einem Anteil von 28,5 Prozent an allen Kontakten zum Behandlungsfehlerverdacht bei operativen Therapien.

### *Fallbeispiel Hedwig S. (69)*

*Der 72jährige Ehemann von Hedwig S. hat schon seit vielen Jahren einen Leistenbruch. Als an einem Sonntagmorgen plötzlich starke Schmerzen auftreten, wird er notfallmäßig operiert. Die Familie ist geschockt, doch die Operation sei gut verlaufen, so die Ärzte. Als Hedwig S. ihren Ehemann am späten Nachmittag besucht, erschrickt sie: Seine Sprache ist verwaschen, er reagiert merkwürdig. Frau S. denkt sofort: „Irgendwas stimmt nicht!“ Sie informiert das Pflegepersonal und bittet darum, einen Arzt zu rufen. Die Schwester beruhigt sie. Das sei nach einer Operation völlig normal, aber der Arzt sei schon unterwegs. Im Laufe der nächsten Stunde verschlechtert sich der Zustand des Ehemanns weiter, doch die Ärzte greifen nicht ein. Erst am nächsten Morgen wird erkannt: Karl S. hatte einen Schlaganfall. Er wird sofort in ein anderes Krankenhaus verlegt. Heute ist er halbseitig gelähmt, sitzt im Rollstuhl und kann nicht richtig sprechen. Frau S. ist überzeugt, dass ihr Ehemann weniger schwere Schäden davongetragen hätte, wenn der Schlaganfall rechtzeitig erkannt worden wäre.*

## **Fakten und Hintergründe | Behandlungsfehler**

Ein Behandlungsfehler wird definiert als eine nicht sorgfältige und nicht den anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung. Er kann sowohl durch therapeutisches Handeln als auch durch Unterlassen erfolgen. Als Behandlungsfehler wird ferner nur ein Verhalten definiert, das als vorsätzlich oder fahrlässig gelten kann. Außerdem muss es ursächlich für den entstandenen Schaden sein (Kausalität). Es gibt verschiedene Arten von Behandlungsfehlern, wie zum Beispiel Diagnose-, Therapie- und Aufklärungsfehler sowie Organisations- und Koordinierungsfehler. Sollen Schadensersatzansprüche gegen eine Ärztin oder einen Arzt geltend gemacht werden, liegt die sogenannte Beweislast beim Patienten. Das Fehlverhalten wie auch der Zusammenhang mit den eingetretenen Folgen muss also eindeutig bewiesen werden. Lediglich bei groben Behandlungsfehlern kommt es zu einer Umkehr der Beweislast.

Wie viele Behandlungsfehler jedes Jahr in Deutschland gemacht werden, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Schätzungen gehen von 40.000 bis 170.000 Behandlungsfehlern jährlich aus (BMG 2014). Am 20. Mai 2015 hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen seine aktuelle Statistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung vorgelegt (MDS 2015). Demnach wurden im Kalenderjahr 2014 in 14.663 Verdachtsfällen Gutachten erstellt. In 3.796 Fällen hat sich der Verdacht bestätigt (ebd.). Das entspricht einem Anteil von 25,9 Prozent.

Patienten können bei Verdacht auf Behandlungsfehler die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt direkt ansprechen. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 sind die Behandelnden verpflichtet, Patienten auf Nachfrage oder zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren zu informieren, sofern die Annahme eines Behandlungsfehlers begründet ist. In diesem Fall dürfen Tatsachen keinesfalls unzutreffend dargelegt oder verschwiegen werden. Ein wichtiger Ansprechpartner sind darüber hinaus die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Sie müssen ihre Versicherten bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler etwa mit einer außergerichtlichen Rechtsberatung oder durch ein medizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterstützen.



Anders als der Medizinische Dienst der Krankenkassen oder die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern überprüft die UPD nicht, ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt. Vielmehr berät sie zu den unterschiedlichen Handlungsoptionen bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler. Sie zeigt den Ratsuchenden auf, wie sie konkret vorgehen können, an welche Institutionen sie sich wenden können und welche Folgen und Wirkungen die unterschiedlichen Vorgehensweisen nach sich ziehen können.

Im Rahmen der Dokumentation haben die Beraterinnen und Berater die Möglichkeit, den vorgetragenen Sachverhalt aus der fachlichen Perspektive zu bewerten – ohne dabei ein abschließendes Urteil über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers abgeben zu können. Hierzu erfassen sie beispielsweise Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung oder für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen. In 1.629 Beratungsgesprächen zum Thema Behandlungsfehler haben die Beraterinnen und Berater solche Anhaltspunkte für mögliche Mängel in der Qualität der Versorgung dokumentiert. Bei den insgesamt 6.320 Beratungskontakten zu diesem Thema entspricht dies einem Anteil von 25,8 Prozent.



## Aus der Beratungspraxis | Behandlungsfehler

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Keine „Waffengleichheit“

Beratungen zum Thema Behandlungsfehler sind nach Aussage der Beraterinnen und Berater von einer großen Unzufriedenheit und Betroffenheit auf Seiten der Ratsuchenden gekennzeichnet. Mit der Einführung der ärztlichen Pflicht zur Information über Fehlverhalten gemäß § 630c BGB würden sich häufiger auch Ratsuchende an die UPD wenden, die von alleine keine Fehlversorgung vermutet hätten, aber ärztlicherseits auf einen möglichen Behandlungsfehler aufmerksam gemacht worden seien. Eine zentrale Hürde ergebe sich in der Folge jedoch bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, insbesondere bei der Beweisführung. Auch wenn ein fahrlässiges oder vorsätzliches Fehlverhalten der Behandler eindeutig nachgewiesen werden könne, scheiterten viele Patienten am Nachweis der Kausalität zwischen der Fehlversorgung und dem eingetretenen Schaden.

Viele Behandlungsfehler würden erst lange nach einem Eingriff oder einer Therapie erkannt und der Beweis eines kausalen Zusammenhangs zu einem vorliegenden Leiden sei nur noch schwer zu führen. Dies sei auch beim gleichzeitigen Vorliegen mehrerer Erkrankungen der Fall. „Außerdem spielt natürlich auch die Waffengleichheit im Verfahren eine Rolle. Patienten stehen dann oft den erfahrenen Justiziaren der Kliniken oder den Anwaltskanzleien der Haftpflichtversicherer gegenüber.“ Problematisch seien auch Konstellationen, in denen Ärzte oder Kliniken über keine Berufshaftpflichtversicherung verfügten: „Solche Leistungserbringer gehen auf Risiko und wenn dann der Haftungsfall

eintritt, geht es nicht selten um die wirtschaftliche Existenz.“ Patienten fühlten sich in solchen Konstellationen häufig ohnmächtig und seien zudem noch mit Schäden und Folgen des Behandlungsfehlers beschäftigt, litten unter Schmerzen und hätten keine Kraft für ein Verfahren.

Die Unterstützungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wird den Beraterinnen und Beratern zufolge sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die zur Unterstützung der Versicherten angefertigten Gutachten des MdK seien ausführlich und fundiert. Die Begutachtung dauere jedoch oft viele Monate, in Einzelfällen länger als ein Jahr. „Das wissen die Patienten oft nicht und es sagt ihnen auch niemand. Sie leiden unter akuten Beschwerden oder Schmerzen und können nicht verstehen, warum es so viel Zeit in Anspruch nimmt, ihren Fall zu prüfen.“ Die Krankenkassen gingen bei der Unterstützung zu Behandlungsfehlern sehr unterschiedlich vor. Es gebe keine klare Regelung zur Umsetzung der Unterstützungspflicht. „Manche Krankenkassen verlangen, dass die Versicherten im Vorfeld der Beratung erstmal alle Unterlagen zusammenstellen. Andere verweisen die Versicherten schon nach kurzer Schilderung des Falles an die Gutachter- und Schlichtungsstellen.“

Nicht alle Patientinnen und Patienten wollten ihre Ärzte verklagen oder Schadensersatzforderungen geltend machen, so die Beraterinnen und Berater. Viele würden sich einfach nur eine Entschuldigung wünschen und vergeblich darauf warten. Es gehe ihnen um Gerechtigkeit, um Verständnis und Mitgefühl: „Viele Ärzte gehen immer noch davon aus, dass sie durch ein implizites Schuldeingeständnis ihren haftungsrechtlichen Versicherungsschutz gefährden. Früher war diese Befürchtung auch begründet. Mit der Neuregelung des Versicherungsvertragsgesetzes aus dem Jahr 2008 sind Vereinbarungen mit einem solchen Anerkenntnis- und Befriedungsverbot aber unwirksam.“ Eine Würdigung des Patienten, seiner Beschwerden und der damit in Verbindung stehenden unbefriedigenden Situation gefährde keineswegs den Versicherungsschutz. Eine offene und emphatische Kommunikation zwischen Arzt und Patient sei gerade bei einem im Raum stehenden Behandlungsfehlerverdacht wichtig.

Nicht selten liefere die Beratung auch Indizien dafür, dass die Voraussetzungen eines Behandlungsfehlers nicht gegeben seien. Vielen Ratsuchenden sei nicht bewusst, dass sie mit der Einwilligung in eine Behandlung auch die damit verbundenen Risiken bzw. die Möglichkeit von Komplikationen in Kauf nähmen. Dabei sei die Erwartung an einen medizinischen Eingriff oft überhöht: „Eine Bandscheibenoperation oder auch ein künstliches Hüftgelenk liefern eben keine Garantie für anschließende Schmerzfreiheit. Manchmal ist aber genau das die Erwartung der Patienten.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**

## 4. Spezialthema muttersprachliche Beratung

Fast jede fünfte in Deutschland lebende Person ist zugewandert oder stammt in zweiter oder dritter Generation von zugewanderten Menschen ab. Unter den Kindern und Jugendlichen haben sogar knapp 30 Prozent einen sogenannten Migrationshintergrund (BAMF 2013). Damit gehen auch Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung einher, denn das Gesundheitssystem muss sich auf eine vielfältige Gesellschaft einstellen. Um diesen sprachlichen, kulturellen, religiösen und soziokulturellen Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung tragen zu können, hat die UPD ein muttersprachliches interkulturelles Beratungsangebot in türkischer und russischer Sprache konzipiert und eingeführt. In Nürnberg, Dortmund, Berlin, Ludwigshafen und Stuttgart bietet sie eine kostenfreie persönliche Beratung vor Ort an. Darüber hinaus betreibt sie eine bundesweite Hotline zur kostenlosen Telefonberatung in türkischer und russischer Sprache. Finanziert wird das muttersprachliche Beratungsangebot durch den Verband der privaten Krankenversicherung.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 3.135 muttersprachliche Beratungsgespräche geführt, wobei die Beratungszahlen im russischsprachigen Bereich mit 1.891 Beratungskontakten deutlich höher liegen als die Anzahl der türkischsprachigen Beratungsgespräche mit 985 Kontakten. Die übrigen 259 Beratungsgespräche wurden in weiteren Sprachen geführt. Das Durchschnittsalter der Ratsuchenden liegt bei der Beratungssprache Türkisch mit 49,1 Jahren um fast zehn Jahre unter dem Durchschnittsalter der russischsprachigen Ratsuchenden (59 Jahre). Im Vergleich liegt das Alter der Ratsuchenden in der deutschsprachigen Beratung bei durchschnittlich 54,4 Jahren. Der Anteil der Ratsuchenden ohne Erwerbseinkommen liegt in der muttersprachlichen Beratung insgesamt über dem der deutschsprachigen Beratung (vgl. Tab. 10).

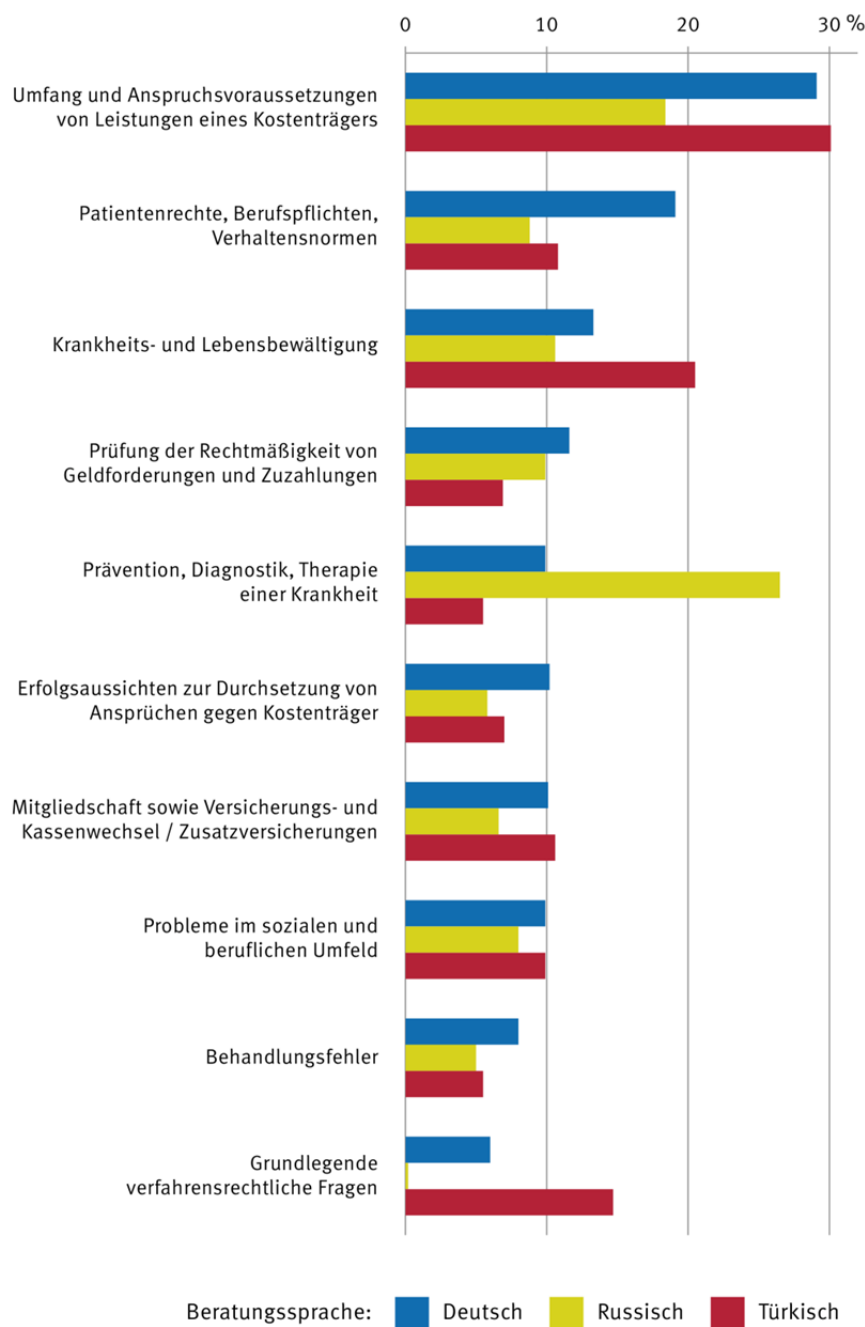


Erwerbsstatus*	Deutsch	Russisch	Türkisch
Arbeitnehmer/in	30,8 %	27,6 %	22,6 %
Rentner/in, Pensionär/in	29,9 %	27,1 %	12,0 %
Arbeitslos/ohne Erwerbstätigkeit	13,3 %	16,1 %	25,6 %
Keine Angabe	12,9 %	22,1 %	27,1 %
Azubi, Schüler/in, Student/in, Kind	4,4 %	4,0 %	3,8 %
Selbstständige/r	4,1 %	0,0 %	1,5 %
Erwerbsgemindert	3,6 %	3,0 %	7,5 %
Beamte/r	0,8 %	0,0 %	0,0 %

**Tab. 10:** Erwerbsstatus\* der Ratsuchenden in den unterschiedlichen Beratungssprachen (Werte gerundet)

\* Zeitlich begrenzte Zusatzerhebung in der Zeit vom 1.10. bis zum 15.11.2014

Die Geschlechterverteilung weist über die unterschiedlichen Beratungssprachen hinweg sehr ähnliche Werte auf. Der Anteil der weiblichen Ratsuchenden rangiert jeweils zwischen 60 und 61 Prozent. Deutliche Unterschiede lassen sich hingegen bei der durchschnittlichen Dauer eines Beratungsgesprächs beschreiben. Diese liegt in der deutschsprachigen Beratung bei 19,2 Minuten. Erfolgt die Beratung in russischer Sprache, steigt die Beratungsdauer auf durchschnittlich 24,0 Minuten, in der türkischsprachigen Beratung sogar auf 28,5 Minuten.



**Abb. 7:** Anteile der zehn häufigsten Beratungsthemen an allen Beratungen der jeweiligen Beratungssprache

Deutliche Divergenzen lassen sich auch in der Nutzung der einzelnen Beratungsformen beobachten. So ließen sich 13,7 Prozent der Ratsuchenden bei der deutschsprachigen Beratung in einer der 21 Beratungsstellen vor Ort beraten. Etwas höher liegt der Anteil mit 15,7 Prozent in der russischsprachigen Beratung. Mehr als doppelt so häufig wurden die Beratungsstellen dagegen für eine türkischsprachige Beratung aufgesucht. Hier wählten 35,3 Prozent der Ratsuchenden das persönliche Gespräch in der Beratungsstelle. Entsprechend geringer fällt hier der Anteil der telefonischen Beratung im Vergleich zu den Beratungssprachen Deutsch und Russisch aus.

Neben den beschriebenen strukturellen Merkmalen lassen sich je nach Beratungssprache Unterschiede im Bereich der Inhalte und Beratungsthemen beschreiben. Abbildung 7 auf Seite 76 zeigt die zehn häufigsten Beratungsthemen im Beratungsgeschehen der UPD und weist die jeweiligen Anteile differenziert nach Beratungssprache aus. Dabei wird zunächst deutlich, dass im Rahmen der muttersprachlichen Beratung im Vergleich zur deutschsprachigen Beratung deutlich seltener zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen beraten wird. Wie in den Vorjahren spielen gesundheitlich-medizinische Themen in der russischsprachigen Beratung eine deutlich größere Rolle als bei den anderen Beratungssprachen. Das gilt für Informationen zu Prävention, Diagnostik und Therapie einer Erkrankung, aber auch für die Beratung zu Arzneimitteln sowie zu Möglichkeiten der Gesundheitsförderung. In der türkischsprachigen Beratung ist der Anteil der medizinischen Anfragekonstellationen hingegen deutlich geringer, während die Beratung zur Krankheits- und Lebensbewältigung wie bereits in den Jahren zuvor einen sehr viel höheren Anteil am Beratungsspektrum hat. Auch bei Beratungen zu Verfahrensfragen, zu allgemeinen sozialrechtlichen Themenstellungen sowie zu Themen wie Schwerbehinderung ist in der türkischsprachigen Beratung ein überdurchschnittlich hoher Anteil zu verzeichnen.

### *Fallbeispiel Fatma G. (51)*

*Bei Frau G. wurde vor drei Jahren ein bösartiger Tumor am Magen festgestellt. Daraufhin wurde der Magen operativ entfernt. Die geschiedene Frau lebt allein und findet seit ihrer Erkrankung keine Arbeit mehr. Seit ihrer Operation hat sie im Alltag große Schwierigkeiten, weil sie nach den Mahlzeiten häufig unter Druckgefühl im Bauch, Übelkeit und Erbrechen leidet. Neuerdings kommen auch Schwindel und Kreislaufschwierigkeiten hinzu. Seit Beginn ihrer Erkrankung hat sie fast zehn Kilogramm an Gewicht verloren. Mit ihrem behandelnden Arzt hat sie darüber nicht gesprochen, denn sie hält die Probleme für eine übliche Folge des Eingriffs und will ihrem Arzt keine Unannehmlichkeiten bereiten.*

*Ihre Nachbarin hatte ihr schon mehrfach empfohlen, sich beraten zu lassen. Nach anfänglicher Skepsis ringt sich Frau G. durch, in Begleitung der Nachbarin die Beratungsstelle der UPD aufzusuchen. Im Beratungsverlauf stellt sich heraus, dass Frau G. im Nachgang der Magenentfernung weder Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen noch eine Ernährungsberatung erhalten hat. Als die Beraterin ihr erklärt, welche Unterstützungsmöglichkeiten und Leistungen für sie in Frage kommen, reagiert sie zurückhaltend und befürchtet, ihren Arzt oder ihre Krankenkasse zu verärgern.*

### *Fallbeispiel Irina R. (65)*

*Frau R. leidet unter Diabetes, Bluthochdruck und Arthrose. Mit den unterschiedlichen Erkrankungen war sie schon bei vielen Ärzten und wurde dort auch medikamentös eingestellt. Sie bezieht Grundsicherung und kümmert sich rund um die Uhr um ihre pflegebedürftigen Eltern. Mit der häuslichen Pflege fühlt sie sich seit langem überfordert, betrachtet es aber als ihre Pflicht, die Eltern zu Hause zu betreuen. Seit einigen Wochen leidet sie immer wieder unter Herzschmerzen und findet nachts keinen Schlaf mehr. Deshalb hat sie einen Internisten aufgesucht, der ihr ein weiteres Medikament verschrieben und sie an einen Kardiologen überwiesen hat. Mittlerweile nimmt Frau R. sieben unterschiedliche Medikamente und zahlreiche Nahrungsergänzungsmittel regelmäßig ein und kann die Zuzahlungen von monatlich mehr als 50 Euro kaum noch bezahlen.*

*Auf der Suche nach einem Arzt, der ihr günstigere Arzneimittel verschreiben könnte, wendet sich Frau R. an die UPD. Im Rahmen der Beratung stellt sich heraus, dass sie sich nicht in hausärztlicher Behandlung befindet und die Behandlung ihrer chronischen Erkrankungen an keiner Stelle koordiniert wird. Die Möglichkeit einer Befreiung von Medikamentenzuzahlungen oder eines Mehrbedarfs zur Grundsicherung ist ihr ebenso wenig bekannt wie die Unterstützungsmöglichkeiten durch einen ambulanten Pflegedienst.*

## **Fakten und Hintergründe | Migration und Gesundheit**

Die Gruppe der Menschen mit einer Zuwanderungsgeschichte in Deutschland ist äußerst heterogen und unterscheidet sich in Hinblick auf Herkunft, Sprache und Ethnizität, aber auch bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe und des sozialen, religiösen, kulturellen und wirtschaftlichen Hintergrunds (Spallek 2012). Hinzu kommen individuelle Unterschiede, die unter anderem auf regionale, biografische und soziale Aspekte zurückzuführen sind (Knipper & Bilgin 2010). Entsprechend unterschiedlich sind auch die an die medizinische Versorgung geknüpften Erwartungen sowie die damit in Verbindung stehenden Herausforderungen. In Hinblick auf die Herkunftsländer bilden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (rund 2,9 Millionen) die größte Gruppe. An zweiter Stelle stehen Menschen mit polnischem (rund 1,5 Millionen), gefolgt von russischem (etwa 1,2 Millionen) und kasachischem (922 Tsd.) Migrationshintergrund (BAMF 2013).

Der Gesundheitszustand ist bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht unbedingt schlechter als im Durchschnitt der Bevölkerung. Im Gegenteil kommen Studien sogar zu dem Ergebnis, dass die Morbidität bei einigen weit verbreiteten Erkrankungen geringer ist (Seidl & Horn 2011, Knipper & Bilgin 2009, Spallek & Razum 2007). Als Erklärung für diesen sogenannten „healthy-migrant-effect“ wird häufig die Tatsache herangezogen, dass vor allem junge und gesunde Menschen ihre Heimat verlassen, um in Deutschland eine neue Existenz aufzubauen (Razum et al. 2008). Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich diese Morbiditäts- und Mortalitätsvorteile im Laufe der Zeit wieder aufheben (Spallek 2012, Knipper & Bilgin 2009, Okken et al. 2008). Zugleich weisen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ein höheres Risiko für gewisse Erkrankungen auf, insbesondere für Infekti-



onskrankheiten wie Tuberkulose und HIV sowie für psychische Erkrankungen (Razum et al. 2008, Spallek & Razum 2008).

Vielfach fehlt es den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund an Wissen über das deutsche Gesundheitssystem. Dieses Unkenntnis der Versorgungsstrukturen erschwert in Kombination mit schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen und Sprachproblemen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (Wengler 2013, Bermejo et al. 2012, Doyle et al. 2012, Brzoska & Razum 2009, Aparicio et al. 2005, Razum & Spallek 2009, Seidl & Horn 2011). Eine Sonderrolle spielen zudem Asylbewerber und geduldete Ausländer. Sie erhalten in den ersten 15 Monaten in Deutschland nur eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.



## Aus der Beratungspraxis | Muttersprachliche Beratung

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### **Improvisation im Versorgungsalltag**

Die muttersprachlichen Beraterinnen aus der türkischsprachigen wie aus der russischsprachigen Beratung beschreiben eine insgesamt äußerst heterogene Gruppe an Ratsuchenden mit ganz unterschiedlichen Biografien in ganz unterschiedlichen Lebenslagen. In Hinblick auf die Nutzung der gesundheitlichen Versorgung lassen sich den Beraterinnen zufolge dennoch bestimmte, wiederkehrende Besonderheiten im Vergleich zu den deutschsprachigen Beratungen feststellen. Mangelnde Systemkenntnis, Schwierigkeiten in der Verständigung, aber auch kulturelle Einflüsse wirken sich demnach auf das individuelle Nutzungsverhalten aus. So würden beispielsweise türkische Migranten sehr häufig die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen statt einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren. Für Migranten der ersten Generation sei dies nachvollziehbar, da die ambulante Nutzung der Krankenhäuser in weiten Teilen der Türkei üblich sei. Erstaunlicherweise setze sich dieses Nutzungsverhalten aber auch in der zweiten, in Deutschland geborenen Generation fort. Auch bei den nachgefragten Beratungsthemen gebe es bei den türkischsprachigen Beratungen Unterschiede zu den deutschsprachigen. So seien Themen wie die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen oder Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht mit Vorbehalten behaftet.

Die Beraterinnen aus der russischsprachigen Beratung berichten von sehr häufigen Arztwechseln der Ratsuchenden. Viele hätten keinen Hausarzt und würden unterschiedliche Haus- und Fachärzte ohne Überweisung aufsuchen. „In den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist die ambulante Hinzuziehung unterschiedlicher Fachärzte im Rahmen der staatlichen Gesundheitsversorgung nicht die Regel und wir müssen den Ratsuchenden zum Teil erst erklären, dass nicht jeder Arzt alle Erkrankungen behandelt.“ Die Patientinnen und Patienten seien oft verunsichert und würden in der Beratung nachfragen wie sie sich dem Arzt gegenüber verhalten sollten. „Manche Patienten wollen beispielsweise erfahren, ob es in Deutschland üblich ist, dem Arzt ein Präsent zu überreichen.“ Teilweise hätten die Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten, Unzufriedenheit oder Bedenken zu artikulieren. Wenn



die Behandlung nicht den Erwartungen entspräche, werde dies nicht zum Ausdruck gebracht, um die Ärztin oder den Arzt nicht zu verärgern. Stattdessen wechselten die Patientinnen und Patienten lieber den Arzt. Dies sei auch häufig der Fall bei privaten Abrechnungen von Individuellen Gesundheitsleistungen oder immer dann, wenn das Vertrauensverhältnis belastet sei. „Die Folgen dieser Suchbewegungen sind oft komplex. Die Patienten gehen zu vielen Ärzten. Jeder verschreibt irgendwas ohne etwas vom anderen zu wissen. Nicht selten kommt es auch zu einer Häufung von Untersuchungen und bildgebender Diagnostik. Jeder Arzt fängt immer wieder von vorne an und es kommt nie zu einer abschließenden Diagnose.“

Kritisch erwähnt wurde seitens der Beraterinnen der besondere Versicherungsstatus von Asylbewerbern und geduldeten Ausländern. „Bei schwerwiegenden Erkrankungen werden die Behandlungskosten übernommen, aber in anderen Fällen eben nicht. Da sind wir in der Beratung dann überfordert, wenn wir den Ratsuchenden erklären müssen, dass eine notwendige Leistung nicht gewährt werden kann.“

Einhellig betonen die muttersprachlichen Beraterinnen zudem die Bedeutung der Kommunikation im Behandlungsverlauf. Sie zeigten Verständnis für die Suche der Ratsuchenden nach Ärztinnen und Ärzten, mit denen sie sich in ihrer Muttersprache austauschen können: „Es gibt je nach Region mehr oder weniger Ärzte, die türkisch, russisch oder eine andere Sprache sprechen. Das Netzwerk der multilingualen Behandlungsmöglichkeiten ist aber noch nicht transparent und gerade im ländlichen Bereich nicht dicht genug. Da Dolmetscherangebote nur sehr begrenzt zur Verfügung stehen, müssen Patienten und Ärzte ständig improvisieren.“ Dringend benötigt würden zudem Patienteninformationen in unterschiedlichen Sprachen. Dies betreffe evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen ebenso wie Grundlageninformationen zur Nutzung des deutschen Gesundheitssystems.

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**



## 5. Hintergrund

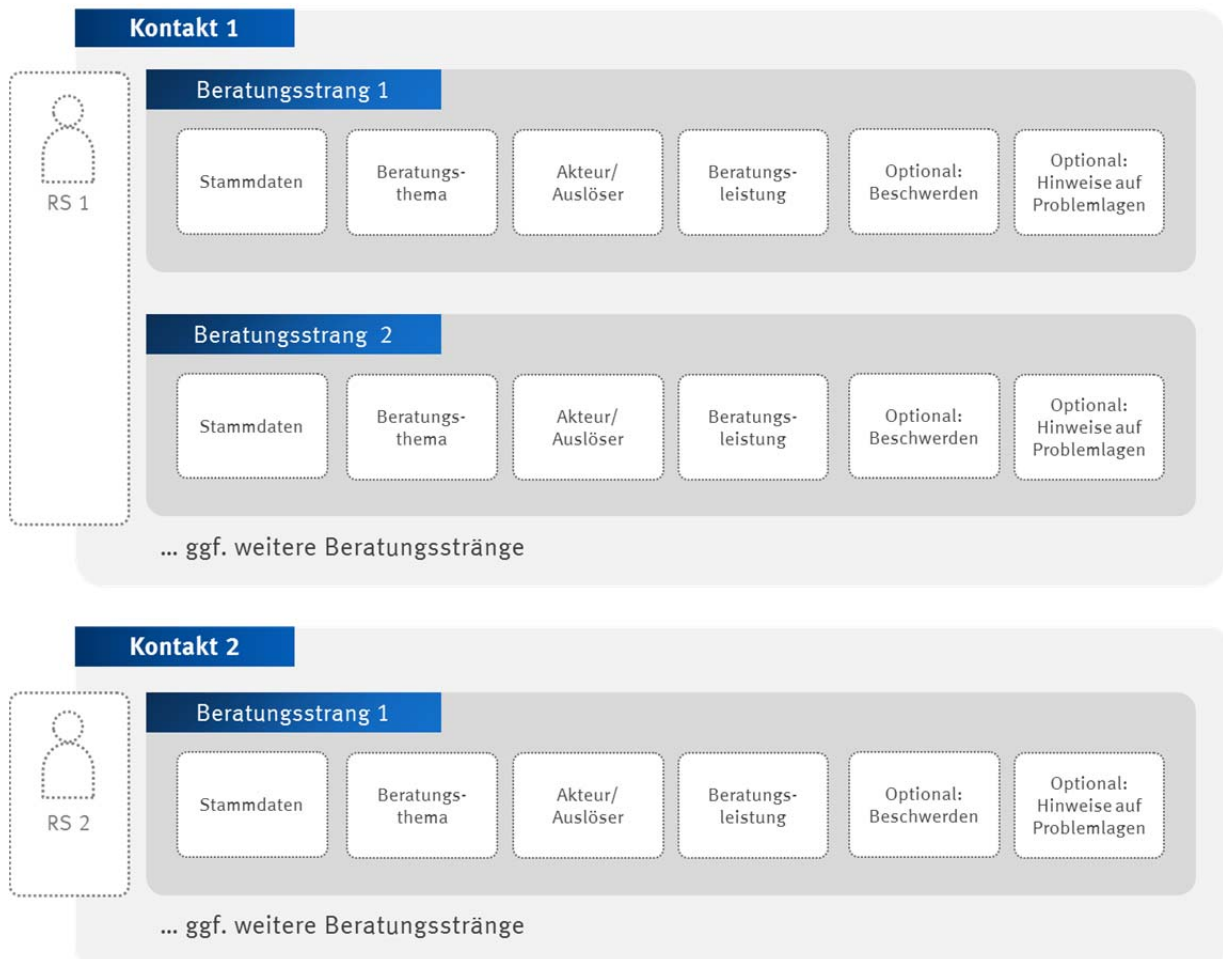
### 5.1. Die Kontaktdokumentation der UPD

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

Die UPD legt keine Krankenunterlagen an und kann folglich auch keine „Fälle“ abbilden, wenn es zu mehreren Gesprächen mit derselben Person kam. Stattdessen erfassen die Beraterinnen und Berater jedes einzelne Gespräch als einen (neuen) **Beratungskontakt**. Da Ratsuchende häufig mit komplexen Anliegen zur UPD kommen, können in einem Beratungskontakt verschiedene Beratungsthemen, Akteure bzw. Adressaten, Beratungsleistungen und Hinweise auf Problemlagen eine Rolle spielen. Diese werden separat in verschiedenen sogenannten **Beratungssträngen** dokumentiert (vgl. Abb. 8, S. 83).

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

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

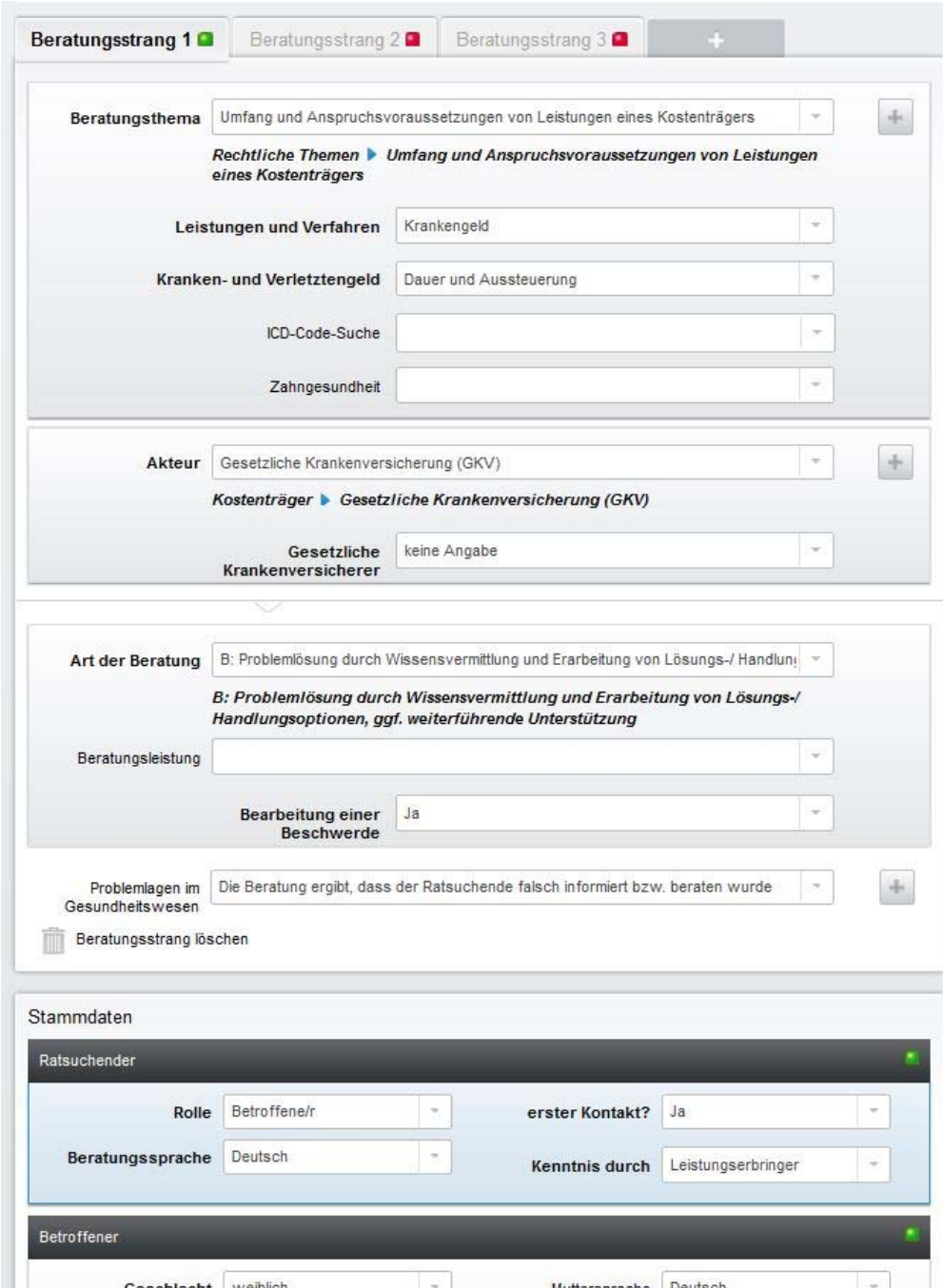


**Abb. 8:** Struktur der UPD-Beratungsdokumentation

Neben dieser Erfassungslogik werden in der Kontaktdokumentation zusätzlich Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitswesen erfasst. Am Ende einer jeden Beratung sind die Beraterinnen und Berater aufgefordert zu entscheiden, ob die in dem konkreten Beratungsstrang vorliegende individuelle Problemkonstellation einem vorab definierten Hinweis auf eine Problemlage zuzuordnen ist. Bejahen die Beraterin oder der Berater dies, wählen sie aus einem Katalog mit 18 Problemlagen die zutreffende aus oder nutzen eine Freitextangabe zur Benennung einer anderen, vorab nicht definierten Problemlage. Eine Übersicht aller Hinweise auf Problemlagen findet sich in der Anlage (S. 89).

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

Auswahlmöglichkeiten handhabbar gemacht. Die Eingabemaske nutzt unterschiedliche Funktionen (z. B. automatische Vervollständigung von Suchbegriffen), um einen möglichst schnellen Zugriff auf die Eingabefelder zu ermöglichen (vgl. Abb. 9). Die Bedienung kann vollständig über eine Tastatursteuerung erfolgen.



**Beratungsstrang 1** ■ **Beratungsstrang 2** ■ **Beratungsstrang 3** ■ +

**Beratungsthema** Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers +

*Rechtliche Themen ▶ Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers*

**Leistungen und Verfahren** Krankengeld

**Kranken- und Verletztengeld** Dauer und Aussteuerung

ICD-Code-Suche

Zahngesundheit

**Akteur** Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) +

*Kostenträger ▶ Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*

**Gesetzliche Krankenversicherer** keine Angabe


**Art der Beratung** B: Problemlösung durch Wissensvermittlung und Erarbeitung von Lösungs-/ Handlungsoptionen, ggf. weiterführende Unterstützung

*B: Problemlösung durch Wissensvermittlung und Erarbeitung von Lösungs-/ Handlungsoptionen, ggf. weiterführende Unterstützung*

Beratungsleistung

**Bearbeitung einer Beschwerde** Ja

Problemlagen im Gesundheitswesen Die Beratung ergibt, dass der Ratsuchende falsch informiert bzw. beraten wurde +

 **Beratungsstrang löschen**

**Stammdaten**

**Ratsuchender** ■

**Rolle** Betroffene/r **erster Kontakt?** Ja

**Beratungssprache** Deutsch **Kenntnis durch** Leistungserbringer

**Betroffener** ■

**Geschlecht** weiblich **Muttersprache** Deutsch

**Abb. 9:** Benutzeroberfläche der Kontaktdokumentation

## 5.2. Über die UPD

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

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

### Unabhängig und kostenfrei

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



Abb. 10: Die 21 Beratungsstellen der UPD

Die Finanzierung wird jeweils für eine Laufzeit von fünf Jahren vergeben. Die aktuelle Förderphase endet am 31. Dezember 2015. Die gesetzliche Fördersumme beträgt im Jahr 2015 knapp 5,8 Millionen Euro.<sup>7</sup> Sie wird jährlich an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst. Erbracht werden die Fördermittel von den Krankenkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen.

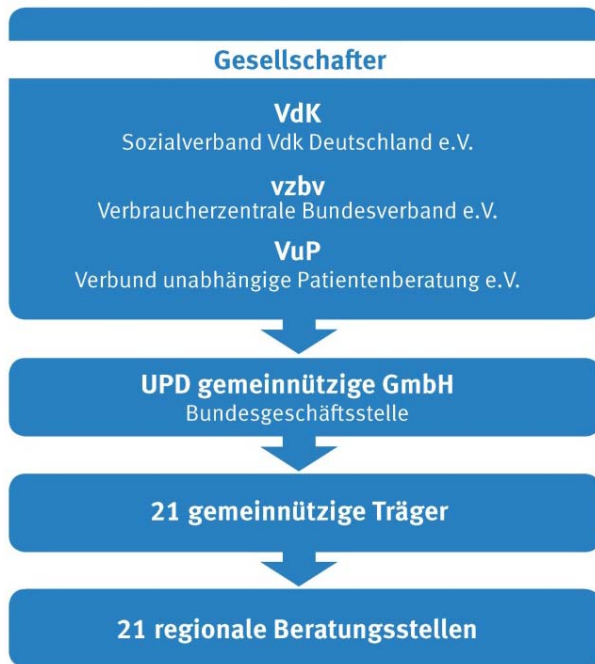
Für die Beratung in türkischer und russischer Sprache besteht eine gesonderte Förderung durch den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) von zurzeit rund 394.000 Euro jährlich bis zum 31. Dezember 2015. Die Höhe entspricht sieben Prozent der gesetzlichen Fördersumme und wird eben-

<sup>7</sup> Im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (FQWG) hat der Deutsche Bundestag zum Zeitpunkt der Berichtslegung eine Reform des § 65b SGB V beschlossen. In einem Ergänzungsantrag soll die Fördersumme der Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung ab dem 01.01.2016 auf neun Millionen Euro aufgestockt werden. Zudem sind eine Ausweitung der Förderphase auf sieben Jahre sowie eine Stärkung der Rolle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geplant.

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

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

### Der UPD-Verbund im Überblick



**Abb. 11:** Der UPD-Verbund im Überblick

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

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

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

### Kompetent und qualitätsgesichert

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

## Literatur

- Aparicio, M., Döring, A., Mielck, A., Holle, R. (2005). Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin* 50, Nr. 2, 107-118.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Nürnberg.
- Bermejo, I., Hölzel, L., Kriston, L., Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* Nr. 55, 944-953.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015). Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse (KJ1). [[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2013.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2013.pdf)] (04.05.2015).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014). Behandlungsfehler (Website). [<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>] (12.05.2015).
- Bohnsack, R. (2005). Die Methode der Gruppendiskussion. In: Schmitz, S.-U., Schubert, K. (Hrsg.). Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Leske & Budrich, 69–87.
- Brzoska, P., Razum, O. (2009). Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 18, Nr. 3-4, 151-161.
- Flick, U. (2006). *Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte – Methoden – Umsetzungen*. Hamburg: Rohwohlt.
- Grobe, T., Heller, G., Szecsenyi, J. (2014). BARMER GEK Arztreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 24. Berlin: BARMER GEK.
- Knipper, M., Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2015). *Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2014*. Essen: MDS.
- Meuser, M., Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske & Budrich, 71–93.
- Okken, P.-K., Spallek, J., Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396-422.
- Petermann, F., Schaeffer, D. (2011). Patientenberatung/Patientenedukation. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Neuausgabe. Schwabenheim: Verlag Peter Sabo, 413–416.
- Razum, O./Spallek, J. (2009). *Wie gesund sind Migranten? Kurzdossier Migration*. Hamburg. Verfügbar unter: [http://www.hwwi.org/uploads/tx\\_wilpubdb/KD\\_12\\_Migranten\\_Gesundheit.pdf](http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf) (12.05.2015)
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brozka, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C., Ulrich, R. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Schaeffer, D., Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber, 59–86.
- Seidl, N., Horn, A. (2011). Ambulante Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund. Migration und Soziale Arbeit 33, Nr. 1, 52-57.
- Spallek, J. (2012). Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Spallek, J., Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H., Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 271-290.
- Spallek, J., Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102, Nr. 6, 451-456.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013). Monitor Patientenberatung 2013. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V. Berlin: UPD.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014). 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: UPD.
- Wengler, A. (2013). Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt a.M.: Campus Verlag
- Zok, K. (2013). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdO-Monitor 10(1): 1–8.

## Anlage – Übersicht zu den vordefinierten Problemlagen

### Hinweise auf Problemlagen im deutschen Gesundheitswesen

#### Information über gesundheitliche Versorgung

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

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

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

#### Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

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

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

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

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

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

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

#### Qualität der gesundheitlichen Versorgung

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

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

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

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

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





### **Übersorgung**

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

### **Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung**

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

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

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

### **Sonstige Problemlagen**

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

## Impressum

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Patienten[projekte]  
Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, MPH  
Laerstr. 55 | 33775 Versmold

**V.i.S.d.P.:**

Stephanie Jahn

**Stand:**

01.07.2015

+++++

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

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

**Kontakt für Rückfragen von Medien:**

Jan Bruns  
Referatsleitung Information und Kommunikation  
UPD-Bundesgeschäftsstelle

[jan.bruns@patientenberatung.de](mailto:jan.bruns@patientenberatung.de) | [www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de)  
Tel. 030.200 89 23-43 | Fax 030.200 89 23-50

+++++