

MONITOR PATIENTENBERATUNG

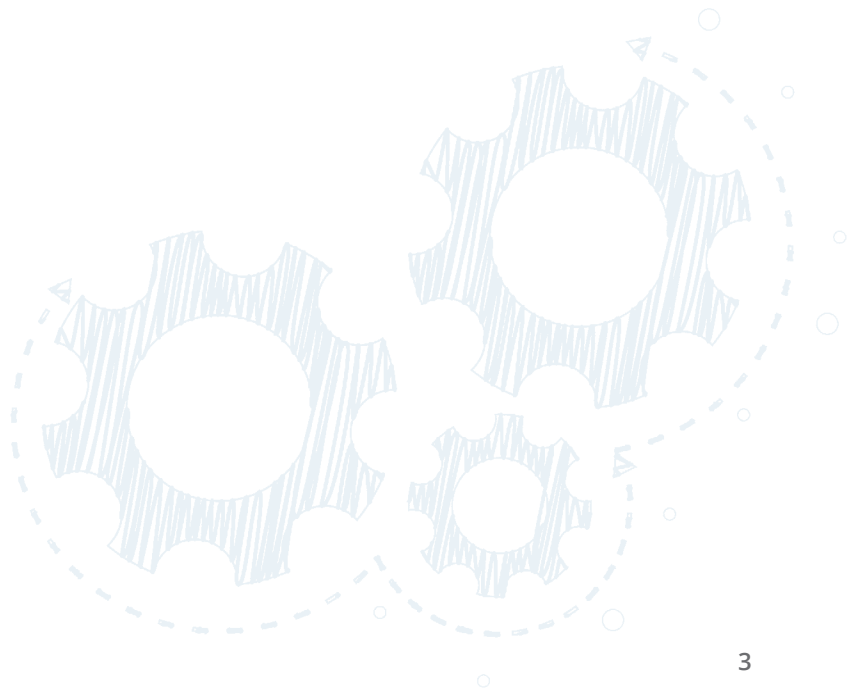


Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2018 - 31.12.2018

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

Berichtszeitraum: 01.01.2018 - 31.12.2018



Impressum

Herausgeber:

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt im Sinne des Pressegesetzes

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer

Projektleitung

Jann Ohlendorf

Mitwirkende

Heike Morris
Dr. med. Johannes Schenkel
Lea Knaus

Alina Rimke
Anja Lehmann
Barbara Heuchl
Beate Sommerfeld
Denise Röck
Driss Wartini
Eric Sulze
Franziska Reschke
Isabel Kämpf
Isabel Gruner-Babic
Josephine Möller
Justus Brandt
Katja Höfener
Kerstin Drews
Laura Tolle
Marco Grzybowski

Melinda Baranyay
Miriam Mailahn
Nadezda Pampalova
Petra Heß
Ralf Jahn
Raquel Reng
Sandra Szabo
Sascha Meier
Saskia Schloack
Tamila Krumwiede
Thomas Hübner
Thomas Lerch
Tim Holzapfel
Tina de Boer
Wolf Zirngast

Redaktion

Anne Volkmann



Soweit nicht anders angegeben, stammen sämtliche Zahlen in diesem Bericht aus der UPD-Beratungsdokumentation. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text in der Regel nur die männliche Sprachform verwendet.

Vorwort	6
1. Einleitung: Förderung der Gesundheitskompetenz nutzt allen	8
2. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	10
2.1 Aufgabe und Struktur	10
2.1.1 Aufgabe	10
2.1.2. Struktur	13
2.1.3. Monitor Patientenberatung	16
2.2. Entwicklung der UPD	17
2.2.1. Beratungszahlen	17
2.2.2. Beratungswege.....	18
2.2.3. Beratungsbereiche.....	20
2.2.4. Nutzung der fremdsprachigen Beratung.....	21
2.2.5. Ratsuchende: Wer wendet sich an die UPD?.....	24
2.2.6. Netzwerkmanagement.....	27
2.3. Öffentlichkeitsarbeit der UPD	28
3. Methodik der Auswertungen	30
4. Probleme und Fragestellungen bei der Beratung	35
4.1. Rechtliche Beratung	36
4.1.1. Schwerpunkte.....	36
4.1.2. Krankengeld	39
4.1.3. Pflege	45
4.1.4. Entlassmanagement	47
4.1.5. Mitgliedschaft und Beitragsfragen	49
4.1.6. Verdacht auf Behandlungsfehler	54
4.1.7. Patientenrechte.....	58
4.1.8. Vorsorgedokumente	63
4.2. Fachübergreifende Beratung	66
4.2.1. Zugang zum Gesundheitssystem	66
4.2.2. Zahnheilkunde.....	68
4.3. Medizinische Beratung	72
4.3.1. Schwerpunkte.....	72
4.3.2. Impfen	73
4.3.3. Psychosoziale Beratung	76
4.3.4. Diverses aus den Fachgebieten	81
4.3.5. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	86
4.3.6. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	94
Literatur- und Webseitenverzeichnis	96
Abkürzungsverzeichnis	98

VORWORT



Thorben Krumwiede
Geschäftsführer der UPD

Das Gesundheitssystem stellt die Bürger heute vor eine Vielzahl komplexer Fragestellungen, die im Gespräch mit Ärzten oder Krankenkassen nicht immer befriedigend zu klären sind. Das betrifft sowohl medizinische als auch rechtliche Fragen: Patienten müssen sich zwischen Behandlungsalternativen und Versorgungseinrichtungen entscheiden, Schreiben und Bescheide ihrer Krankenkasse verstehen, dabei mögliche Fristen beachten, verschiedene Versicherungsmodelle kennen und vieles mehr. Und bei all dem geht es um das, was für viele ihr kostbarstes Gut ist: die Gesundheit.

Als Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) sehen wir uns als Lotse für die Patienten und alle an gesundheitspezifischen Themen interessierten Bürger, aber auch als Partner für die Akteure im Gesundheitssystem, indem wir ihnen die Erfahrungen und Erlebnisse der Menschen nahebringen. Täglich setzen wir uns dafür ein, dass sich Ratsuchende besser im Gesundheitssystem zurechtfinden. Wir unterstützen sie beim Verstehen sozialrechtlicher und medizinischer Fragestellungen, bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und bei der Fähigkeit, die für sie besten Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Zudem sammeln wir täglich Hinweise darauf, wie die Patientenorientierung im System gestärkt werden könnte.

Der Monitor Patientenberatung 2018 bietet eine detaillierte Übersicht darüber, welche Themen die Ratsuchenden beschäftigen und in welchen Bereichen Bedarf an Information und Hilfe besteht. Auf der Dokumentation subjektiver Erfahrungsberichte beruhend und ohne Anspruch auf Repräsentativität zeichnet er ein Bild davon, an welchen Stellen Patienten auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem auf Hindernisse stoßen, Konflikten ausgesetzt oder auch einfach mit administrativen Anforderungen überfordert sind.

Dabei zeigt sich, welche „Dauerbrenner“ uns immer wieder beschäftigen. Dazu gehören Fragen zum Krankengeld, zur pflegerischen Versorgung und zu vermuteten Behandlungsfehlern. Ein weiteres Thema, das immer noch zu vielen Missverständnissen führt, sind Bescheide durch die Krankenkas-

sen, die irreführende Formulierungen enthalten und die von den Versicherten häufig nicht richtig verstanden und eingeordnet werden können. Neu hinzugekommen sind Anfragen zur am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)¹, durch die zuweilen Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis entstehen.

An dieser Stelle sage ich Dankeschön: an unsere engagierten Berater, die das Herzstück der UPD darstellen, an unsere Netzwerk- und Kooperationspartner, mit denen wir stetig an einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Bürger arbeiten, und ganz besonders natürlich an die Ratsuchenden selbst, die uns täglich ihr Vertrauen schenken. Um sie weiter unterstützen zu können, arbeiten wir ständig an der Qualität unseres Beratungsangebots. So ist zurzeit eine Neugestaltung der Texte auf unserer Website in Arbeit. Zudem ist ein weiterer Personalaufbau in der gesundheitsrechtlichen und medizinisch geprägten Fachberatung geplant und zum Teil schon umgesetzt.

Gespannt sind wir, inwiefern das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“², das im Mai 2019 in Kraft getreten ist, zu Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung führen wird.



Thorben Krumwiede

¹ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (Amtsblatt L 119 vom 04.05.2016, S.1, ber. Amtsblatt L314 vom 22.11.2016, Amtsblatt L 127 vom 23.05.2018) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

² Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) vom 06.05.2019 BGBl. I S. 646 m.W.v. 11.05.2019

FÖRDERUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ NUTZT ALLEN

Noch nie waren so viele Informationen im Internet zu finden wie heute – auch zu Gesundheitsthemen. „Dr. Google“ ist bereits sprichwörtlich geworden, wenn Menschen gesundheitliche Probleme haben und sich über Hintergründe informieren wollen. Doch nicht jeder verfügt über die notwendigen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die neuen Informationsquellen für sich zu nutzen. Und häufig ist nicht transparent, wie vertrauenswürdig und qualitätsgesichert Informationen im Internet sind. Dazu kommt, dass sich das Gesundheitssystem immer weiter ausdifferenziert. Sowohl auf medizinischer als auch auf rechtlicher Seite fällt es selbst Experten schwer, alle Strukturen zu verstehen und alle Informationen richtig einzuordnen. Wie soll das dann Patienten gelingen?



Und doch ist der Wunsch nach Aufklärung und Information, um selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, groß. Viele – nicht alle – Patienten sehen sich nicht mehr als rein passive Leistungsempfänger, sondern als mündige Partner und aktiv Handelnde im medizinischen Entscheidungsprozess. Und wissenschaftliche Studien zeigen, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung zu einer stärkeren Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess und zu einer verbesserten

Arzt-Patienten-Kommunikation führt.³ Es gibt sogar Hinweise, dass Heilungsprozesse dadurch positiv beeinflusst werden können.⁴ Doch wie soll das gehen, wenn viele Zusammenhänge für den Patienten kaum noch zu durchschauen sind?

Dass die Probleme groß sind, konnte eine Studie aus dem Jahr 2016 zeigen. Demnach war bei der Hälfte der Befragten, nämlich 54,3 Prozent, nach eigenen Einschätzungen die Gesundheitskompetenz eher eingeschränkt, bei 9,7 Prozent sogar so niedrig, dass diese Personen erhebliche Schwierigkeiten hatten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Der Anteil der Menschen, die eine exzellente Gesundheitskompetenz hatten, lag mit 7,3 Prozent deutlich unter dem europäischen Gesamtdurchschnitt (16,5 Prozent).⁵

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine kürzlich veröffentlichte Studie, die zeigte, dass Patienten mit medizinischen Begriffen oft weniger anfangen können, als Ärzte oder anderes medizinisches Personal erwarten.⁶ Experten erscheinen viele Begriffe oder gesetzliche Normen ganz selbstverständlich, für Laien gilt dies nicht unbedingt. So zeigte die Untersuchung, dass längst nicht alle Befragten wussten, was mit „Angina pectoris“, „Reflux“ oder „Body Mass Index“ gemeint war. Interessant auch: In der Studie gaben durchgehend mehr Patienten an, die Bedeutung gesundheitsrelevanter Begriffe zu kennen, als dies bei objektiver Überprüfung der Fall war.

Viele Menschen wissen auch nicht, an wen sie sich mit gesundheitlichen Problemen wenden können und wo sie notwendige und vor allem unabhängige Informationen erhalten. Das bestätigen die Erfahrungen unserer Berater. Wie gut oder wie schlecht sich Menschen im Dickicht des Gesundheitssystems zurechtfinden, hat auch mit

sozialen Ungleichheiten zu tun. So weisen Menschen mit Migrationshintergrund, mit geringerem Bildungsniveau, niedrigerem Sozialstatus und höherem Alter vergleichsweise geringe Gesundheitskompetenzen auf.⁷ Und gerade der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird immer größer. Damit diese gewonnenen Lebensjahre mit möglichst wenigen gesundheitlichen Problemen verbracht werden können, kommt der Förderung der Gesundheitskompetenz eine besonders große Bedeutung zu.

Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen hinsichtlich der Gesundheit treffen zu können. Sie hört nicht bei medizinischem Wissen auf. Um sich heute im Gesundheitssystem zurechtzufinden, brauchen Patienten auch ein hohes Maß an Systemkenntnis-

sen, die auch mehr und mehr juristisches Wissen erfordern.

Wie wichtig das Wissen um die eigenen gesundheitlichen Belange ist, zeigt auch die Tatsache, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ihrer eigenen Einschätzung nach häufiger einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen.⁸ Und auch finanzielle Aspekte spielen eine Rolle. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden zwischen drei und fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht. Allein für das deutsche Gesundheitssystem wären das zwischen neun und 15 Milliarden Euro pro Jahr.⁹ Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nutzt also letztlich allen: Sie erhöht die Entscheidungsfähigkeit der Patienten, hilft dabei, Kosten einzusparen, und kann möglicherweise sogar Behandlungsergebnisse verbessern.

Patienten müssen sich heute mit vielen Fragen auseinandersetzen wie z. B.:

- ❖ **Welcher Arzt ist für meine Beschwerden zuständig und wie bekomme ich dort einen Termin?**
- ❖ **Wie verstehe ich, was der Arzt mir sagt, und wie beurteile ich, wozu er mir rät?**
- ❖ **Welche Leistungen muss ich von der Krankenversicherung genehmigen lassen?**
- ❖ **Die Krankenversicherung hat eine Kostenübernahme abgelehnt. Was kann ich dagegen unternehmen?**
- ❖ **Wie kann ich eine ärztliche Zweitmeinung bekommen?**
- ❖ **Muss mich der Arzt über einen Behandlungsfehler aufklären?**
- ❖ **Welche Behandlungsalternativen gibt es für mich?**
- ❖ **Wer hilft bei der Pflege von Angehörigen?**

³ Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M.: *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2007

⁴ Hibbard, J.; Greene, J.: *What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs*, in: *Health Affairs* 2013

⁵ Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens E.-V.; Hurrelmann, K.: *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht, Bielefeld* 2016, S. 46

⁶ Gundling, F.; Parasiris, P.; Bunz, A.; Sohn, M.; Haller, B.; Schepp, W.; Mühlhng, T.: „Defizite in der Gesundheitskompetenz stationär behandelter Patienten – eine Querschnittstudie“, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2019

⁷ Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens E.-V.; Hurrelmann, K.: *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht, Bielefeld* 2016, S. 4

⁸ Ebd., S. 4

⁹ Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K.: *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*, Berlin 2018, S. 10

DIE UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND (UPD)

2.1. Aufgabe und Struktur

2.1.1. Aufgabe



A. Beratung

Aufgabe der UPD ist es, Bürger über unterschiedliche Themen aus den Bereichen Medizin, Gesundheits- und Sozialrecht zu informieren, zu beraten und aufzuklären. Die Beratung durch die geschulten Fachteams der UPD und die vermittelten Informationen sollen die Kompetenz der Patienten stärken und sie in die Lage versetzen, selbstständige Entscheidungen zu treffen. Dieses Angebot ist kostenfrei und steht jedem Ratsuchenden in Deutschland zur Verfügung. Bürger,

die sich an die UPD wenden, können sicher sein, umfassende evidenzbasierte Informationen zu erhalten, die weder von den Krankenkassen noch von den Behörden, der Industrie oder anderen Interessengruppen beeinflusst sind.

In diesem Sinne handelt die UPD im gesetzlichen Auftrag laut § 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V):

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtliche Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitssystem zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen darf auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit keinen Einfluss nehmen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. (...)“

Finanziert wird die UPD, die als gemeinnützige GmbH tätig ist, vom GKV-Spitzenverband, der zentralen Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Auch der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) ist an der Finanzierung der UPD beteiligt – insbesondere wird so ein Angebot zur fremdsprachigen Beratung ermöglicht.



Grundsätzliches

Die Beratung durch die UPD ist

- ❖ **unabhängig**, d. h. weder Industrie noch Krankenkassen oder andere Leistungserbringer oder Behörden haben Einfluss auf die Art der Beratung;
- ❖ **neutral**, d. h. die Berater geben keine persönlichen Ratschläge und nehmen keinen direkten Einfluss auf die Entscheidung der Ratsuchenden;
- ❖ **medizinisch evidenzbasiert**, d. h. Vor- und Nachteile medizinischer Maßnahmen sowie deren Notwendigkeit und mögliche Handlungsalternativen werden auf Grundlage wissenschaftlicher Belege beurteilt;
- ❖ **juristisch korrekt**, d. h. sie berücksichtigt die gesetzlichen Grundlagen sowie die gültige Rechtsprechung;
- ❖ **kompetent**, d. h. die Mitarbeiter bringen ihre Expertise aus verschiedenen medizinischen, rechtlichen oder sozialen Berufen ein und sind für die Beratung speziell geschult.

B. Dokumentation

Die Beratung ist ein Teil der Aufgaben der UPD. Durch ihre fortlaufende Beratungsdokumentation ist sie in der Lage, wiederholt auftretende Probleme und Herausforderungen des Gesundheitssystems aus Patientensicht aufzuzeigen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse anderen Akteuren des Gesundheitssystems zur Verfügung zu stellen. Dadurch kann die Patientenberatung dazu beitragen, die Perspektive der Patienten bei

der Gestaltung des Gesundheitssystems stärker zu berücksichtigen und auf Probleme hinzuweisen, die einem patientenorientierten Gesundheitssystem entgegenstehen. Damit verbindet sich das Ziel, für Problemlagen im Gesundheitssystem neue Lösungen zu finden und damit die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern.

C. Rückmeldung

Die Auswertung der anonymisierten Daten aus der fortlaufenden Beratungsdokumentation stellt ein direktes Spiegelbild von Patientenerfahrungen dar und liefert damit viele wichtige Hinweise und Anhaltspunkte, die durch Krankenkassen und Leistungserbringer, Wissenschaft, Politik

und Medien weiterverfolgt werden sollten. Der gesetzliche Auftrag der UPD umfasst in diesem Zusammenhang nur die Rückmeldung. Daraus Ableitungen für das eigene Handeln zu ziehen, ist Aufgabe aller Akteure, die das Gesundheitssystem in Deutschland prägen und gestalten.

Die erfassten Daten beziehen sich auf Fragen wie:

1. Wer wendet sich an die UPD?
2. Wie oft wird das Beratungsangebot der UPD in Anspruch genommen?
3. Welche Beratungswege wählen die Ratsuchenden?
4. Mit welchen Problemen kommen Ratsuchende auf die UPD zu?
5. Welche Themen werden am häufigsten erörtert?
6. Überwiegen rechtliche oder medizinische Themen bei den Anfragen?
7. Welche Rückschlüsse auf mögliche allgemeine Problemlagen im Gesundheitssystem sind möglich?

2.1. Aufgabe und Struktur

2.1.2. Struktur



Eric Sulze

gelernter Sozialversicherungsfachangestellter, ist als Berater in Erfurt seit Februar 2019 an neuer Stelle für die Ratsuchenden da.

In der Beratung erlebt Sulze immer wieder, dass viele Ratsuchenden insbesondere beim Thema Krankengeld die gesetzlichen Grundlagen nicht kennen. Die Aufklärung durch die Beratung werde von den Ratsuchenden sehr geschätzt und das motiviere ihn immer wieder aufs Neue, so der Berater.

Berater

Die Berater der UPD sind in ihrem jeweiligen Beratungsgebiet hochqualifiziert. Bei rechtlichen Fragestellungen stehen Sozialversicherungsfachangestellte genauso wie Volljuristen zur Verfügung. Medizinische Fragestellungen werden von Beratern aus verschiedenen Gesundheitsberufen sowie von Ärzten und Apothekern bearbeitet. Die UPD beschäftigt 116 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Stand: Dezember 2018).

Bei den Gesprächen wird auf eine für den Ratsuchenden verständliche und verständnisvolle Kommunikation größten Wert gelegt. Die Beratungen sind grundsätzlich ergebnisoffen und nicht direktiv gestaltet, d. h. die Ratsuchenden werden nicht zu bestimmten Entscheidungen gedrängt. Gibt es mehrere mögliche Lösungen, werden diese ohne Wertung aufgezählt und erläutert.

Maßnahmen zum Erhalt und zur Steigerung der Beratungsqualität

Alle Berater der UPD beraten unter Nutzung des aktuell verfügbaren Wissensstands und auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der aktuellen Rechtsprechung. Hierfür wurden unterschiedliche Instrumente und Prozesse aufgebaut und zur Verfügung gestellt. So sind qualitätsgesicherte Informationsquellen und Datenbanken für die Berater jederzeit abrufbar. Das Qualitätsmanagementsystem der UPD ist durch den TÜV Nord doppelt zertifiziert nach DIN ISO 9001:2015 und DIN EN 15838.

Nach Hinweisen von wissenschaftlichen Mitgliedern des Beirats, der die Arbeit der UPD begleitet, hat die UPD im Herbst 2018 eine Reihe von Maßnahmen für eine nachhaltige Verbesserung des Beratungsangebots auf den Weg gebracht, die teils 2018 bereits umgesetzt werden konnten. Bestandteile der Qualitätsmaßnahmen sind grundlegende Änderungen der Website sowie ein zusätzlicher Personalaufbau in der gesundheitsrechtlichen und medizinischen Fachberatung. Auch das Qualitätsmanagement selbst wird durch die Schaffung der Stelle eines Qualitätsmanagers bei der UPD weiter gestärkt.

Bis zum Jahresende konnten diesbezüglich erste Schritte verwirklicht werden. So wurden viele Informationstexte zur Überarbeitung von der Homepage genommen. Um das Informationsangebot auf der Internetseite noch weiter zu verbessern, wurde die Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) verstärkt. Es wurde eine technische Lösung auf den Weg gebracht, um künftig die Informationstexte aus dem IQWiG-Portal www.gesundheitsinformation.de direkt in die UPD-Internetseite einzubinden. Die methodischen Grundlagen, nach denen bei der UPD sämtliche Gesundheitstexte für Ratsuchende erstellt werden, sind in einem Methodenpapier im Einklang mit der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ des Deutschen Netzwerks evidenzbasierter Medizin e.V. verbindlich festgelegt.¹⁰

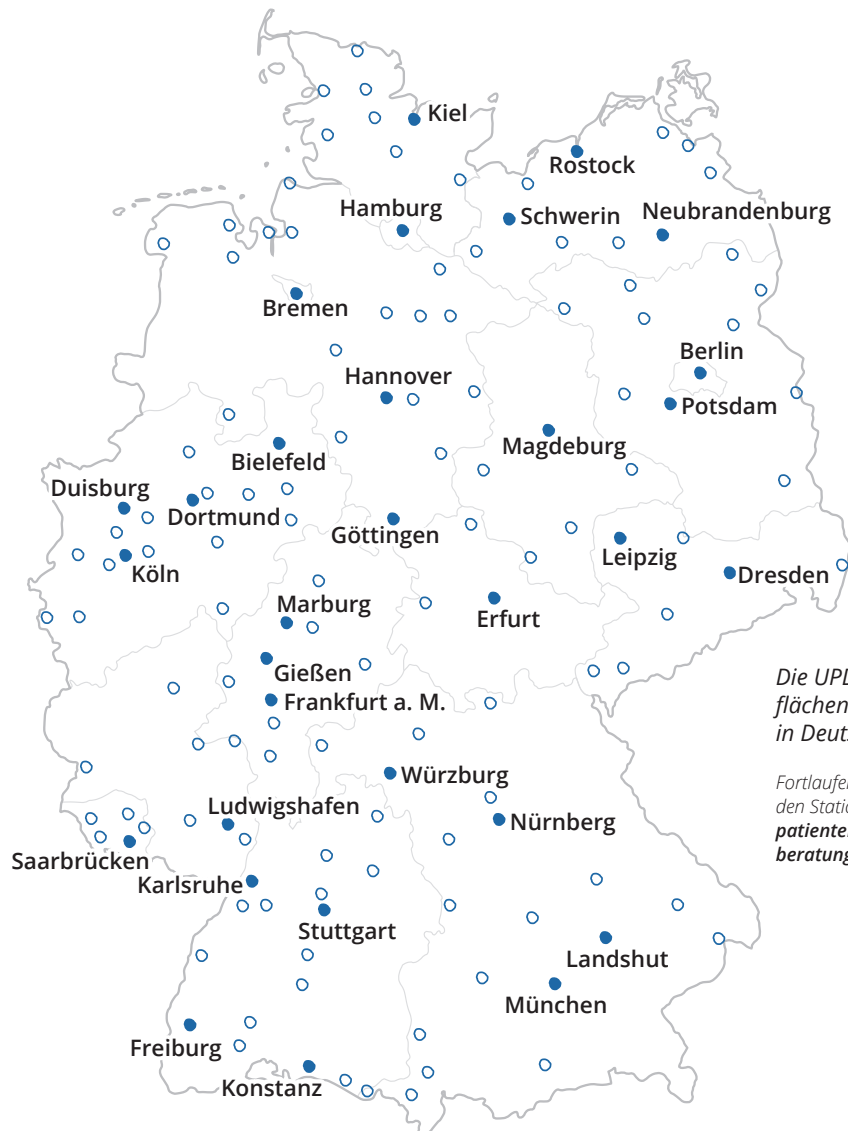
Standorte

Um möglichst nahe am Bürger zu sein, gibt es neben der telefonischen, der schriftlichen und der Online-Beratung 30 feste Standorte der UPD, die die Ratsuchenden persönlich aufsuchen können. In einigen Städten wurden neue Räumlichkeiten bezogen, um die Sichtbarkeit und Auffindbarkeit für Ratsuchende zu erhöhen, so in Dresden und Schwerin. Bei den rund 100 Stationen der UPD-Mobile, die regelmäßig unterwegs sind, fielen im Jahr 2018 einige Standorte weg und neue Standorte kamen hinzu.



¹⁰ Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Berlin 2015

Die Beratungsstellen der UPD



Die UPD ermöglicht eine flächendeckende Beratung in Deutschland.

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

● Standorte Vor-Ort-Beratung:

Berlin, Bielefeld, Bremen, Dortmund, Dresden, Duisburg, Erfurt, Frankfurt, Freiburg (Breisgau), Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Konstanz, Landshut, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, Marburg, München, Neubrandenburg, Nürnberg, Potsdam, Rostock, Saarbrücken, Stuttgart, Schwerin, Würzburg

○ Standorte UPD-Mobil

Aachen, Albstadt, Anklam, Ansbach, Aschaffenburg, Augsburg, Bad Frankenhausen, Bad Mergentheim, Bad Wildungen, Bad Tölz, Bad Zwischenahn, Bingen am Rhein, Boizenburg, Brandenburg an der Havel, Bremerhaven, Brilon, Chemnitz, Coburg, Cottbus, Cuxhaven, Darmstadt, Deggendorf, Düren, Düsseldorf, Eberswalde, Eisenach, Emden, Erlangen, Flensburg, Frankfurt (Oder), Friedrichshafen, Fulda, Görlitz, Goslar, Greifswald, Halberstadt, Halle (Saale), Hammelburg, Hameln, Hamm, Hattingen, Heide, Husum, Ingolstadt, Iserlohn, Kaiserslautern, Kempten, Koblenz, Lauterbach, Limburg a. d. Lahn, Lindau, Lippstadt, Lübeck, Lüneburg, Mainz, Memmingen, Mönchengladbach, Münster, Munster, Neumünster, Neuruppin, Neustadt an der Weinstraße, Nienburg, Nordhausen, Nördlingen, Offenburg, Osnabrück, Paderborn, Parchim, Passau, Peine, Pforzheim, Plauen, Prenzlau, Rastatt, Regensburg, Riesa, Rendsburg, Saarlouis, Schleswig, Schwäbisch Hall, Schwedt (Oder), Schweinfurt, Siegen, Soltau, Speyer, St. Wendel, Stralsund, Trier, Tübingen, Uelzen, Villingen-Schwenningen, Waiblingen, Waldshut-Tiengen, Wangen, Waren (Müritz), Wilhelmshaven, Wismar, Wittenberg (Lutherstadt), Wittenberge, Wittstock, Wolfsburg, Wuppertal, Zweibrücken

2.1. Aufgabe und Struktur

2.1.3. Monitor Patientenberatung

Der vorliegende Monitor Patientenberatung bildet eine strukturierte Rückmeldung des Beratungsgeschehens im Sinne des gesetzlichen Auftrags der UPD. Er beschreibt mit welchen Problemen und mit welchen Fragen sich Ratsuchende im Jahr 2018 an uns gewendet haben. Damit liefert er auch wertvolle Hinweise, welchen Hürden Ratsuchende beispielsweise auf ihrem Weg begegnen, Ansprüche und Rechte wirksam durchzusetzen und an welchen Stellen im Gesundheitssystem Verbesserungsbedarf besteht.

Den Anspruch auf Repräsentativität erhebt der Monitor Patientenberatung nicht – aus verschiedenen Gründen. Einerseits wenden sich viele Patienten an die UPD, die ein Problem innerhalb unseres Gesundheitssystems haben und dementsprechend unzufrieden sind. Wer kein Problem mit Kostenträgern oder Leistungserbringern bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen hat

und keine gesundheitsbezogenen Informationen sucht, wird die Patientenberatung kaum kontaktieren. Andererseits können nur die subjektiven Erfahrungen der Patienten erfasst werden. Damit unterliegen die erfassten Daten systematisch zwar einer Verzerrung in Richtung einer Überschätzung von Problemen im Gesundheitssystem. Trotz dieser Einschränkung liefern die Berichte aber wichtige Anhaltspunkte und Hinweise auf mögliche Missstände und Problemlagen im Gesundheitssystem. Dazu trägt zum einen der große Umfang der durchgeführten und analysierten Beratungen bei. Zum anderen können durch die systematische Datenanalyse der Beratungsthemen und Problemlagen auch Veränderungen im zeitlichen Verlauf beurteilt werden. Zusätzlich werden durch die Fokusgruppen mit den UPD-Beratern deren gebündelte Eindrücke und Erfahrungen in den Monitor eingebracht.

Der Monitor Patientenberatung

Ziele:

- Leistungserbringer, Kostenträger, Politik und Öffentlichkeit können erkennen, welche Schwierigkeiten viele Patienten in ihrer Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem und mit gesundheitlichen Fragestellungen haben.
- Die Patientenorientierung im Gesundheitssystem kann gestärkt werden.

Methodik:

- Der Monitor Patientenberatung beruht auf deskriptiver Auswertung und statistischer Analyse der Beratungsdokumentationen sowie auf den Erfahrungsberichten der Berater der UPD.

Einschränkungen:

- Selektionsbasis: Die Dokumentation umfasst überproportional viele Daten von Bürgern, die ein Problem innerhalb des Gesundheitssystems haben.
- Subjektivität: Die Dokumentation erfasst Missstände und Problemlagen nur aus Sicht der Ratsuchenden bzw. der Berater.

Relevanz:

- Die Anzahl an Beratungen und die Häufigkeit von beschriebenen Problemen erlauben Hinweise auf systemische Probleme im Gesundheitssystem.
- Die Beschreibungen und Auswertungen aus der Beratungspraxis zeigen Verbesserungspotenziale für ein patientenorientiertes Gesundheitssystem.

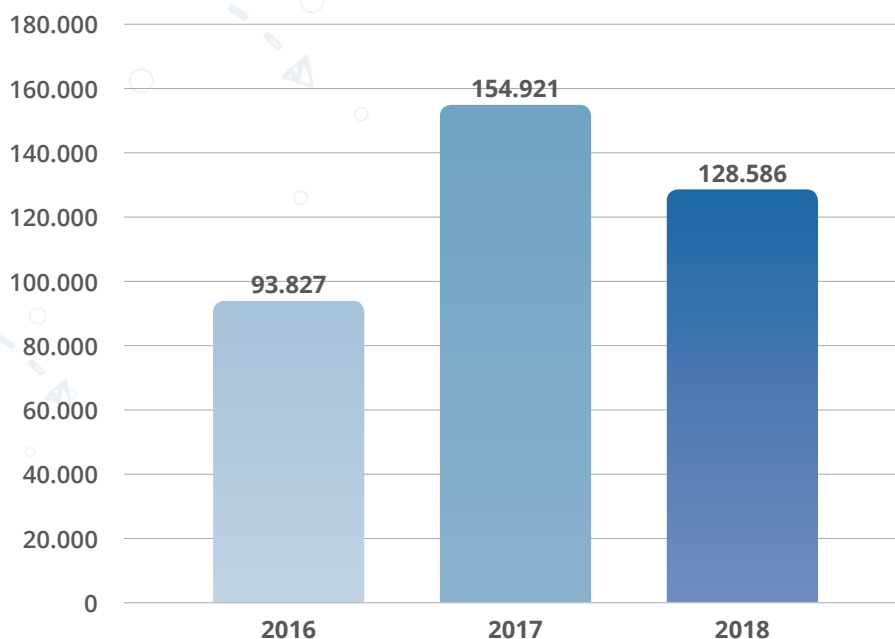
2.2. Entwicklung der UPD

2.2.1. Beratungszahlen

Die Beratungsangebote durch die UPD werden nach wie vor gut angenommen: 128.586 Beratungen konnten im vergangenen Jahr verzeichnet

werden. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Zahlen damit allerdings zurückgegangen.

Beratungszahlen im Jahresvergleich 2016 – 2018



Um 17 Prozent haben sich die Beratungszahlen 2018 im Vergleich zum Vorjahr reduziert.

Die Einführung der DSGVO und die damit verbundenen Anforderungen an eine persönliche, telefonische und schriftliche Beratung haben sich auch auf die Arbeit der UPD ausgewirkt. Neben weiteren Gründen kann der Rückgang der Beratungszahlen damit in Verbindung gebracht werden.¹¹ Vor allem die Abbruchquote – also die Rate der Anrufer, die während der Ansage und der automatischen Datenschutzhinweise vor einem Gespräch mit einem Berater auflegen – erhöhte sich, und zwar von rund sechs auf 24 Prozent. Nachdem eine an die neuen gesetz-

lichen Bestimmungen angepasste Lösung umgesetzt wurde, hat sich die Abbruchquote im Jahresverlauf wieder verringert.



¹¹ Aufgrund der Einführung der DSGVO ist die UPD verpflichtet, die Ratsuchenden vor dem Gespräch umfangreich über das Thema Datenschutz zu informieren. Zudem ist eine aktive Einwilligung der Anrufer zur Verarbeitung ihrer Daten erforderlich.

2.2. Entwicklung der UPD

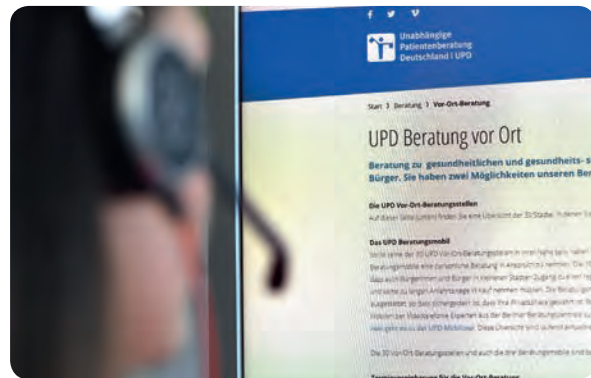
2.2.2. Beratungswege

Die Bürger haben die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Wegen mit der UPD in Kontakt zu treten: persönlich, telefonisch, online, schriftlich oder per App. Im Berichtszeitraum 2018 wurden 113.219 Anfragen an die UPD telefonisch gestellt, im Jahr 2017 waren es 135.924 Anfragen. 8.629 Anfragen wurden im Jahr 2018 schriftlich gestellt, davon 8.069 online (per Webformular oder über

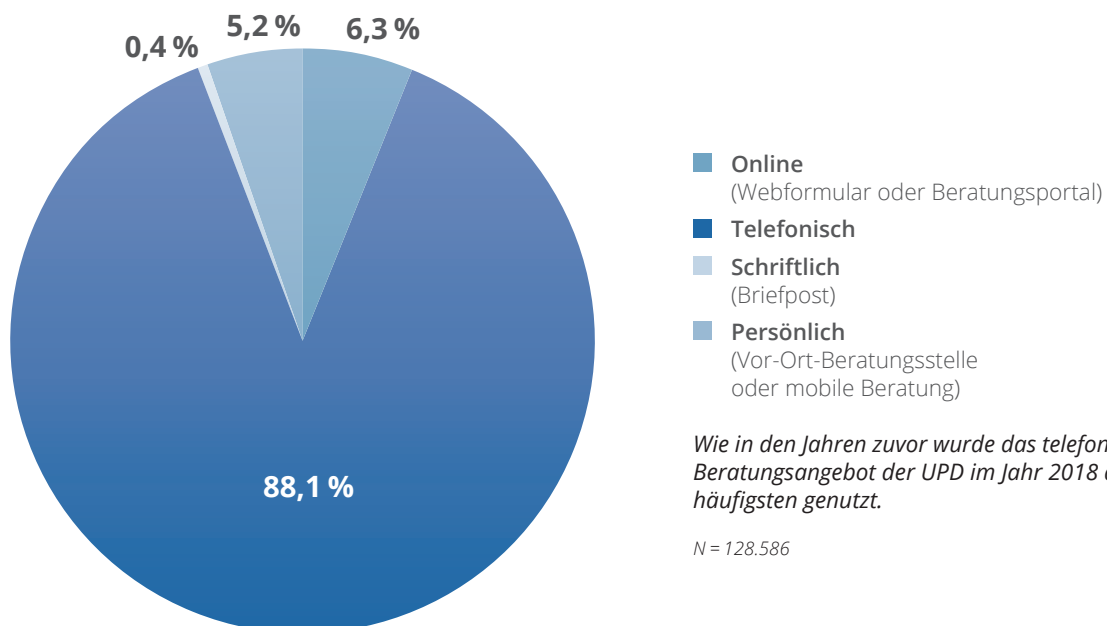
das Beratungsportal) und 560 per Post. Zum Vergleich: Im Jahr 2017 waren es 10.094 schriftliche Anfragen, davon 9.279 online und 815 per Post. In 6.738 Fällen wandten sich die Ratsuchenden persönlich an die UPD – also entweder an die Stellen der Vor-Ort-Beratung oder an die mobile Beratung. Im Jahr 2017 waren es 8.903 Fälle.

1. Telefonische Beratung

Am häufigsten genutzt wird nach wie vor der telefonische Weg: Rund neun von zehn Ratsuchenden lassen sich am Telefon beraten. Die UPD steht Ratsuchenden 80 Stunden pro Woche telefonisch zur Verfügung – montags bis freitags von 8:00 bis 22:00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18:00 Uhr. Zu erreichen ist die UPD aus allen Telefonnetzen kostenfrei unter der Nummer **0800-0117725**.



Beratungswege 2018



2. Persönliche Beratung: Vor-Ort-Beratung und UPD-Mobile

Auch wenn die telefonische Beratung den größten Anteil bei der Kontaktsuche einnimmt, stellt auch die persönliche Beratung einen wichtigen Eckpfeiler im Beratungsangebot der UPD dar – dazu gehören die Vor-Ort-Beratung sowie die mobile Beratung. Für die Vor-Ort-Beratung gibt es 30 regionale Beratungsstellen, die von den Ratsuchenden aufgesucht werden können. Für die mobile Beratung stehen drei UPD-Mobile zur Verfügung, die regelmäßig und mehrmals im Jahr in über 100 Städten und Gemeinden präsent sind, um Ratsuchende abseits der festen

Beratungsstellen persönlich zu erreichen. Die mobile Beratung wurde im Jahr 2018 mit 3.151 Anfragen fast so häufig in Anspruch genommen wie die Vor-Ort-Beratung, bei der 3.587 Anfragen zu verzeichnen waren. Die Standorte der Beratungsstellen und die Stopps der drei UPD-Mobile werden jeweils auf der Internetseite der UPD bekanntgegeben. Um bei persönlichen Beratungsgesprächen (Vor-Ort-Beratung und mobile Beratung) individuell und ohne Zeitdruck auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen zu können, wird eine telefonische Terminvereinbarung erbeten.

“ Die Gesundheitskompetenz der Bürger zu stärken, kommt allen Beteiligten im Gesundheitssystem zugute. Daran arbeiten wir täglich. Durch die Dokumentation, Analyse und Veröffentlichung der Beratungsthemen in Form des Monitors Patientenberatung informiert die UPD über Problemlagen im Gesundheitssystem und zeigt damit auf, an welchen Stellen die Patientenorientierung im Gesundheitssystem verbesserungswürdig ist. ”

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der UPD



Durch Videokonferenzen können zu Gesprächen im UPD-Mobil bei Bedarf weitere Fachberater zugeschaltet werden.

2.2. Entwicklung der UPD

2.2.3. Beratungsbereiche

Mit fast 65 Prozent dominierten auch im Berichtsjahr 2018 wieder die rechtlichen Beratungsanfragen die Themen, zu denen sich Ratsuchende an die UPD gewendet haben – insbesondere

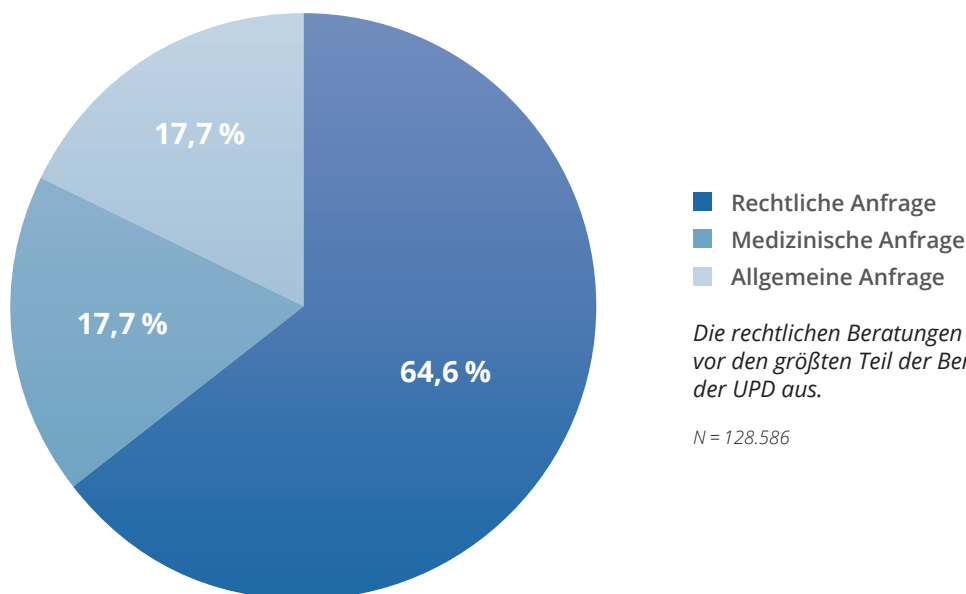
Fragen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern sowie zu Patientenrechten. Medizinische und allgemeine Anfragen lagen mit jeweils 17,7 Prozent dahinter.

“ *Die eigenen Gesundheitsinteressen gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern im Gesundheitssystem durchsetzen zu können, erfordert häufig gute Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen. Hier unterstützt die UPD die Ratsuchenden mit juristischem Fachwissen.* ”

Heike Morris, Juristische Leiterin der UPD



Beratungsbereiche 2018



Die rechtlichen Beratungen machen nach wie vor den größten Teil der Beratungsgespräche der UPD aus.

N = 128.586

Im Vergleich zum Berichtsjahr 2017 liegt eine ähnliche Verteilung zwischen den Beratungsbereichen vor. Prozentual sind ein leichter Rückgang bei den medizinischen Beratungen und eine

leichte Steigerung bei den rechtlichen Beratungen zu verzeichnen.

2.2. Entwicklung der UPD

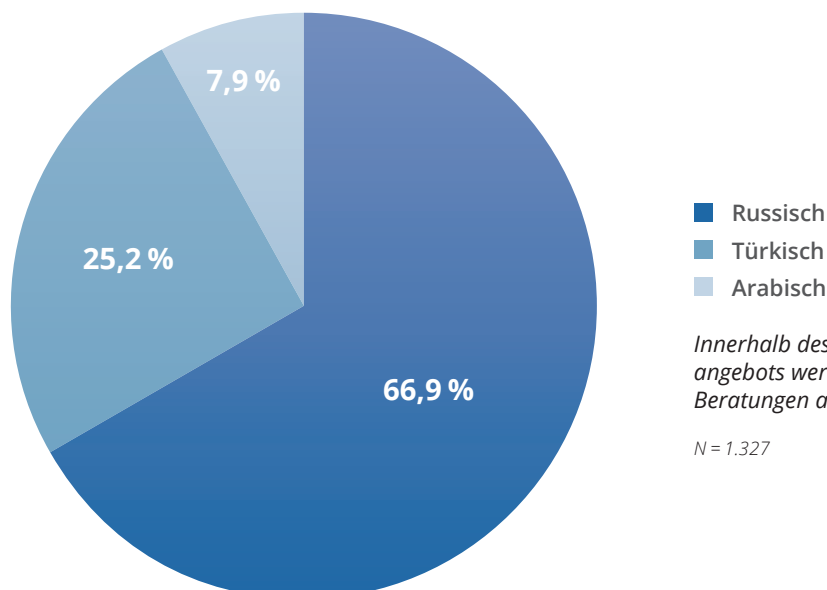
2.2.4. Nutzung der fremdsprachigen Beratung



Über 19 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund.¹² Das kann nicht nur zu sprachlichen Barrieren führen, sondern auch zur Folge haben, dass unterschiedliche Lebensstile, Gesundheitsvorstellungen, Bildungsniveaus und Verhaltensweisen aufeinandertreffen und zu Missverständnissen führen. Für das Gesundheitssystem sind dies Herausforderungen, für die es Lösungen zu finden gilt.

Auch die UPD stellt sich dieser Entwicklung und bietet daher Beratungen auf Türkisch, Arabisch und Russisch an, die von den Privaten Krankenkassen finanziert werden. Insgesamt 1.327 Beratungen wurden im Jahr 2018 auf Russisch, Türkisch oder Arabisch geführt. Damit wurde das Angebot seltener wahrgenommen als im Vorjahr.

Nutzung der fremdsprachigen Beratung



Innerhalb des fremdsprachigen Beratungsangebots werden die russischsprachigen Beratungen am häufigsten angefragt.

N = 1.327

¹² Statistisches Bundesamt: Mikrozensus, Wiesbaden 2017



Suha Shweiat

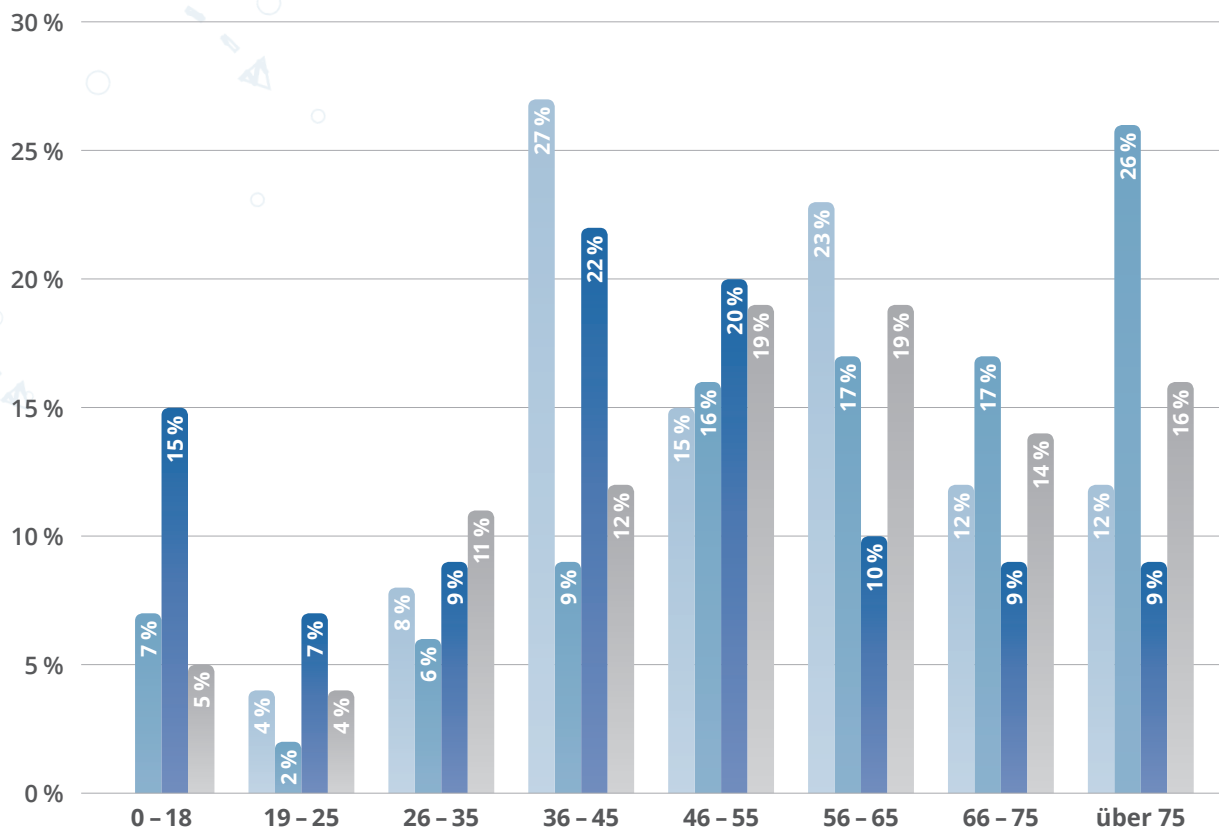
Beraterin Suha Shweiat bei einer arabischsprachigen Beratung.

In der arabischsprachigen Beratung zeigt sich regelmäßig, dass sich die Ratsuchenden schlecht oder gar nicht im deutschen Gesundheitssystem zurechtfinden.

***Shweiat:** „Die Menschen benötigen viel mehr Information und Aufklärung. Oft wissen sie nicht, ob sie im Krankheitsfall zu einem Arzt oder in ein Krankenhaus gehen sollen. Auch welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt und welche Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden, ist ihnen oft unbekannt.“*

Hinzu kommen Sprachprobleme als Hürde bei der Verständigung. Die UPD versucht, bei der Bewältigung dieser Probleme zu helfen, und gibt Ratsuchenden zudem Hinweise darauf, wo sie weitere Informationen und Hilfestellungen erhalten.

Altersverteilung in den fremdsprachigen Beratungen im Vergleich zur Altersverteilung der Ratsuchenden insgesamt¹³



- Arabisch N = 26 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)
- Russisch N = 327 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)
- Türkisch N = 81 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)
- Alle Ratsuchenden N = 45.470 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)

Bei der Altersverteilung sind recht große Unterschiede zwischen den Beratungen in den verschiedenen Sprachen zu verzeichnen.

Die türkischsprachige Beratung wird hauptsächlich von jüngeren Altersgruppen (0-18 und 36-55 Jahre) in Anspruch genommen und geht in den höheren Altersgruppen zurück, während die Beratung auf Russisch insbesondere von den über 75-Jährigen genutzt wird. Die arabischsprachige Beratung ist besonders stark in den Altersgruppen 36-45 und 56-65 Jahre gefragt.

Bei den Beratungsthemen steht in der russischen sowie der türkischen Beratung das Thema „Verdacht auf Behandlungsfehler“ stärker im Fokus als in der arabischen oder der deutschen Beratung. Der Themenkomplex macht hier 16 bzw. 14 Prozent der Anfragen aus, während es in der Gesamtheit der Beratungen etwa sieben Prozent sind (vgl. Kap. 4.1.1.).

¹³ Bei der folgenden Analyse sind die geringe Fallzahl der Subgruppen und die damit verbundene eingeschränkte Aussagekraft zu beachten.

2.2. Entwicklung der UPD

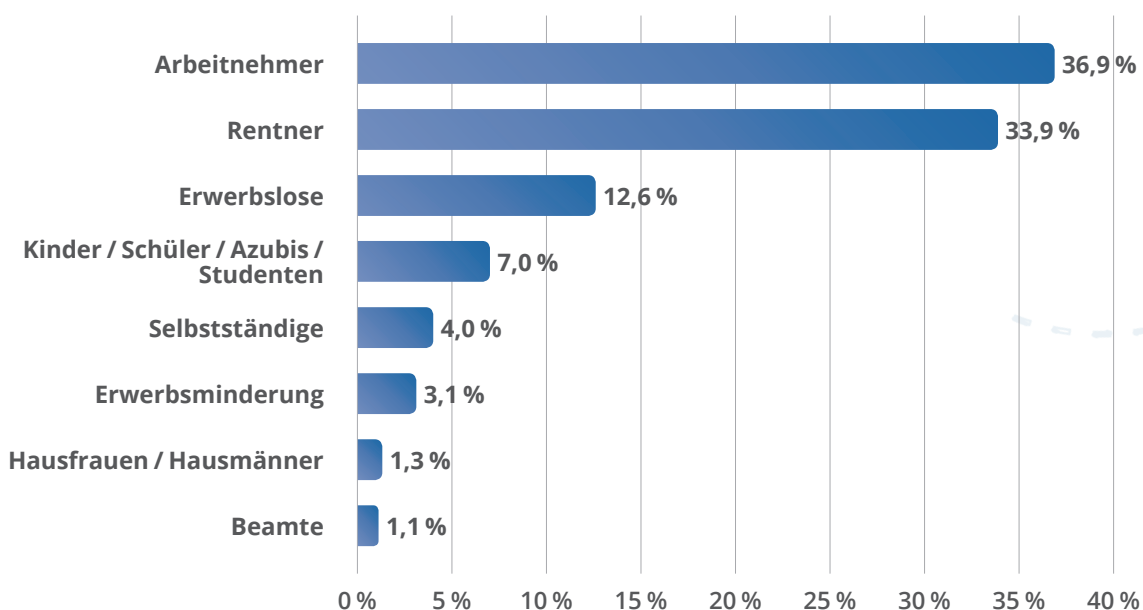
2.2.5. Ratsuchende: Wer wendet sich an die UPD?

Die demografischen Hintergründe der Ratsuchenden haben sich in den vergangenen Jahren nicht wesentlich geändert. Nach wie vor wenden sich mehr Frauen als Männer an die UPD (61 zu 39 Prozent). Auch die Verteilung hinsichtlich

des Erwerbsstatus ist weitgehend gleichgeblieben. So suchen sehr viel mehr Arbeitnehmer und Rentner den Rat der UPD als beispielsweise Erwerbslose, Selbstständige, Schüler oder Studenten.

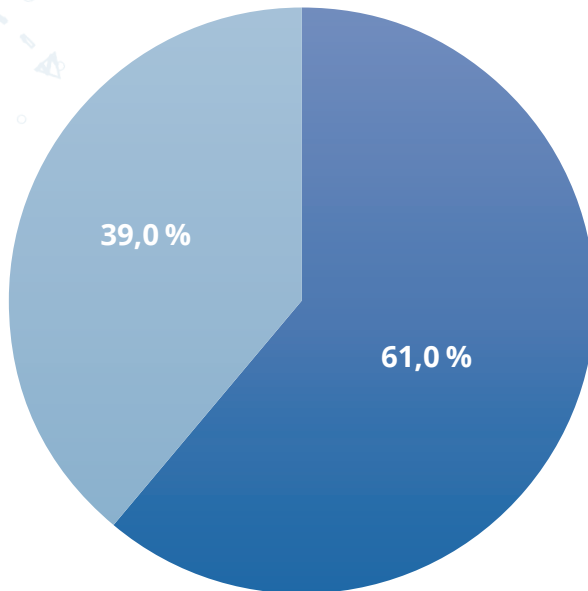


Erwerbsstatus der Ratsuchenden



N = 31.293 (fehlende Angaben zum Erwerbsstatus werden nicht abgebildet) Arbeitnehmer und Rentner nutzen die Beratung der UPD am häufigsten.

Geschlecht der Ratsuchenden

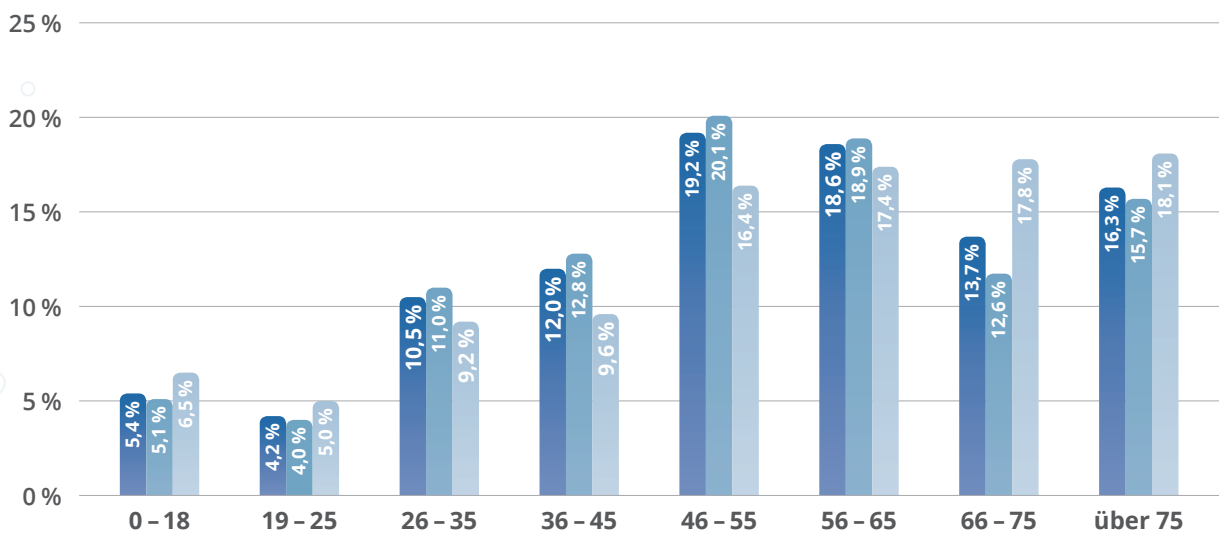


- Männlich
- Weiblich

Wie auch schon in den Jahren zuvor nutzen mehr Frauen als Männer die Beratungsangebote der UPD.

N = 96.308 (fehlende Angaben zum Geschlecht werden nicht abgebildet)

Altersverteilung der Ratsuchenden



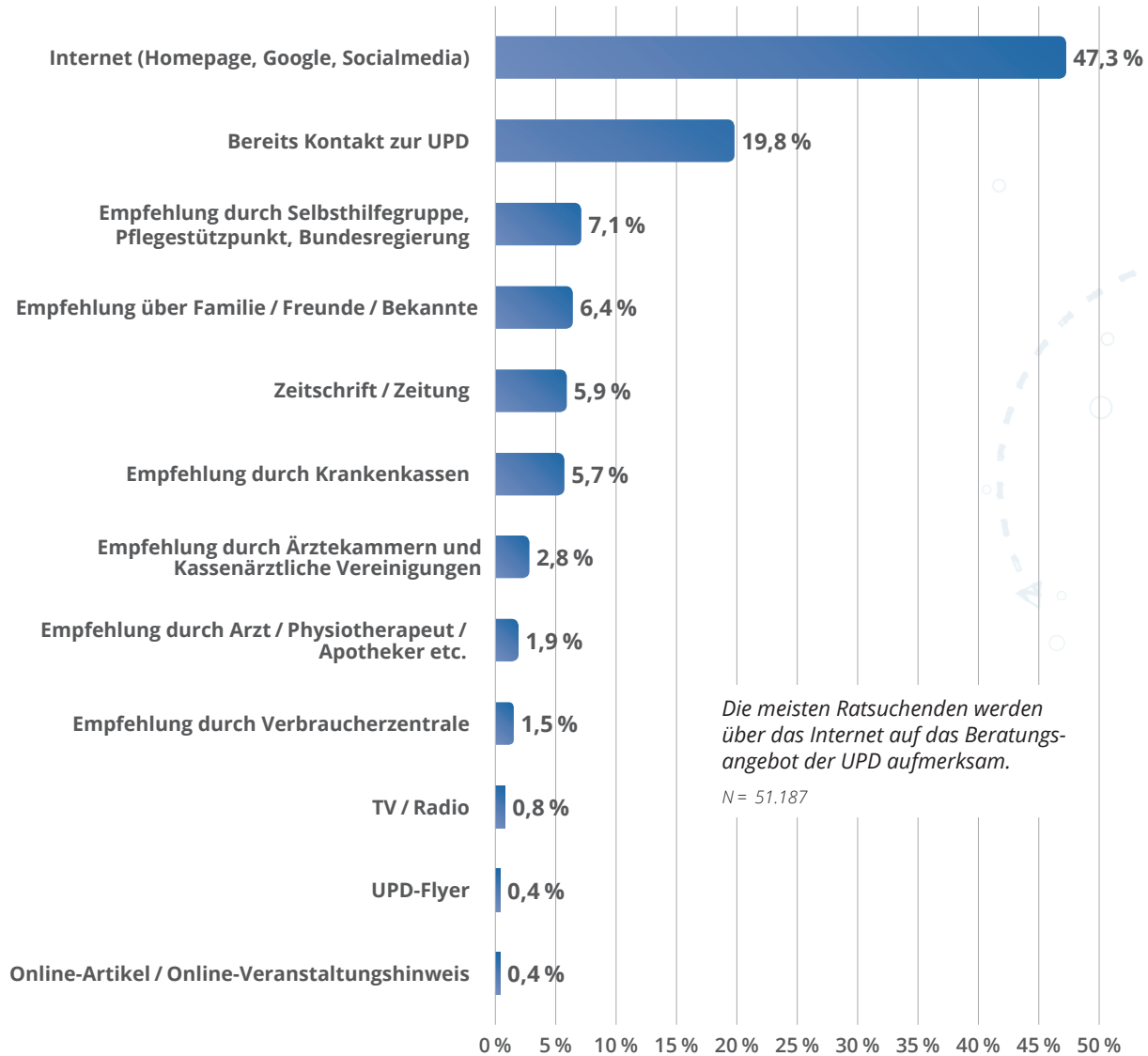
- Gesamt N = 45.470
- Recht N = 33.286
- Medizin N = 9.807

Auch die Altersverteilung ist im Jahr 2018 im Vergleich zu 2017 nahezu gleichgeblieben. Insgesamt nutzen Bürger im mittleren und höheren Alter das Beratungsangebot häufiger als jüngere.

Die meisten Ratsuchenden stammen aus der Altersgruppe der 46- bis 55-jährigen sowie der 56- bis 65-jährigen. Einschränkend ist zu sagen,

dass bei einem Teil der Ratsuchenden Angaben wie Alter oder Erwerbsstatus nicht erfasst werden, da diese Angaben freiwillig sind.

So wurden Ratsuchende auf die UPD aufmerksam



Aufmerksam werden die Ratsuchenden auf das Angebot der UPD durch verschiedene Quellen. Wie die Tabelle zeigt, kommt dem Internet dabei eine besondere Bedeutung zu. Andere Quellen folgen mit großem Abstand, sind dennoch ebenfalls als wichtige Hinweisgeber anzusehen. Hier sind insbesondere Selbsthilfegruppen, die Website der Bundesregierung oder andere Stellen sowie persönliche Empfehlungen von Bekannten oder Verwandten zu nennen. Zudem machen Berichte in Zeitungen und Zeitschriften die UPD bekannter. Auch von den Krankenkassen wird die UPD häufig empfohlen.



2.2. Entwicklung der UPD

2.2.6. Netzwerkmanagement

Regionale Kooperationen sind ein wichtiger Baustein der Beratungstätigkeit der UPD. Ratsuchende benötigen oft schnelle und konkrete Hilfe, die ihnen am besten von Akteuren vor Ort, wie beispielsweise Patientenorganisationen oder Selbsthilfegruppen, gegeben werden kann.

Je dichter das Netz an unterstützenden, ergänzenden und vertiefenden Angeboten geknüpft wird, desto schneller kann den Ratsuchenden geholfen werden. Eine besondere Rolle für die Vernetzung der UPD mit anderen Organisationen spielen die 30 regionalen Vor-Ort-Beratungsstellen. Lokale Verweise machen die Beratung für die Bürger wertvoller, und der fachliche Austausch stärkt den Zusammenhalt der Akteure, die sich für die Anliegen und Belange der Patienten stark machen. Im Jahr 2018 wurde die lokale Netzwerkarbeit weiter gestärkt: Berater der UPD nahmen beispielsweise an den regelmäßigen Austauschrunden wie dem Arbeitskreis Patienten-Information Hannover teil, waren regelmäßiger Gast im Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendmediziner in Dortmund und bei vielen anderen Terminen anwesend.

Einen besonders intensiven Austausch über die Arbeit der Patientenberatung, gemeinsame Anliegen und zukünftige gemeinsame Vorhaben boten im vergangenen Jahr eigens organisierte regionale Netzwerktreffen mit lokalen Akteuren. Zu Terminen in Rostock, Bremen, Nürnberg, Berlin und Saarbrücken konnte die UPD über 90 Vertreter von Gesundheits- und Sozialämtern, Pflegestützpunkten, Patientenvertretern, Patientenfürsprechern, Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen, gesundheitlichen und sozialen Beratungsstellen sowie aus der Politik begrüßen.

Durch Presseterminen im Anschluss an die Treffen konnte die lokale Bekanntheit des Angebots zudem weiter verbessert werden. Rund 60 Berichte zur Patientenberatung und zur Arbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems entstanden auf diese Weise in Zeitungen, Radio, TV und Online-Medien.



Foto: Bundesministerium für Gesundheit

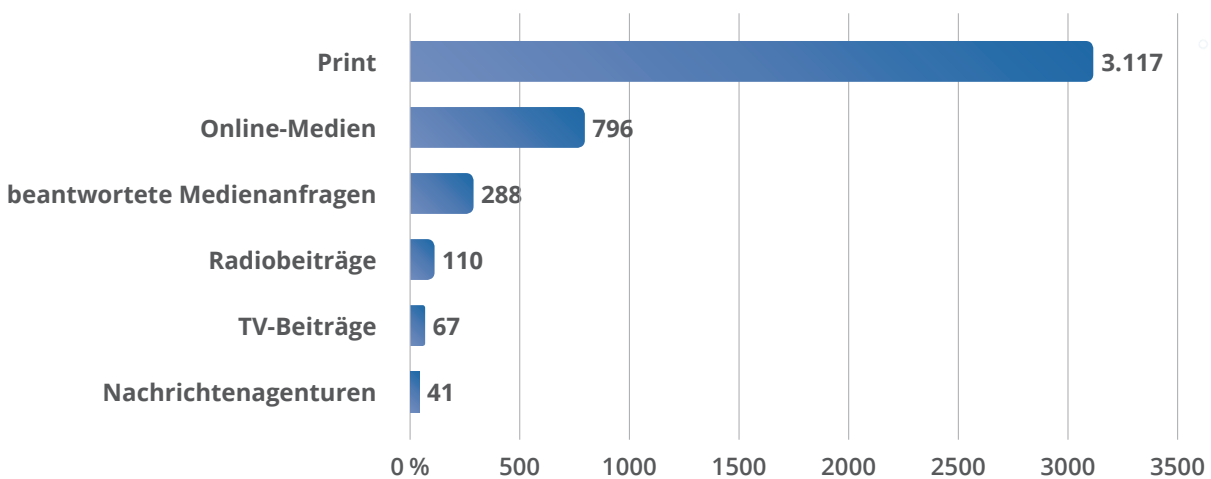
Im August 2018 beteiligte sich die UPD wieder am Tag der offenen Tür der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit. Im Gespräch mit Mitarbeitern am Mobil machte sich Gesundheitsminister Jens Spahn selbst ein Bild von der UPD.

2.3. Öffentlichkeitsarbeit der UPD

Eines der vorrangigen Ziele der Medienarbeit der UPD ist es, das Beratungsangebot noch bekannter zu machen. Das geschieht über verschiedene Kanäle, über die die UPD auf ihre Angebote zu rechtlichen und medizinischen Fragen aufmerksam macht. In Servicemeldungen und Presse-

diensten erläutert sie zudem die Themen, die in der individuellen Beratung der Patientenberatung eine besondere Rolle spielen. Auf diese Weise ist die Patientenberatung regelmäßig mit ganz unterschiedlichen Medien im Gespräch.

Veröffentlichungen nach Mediengattungen



Auf Basis der Auswertung von Argus Data Insight, Gesamt: 4.131

Auch die sozialen Netzwerke werden genutzt, um über die Patientenberatung zu informieren. Ein regelmäßig positives Feedback der Ratsuchenden beispielsweise bei Facebook ist für die Beraterteams ein Ansporn. Dennoch werden die

Aktivitäten in den sozialen Medienkanälen so gestaltet, dass Leser verstehen, dass eine Beratung zu individuellen Anfragen nur auf den offiziellen Kanälen (telefonisch, schriftlich, persönliche Beratung usw.) stattfinden kann.

„Öffentlichkeitsarbeit bedeutet für uns, das Beratungsangebot der UPD bekannter zu machen. Zu Gesundheitsfragen aus Patientensicht ist die UPD ein geschätzter Ansprechpartner für Journalisten.“

Jann Ohlendorf, Sprecher der UPD

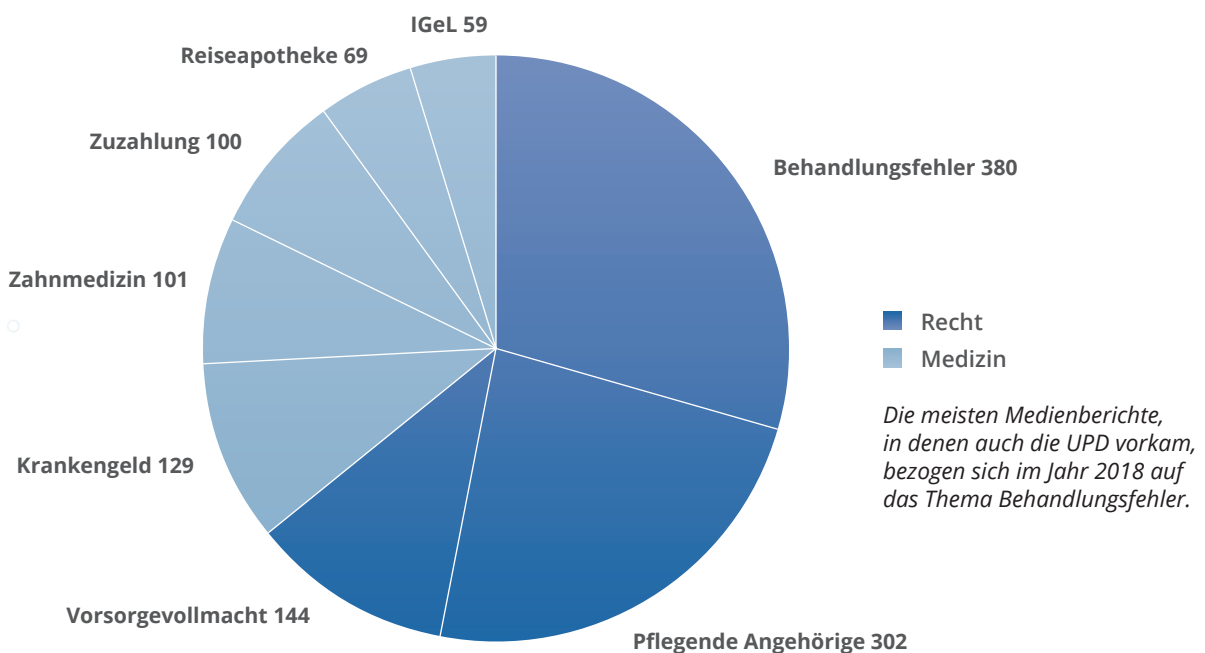


Bei der Öffentlichkeitsarbeit geht es um die Steigerung der Bekanntheit der UPD. In Berichten, Artikeln und Gesprächen beispielsweise zu Patientenrechten wird zudem selbst schon Aufklärungsarbeit geleistet und Ratsuchenden werden nützliche Informationen zur Verfügung gestellt.

Positiv entwickelt hat sich im vergangenen Jahr das Interesse der Medien an den UPD-Mobilen: In 813 Berichten wurden sie vorgestellt. Damit konnte die Berichterstattung über die Mobile im Vergleich zu 2017 nahezu verdoppelt werden. Zu sozialrechtlichen Fragen war die UPD wieder ein gefragter Gesprächspartner der Medien. Dabei zeigten TV und Radio im Jahr 2018 mehr Interesse an der Arbeit der Patientenberatung als zuvor. Aus ganz Deutschland erreichten uns 288 Medienanfragen, in denen es um ein breites Spektrum an Themen ging – vom Umgang beim Verdacht auf Behandlungsfehler über Zuzahlungen, abgelehnte Leistungen der Krankenkassen bis hin zu generellen Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Ab der zweiten Hälfte des vergangenen Jahres wurde die Patientenberatung selbst verstärkt Gegenstand der Berichterstattung. Ausgelöst wurde die kritische Berichterstattung über die UPD durch Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur. Hinweise aus dem Beirat der Patientenberatung auf Verbesserungspotenziale in der Beratung, vor allem aber bei Texten auf unserer Website sowie eine Diskussion um Neutralität und Unabhängigkeit des Beratungsangebots spiegelten sich in einer im Herbst ausgesprochen kritischen und aus unserer Sicht teilweise auch einseitigen Berichterstattung wider – wenngleich positive oder neutrale Berichte zu fachlichen Themen die kritischen Berichte zahlenmäßig überwogen. Dennoch wirkte die Kritik an der UPD auf Ratsuchende, einzelne Akteure des Gesundheitssystems und Berater zum Teil verunsichernd. Eine positive Veränderung in der Berichterstattung war gegen Ende des Jahres zu verzeichnen.

Themenschwerpunkte in der Öffentlichkeitsarbeit der UPD Recht und Medizin 2018



METHODIK DER AUSWERTUNGEN



Neben der individuellen Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitssystem gehört die Beratungsdokumentation, zu der auch die strukturierte Erfassung von Problemlagen im Gesundheitssystem gehört, zu den wesentlichen Aufgaben der UPD. Jede Beratung wird systematisch

und strukturiert mit einer spezialisierten Software dokumentiert. Hinzu kommen weitere Methoden, mit denen das Beratungsgeschehen erfasst und analysiert wird und in den Monitor Patientenberatung einfließt:

Datengrundlage des Monitors Patientenberatung:

- Strukturierte Erfassung der Beratung hinsichtlich Beratungsthema und Inhalt
- Auswertung der Beratungsgespräche durch Fokusgruppen der Berater
- Freitextdokumentation

Ziele der Beratungsdokumentation:

- Sicherung einer nachhaltigen Beratungsqualität
- Erstellung von Kennzahlen für ein fortlaufendes Controlling der operativen Arbeit
- Lieferung von Daten für den Monitor Patientenberatung

“ Die UPD möchte Patienten durch die Beratung zu informierten und selbständigen Entscheidungen befähigen und ihre Stellung als souveräne Akteure im Gesundheitssystem stärken. “

Dr. med. Johannes Schenkel, Ärztlicher Leiter der UPD



Beratungsdokumentation

Jede Beratung wird mithilfe der spezialisierten UPD-Software strukturiert dokumentiert. Das Beratungsthema sowie weitere Aspekte der Beratung werden erfasst (z. B. im Bereich Medizin die Anamnese, die geschilderten Beschwerden, die Diagnose usw.). Diese Angaben werden anonym in der Datenbank gespeichert. Auf freiwilliger Basis werden am Ende jeder Beratung demografische und soziodemografische Daten zur Person aufgenommen.

Zur Erstellung des Monitors 2018 wurde die Datenbank im Januar 2019 ausgelesen und zunächst auf die inhaltliche Konsistenz hin analysiert. Die dargestellten Daten beruhen auf des-

kriptiven Datenanalysen. Abweichungen von der Gesamtzahl der Beratungen beruhen auf der Freiwilligkeit der Angaben der Ratsuchenden.



Fokusgruppen

Aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen rechtlichen und medizinischen Beratungsthemen können nicht alle Aspekte jeder einzelnen Beratung strukturiert erfasst werden. Um jedoch möglichst umfassend und vollständig über Problemlagen im Gesundheitssystem zu berichten und auch die

Aspekte, die außerhalb der strukturierten Beratungsdokumentation oder Problemlagendokumentation auftreten, zu identifizieren, treten fachspezifische bzw. fachübergreifende Fokusgruppen aus dem Kreis der Berater zusammen und berichten über ihre Erfahrungen.



Problemlagendokumentation

Aus einigen Beratungsgesprächen lassen sich Problemlagen im Gesundheitssystem ablesen, die auf strukturelle Schwächen im Gesundheitssystem hinweisen – insbesondere, wenn sie gehäuft auftreten. Ein Hinweis auf eine Problemlage im Gesundheitssystem wird von den Beratern immer dann dokumentiert, wenn der Berater nach Abschluss der Beratung zu der Einschätzung kommt, dass die Beratung nicht nur dem Erkenntnisgewinn des Ratsuchenden diene, sondern auf eine definierbare Schwäche oder fehleranfällige Struktur des Gesundheitssystems zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse dieser Dokumentation können interessante und deutliche Hinweise auf systemi-

sche Probleme in unserem Gesundheitssystem geben, vor allem aufgrund der großen Anzahl an Beratungen sowie der einfachen Erreichbarkeit der UPD-Beratung. Auch haben die Bürger in Gesprächen mit den Beratern oft weniger Hemmnisse, ihre Sorgen oder fehlendes Verständnis für bestimmte Sachverhalte zu artikulieren. Insgesamt veranschaulichen die Auswertungen und Beschreibungen der Beratungspraxis, auf welche Schwierigkeiten Patienten immer wieder stoßen und welche Verbesserungspotenziale genutzt werden könnten, um das Gesundheitssystem patientenorientierter zu gestalten. Die Interpretation der Ergebnisse sollte dennoch stets die spezielle Datengrundlage im Blick haben.

In der Beratungsdokumentation erfasste Problemlagen

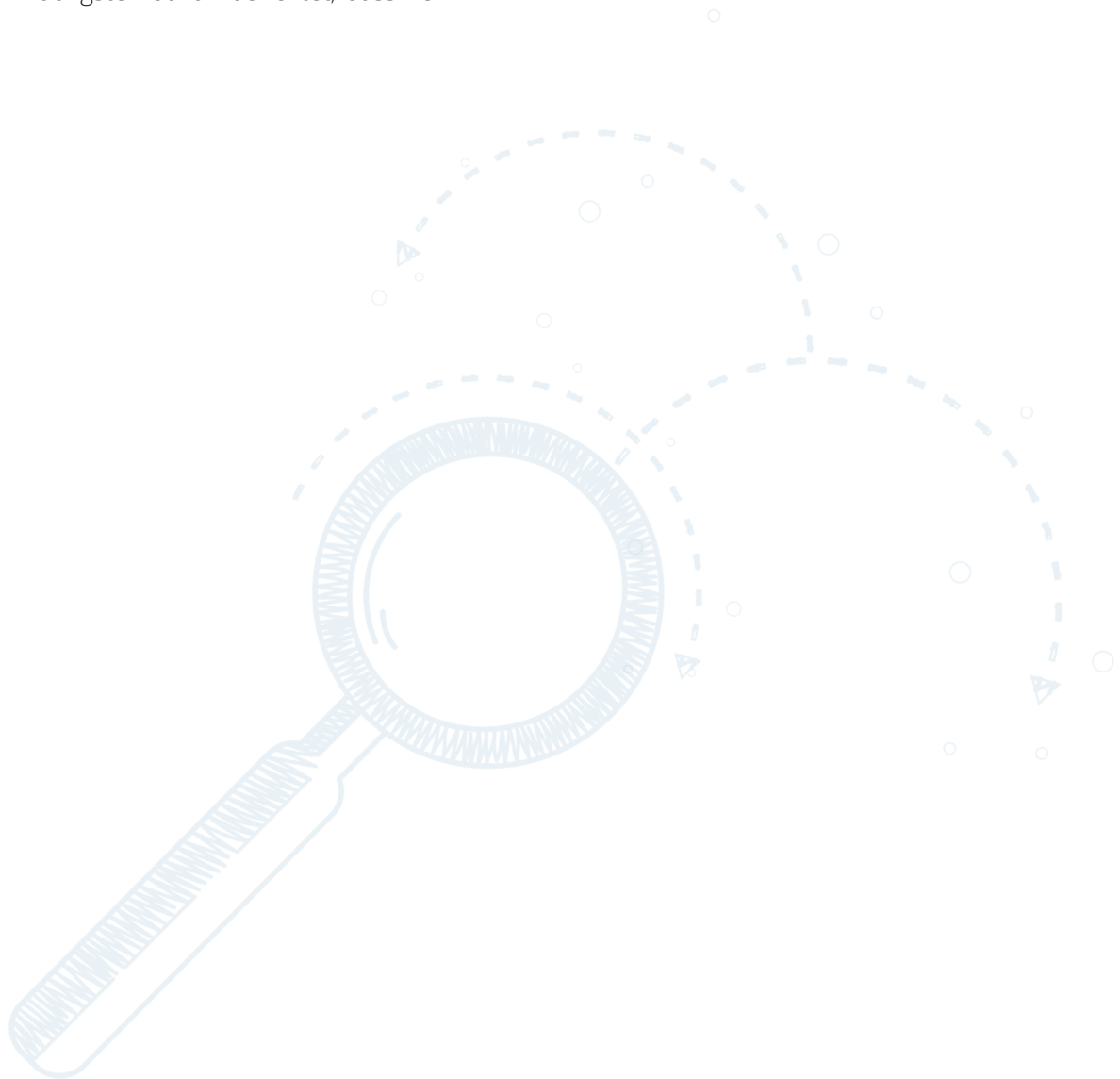
Problemlage einschließlich Unterkategorie	Anteil %	Anzahl dokumentierter Problemlagen
Information über gesundheitliche Versorgung		
• Ratsuchender wurde UNVOLLSTÄNDIG informiert/beraten.	72,2	8.030
• Ratsuchender wurde NICHT informiert.	16,1	
• Ratsuchender wurde FALSCH informiert/beraten.	11,7	
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung		
• Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert	28,6	3.128
• Versorgungsleistungen durch den Leistungserbringer unberechtigt verweigert	28,3	
• Gravierende Wartezeiten für erfolgte/geplante Behandlung	21,5	
• Versorgungsleistungen aufgrund unklarer Regelungen nicht in Anspruch genommen	9,6	
• Inanspruchnahme von Leistungen aus finanziellen Gründen nicht möglich	7,1	
• Versorgungsangebote aufgrund Entfernung/eingeschränkter Mobilität nicht erreichbar	4,9	
Qualität der gesundheitlichen Versorgung		
• Defizite bei den Versorgungsergebnissen	56,5	2.510
• Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung	27,2	
• Mängel in der Koordination und der Organisation der Versorgung	10,0	
• Mängel hinsichtlich der Qualifikation von Leistungserbringern	3,7	
• Mängel bei der Ausstattung, Räumlichkeit oder Zustand einer Versorgungseinrichtung	2,1	
Akteur hat sich unangemessen verhalten		2.210
Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung		
• Geltende Rechtslage überfordert den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell	95,0	984
• Neu gewählte Versicherung verweigert den Wechsel unrechtmäßig	3,9	
• Kündigung eines Versicherungsschutzes unrechtmäßig verweigert	1,1	
Überversorgung (Zweifel, ob med. Behandlung notwendig)		476
Gesamt		17.338

Informationsdefizite sind die häufigsten in der Beratungsdokumentation der UPD erfassten Problemlagen.

Nach wie vor betreffen die am häufigsten erfassten Problemlagen, die sich aus den Gesprächen mit den Ratsuchenden ergeben, das Thema Information (8.030 Fälle). Neben dem allgemeinen Informationsdefizit, auf das die meisten Beratungen schließen lassen, fühlte sich im Berichtsjahr 2018 der größte Teil der Ratsuchenden konkret von einem Akteur im Gesundheitssystem unvollständig informiert oder beraten (72,2 Prozent). Einige kritisierten eine fehlende oder falsche Information (16,1 bzw. 11,7 Prozent).

Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung stellte 3.128 Ratsuchende vor Probleme. Dabei wurde am häufigsten davon berichtet, dass Ver-

sorgungsleistungen entweder durch den Kostenträger oder durch den Leistungserbringer verweigert wurden. Auch lange Wartezeiten auf Behandlungen waren für viele Ratsuchende ein Grund, sich an die UPD zu wenden. Ebenfalls häufig wurde von einer mangelhaften Qualität der Versorgung und von unangemessenem Verhalten von Akteuren (2.510 bzw. 2.210 Fälle) berichtet. Auf den hinteren Plätzen folgten Fragen zum Versicherungsschutz sowie zu einer möglichen Überversorgung.



PROBLEME UND FRAGESTELLUNGEN BEI DER BERATUNG



Bei der Auswertung der Beratungsthemen für den vorliegenden Monitor Patientenberatung wird zwischen solchen mit starker rechtlicher Ausprägung und solchen mit vorrangig medizinischen Schwerpunkten unterschieden. Allerdings zeigt sich, dass in der Beratung vielfach Schnittstellen zwischen rechtlicher und medizinischer Beratung bestehen und einige Themen regelmäßig einen fachübergreifenden Charakter

haben. Diese interdisziplinären Themen werden im Monitor in einem eigenen Abschnitt beschrieben. Sachverhalte, die bereits in früheren Berichten ausführlich dargelegt wurden und bei denen sich keine oder wenig Änderungen ergeben haben, sind teilweise in kompakter Form zusammengefasst – ein Urteil über die Relevanz aus Patientensicht ist damit nicht verbunden.

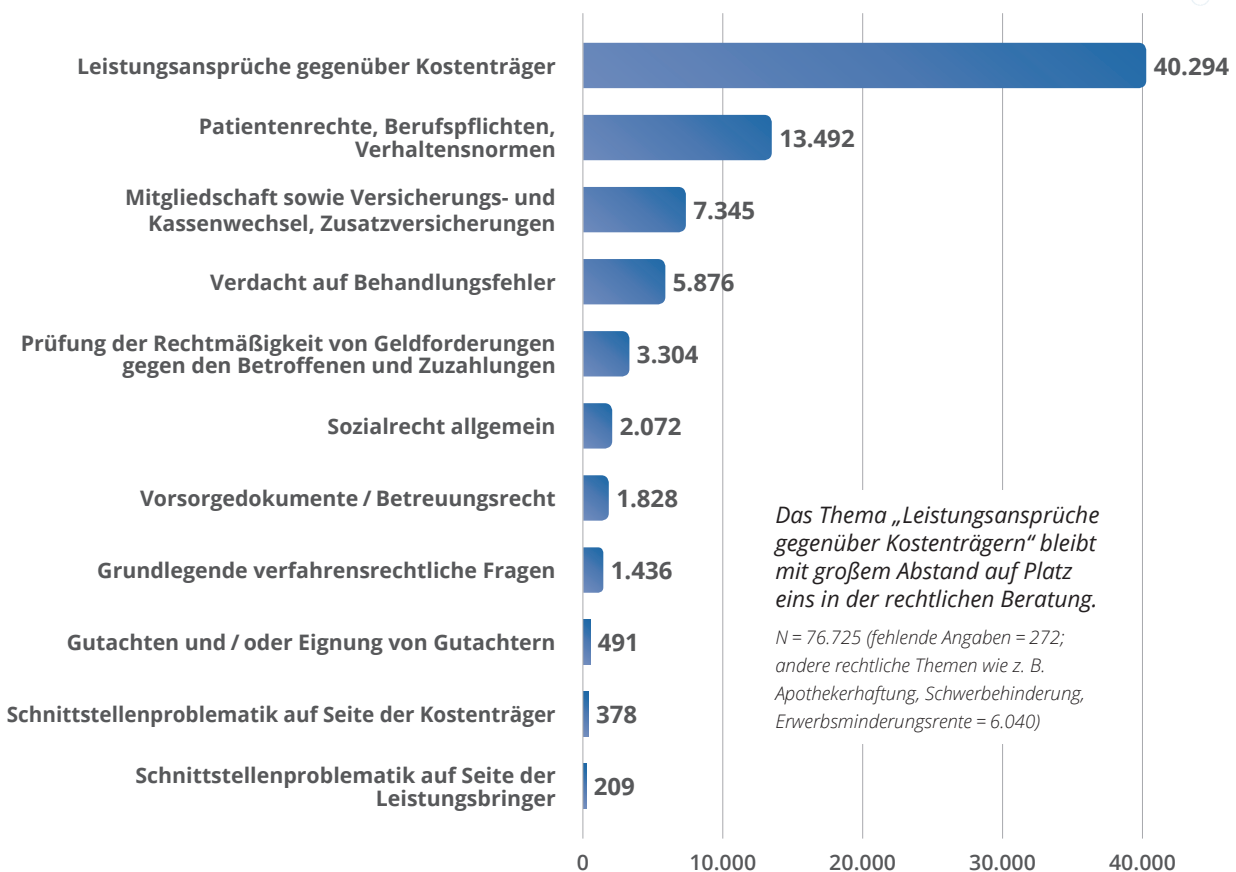
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.1. Schwerpunkte

Rechtliche Fragen beschäftigten die Ratsuchenden auch im Jahr 2018 wieder besonders häufig. In insgesamt 83.137 Beratungen wurde durch die UPD zu Rechtsfragen beraten. Wie auch schon im Jahr zuvor führte dabei das Gebiet „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ die Liste

der angesprochenen Themen mit großem Abstand an: 40.294 Beratungen im Berichtszeitraum drehten sich um diesen Themenkreis. Weitere Beratungsschwerpunkte waren Patientenrechte, Mitgliedschaft und Beitragsfragen sowie Verdacht auf Behandlungsfehler.

Die rechtlichen Beratungsthemen im Überblick



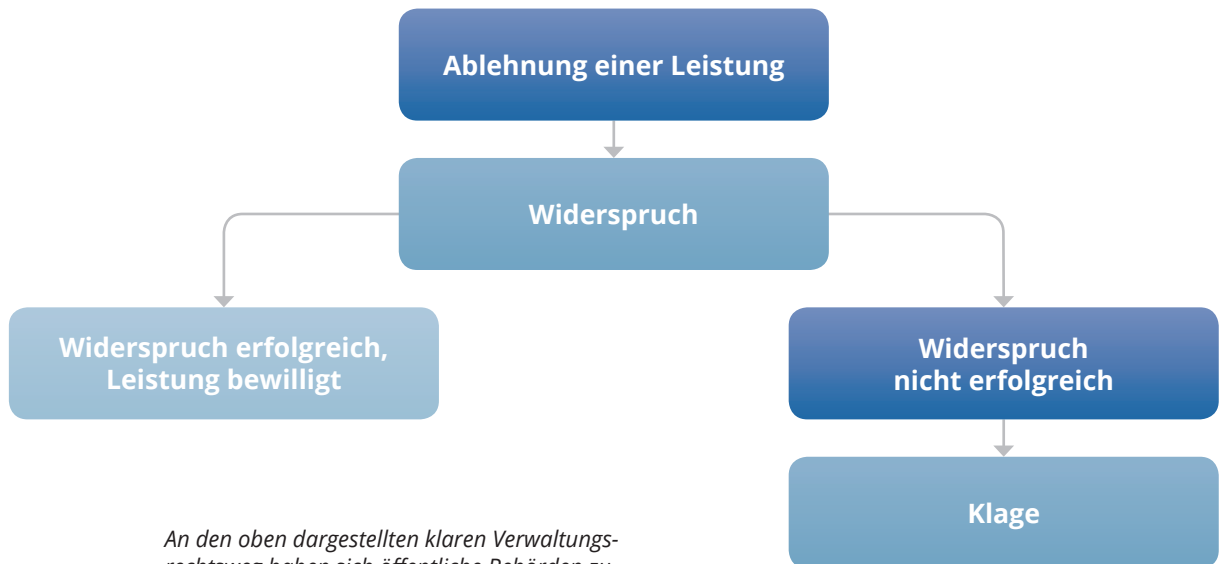
IM FOKUS:

Widersprüchliches im Widerspruchsverfahren

Wenn sich Ratsuchende mit Fragen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern an die UPD wenden, geht es dabei oft um die mögliche weitere Vorgehensweise, nachdem ein Antrag – beispielsweise auf einen Rollator – von der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt wurde. Der Ratsuchende kann gegen eine solche

Entscheidung Widerspruch einlegen und erhält nach erneuter Prüfung des Sachverhaltes und der im Widerspruchsschreiben vorgebrachten Gründe eine Entscheidung in Form eines Abhilfe- oder Widerspruchsbescheides. In insgesamt 12.552 Fällen hat die UPD im Jahr 2018 zum Thema Widerspruch beraten.

Verwaltungsrechtsweg nach ablehnendem Bescheid



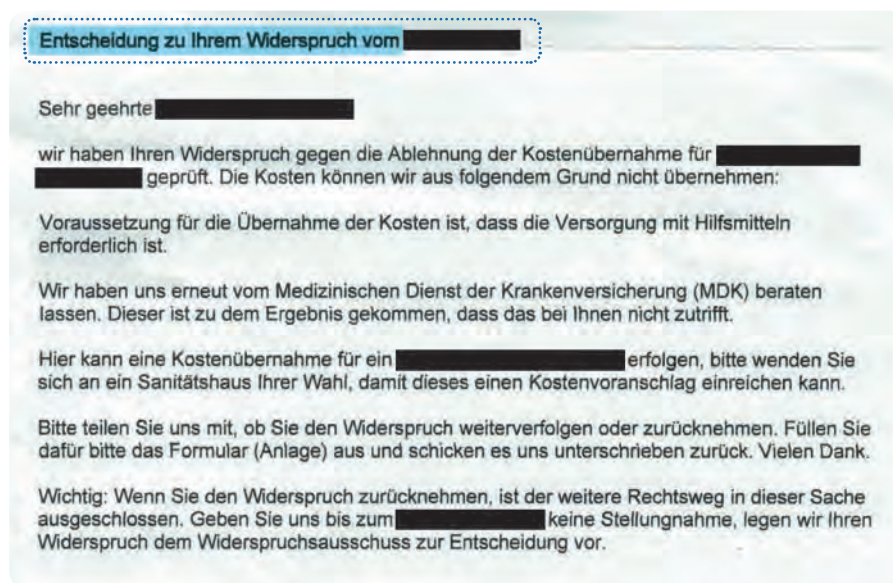
An den oben dargestellten klaren Verwaltungsrechtsweg haben sich öffentliche Behörden zu halten und sie haben diesbezüglich auch eine Aufklärungspflicht gegenüber den Ratsuchenden.

Im Monitor Patientenberatung 2017 (Kapitel 3.1.1., S. 36 ff.) berichteten wir, dass Ratsuchende ihrer Schilderung zufolge während eines Widerspruchsverfahrens Schreiben erhalten hatten, mit denen ihr Widerspruch als erfolglos bewertet und ihnen eine Frist gesetzt wurde, innerhalb derer sie den Widerspruch zurücknehmen könnten. Demnach wurden die Folgen der Rücknahme des Widerspruches in den Schreiben ebenso wenig erläutert wie die Frage, was passiert, wenn der Widerspruch nicht zurückgenommen wird.



Das Bundesversicherungsamt (BVA) als Aufsichtsbehörde über alle bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen¹⁴ versandte kurz nach Erscheinen des Patientenmonitors 2017 am 27. Juni 2018 das Rundschreiben „Hinweise zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens bei gesetzlichen Krankenkassen“¹⁵. Darin wurde auch vom BVA festgestellt, dass bei der Widerspruchsbearbeitung die gesetzlichen Vorgaben nur unzureichend beachtet werden. Es beurteilt die Zulässigkeit solcher Zwischennachrichten wie folgt: Eine anlassbezogene Nachfrage sei grundsätzlich zulässig, eine Kontaktaufnahme „ohne relevanten Anlass“ dagegen unzulässig – insbesondere, wenn dadurch der Eindruck erweckt werde, der Widerspruch habe keine Erfolgsaussichten und müsse zurückgenommen werden.

Trotz dieser konkreten und einschränkenden Vorgaben zur rechtskonformen Gestaltung von „Zwischennachrichten“ berichten die Berater der UPD, dass die Problematik auch im zweiten Halbjahr 2018 fortbestand. Demnach erhalten Ratsuchende nach wie vor ohne benannten oder erkennbaren Anlass Schreiben, die auf die mangelnde Erfolgsaussicht der Widersprüche hinweisen. Dabei ist es für die Ratsuchenden nicht erkennbar, ob sie nun tätig werden müssen oder der Widerspruch eventuell sogar schon abgelehnt wurde. Eine den Beratern bisher unbekannt „Zwischennachricht“ von August 2018 enthielt den irreführenden Betreff „Entscheidung zu Ihrem Widerspruch“ und suggerierte damit, eine Entscheidung sei schon gefallen.



Kopie eines Krankenkassen-Schreibens, das der UPD vorliegt

Immer wieder berichten Ratsuchende auch, dass sie während des jeweiligen Widerspruchsverfahrens von Mitarbeitern ihrer Kranken- bzw. Pflegekassen zusätzlich telefonisch kontaktiert und sie an das – rein freiwillige – Rücksenden der Rücknahmeerklärung erinnert werden. Im Bera-

tungsalltag entsteht so der Eindruck, dass einige Krankenkassen weiterhin bewusst die Möglichkeiten des Widerspruchs verschleiern und das Verfahren zu Lasten der Ratsuchenden „entformalisieren“.

¹⁴ Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ist auch zuständig für die Bearbeitung und Beantwortung von Beschwerden, die diese Kranken- und Pflegekassen betreffen. Bundesunmittelbar sind die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Insbesondere die Ersatzkrankenkassen und die überwiegende Zahl der Betriebskrankenkassen (BKK) sind deutschlandweit tätig. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, unterliegen regelmäßig der Landesaufsicht, vgl. auch § 90 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV).

¹⁵ Rundschreiben des Bundesversicherungsamts vom 27. Juni 2018, S. 4

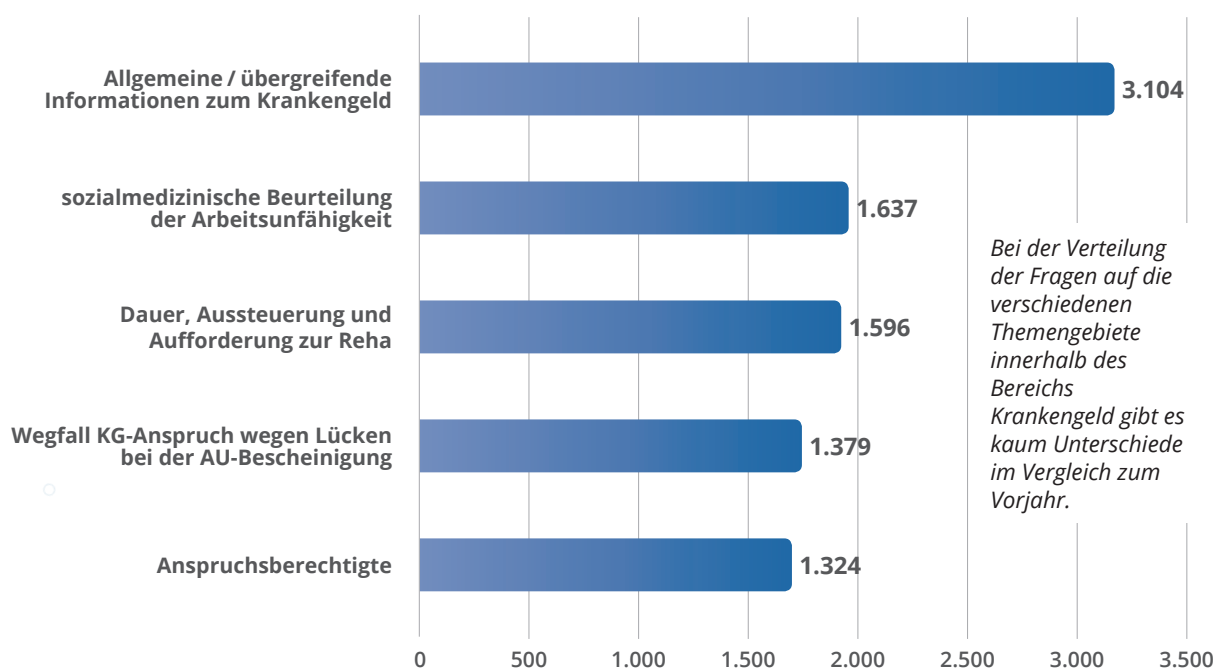
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.2. Krankengeld

Wie in den Vorjahren nahmen auch im Jahr 2018 Fragen zum Krankengeld eine große Rolle in der rechtlichen Beratung ein: 15.202 Mal wurden Ratsuchende von der UPD zum Krankengeld beraten; die Beratungen haben damit im Vergleich zu 2017 relativ und absolut zugenommen.



Die fünf Schwerpunktthemen zum Krankengeld



Am meisten wurden wie auch in den Jahren zuvor allgemeine Informationen zum Krankengeld (z. B. Berechnung, Höhe, Antragstellung etc.) erfragt. Hier konnte den Ratsuchenden mit Auskünften schnell weitergeholfen werden.

Daneben bezogen sich häufige Anfragen im Bereich Krankengeld im Berichtsjahr 2018 wie auch in den Jahren zuvor auf folgende Themen:

- Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen Lücken in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (1.379 Fälle),
- Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen sozialmedizinischer Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (1.637 Fälle) sowie
- Dauer, Aussteuerung und Aufforderung der Krankenkasse, einen Rehabilitationsantrag zu stellen (1.596 Fälle).

Hintergrund und Fortentwicklung seit dem vergangenen Jahr

Bei Arbeitsunfähigkeit und Klinikaufenthalt sichert das Krankengeld als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung den Lebensunterhalt der gesetzlich Krankenversicherten, und zwar in der Regel dann, wenn sie länger als sechs Wochen wegen derselben Erkrankung krankgeschrieben sind und der Arbeitgeber kein Arbeitsentgelt mehr zahlt. Ausgezahlt wird das Krankengeld für längstens 78 Wochen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung innerhalb von drei Jahren. Das Krankengeld von Arbeitnehmern umfasst dabei 70 Prozent des regelmäßigen Brutto-Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt, maximal aber 90 Prozent des entsprechenden Netto-Arbeitsentgelts.

Für die UPD gehören Beratungen zum Thema Krankengeld nach wie vor zu den beratungs- und zeitintensivsten Gesprächen. Die Berater berichten, dass Ratsuchende oft schon durch ihren Krankheitsweg physisch oder psychisch geschwächt sind und sich nun an die UPD wenden, weil in dieser Situation weitere belastende Umstände hinzugetreten sind. Dazu gehören Einstellungen der Krankengeldzahlungen, Fragen nach der Zulässigkeit von häufigen telefonischen Kontaktaufnahmen durch Mitarbeiter der Krankenkassen sowie Aufforderungen, einen Rehabilitationsantrag wegen erheblich gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit zu stellen. Auch Gedanken darüber, ob ihr Berufsleben gegebenenfalls an dieser Stelle zu Ende ist, beschäftigen Ratsuchende in dieser Situation.

Die existenziellen Nöte, die Frage nach dem weiteren Lebensweg sowie die oft als bedrängend empfundenen Kontakte mit den Krankenkassen nehmen einen großen Raum in den Beratungsgesprächen ein. Im Dialog mit den Beratern können die Ratsuchenden ihre eigene Situation in Ruhe besprechen und sich über Handlungsoptionen und nächste Schritte klar werden. Im Beratungsgespräch zeigt sich dann oft, dass die Ratsuchenden einer von ihnen als belastend erlebten Lage

nicht hilflos ausgeliefert sind. Neben dem einfühlsamen Zuhören stehen in der Beratung daher ganz praktische Fragen im Mittelpunkt: Welche Leistungen kann ich nach dem Wegfall des Krankengeldes in Anspruch nehmen? Welche Chancen bietet eine stationäre Rehabilitation für mich? Unter welchen Voraussetzungen darf die Krankenkasse mich oder meine Familienangehörigen telefonisch kontaktieren? Bin ich verpflichtet, Auskunft zu erteilen?

Vielfach haben die Ratsuchenden in diesen Fällen auch keine Informationen darüber erhalten, unter welchen Voraussetzungen sie Arbeitslosengeld I oder II beantragen können oder dass der Rehabilitationsantrag keinesfalls mit einem Ende des Berufslebens einhergehen muss. Auch fehlt die Aufklärung, dass ihre Mitwirkungs- und Auskunftspflichten gesetzlich normiert und beschränkt sind.



A) Lücke in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen: Besserung in Sicht

Ein großes Problem bedeutet für viele Ratsuchende nach wie vor der Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen einer Lücke in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Voraussetzung für einen ununterbrochenen Bezug von Krankengeld ist, dass der Versicherte nahtlos den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit beibringt. Dafür muss er zwingend am nächsten Werktag nach dem Ablauf der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Arzt aufsuchen und sich diese ausstellen lassen. Wie auch schon in den Jahren zuvor zeigt sich regelmäßig, dass Patienten über die Folgen einer Lücke in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen keine hinreichenden Kenntnisse haben.

Das schon im Monitor Patientenberatung 2017 zitierte Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. Mai 2017 – B 3 KR 22/15 (vgl. Kap. 3.1.2, S. 41f.), welches den Versicherten bei versäumter Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

durch Fehlentscheidung des Arztes unter bestimmten Voraussetzungen ein nachträgliches Schließen der Lücke ermöglicht, spielt im Beratungsalltag nur eine geringe Rolle. Oft liegen andere, nicht vom Urteil gedeckte Konstellationen dem Entstehen der Lücke zugrunde, wie z. B. ein krankheitsbedingter verspäteter Arztbesuch oder eine Lücke nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik. So werden einige Patienten zwar als arbeitsunfähig entlassen, erhalten aber keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

In den Fällen aber, in denen der (Ausnahme-)Fall der gerichtlichen Entscheidung zugrunde liegt, ist dies den Ratsuchenden oft unbekannt und wird auch bei der Entscheidung durch die Krankenkasse nicht berücksichtigt. Hier können die Berater den Ratsuchenden die nach dem Bundessozialgericht möglichen Voraussetzungen für ein nachträgliches Schließen der Lücke und den Erhalt des Krankengeldes sowie das weitere Vorgehen gegenüber der Krankenkasse erläutern.

Mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“¹⁶ wurde in Art. 1 Nr. 22 eine Änderung des § 46 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Danach wird in Zukunft für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen bleiben, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Angesichts der nach wie vor zahlreichen Schicksalsfälle durch die gesetzliche „Krankengeldfalle“, von denen Betroffene immer wieder berichten, ist zu hoffen, dass diese Gesetzesänderung zu mehr Patientenorientierung führt. Auf die bislang schwierige Situation hat die UPD in den Berichten der vergangenen Jahre wiederholt aufmerksam gemacht (vgl. Monitor Patientenberatung 2017, Kap. 3.1.2., S. 41 ff.; Monitor Patientenberatung 2016, Kap. 3.1.1., S. 59 ff.; Monitor Patientenberatung 2015, Kap. 3.3.1., S. 56 ff.).



¹⁶ Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) vom 06.05.2019 BGBl. I S. 646 m.W.v. 11.05.2019

B) „Gesundschreibung“: Beurteilung nur nach Aktenlage

Wie schon in den vergangenen Jahren wandten sich auch im Jahr 2018 viele Ratsuchende an die UPD, nachdem der Krankengeldbezug aufgrund einer „Gesundschreibung“ durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) endete. In den Beratungen geht es in diesen Fällen regelmäßig nicht um das Ob, also die Berechtigung der sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern um die Art und Weise: Die Ratsuchenden erleben es als wenig patienten-

tenorientiert, dass sie im Regelfall vor der Entscheidung nicht mit einbezogen werden. So werden sie nicht schriftlich angehört und auch die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den MDK wird im Regelfall nach Aktenlage ohne Einbeziehung des Patienten vorgenommen. Betroffene berichten, dass ihre aktuelle Situation nicht berücksichtigt worden sei und die Entscheidung sie völlig überraschend getroffen habe.



C) Aufforderung zum Rehabilitationsantrag: Reden hilft

Wie auch schon in früheren Jahren zeigt sich, dass viele Ratsuchende erheblichen Beratungsbedarf haben, wenn sie von ihrer Krankenkasse während des Krankengeldbezugs aufgefordert werden, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Dies ist nach § 51 SGB V immer dann möglich, wenn die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten als erheblich gemindert oder gefährdet angesehen wird. Die Frist zwischen der Aufforderung durch die Krankenkasse und dem zu stellenden Antrag beträgt zehn Wochen. Versäumt der Versicherte es, innerhalb dieser Zeit den Antrag zu stellen, entfällt der Anspruch auf Krankengeld. Wird danach ein Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen gestellt, wird das Krankengeld ab diesem Tag wieder gezahlt. Viele Ratsuchende fühlen sich durch dieses Ver-

fahren „abgestempelt“ und aus dem Erwerbsleben gedrängt. Sie haben das Gefühl, dass die Krankenkassen in diesen Situationen in erster Linie dem Ziel folgen, den Krankengeldbezug zu beenden. Auch berichten sie über mangelnde Informationen ihrer Krankenkasse zum Hintergrund des Antrags auf Rehabilitation. Einige Ratsuchende berichten auch weiterhin, dass ihnen nur eine kürzere als die gesetzlich vorgesehene Frist gewährt wurde. In diesem Fall können die Berater die rechtlichen Grundlagen erläutern und auf die gesetzlich vorgesehene Frist von zehn Wochen verweisen. Oft hat die Beratung auch eine erhebliche psychosoziale Komponente: Gemeinsam mit dem Ratsuchenden gilt es, die nun eventuell geänderte Lebensperspektive zu betrachten und gegebenenfalls neue Chancen aufzuzeigen.

IM FOKUS:

Krankengeld im Urlaub: EU-Ausland wird als Inland behandelt

Viele Anfragen von Bürgern, die sich an die UPD wenden, beziehen sich darauf, ob sie während des Krankengeldbezuges verreisen dürfen. So wand-

ten sich im Jahr 2018 558 Ratsuchende mit Fragen zu diesem Thema an die UPD.

Hintergrund

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gibt es keinerlei Regelungen, nach denen eine Urlaubsreise innerhalb Deutschlands Einfluss auf den Krankengeldanspruch haben könnte, soweit die Versicherten auch im Urlaub ihren Mitwirkungspflichten wie z. B. der Erreichbarkeit nachkommen. Anders ist es bei Auslandsreisen: Hier ruht der Anspruch auf Krankengeld, wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält (§ 16 Abs. 1 SGB V)

und seine Krankenkasse dem nicht zugestimmt hat (§ 16 Abs. 4 SGB V). Ob das EU-Ausland als Inland oder als Ausland in diesem Zusammenhang zu gelten hat, war in den letzten Jahren immer wieder Gegenstand gerichtlicher Entscheidungen, die zu dem Ergebnis kamen, dass die Regelungen des § 16 SGB V nicht für das EU-Ausland gelten und der Urlaub/Aufenthalt in der EU wie Inland zu behandeln sei.¹⁷

Beispiel aus der Beratungspraxis

„ Seit neun Wochen bin ich wegen einer Depression krankgeschrieben und bekomme von meiner Krankenkasse Krankengeld. Ich habe nun dort angefragt, ob ich nicht meine Tochter, die in Frankreich lebt, für zwei Wochen besuchen kann. Mein Arzt befürwortet die Reise und geht davon aus, dass dadurch meine Genesung gefördert werden könnte. Und auch ich verspreche mir einiges davon. Nun hat mir meine Krankenkasse leider mitgeteilt, dass bei einem Aufenthalt im Ausland kein Krankengeld gezahlt wird. Ich bin ganz verzweifelt und kann mir nicht vorstellen, dass das rechtens ist. “

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Viele Ratsuchende wenden sich an ihre Krankenkasse, um sich nach den Möglichkeiten zu erkundigen, während des Krankengeldbezuges in Urlaub zu fahren. Den Gesprächen zufolge wird den Ratsuchenden oft mitgeteilt, dass die Zahlung des Krankengelds grundsätzlich eingestellt werde, wenn der Versicherte Urlaub machen würde – unabhängig davon, ob dies im Inland, im EU-Ausland oder im außereuropäischen Ausland geschehen soll. Versicherten wird in solchen Fällen oft vorgeschlagen, sich gesundschreiben zu lassen, um danach beim Arbeitgeber Erholungs-

urlaub zu beantragen. Die Information, dass bei einem Urlaub im Inland gar keine formelle Zustimmung der Krankenkasse nötig ist, kommt für diese Ratsuchenden dann sehr überraschend. Zum einen sind sie froh, nun doch die Möglichkeit zu haben, ihren Urlaub im Krankengeldbezug durchsetzen zu können, zum anderen sind sie irritiert, von ihrer Krankenversicherung nie eine entsprechende Auskunft erhalten zu haben. Oft fühlen sie sich dadurch in ihrem Vertrauen auf die Belastbarkeit der Aussagen und die Unterstützung der Krankenkassen enttäuscht.

¹⁷ Nach § 30 Abs. 2 SGB I und § 6 SGB IV steht das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Vorbehalt über- und zwischenstaatlichen Rechts. Soweit also in bi- und multilateralen Abkommen sowie auf EU-Ebene abweichende Regelungen zum SGB V bestehen, gehen diese den §§ 16-18 SGB V vor (...). Gemäß Artikel EWG VO 883/2004 Artikel 21 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sind Geldleistungen innerhalb der EU frei zugänglich und müssen daher auch gegenüber einem Versicherten, der sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat aufhält, erbracht werden. Wurde, wie im vorliegenden Fall, die bestehende Arbeitsunfähigkeit des Versicherten unstreitig festgestellt, so bleibe für eine Ermessensentscheidung durch die Krankenkasse kein Raum mehr, so SG Würzburg, Endurteil vom 13.12.2016 – S 6 KR 511/16, LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 06.07.2017 – L 5 KR 135/16 und Sozialgericht Karlsruhe (Urteil vom 20.02.2018 – S 4 KR 2398/17).

Möchte ein Versicherter, wie die Ratsuchende im Beispiel, während des Krankengeldbezugs Urlaub im EU-Ausland machen, wird nach Schilderung der Ratsuchenden von den Krankenkassen oft nur pauschal auf § 16 SGB V verwiesen und mitgeteilt, dass die Leistungen während des Auslandsaufenthalts ruhen. In dieser Situation können die Berater den Ratsuchenden weiterhelfen, indem sie auf die dazu ergangenen untergerichtlichen Urteile, nach denen das EU-Ausland wie Inland zu behandeln ist, verweisen. Erklärt also eine Krankenkasse, die Zahlung des Kranken-

gelds bei einem Urlaub im EU-Ausland einzustellen, informieren die Berater die Ratsuchenden über ihr Recht auf Widerspruch und weisen auf die Möglichkeit hin, die zitierten Urteile für die Widerspruchsbegründung nutzen zu können. Hier wird den Ratsuchenden auch mitgeteilt, dass es sich bei den Urteilen nicht um höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handelt und die (zumindest theoretische) Möglichkeit besteht, dass die Gerichte in ihrem Fall ein anderes Urteil fällen könnten.



4.1. Rechtliche Beratung

4.1.3. Pflege

Leistungen der Pflegeversicherung sind nach wie vor ein großes Thema im Beratungsgeschehen der UPD. Fragen zu diesem Bereich erreichten die Berater im Jahr 2018 mehr als 6.810 Mal. Gegenüber dem Vorjahr sind bei den Beratungsthemen keine großen Veränderungen festzustellen. Die Verhinderungspflege ist weiter das Thema Nummer eins mit 2.493 Beratungen, darauf folgen 1.971 Beratungen zu Pflegegeld und 875 Beratungen zum Entlastungsbetrag.

Ratsuchende beklagen nach wie vor, dass flächendeckende passgenaue Angebote fehlen, die im Rahmen des Entlastungsbetrags genutzt werden können – insbesondere im Bereich der Haushaltshilfe (vgl. Monitor Patientenberatung 2017, Kap. 3.1.3., S. 52 f.) Zudem zeigt sich immer noch häufig, dass Ratsuchende falsch oder unvollständig über ihre Ansprüche aus der Pflegeversicherung sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert sind und sich dann mit nochmaligen oder erweiterten Beratungsbedarf – insbesondere zu schwer verständlichen Regelungen wie die der Verhinderungspflege – an die UPD wenden. Auch mangelt es den Beratungsgesprächen zufolge an Anlaufstellen und Informationsangeboten: Pflegestützpunkte sind nicht flächendeckend

in ausreichender Form vorhanden – so gibt es beispielsweise keine im Bundesland Sachsen. Ebenso kommen auch die Pflegekassen der Rückmeldung der Ratsuchenden zufolge ihrer Informationspflicht nach § 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht vollständig nach.

Die Berechnung der genauen Höhe der Kostenerstattung für die Verhinderungspflege stellt viele Betroffene immer wieder vor Probleme (siehe oben). Insgesamt werden die Regelungen von den Ratsuchenden nach wie vor als kompliziert und unübersichtlich empfunden. Die gesetzliche Regelung, dass das Pflegegeld für die Dauer der Verhinderungspflege um die Hälfte zu kürzen ist, sorgt regelmäßig für Unverständnis, ebenso wie die Vorschrift, dass nahe Angehörige schlechter für die Vertretung der Pflegeperson bezahlt werden als Pflegedienste oder Nachbarn (vgl. Monitor Patientenberatung 2017, Kap. 3.1.3, S. 50 f.)

Zunehmend wird von Ratsuchenden berichtet, dass die Pflegekassen Geldleistungen nur mit großer Verzögerung auszahlen, z. B. bei der Kostenerstattung für die Verhinderungspflege oder beim anteiligen Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung.

IM FOKUS:

Auszahlung erst nach Abrechnung: Was lange währt ...

Hintergrund

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 können Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinieren und zwar in einem von ihnen selbst bestimmten Verhältnis. Diese Kombinationsleistung wird vor allem dann genutzt, wenn Angehörige die Pflege übernehmen, dabei aber auf Unterstützung angewiesen sind. Ein Teil der Leistung kann dann über einen Pflegedienst in Anspruch genommen

werden. Entsprechend wird das Pflegegeld von der Pflegekasse nur anteilig ausgezahlt. Die flexible Inanspruchnahme des Pflegedienstes führt dazu, dass die Pflegekassen das anteilige Pflegegeld, welches um den Prozentsatz gekürzt wird, in welchem der Pflegedienst in Anspruch genommen wurde, erst auszahlen, wenn der Pflegedienst abgerechnet hat.

Beispiele aus der Beratungspraxis

„ Ich pflege meine Mutter bei mir zu Hause und werde nach Bedarf vom Pflegedienst unterstützt. Obwohl der Pflegedienst pünktlich zum Monatsende abrechnet, braucht die Pflegekasse mehrere Wochen, bis wir endlich das Pflegegeld bekommen; aktuell warten wir schon fast zwei Monate darauf. Muss die Pflegekasse nicht innerhalb einer bestimmten Frist zahlen? “

„ Ich habe eine Frage zur Verhinderungspflege für meine Tochter. Ich habe es vor mehr als fünf Wochen beantragt und es wurde bis heute nicht ausgezahlt. Auf mehrmaliges Nachfragen heißt es immer, man sei im Rückstand und es dauere noch, und das seit Wochen! Was kann ich tun, damit das endlich ausgezahlt wird? “

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Zunehmend schildern Ratsuchende, dass sie unzumutbar lange auf das anteilige Pflegegeld warten müssen, da sich die Bearbeitung bei den Pflegekassen um Wochen oder sogar Monate verzögert, obwohl der Pflegedienst pünktlich abrechnet. Dies kann die Pflege gefährden, deren Sicherstellung das Pflegegeld dient. In solchen Fällen können die Berater die Ratsuchenden nur darauf hinweisen, dass nach sechs Monaten Bearbeitungsdauer eine Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht erhoben werden kann. Auch sind ab diesem Zeitpunkt Ansprüche auf Geldleistungen zu verzinsen. Unter Umständen kann eine Vorschusszahlung beantragt werden. Ist die Pflege ohne das Pflegegeld nicht sichergestellt,

wird auf die Möglichkeit hingewiesen, eine Eilentscheidung vor dem Sozialgericht zu beantragen.



FAZIT

Die verzögerte Auszahlung von Geldleistungen wie der Kostenerstattung für Verhinderungspflege oder des anteiligen Pflegegelds im Rahmen der Kombinationsleistung stellt für viele Betroffene ein großes Problem dar. Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Situation, in der sich viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige befinden, ist – wie im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – zu wünschen, dass der Gesetzgeber hier tätig wird und Bearbeitungs- und

Zahlungsfristen einführt, die auch sanktionsbewehrt sind.

Als positiv im Vergleich dazu ist zu bemerken, dass die Pflegekassen den Rückmeldungen der Ratsuchenden zufolge bemüht sind, die nach dem Ende der Übergangszeit für die Pflegereform wieder geltende Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen für Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit einzuhalten.

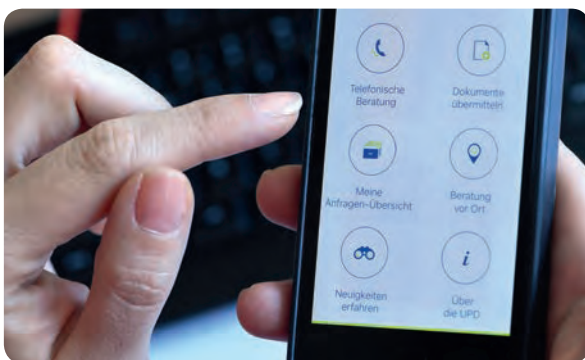
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.4. Entlassmanagement

Das Entlassmanagement soll den reibungslosen Übergang aus der stationären Behandlung in die weitere medizinische Versorgung gewährleisten. Nach Rückmeldungen von Ratsuchenden funktioniert das nicht immer so, wie der Gesetzgeber es vorgesehen hat. Nach wie vor wenden sich Ratsuchende an die UPD, da sie kurzfristig und unorganisiert aus dem Krankenhaus entlassen wurden

Hintergrund

Wer nach einer stationären Behandlung entlassen wird, bedarf oftmals weiterer pflegerischer oder medizinischer Versorgung, z. B. in Form einer stationären Rehabilitation oder durch häusliche Krankenpflege. Das Entlassmanagement, auf das nach § 39 Abs. 1a SGB V alle gesetzlich versicherten Patienten Anspruch haben, soll die Weiterversorgung nach einem Klinikaufenthalt gewährleisten. Der gesetzlichen Regelung zufolge müssen die Krankenhäuser dafür sorgen, dass nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine



direkte Weiterbehandlung gewährleistet ist. Dafür können sie Verordnungen (z. B. für Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege oder Medikamente) und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen ausstellen. Zur Konkretisierung der grundlegenden Regelungen wurde ein Rahmenvertrag zum Entlassmanagement geschlossen.¹⁸ Dieser sieht vor, dass

oder werden sollen. Besonders problematisch ist dies für pflegebedürftige Patienten. Ein Großteil der 539 Beratungen, die von der UPD im vergangenen Jahr zum Thema Entlassmanagement geleistet wurden, stand daher im Zusammenhang mit Fragen zum Pflege- oder Rehabilitationsbedarf nach einem Klinikaufenthalt.

ein Assessment zur Bedarfsplanung durchzuführen ist, bevor ein Patient nach einer stationären Behandlung entlassen wird. Durch das Assessment soll möglichst frühzeitig festgestellt werden, ob und welchen Behandlungsbedarf der Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hat. In diesem Rahmen ist auch ein Entlassplan zu erstellen, der den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung umfasst. Zudem erhält der Patient und (mit dessen Einwilligung) auch der die Anschlussversorgung durchführende Arzt am Tag der Entlassung einen Entlassungsbrief.

Sofern für die Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung des Patienten (z. B. in einem Pflegeheim) zunächst seine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden muss, hat die entsprechende Begutachtung durch den MDK kurzfristig, spätestens innerhalb einer Woche nach Antragseingang bei der Pflegekasse, im Krankenhaus zu erfolgen. Im Rahmen des Entlassmanagements haben Patienten zudem das Recht, Unterstützung von ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Diese ist verpflichtet, notwendige Informationen bereitzustellen und gegebenenfalls auch mit den entsprechenden Leistungserbringern Kontakt aufzunehmen, um die weitere Versorgung (beispielsweise durch Vertragsärzte oder einen ambulanten Pflegedienst) zu organisieren.

¹⁸ Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018

Beispiel aus der Beratungspraxis

„ Nach einem Sturz ist mein Vater in ein Krankenhaus gekommen. Laut Arztauskunft kann er nicht mehr alleine zu Hause leben (Verdacht auf Demenz). Das Krankenhaus will ihn bald entlassen. Ich als seine Tochter soll jetzt einen Pflegeplatz oder eine Pflege zu Hause organisieren. Dies ist jetzt zur Weihnachtszeit jedoch unmöglich. Außerdem steht kein konkreter Entlassungstag mehr fest. Meine Frage: Darf das Krankenhaus ihn ohne Betreuung nach Hause entlassen? Was kann ich tun? Ich weiß nicht mehr ein noch aus.“

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Trotz vieler Regelungen wird die weitere Versorgung von Patienten nach einem Klinikaufenthalt häufig nur mangelhaft organisiert. Gerade für pflegebedürftige Menschen ist dies oftmals eine extrem belastende Situation, wenn z. B. der benötigte Pflegedienst nicht beauftragt wird.



Die meisten Ratsuchenden, die sich zum Thema Entlassmanagement an die UPD wenden, haben das Problem, dass sie im Anschluss an einen Klinikaufenthalt (stationäre oder ambulante) Pflegeleistungen benötigen, diese aber nicht sichergestellt wurden. Grund dafür kann sein, dass das Krankenhaus keine Maßnahmen für die Weiterversorgung geplant hat oder dass – auch vor dem Hintergrund des Mangels an Pflegekräften – keine ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheimplätze, z. B. für eine Kurzzeitpflege, verfügbar sind. Für die Angehörigen kann das bedeuten, dass sie sich „von heute auf morgen“ gezwungen sehen, die häusliche Pflege zu übernehmen. Ist dies nicht

möglich, kann die Situation dramatisch werden. Ratsuchende berichten daher häufig von großer Hilflosigkeit und Verzweiflung.

Die Berater erläutern in diesen Fällen den Betroffenen, dass Krankenhäuser Patienten nicht entlassen dürfen, solange die Weiterversorgung nicht sichergestellt ist und dass gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf Entlassmanagement haben. Sowohl im Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung kann sich der Patient an den Sozialdienst wenden und Unterstützung einfordern. Die Berater empfehlen den Ratsuchenden, den Sozialdienst unbedingt immer schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus zu kontaktieren. Führt dies zu keinem Ergebnis, können sich Betroffene an ihre Krankenkasse wenden, die ebenfalls die Weiterversorgung sicherstellen muss. Es ist auch möglich, einen Eilantrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Auch in diesem Fall ist der Sozialdienst des Krankenhauses verpflichtet, den Patienten zu unterstützen.

Oft benötigen Ratsuchende nach einem Krankenhausaufenthalt eine Anschlussheilbehandlung in einer stationären Rehabilitationsklinik, die sich möglichst zeitnah an die Krankenhausbehandlung anschließen sollte. Ist kein nahtloser Übergang möglich, kommt zur Überbrückung eine Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung infrage. Falls noch keine Fähigkeit zur Rehabilitation vorliegt, ist im Rahmen des Entlassmanagements zu klären, wie diese hergestellt werden kann.

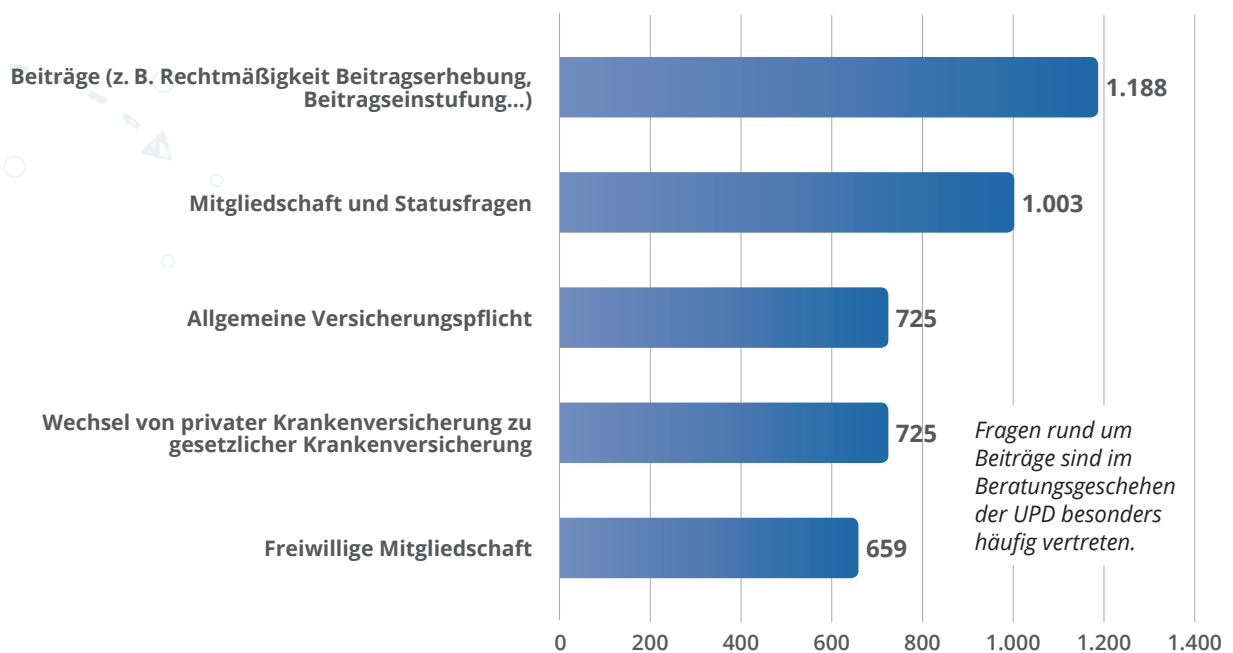
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.5. Mitgliedschaft und Beitragsfragen

Fragen zur Mitgliedschaft, zu Krankenkassenbeiträgen und zum Wechsel von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung sind Themen,

mit denen sich Ratsuchende häufig an die UPD wenden. Insgesamt 7.345 Mal hat die UPD im Jahr 2018 in diesem Bereich beraten.

Schwerpunktt Themen zu Mitgliedschaft und Beiträgen



Im Jahr 2018 war eines der Hauptprobleme, mit denen sich Ratsuchende an die Beratung wandten, weiterhin der Mindestbeitrag von mehr als 300 Euro pro Monat für hauptberuflich Selbstständige, der für viele Betroffene nach deren Schilderung nicht finanzier- und nachvollziehbar ist. Zum 1. Januar 2019 hat der Gesetzgeber die Grundlage für die Bemessung des Mindestbeitrags geändert: Der Mindestbeitrag hat sich um mehr als die Hälfte auf rund 160 Euro pro Monat reduziert (§ 240 Abs. 4 S. 1 SGB V).¹⁹



¹⁹ Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018

A) Versicherte in der Schuldenfalle: Ratenzahlungen werden häufig abgelehnt

Der hohe Mindestbeitrag sowie Beitragsschulden und das damit verbundene Ruhen von Leistungen stellten auch im Jahr 2018 viele Versicherte vor

Probleme. So fanden 1.191 Beratungen zu den Themen Beitragsschulden und/oder Ratenzahlung statt.

Hintergrund

Gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen automatisch für Mitglieder, die mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen oder nicht zahlen können. Ausgenommen sind sogenannte Akutbehandlungen. Alle darüber hinausgehenden Leistungen können erst dann wieder in Anspruch genommen werden, wenn

- alle rückständigen Beiträge gezahlt sind,
- eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung besteht und die Raten vertragsgemäß gezahlt werden oder
- der Versicherte Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende oder Sozialhilfe hat.

Problematisch ist hierbei, dass für gesetzliche Krankenkassen keine Pflicht besteht, Ratenzahlungsvereinbarungen abzuschließen. Auch eine Anpassung der laufenden monatlichen Beiträge findet im Gegensatz zum sogenannten Notlagentarif bei der privaten Krankenversicherung nicht statt. Seit dem 1. Januar 2019 müssen die gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten, sobald er mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand ist, schriftlich darauf hinweisen, dass er im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen kann (§ 16 Abs. 3b SGB V).²⁰

Beispiel aus der Beratungspraxis

„ Ich habe bei meiner Krankenversicherung eine Ratenzahlung beantragt, da ich offene Beitragszahlungen habe. Ich befinde mich seit längerer Zeit wieder in einem festen Angestelltenverhältnis; mein Versicherungsverhältnis ruht trotzdem. Offen ist ein Betrag von 1.011,12 Euro. Es wäre mir möglich, diesen innerhalb eines Jahres bei einer Rate von 100,00 Euro monatlich abzuführen. Doch das wurde mir verweigert – genauso wie eine neue Krankenkarte mit neuem Namen nach meiner Heirat. Da ich leider dringend einen Arzt aufsuchen muss, was aber über die Notfallbehandlung hinausgeht, weiß ich nicht, was ich tun kann. “

²⁰ Fassung aufgrund des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2387), in Kraft getreten am 01.01.2019

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Beitragsschulden sind für viele Ratsuchende eine große Belastung, aus der sie möglichst schnell herauskommen wollen, auch um wieder alle Leistungen der Krankenversicherung nutzen zu können. Es ist für die Ratsuchenden unverständlich, dass einerseits gesetzlich Versicherte in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei Beitragsschulden – wie der Ratsuchende im Fallbeispiel – nicht alle Leistungen in Anspruch nehmen können, obwohl sie nicht reduzierte Beiträge einzahlen, andererseits jedoch Versicherte in Grundversicherung oder Sozialhilfebezug trotz Beitragsschulden alle Leistungen in Anspruch nehmen können. Ratsuchende zeigen sich in diesem Zusammenhang oft frustriert. Diese Situation stellt zudem eine Ungleichbehandlung im Vergleich zu den im Notlagentarif privat Versicherten dar. Manche Ratsuchende, die Schulden bei ihren Krankenkassen haben, äußern auch den Eindruck, dass ihr Antrag auf Ratenzahlung pauschal abgelehnt wird. Ihnen bleibt dann nur die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Ablehnung der Ratenzahlung einzulegen und nochmals die Gründe für die Ratenzahlung und -höhe anzuführen, denn Versicherte haben Anspruch auf eine

ermessensfehlerfreie Entscheidung. Ratsuchende schildern auch, dass teilweise hohe Mindestraten erwartet werden, die sie – da sie zum Teil auch noch andere Schulden haben – oft nicht aufbringen können. Stimmen sie dennoch einer solchen Ratenzahlungsvereinbarung zu und kommen dann mit der Rückzahlung in Verzug, ruhen die Leistungen erneut.

Vereinzelt berichten Ratsuchende, dass ihnen eine elektronische Gesundheitskarte verweigert wird, während die Leistungen ruhen. Die Krankenkassen begründen dies damit, dass sie die Karte nicht mit einem Hinweis auf ein Ruhen von Leistungsansprüchen versehen können. Der bisherigen Rechtsprechung zufolge dürfen aber Krankenkassen die Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte nicht verweigern, auch wenn Leistungsansprüche ruhen, da es der Krankenkasse als milderer Mittel möglich wäre, die Versichertenkarte mit einem Hinweis auf das Ruhen zu versehen.²¹ Die Berater können die Ratsuchenden darüber aufklären und ihnen erläutern, wie sie nun gegenüber der Krankenkasse vorgehen können.



IM FOKUS:

Schulden bei der privaten Krankenversicherung

Auch bei den privaten Krankenkassen können Leistungen eingeschränkt werden, wenn der Versicherte mehrere Monate die Beiträge nicht zahlt. Der Versicherer stuft den Versicherten gemäß §§ 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in den Notlagentarif um. Dieser beträgt aktuell zwischen

ca. 120,00 und 130,00 Euro (§ 153 VAG). Im Vergleich mit den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist eine eindeutige Ungleichbehandlung zu verzeichnen, da dort die Beiträge nicht reduziert werden, obwohl Leistungen nur sehr eingeschränkt in Anspruch genommen werden können.

B) Wechsel von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung: Versicherte fühlen sich nicht ausreichend informiert

Hintergrund

Die Systeme der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung sind rechtlich voneinander getrennt. Wenn sich der Versicherte für das System der privaten Krankenversicherung entschieden hat, ist es oft schwierig, in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren oder dorthin zu wechseln. Steigende Beiträge der privaten Krankenversicherung im Alter begründen jedoch häufig den Wunsch danach.

Ein Wechsel ist grundsätzlich nur möglich, wenn ein Versicherungspflichttatbestand gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1-12 SGB V eintritt oder die Möglichkeit einer Familienversicherung gemäß § 10 SGB V besteht. Zu den Versicherungspflichttatbeständen zählt beispielsweise die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Ein Wechsel in das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber auch bei Vorliegen einer Versiche-

rungspflicht nicht unbegrenzt möglich. Der Gesetzgeber hat hierfür eine Altersgrenze ins Gesetz aufgenommen, wonach ein Wechsel grundsätzlich nur bis zum 55. Lebensjahr möglich ist. Danach sind zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen, um doch noch wechseln zu können. Auch eine Mitgliedschaft in der häufig günstigeren Krankenversicherung der Rentner ist z. B. durch fehlende Vorversicherungszeiten häufig ausgeschlossen.



Beispiel aus der Beratungspraxis

„ Ich bin 56 Jahre alt, seit 20 Jahren selbstständig und privat versichert. Leider sind die Beiträge der Krankenversicherung inzwischen so hoch, dass diese bereits jetzt eine große finanzielle Belastung für mich darstellen. Da ich nicht weiß, ob ich die Belastung als Rentner noch bewältigen kann, möchte ich gerne in die gesetzliche Krankenkasse zurückkehren.

Die von mir angeschriebenen gesetzlichen Krankenkassen verweigern mir jedoch eine Aufnahme. Trotz meiner Bitten werden mir am Telefon nur sehr dürftige Auskünfte gegeben. Bitte helfen Sie mir! Ist es möglich, in die gesetzliche Krankenkasse zurückzukehren? Was muss ich dafür tun? Bei Abschluss der privaten Krankenversicherung wurde mir nicht gesagt, dass es so schwer oder unmöglich sei, wieder in die GKV zurückzukehren. „

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Das Fallbeispiel steht exemplarisch für viele ähnliche Anfragen, welche die UPD erreichen. Die strikte Trennung zwischen den Systemen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Schwierigkeit, gerade im Alter in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren, sind vielen Ratsuchenden nicht bekannt oder zumindest in ihrer Tragweite nicht bewusst. Die Ratsuchenden beklagen, bei ihrer früheren Entscheidung, in die private Krankenversicherung zu wechseln, nicht ausreichend über die Folgen informiert worden zu sein.

Vielfach fordern Ratsuchende die Berater in diesen Fällen direkt dazu auf, ihnen Umgehungswege, Tipps und Tricks zu nennen, um eventuell doch wieder in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren zu können. Den Beratern bleibt in diesen Fällen nur, auf die Rechtslage sowie die Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif der privaten Krankenversicherung zu verweisen. Nach Auskunft vieler Ratsuchenden besteht dann jedoch häufig das Problem, einen Arzt zu finden, der zum Basistarif behandelt.

FAZIT

Bezüglich der Wechselmöglichkeiten zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung besteht offenbar ein großes Informationsdefizit. Wünschenswert wäre daher eine

bessere Aufklärung der Bürger über Voraussetzungen und Folgen des Wechsels zwischen den Systemen der Krankenkassen.

IM FOKUS:

Diskriminierung bei der Versorgung: Probleme mit dem Basistarif

Wer privat krankenversichert ist, kann gemäß § 152 VAG in den Basistarif der privaten Krankenversicherung wechseln. Viele Versicherte im Basistarif melden uns allerdings Probleme, Ärzte zu finden, die sie behandeln bzw. dem Basistarif konform abrechnen. Nicht selten lehnen Ärzte eine Behandlung ab oder fordern zusätzliche Zahlungen.

Tatsächlich gibt es keine direkte gesetzliche Verpflichtung der Ärzte und Zahnärzte, zu den im Basistarif gültigen Vergütungssätzen zu behandeln. Allerdings haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch für Basistarifversicherte (§ 75 Abs. 3a SGB V). Patienten können



sich also an diese Vereinigungen wenden, um nach Ärzten zu fragen, die auch nach Basistarif behandeln. Hilft dies nicht weiter, bleibt nur der Verweis auf die Aufsichtsbehörde.²² Eine ärztliche Behandlung erhalten die Ratsuchenden dadurch allerdings auch nicht.

²² Aufsichtsbehörden sind die jeweiligen Landesgesundheitsministerien, bei Stadtstaaten die Senatsbehörde.

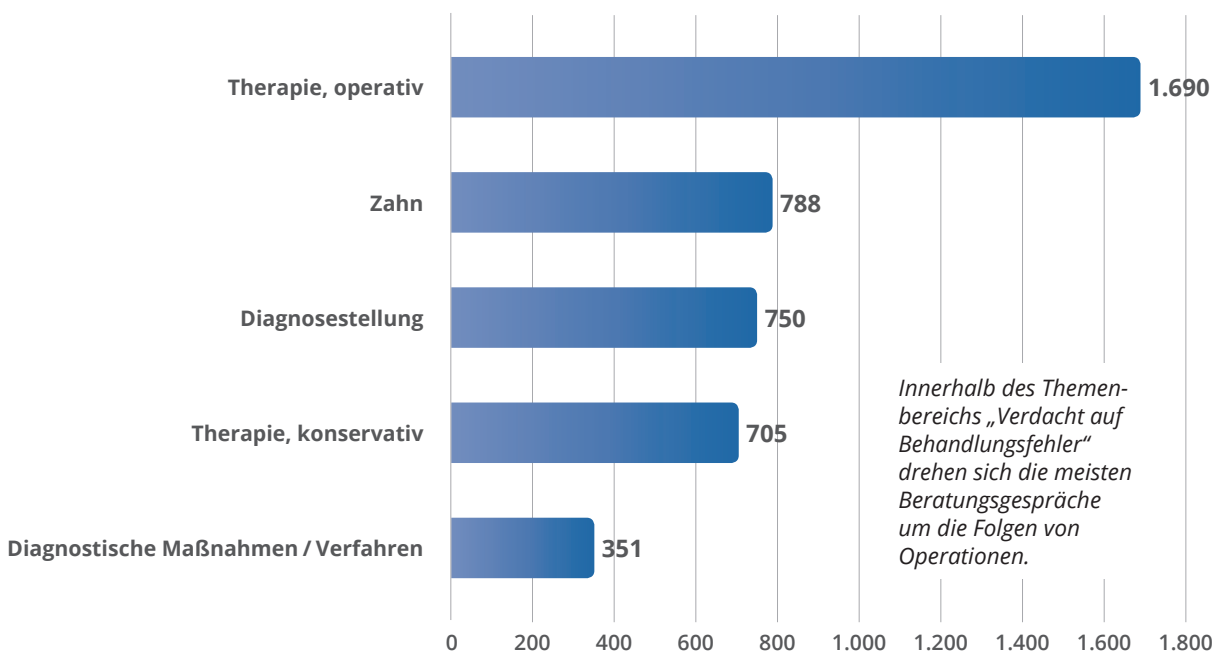
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.6. Verdacht auf Behandlungsfehler

Zum Thema „Verdacht auf Behandlungsfehler“ hat die UPD im Jahr 2018 insgesamt 5.876 Beratungen durchgeführt. Damit haben die Anfragen zu diesem Themenbereich zugenommen. Ein Anstieg ist vor allem bei Fragen rund um die Folgen eines operativen Eingriffs zu verzeichnen, welche

nach wie vor den größten Anteil ausmachen. Insgesamt stellen die Themen Kommunikation, Beweislast und Gutachten für Ratsuchende die größten Probleme bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler dar.

Die fünf Schwerpunktthemen zu Verdacht auf Behandlungsfehler



Schweigen ist auch ein Fehler: Dauerproblem Kommunikation

Nach wie vor stellt beim Thema Behandlungsfehler eine aus Sicht der Ratsuchenden mangelnde Kommunikation zwischen Behandelnden und Patienten als großes Problem dar. Die Ratsuchenden klagen darüber, nicht genügend Informationen zu erhalten. Dies betrifft verschiedene Bereiche, beispielsweise die Aufklärung vor einer Behandlung oder die Information, mit welchen Beschwerden nach einer Operation zu rechnen ist. Nach einem medizinischen Eingriff oder einer Behandlung stellt sich für die Patienten zudem häufig die Frage, an wen sie sich bei einem Verdacht auf

Behandlungsfehler wenden können, ob sie das Recht auf Einsicht in ihre Patientenakte haben oder ob der Arzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Gespräch mit ihnen führen muss.

Wie auch schon in den Jahren zuvor berichten viele Ratsuchende, dass sie allgemein die unterstützende Kommunikation mit Ärzten und Mitarbeitern von Krankenhäusern vermissen. Oft gibt es nur wenig Zeit für Gespräche und Nachfragen. Patienten fühlen sich dann häufig hilflos und

alleine gelassen. Vermuten Patienten tatsächlich, dass sie falsch behandelt wurden, wissen sie oft nicht, wie sie das ansprechen sollen – oder aber die Ärzte verweigern ein Gespräch darüber. Bei stationären Aufenthalten zeigt sich regelmäßig, dass Betroffene nicht wissen, dass ihnen in solchen Fällen in Kliniken ein Beschwerdemanagement und oftmals auch ein Patientenfürsprecher als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Für Ratsuchende ist es zudem schwer zu verstehen, dass Ärzte nicht von sich aus über einen Behandlungsfehler informieren müssen. Erst wenn der Patient entweder nachfragt oder ihm gesundheitliche Gefahren drohen, muss der Arzt (wahrheitsgemäß) Auskunft über einen möglichen Behandlungsfehler geben (§ 630c Abs. 2 S. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)).

Die Berater der UPD raten den Betroffenen regelmäßig, das Gespräch mit dem Arzt zu suchen und gegebenenfalls auch einzufordern. Dabei sollten sie sich am besten vorher ihre Fragen notieren und bei einem bestehenden Verdacht auf einen Behandlungsfehler dies konkret ansprechen. Bei oder nach einem Klinikaufenthalt kann auch das Beschwerdemanagement oder der Patientenfürsprecher behilflich sein, ein Gespräch mit dem Arzt zu vermitteln.



IM FOKUS:

Das Problem mit der Beweislast

Hintergrund

Für Patienten ist das Thema Beweislast beim Verdacht auf Behandlungsfehler besonders problematisch, denn sie müssen nachweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser zu einem Schaden geführt hat. Da für medizini-

sche Laien ein solcher Ursachenzusammenhang schwer zu erkennen ist und der Arzt in der Regel einen Wissensvorsprung hat, fühlen sich die Patienten häufig benachteiligt.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ Ich habe vor einiger Zeit eine Glas-Schnittverletzung an meinem linken Daumen erlitten. Ich habe mich daraufhin ins Krankenhaus begeben, wo die Wunde genäht wurde und ich eine Alu-Schiene zur Ruhigstellung bekommen habe. Einige Zeit später war ich bei meinem Hausarzt zum Fäden ziehen. Ich konnte danach aber meinen Daumen nicht mehr richtig beugen und strecken. Mein Hausarzt hat mich dann an einen Chirurgen überwiesen. Nachdem Bewegungsübungen erfolglos blieben, wurde ich zehn Tage später in eine Klinik überwiesen. Dort wurde festgestellt, dass die lange Strecksehne des Daumens bei meinem Unfall vor drei Wochen durchtrennt wurde. Dies ist in der ersten Klinik nicht erkannt worden. Ich musste mich dann einer Sehnen transplantation unterziehen. Der mich operierende Arzt hat angedeutet, dass die Transplantation hätte vermieden werden können, wenn die Durchtrennung sofort erkannt worden wäre. Dann hätte man die Sehne eventuell direkt nähen können. Ich frage mich nun, ob ich Schmerzensgeld verlangen kann. Ich habe aber gehört, dass ich beweisen muss, dass das Krankenhaus etwas falsch gemacht hat und deswegen diese umfangreiche Operation nötig war. Wie soll ich das denn machen? Können Sie mir helfen? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Beweislastregeln bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler sind für die Ratsuchenden schwer nachzuvollziehen. Sie verstehen nicht, wie sie als medizinische Laien einen Behandlungsfehler oder, was noch schwieriger ist, den Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden beweisen sollen. Die Berater erläutern dann die Rechtslage

und klären darüber auf, dass ein solcher Beweis in der Regel nur durch ein medizinisches Sachverständigengutachten geführt werden kann. Sie erläutern, wie und wo die Ratsuchenden ein kostenloses Gutachten bekommen können, nennen Kontaktdaten und geben weitere Hintergrundinformationen.

IM FOKUS:

Misstrauen gegenüber MDK und Schlichtungsstellen

Hintergrund

Für die kostenlose Begutachtung eines Behandlungsfehlers stehen Patienten grundsätzlich zwei Wege zur Verfügung. Zum einen erhalten sie ein solches Gutachten in der Regel vom MDK, sofern

sie gesetzlich krankenversichert sind, zum anderen bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die bei den (Landes-)Ärztekammern angesiedelt sind.

Beispiel aus der Beratungspraxis

Eine Ratsuchende wendet sich an die UPD mit der Frage, wo sie ein Gutachten erhalten könne, da sie einen Behandlungsfehler vermutet. An eine Schlichtungsstelle möchte sie sich nicht wenden, da sie diese aufgrund ihrer Angliederung an die Ärztekammer für nicht neutral hält. Zudem, so die Ratsuchende, würden diese überhaupt nur tätig werden, wenn das Ergebnis voraussichtlich in ihrem Sinne ausfallen würde. Mit dem MDK hat die Ratsuchende bisher ebenfalls schlechte Erfahrungen gesammelt, als dieser sie schon einmal während einer langwierigen Erkrankung von einem Tag auf den anderen gesundschrieb. Die Ratsuchende vermutet, dass der MDK vor allem die Interessen der Krankenkassen vertritt – und außerdem wisse man ja, „dass eine Krähe der anderen kein Auge aushackt.“ Sie möchte nun wissen, ob es eine Stelle gibt, die wirklich neutral sei und eine kostenfreie medizinische Bewertung abgeben würde.


Problem im Spiegel der Patientenberatung

Wenn Ratsuchende nicht wissen, an wen sie sich zwecks Erstellung eines medizinischen Gutachtens bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler wenden können, klären die UPD-Berater sie über die beiden möglichen Wege – über die Krankenkasse bzw. den MDK oder die Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle – auf. Allerdings begegnen Ratsuchende beiden Wegen häufig mit einem tiefen Misstrauen. Zum einen zweifeln sie die Unabhängigkeit der Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen an. Zum anderen berichten sie von einer teilweise mangelnden Qualität der Gutachten des MDK. Ihren Schilderungen zufolge werden

beispielsweise eingereichte Unterlagen in der Begutachtung zum Teil nicht berücksichtigt. Bei vielen Betroffenen führt dies zu einem Gefühl der Hilflosigkeit, da sie vollkommen auf das Ergebnis der medizinischen Begutachtung angewiesen sind.

In diesen Situationen versuchen die Berater, den Ratsuchenden die Ängste zu nehmen, indem sie darauf hinweisen, dass die medizinischen und juristischen Sachverständigen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei ihrer Tätigkeit unabhängig und an Weisungen nicht gebunden sind. Dies ist in den Statuten der Einrichtungen geregelt.²³ Für die ärztlichen Mitglieder gilt zudem die

²³ Bsp.: Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen: „Zur Klärung solcher Streitfragen hat die Landesärztekammer eine von ihren Weisungen unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle eingerichtet.“



ärztliche Berufsordnung, die sie verpflichtet, bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. In Bezug auf die Begutachtung durch den MDK erläutern die Berater den Ratsuchenden, dass die Krankenkassen nach § 66 SGB V dazu verpflichtet sind, sie bei der Aufklärung von Behandlungsfehlervorwürfen und der Durchsetzung eventuell daraus entstehender Schadensersatzansprüche zu unterstützen. Als Unterstützungsleistungen kommen solche in Betracht, die den Versicherten die Beweisführung ermöglicht oder erleichtert, wie z. B. Auskünfte über die vom Arzt gestellte Diagnose oder

die Namen der Behandelnden. Außerdem kann die Krankenkasse medizinische Gutachten durch den MDK erstellen lassen. Dies tut sie im Regelfall auch.

Nach Prüfung der Informationen auf den Internetseiten der zehn größten Krankenkassen durch die UPD ist festzustellen, dass alle die gesetzlich geregelten Unterstützungsleistungen anbieten. Den Beratungsgesprächen zufolge werden Patienten, die sich direkt an ihre Kasse wenden, dennoch teilweise abgewiesen und auf den Weg über die Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen verwiesen.

INFO

MDK und Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen: Was ist der Unterschied?

MDK

Nach § 66 SGB V sollen die gesetzlichen Krankenkassen Versicherte bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler unterstützen. Dazu können sie für den Versicherten eine kostenlose medizinische Begutachtung durch den MDK veranlassen. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden; die Zustimmung des betroffenen Arztes ist nicht erforderlich. Die Begutachtung erfolgt durch einen MDK-eigenen oder einen extern beauftragten Facharzt.

Die Gutachter gehen der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard abgelaufen ist. Kommen die Gutachter zu dem Schluss, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, prüfen sie, ob der entstandene Schaden auch tatsächlich durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann sind Schadensersatzforderungen aussichtsreich. Die Erstellung eines MDK-Gutachtens kann mehrere Monate dauern.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten können sich an die Schlichtungsstellen bzw. Gutachterkommissionen der (Landes-) Ärztekammern zur Klärung eines vermuteten Behandlungsfehlers wenden. Ein bundeseinheitliches Verfahren gibt es hier jedoch nicht. Ein wichtiger Unterschied zur Begutachtung durch den MDK besteht darin, dass der betroffene Arzt und in der Regel auch der Haftpflichtversicherer mit dem Verfahren einverstanden sein müssen. Auch bei diesem Weg wird für den Patienten ein unabhängiges Sachverständigengutachten erstellt. Im Anschluss

beurteilen Ärzte aus den betreffenden Fachgebieten und Juristen anhand der Behandlungsdokumentation und des ärztlichen Gutachtens, ob ein Haftungsanspruch dem Grunde nach gerechtfertigt erscheint. Sowohl die Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen als auch die von ihnen erstellten Sachverständigengutachten sind für Patienten in der Regel kostenlos. Einzig die Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg erlegen die Kosten für ein Gutachten dem Antragsteller auf. Ein Verfahren dauert in der Regel 12 bis 15 Monate.

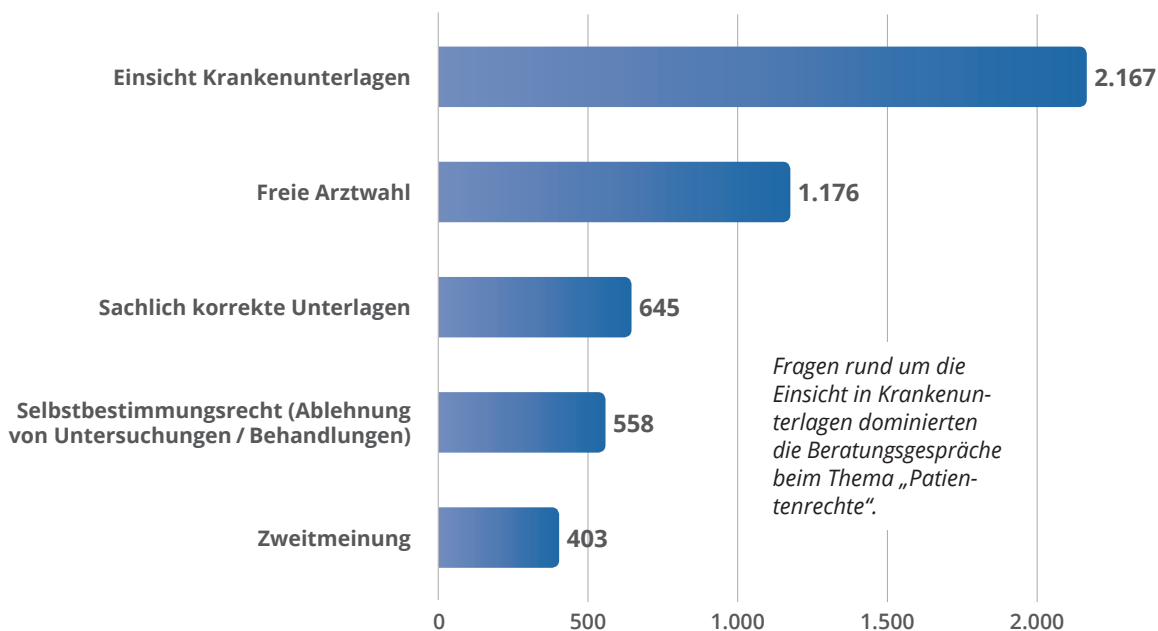
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.7. Patientenrechte

Insgesamt 6.511 Anfragen zum Themenkreis Patientenrechte erreichten die UPD im Berichtsjahr 2018. Am häufigsten äußerten Ratsuchende Probleme, wenn sie Einsicht in ihre Patientenakte

nehmen oder Eintragungen in derselben ändern wollten. Auch die neuen Datenschutzregeln erwiesen sich häufig als problematisch und wurden in den Beratungsgesprächen thematisiert.

Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu Patientenrechten



Patientenakte: Einsichtnahme und Korrekturwunsch

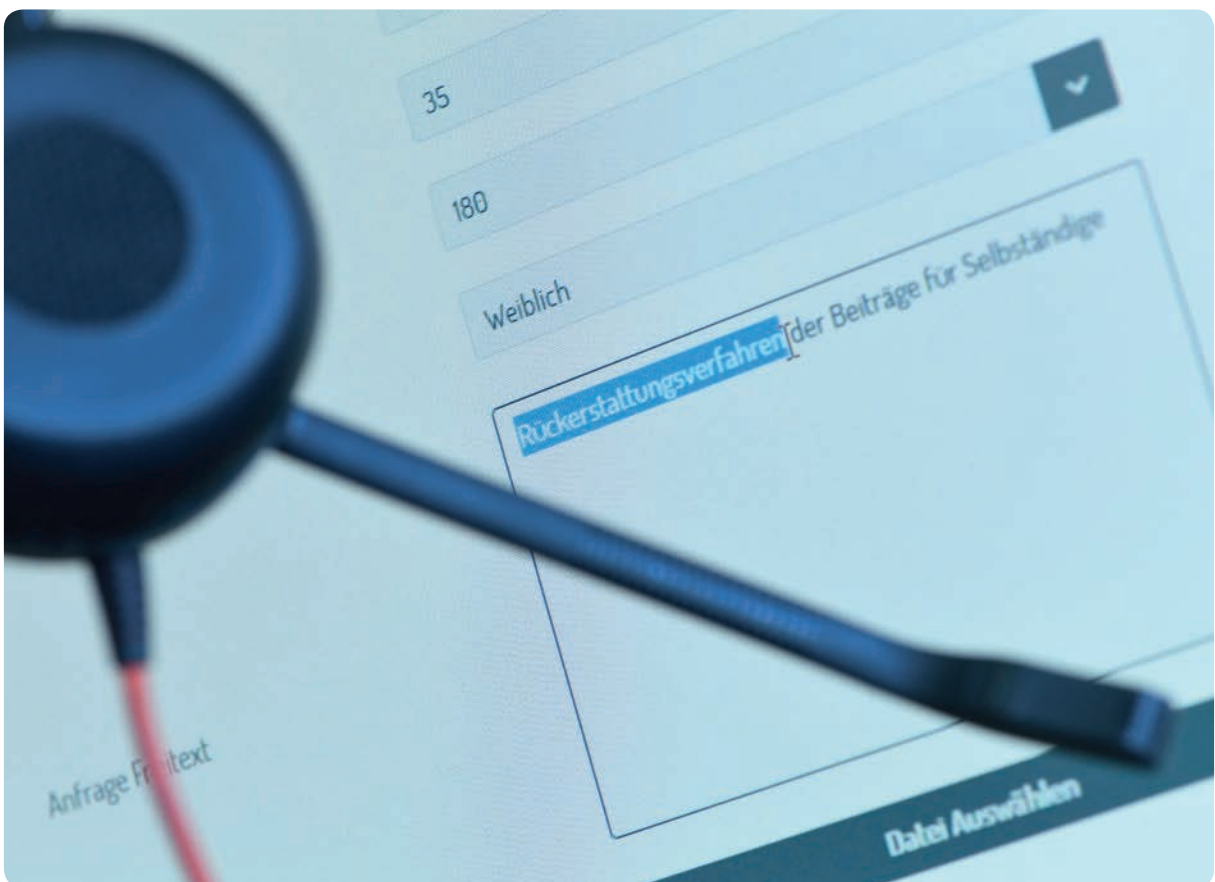
Nach wie vor spielt das Thema „Einsichtnahme in die Patientenakte“ eine große Rolle im Beratungsgeschehen der UPD. 2.167 Mal wurden die Berater dazu befragt. Wie auch im Jahr zuvor berichteten viele Ratsuchende, dass sich ihr Arzt weigerte oder sehr lange Zeit ließ, Akteneinsicht zu gewähren oder Kopien auszuhändigen, obwohl Patienten einen Rechtsanspruch darauf haben.

Dabei muss die Einsichtnahme „unverzüglich“, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern, gewährt werden. Kopien sollten innerhalb von zwei bis vier Wochen ausgehändigt werden.

In den Gesprächen erläutern die Berater den Ratsuchenden, dass das Wort „unverzüglich“ im Gesetzestext nicht zwingend „sofort“ bedeutet, ein Verzögern um mehrere Wochen im Normalfall jedoch nicht hingenommen werden muss. Der Ratsuchende kann dem Behandelnden eine Frist setzen und, sollte diese nicht eingehalten werden, sein Recht auch gerichtlich durchsetzen. Bei Krankenhausbehandlungen kann sich der Ratsuchende an das Beschwerdemanagement oder, falls vorhanden, an den Patientenförsprecher des Krankenhauses wenden.

Mit Inkrafttreten der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)²⁴ am 25. Mai 2018 ergeben sich auch neue Fragen hinsichtlich der Kostentragungspflicht für Kopien der Patientenakte. Eine große Rolle in den Beratungsgesprächen spielt zudem nach wie vor das Thema „sachlich korrekte Unterlagen“. 645 Beratungen führte die UPD im Jahr 2018 dazu durch. Ratsuchende berichten, dass ihr Arzt Diagnosen gestellt bzw. Leistungen abgerechnet hat, die nie Gegenstand des ärztlichen Gesprächs oder der Behandlung waren. Dies kann unter anderem bei einer Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt problematisch werden. Außerdem können falsche Diagnosen den Abschluss von Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherungen erschweren oder verhindern. Ratsuchende erklären oft, sich in solchen Fällen hilflos zu fühlen, denn die Streichung bzw. Löschung einer ärztlichen Diagnose aus der Patientenakte ist in der Regel nicht möglich.

Die Berater der UPD empfehlen in diesen Fällen, zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen und sich erklären zu lassen, warum diese Diagnose gestellt wurde. Der Ratsuchende kann dann fordern, dass die Patientenakte hinsichtlich dieser Diagnose geändert wird; die Änderung muss aber immer die ursprüngliche Diagnose erkennen lassen. Gegebenenfalls kann der Betroffene auch ärztliche Stellungnahmen vorlegen, wenn er bei einem anderen Arzt in Behandlung war und dieser die Diagnose für nicht gerechtfertigt hält. Sind durch den Arzt Behandlungen abgerechnet worden, die nachweislich nicht stattgefunden haben, können Bürger sich auch an die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitssystem beim GKV-Spitzenverband in Berlin wenden. Dort wird dann dem Verdacht auf möglichen Abrechnungsbetrug nachgegangen.



²⁴ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (Amtsblatt L 119 vom 04.05.2016, S.1, ber. Amtsblatt L 314 vom 22.11.2016, Amtsblatt L 127 vom 23.05.2018) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

IM FOKUS:

DSGVO und Patientenrechte

Die DSGVO hat das Ziel, die Datenschutzregeln in Europa zu vereinheitlichen und die Bürger bei der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu schützen. Sie genießt Anwendungsvor-

rang, das heißt, sollten nationale Vorschriften den Regelungen der DSGVO widersprechen, sind diese Vorschriften grundsätzlich unanwendbar.

A) Kostenregelung für Kopien der Patientenakte unklar

Hintergrund

Ob ein Patient Kosten für Kopien der Patientenakte zu bezahlen hat, ist derzeit durch § 630g Abs. 2 S. 2 BGB geregelt. Danach hat er die Kopien zu bezahlen. Als angemessen werden regelmäßig pro Kopie 50 Cent für die ersten 50 Seiten und 15 Cent für jede weitere Seite erachtet.

Seit Einführung der DSGVO besteht ein erweitertes Auskunftsrecht des Patienten bezüglich seiner personenbezogenen Daten. Dies erstreckt sich auch auf Daten in der Patientenakte. Hinsichtlich

der Kosten für die Kopien der Patientenakte sieht Art. 15 Abs. 3 DSGVO eine vom BGB abweichende Regelung vor. Demnach ist die erste Kopie dem Patienten kostenfrei zur Verfügung zu stellen; erst bei der Anforderung mehrerer Exemplare hat der Patient die Kosten ab dem zweiten Exemplar zu tragen. Ob die Kostenregelung in § 630g Abs. 2 S. 2 BGB neben der Regelung des Art. 15 Abs. 3 DSGVO weiterhin aufrechterhalten werden kann, ist derzeit unklar.

Beispiel aus der Beratungspraxis

“ *Ich bin Migränepatientin und war über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren Patientin bei einem Neurologen, habe die Behandlung aber im vergangenen Herbst abgebrochen. Mein Hausarzt hat von mir eine schriftliche Einverständniserklärung erhalten, meine Unterlagen einzufordern, doch leider reagiert mein Neurologe nicht – auch nach mehrmaligem Nachfragen. Auf eigene Nachfrage wurde mir mitgeteilt, dass ich persönlich in der Praxis zu erscheinen und 50 Euro für die Kopien der Akte zu hinterlegen habe. Nachdem, was ich gelesen habe, darf mir der Neurologe bis zu 50 Cent pro Kopie in Rechnung stellen. Woanders habe ich aber gehört, dass ein Arzt mir die Kopien meiner Akte kostenfrei zur Verfügung stellen muss. Was stimmt denn nun?* **“**

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Viele Ratsuchende sind verunsichert, ob die Kosten für die Kopien der Patientenakte nun von ihnen getragen werden müssen oder nicht. Leider können die Berater aufgrund der sich widersprechenden Regelungen zu dieser Frage derzeit keine rechtssichere Auskunft erteilen. Jedenfalls kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Kopien kostenfrei zur Verfügung gestellt werden müssen und die Regelung des § 630g BGB nicht mehr anwendbar ist. Der Grund: Der DSGVO widersprechende nationale Regelungen können im Ausnahmefall weiter anwendbar bleiben, wenn

sie beispielsweise dem Schutz bestimmter Rechtsgüter dienen. Ob dies bei § 630g BGB der Fall ist, muss noch geklärt werden. Bis dahin weisen die Berater der UPD die Ratsuchenden auf die unklare Rechtslage hin, erläutern die Problematik und teilen mit, dass die weitere Rechtsentwicklung abgewartet werden muss.

FAZIT

Solange der Gesetzgeber die Kostentragungspflicht nicht rechtsverbindlich klärt und gegebenenfalls § 630g BGB an die europä-

rechtlichen Vorgaben anpasst, dürften weiterhin Unklarheiten bestehen.

B) Mediziner als Juristen: „Datenschutzerklärungen“ in der Arztpraxis

Viele Ratsuchende berichten, dass sich Ärzte seit der Einführung der DSGVO umfassende „Datenschutzerklärungen“ unterzeichnen lassen, die z. B. die Überschrift „Einverständniserklärung zur Erhe-

bung / Übermittlung Ihrer Daten“ tragen. Patienten sind häufig verunsichert, was mit ihren Daten geschieht und welche Folgen es hat, wenn sie diese Erklärung nicht unterschreiben.

Hintergrund

Bei der Bewertung der Problematik ist zwischen der Erhebung der Daten und ihrer Übermittlung an Dritte zu unterscheiden: Die Erhebung von Gesundheitsdaten in der Arztpraxis ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen erlaubt, zum Beispiel, wenn diese aufgrund eines Behandlungsvertrages zwischen Patient und Arzt erforderlich sind (vgl. Art. 9 Abs. 2h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1b Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Das bedeutet, dass es der zusätzlichen Einholung einer Einwilligung nicht bedarf.

Für die Übermittlung der Daten an Dritte muss hingegen die Einwilligung des Patienten eingeholt werden, sofern es hier keine gesetzliche Erlaubnis gibt. Die Einwilligung ist jedoch nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des Patienten beruht. Zudem muss der Patient wissen, an wen konkret und aus welchem Grund die Daten übermittelt werden sollen. Pauschaleinwilligungen, deren Reichweite der Patient nicht einschätzen kann, sind unzulässig.

Beispiel aus der Beratungspraxis

In den Einwilligungserklärungen beim Arzt sollen sich Patienten zum einen mit der Erhebung ihrer Daten einverstanden erklären. Zum anderen sollen Erklärungen zur Datenübermittlung unterschrieben

werden, ohne dass aus dieser Erklärung der Zweck oder der Adressat der Weiterleitung hervorgeht. Beispielhaft sind Passagen wie:

„ ... erkläre ich mich damit einverstanden, dass Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer sowie sonstige Dritte übermittelt werden dürfen.

... willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde und Behandlungsdaten mit mitbehandelnden Ärzten, sonstigen medizinischen Einrichtungen (z. B. Pflegediensten, Apotheken) und Behörden (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Versicherungen, Steuerbehörden) austauschen dürfen. “

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Für Patienten ist häufig nicht erkennbar, an wen konkret und aus welchem Grund ihre Daten weitergeleitet werden sollen. Ärzte begründen hingegen ihr Vorgehen damit, dass sie aufgrund der

DSGVO verpflichtet seien, solche Erklärungen unterschreiben zu lassen. Wenn Patienten dies ablehnen, verweigern Ärzte nicht selten eine weitere Behandlung.

Die Berater klären die Ratsuchenden zunächst darüber auf, dass ihre Einwilligung für die Erhebung ihrer Gesundheitsdaten nicht erforderlich ist. Mit Abschluss des Behandlungsvertrages ist der Arzt befugt, die Gesundheitsdaten des Patienten zu erheben. Dies ist gesetzlich so geregelt.

Soweit es um die Übermittlung von Patientendaten an Dritte geht, stellen die Berater klar, dass hierfür in der Regel die Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Allerdings kann diese Einwilligung nur wirksam erteilt werden, wenn der Patient auch

weiß, worin er einwilligt. Dem Patienten muss also sowohl der Empfänger seiner Daten und auch der Grund bekannt sein, warum seine Daten weitergeleitet werden sollen. Eine pauschale Erklärung muss und sollte der Patient nicht unterschreiben. In keinem Fall darf eine Behandlung durch einen Vertragsarzt abgelehnt werden, weil der Patient die geforderte pauschale Erklärung nicht unterschreibt. Dies wäre kein begründeter Fall für eine Ablehnung der Behandlung und somit eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten.

FAZIT

Die Beratungspraxis lässt den Rückschluss zu, dass eine bessere Aufklärung der Ärzte in zwei Punkten sinnvoll wäre: erstens, dass eine Einwilligung zur Erhebung von Patientendaten nicht notwendig ist, und zweitens, dass eine Einwilligungserklärung des Patienten für die Übermittlung seiner Daten hinrei-

chend konkret bestimmt sein muss. Auch sollten Ärzte wissen, dass eine Ablehnung der Behandlung aufgrund einer nicht erteilten (Pauschal-) Einwilligung den vertragsärztlichen Pflichten widerspricht und gegebenenfalls disziplinarrechtlich geahndet werden kann.



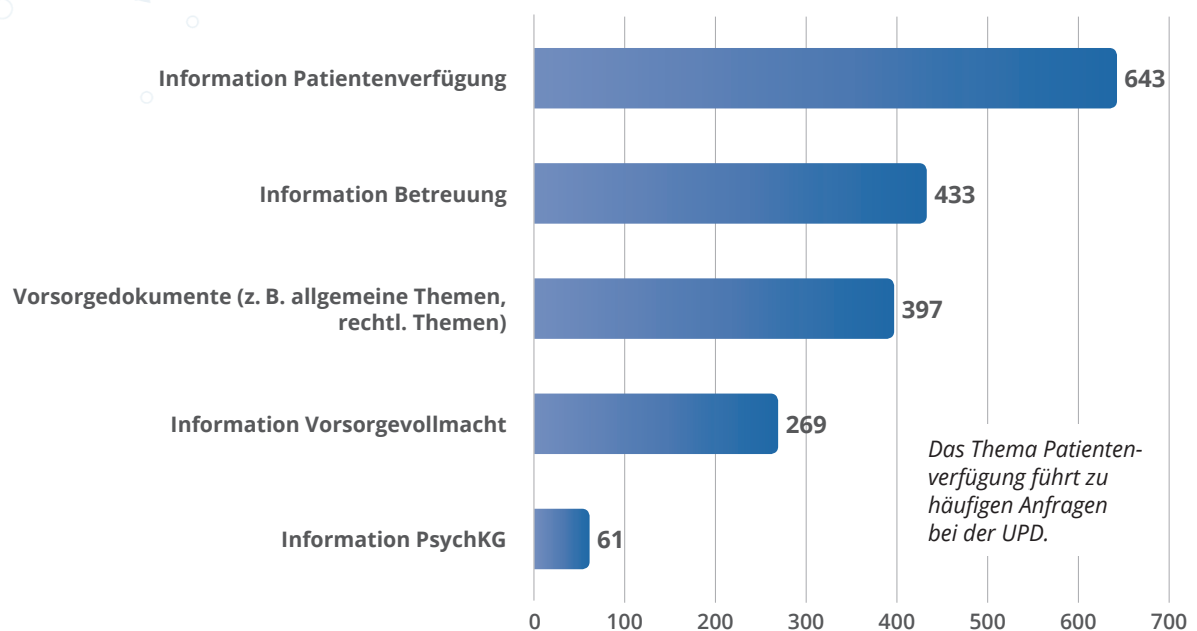
4.1. Rechtliche Beratung

4.1.8. Vorsorgedokumente

Zum Thema Vorsorgedokumente besteht weiterhin ein hoher Informationsbedarf. Insgesamt 1.828 Mal hat die UPD im Jahr 2018 zu unterschiedlichen Vorsorgedokumenten beraten, am häufigsten zu

Patientenverfügungen. Oft geht es dabei um die Gültigkeit der Dokumente. Ratsuchende mit psychischen Erkrankungen stoßen oftmals auf besondere Schwierigkeiten.

Die häufigsten Themen in der Beratung zu Vorsorgedokumenten



Rechtlicher Hintergrund

In einer Patientenverfügung wird schriftlich und im Voraus für den Fall einer zukünftigen Entscheidungsunfähigkeit festgelegt, ob und wie in bestimmten Lebens- und Gesundheitssituationen ärztlich behandelt oder nicht behandelt werden soll. Adressat der Patientenverfügung ist grundsätzlich der behandelnde Arzt sowie ein zur Durchsetzung der Verfügung benannter Bevollmächtigter oder die gerichtlich für den Bereich der Gesundheitspflege bestellte Betreuungsperson. Patientenverfügungen können dabei auch Bestimmungen zur Behandlung mit bestimmten Psychopharmaka oder Behandlungsanweisungen für den Fall einer möglichen psychiatrischen Zwangsbehandlung beinhalten. Eine solche Patientenverfügung wird auch psychosoziale Patientenverfügung genannt.

Im Gesetz finden sich Regelungen zur Patientenverfügung unter anderem in § 1901a BGB. Die Bestimmungen zur Wirksamkeit einer Einwilligung – auch in zukünftige Geschehnisse wie bei einer Patientenverfügung – finden sich im Allgemeinen Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches und werden durch die Rechtsprechung ausgeformt. Wenn Patientenverfügungen den Anforderungen des §1901a BGB entsprechen, sind sie grundsätzlich wirksam und auch in einer Unterbringungssituation von den Ärzten zu beachten. Dazu müssen sie inhaltlich präzise und konkret bestimmen, welche psychiatrischen Behandlungen bei ausdrücklich benannten psychischen Erkrankungen gewünscht sind bzw. unterlassen werden sollen.

Voraussetzung ist, dass der volljährige Verfügende bei Abfassung der Patientenverfügung einwilligungsfähig ist, um sein Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich zukünftiger Behandlungswünsche in einer Patientenverfügung im Bereich Psychiatrie auszuüben.

Liegt eine wirksame Patientenverfügung im Bereich Behandlungswünsche bei psychischen Erkrankungen vor, sind Zwangsbehandlungen in der

Psychiatrie grundsätzlich auch im Rahmen einer rechtlichen Betreuung unzulässig. Zu beachten ist jedoch, dass einige Unterbringungsgesetze der Bundesländer gestatten, trotz grundsätzlich zu beachtender Patientenverfügung in Ausnahmefällen eine Zwangsbehandlung durchzuführen, wenn der Patient sich in einer gegenwärtigen erheblichen Fremdgefährdungssituation befindet (z. B. § 20 Abs. 6 PsychKHG BaWü²⁵).

Beispiele aus der Beratungspraxis

“ Gilt eine Patientenverfügung auch für psychische Erkrankungen und deren Behandlung während einer Unterbringung in der Psychiatrie? Ich bin psychisch erkrankt und lehne bestimmte psychiatrische Behandlungen grundsätzlich ab. Kann ich dies in einer Patientenverfügung wirksam festlegen und damit eine Zwangsbehandlung in der Psychiatrie verhindern, auch wenn ich unter rechtlicher Betreuung stehe? ”

“ Im Rahmen meiner psychischen Erkrankung kommt es zeitweise zu akuten Krisen, in denen ich in der Vergangenheit regelmäßig mit Medikamenten behandelt wurde, die ich jedoch ablehne. Kann ich in einer Patientenverfügung festlegen, wie ich in diesen Situationen behandelt werden will bzw. welche Behandlungen zu unterlassen sind, wenn ich in der Psychiatrie untergebracht bin? ”

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Mit einer psychosozialen Patientenverfügung können sich psychisch kranke Menschen vor der ungewollten Behandlung mit Psychopharmaka oder anderen Zwangsmaßnahmen schützen. In der Beratungspraxis zeigt sich jedoch, dass derartige Patientenverfügungen von den Betreuungsgerichten nicht selten zurückgewiesen werden.

Die Begründungen der Gerichte fallen nach Berichten der Ratsuchenden unterschiedlich aus. Meistens heißt es, der Verfasser der Patientenverfügung sei zum Zeitpunkt der Abfassung aufgrund fortgeschrittener psychischer Krankheit bereits in einem selbstbestimmungsunfähigen Zustand gewesen. Auch wird von den Betreuungsgerichten dahingehend argumentiert, dass der Zeitpunkt, an dem die Verfügung verfasst wurde, zu weit zurückliege oder dass die Bestimmungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zuträfen. Im Ernstfall wird die

Patientenverfügung aufgrund der aufgezeigten entsprechenden Bewertungen schlichtweg übergangen. An die UPD wenden sich viele Ratsuchende, die diese Probleme erlebt haben oder gerade erleben, aber auch solche, die sich vorausschauend erkundigen wollen, wie sie die oben genannten Schwierigkeiten vermeiden und eine wirksame psychosoziale Patientenverfügung verfassen.

Die Berater empfehlen den Ratsuchenden in diesen Fällen, die Durchsetzung des eigenen Willens bestmöglich zu sichern, indem sie die psychosoziale Patientenverfügung sorgfältig aufsetzen und regelmäßig aktualisieren. Denn wenn der eigene Wille entsprechend den Vorgaben des § 1901a BGB nicht eindeutig erklärt und begründet ist, muss auf den mutmaßlichen Willen der Patienten abgestellt werden. Dieser ist oft Ergebnis der Auslegung durch andere (fremde) Personen. Nur durch eine eindeutige Willenserklärung, die auch

²⁵ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Baden-Württemberg (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG BaWü) vom 25. November 2014

die Bevollmächtigung einer Vertrauensperson umfassen kann, wird verhindert, dass Gerichte eine Betreuungsperson einsetzen, die die Rechtsgeschäfte des Betroffenen übernimmt.

Grundsätzlich empfehlen die UPD-Berater Ratsuchenden mit Erkrankungen im psychischen Bereich, sich von einem Arzt oder Psychiater die

Einwilligungsfähigkeit attestieren zu lassen. Zudem weisen sie darauf hin, dass jedes Bundesland über ein eigenes Unterbringungsgesetz verfügt, welches unter Umständen Ausnahmen hinsichtlich einer Zwangsbehandlung bei Vorliegen einer Patientenverfügung vorsieht. Im Rahmen der Beratung werden die jeweiligen Regelungen im einschlägigen Landesgesetz erläutert.

FAZIT

Sowohl bei den Ratsuchenden als auch bei den Leistungserbringern besteht offensichtlich ein erhöhter Aufklärungsbedarf zur Wirksamkeit von psychosozialen Patienten-

verfügungen. Unseren Beratungsgesprächen zufolge sind auch Ärzte hinsichtlich ihrer Pflichten bei der Anwendung entsprechender Patientenverfügungen häufig unsicher.



4.2. Fachübergreifende Beratung

4.2.1. Zugang zum Gesundheitssystem

Die Suche nach dem passenden Arzt oder dem richtigen Krankenhaus stellt viele Bürger vor Probleme. Insgesamt 4.014 Mal hat die UPD im Berichtsjahr 2018 zum Thema „Leistungserbringerwsuche“ beraten. Dabei spielte für die Ratsuchenden die Frage nach der medizinischen

Qualität der Behandlung eine große Rolle, ebenso wie die Problematik, überhaupt einen Termin zu erhalten. Letzteres gilt insbesondere für die Facharztsuche sowie für den Zugang zur ambulanten Psychotherapie.

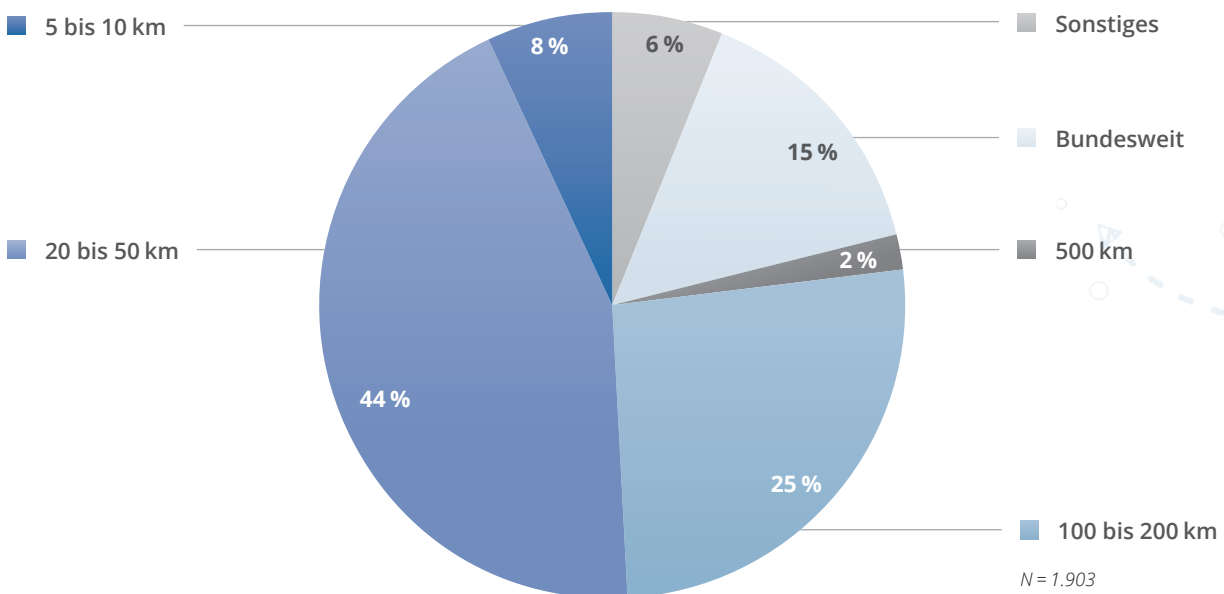
Hintergrund

Schwierigkeiten bei der Terminfindung sind nur ein Teilaspekt der vielfältigen Probleme auf dem Weg, die geeignete medizinische Versorgung zu erhalten – allerdings ein großer. Verkürzt werden sollen die Wartezeiten auf Facharzttermine mithilfe der Terminservicestellen, die in Folge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Anfang 2016 eingerichtet wurden. Sie sollen dazu beitragen, den Patienten den Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zu erleichtern. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz soll weitere Verbesserungen bringen. Beispielsweise werden die Terminservicestellen spätestens ab dem 1. Januar 2020 über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 an 24 Stunden täglich und an sieben Tagen der Woche erreichbar sein.

Für die qualitätsorientierte Suche von geeigneten Krankenhäusern steht Ratsuchenden im Internet die Weisse Liste zur Verfügung.²⁶ Im vertragsärztlichen Bereich fehlt, wie wir bereits in den vorangegangenen Jahren berichtet haben, eine entsprechende umfassende Such- und Recherchemöglichkeit einschließlich qualitativer Kriterien.

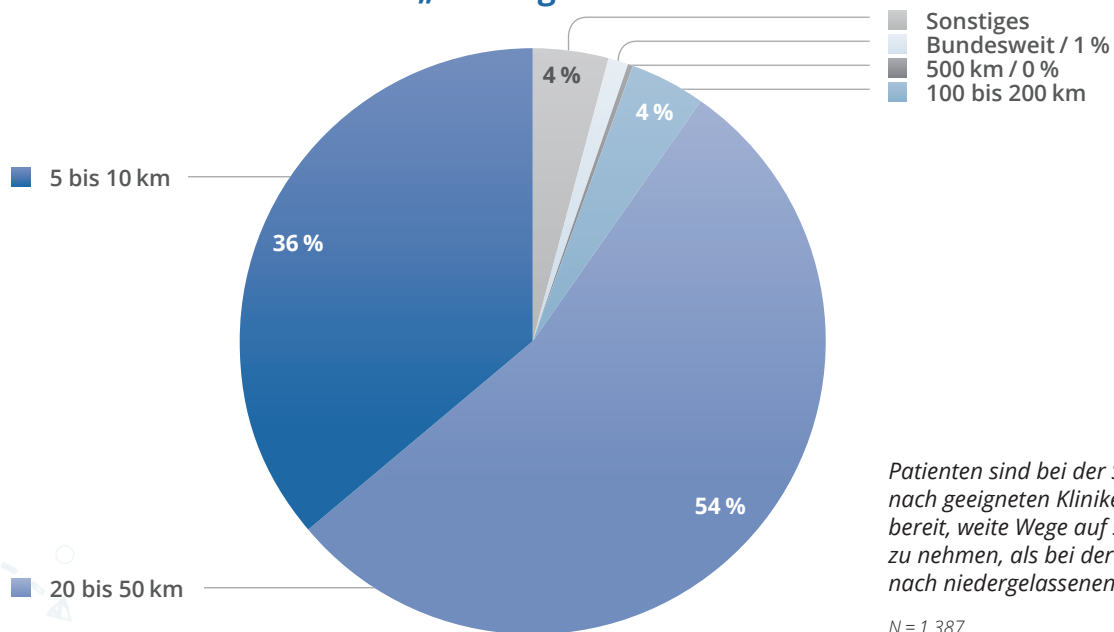
Für Ratsuchende ist bei der Suche nach geeigneten Ärzten, Kliniken oder anderen Leistungserbringern neben der zu erwartenden Versorgungsqualität auch die räumliche Entfernung zum Versorgungsangebot wichtig.

Gewünschter Suchradius „Klinik“



²⁶ www.weisse-liste.de

Gewünschter Suchradius „niedergelassener Arzt“



Problem im Spiegel der Patientenberatung

Viele Ratsuchende berichten von Problemen, einen zeitnahen Termin bei einem Facharzt zu finden. Dies gilt in besonderem Maße für Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt oder sogar bettlägerig sind. Ratsuchende erhoffen sich dann von der UPD, Unterstützung bei der Terminfindung zu bekommen. Diesem Wunsch können wir gemäß unserem Beratungsauftrag nicht entsprechen. Die Berater verweisen in diesen Fällen an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im letzten Jahr ist zu Terminservicestellen 1.318 Mal beraten worden.

Nicht nur die Terminfindung, auch das generelle Auffinden von geeigneten Ärzten, Therapeuten oder Kliniken stellt Ratsuchende vor Probleme. Dabei fällt es ihnen oft schwer, für ihr individuelles gesundheitliches Problem die richtige Anlaufstelle im komplexen Gesundheitssystem zu finden. Wie schon im Vorjahr berichtet wurde,

gelingt es Ratsuchenden oft nicht, Informationen zur Qualität beispielsweise von Kliniken zu finden – obwohl diese in strukturiert aufgearbeiteter Form vorliegen. Zudem erweist es sich regelmäßig als Problem, dass Recherchemöglichkeiten in vergleichbarer Form im vertragsärztlichen Bereich nicht vorhanden sind.

Bei Anfragen zur Suche nach Ärzten oder Kliniken zeigt sich, dass viele Menschen bereit sind, auch weite Wege auf sich zu nehmen, um die für sie beste Behandlung zu erhalten. Sowohl bei der Kliniksuche als auch bei der Arztsuche sind die meisten Ratsuchenden bereit, 20 bis 50 Kilometer zu fahren. Bei der Kliniksuche ist jedoch die Bereitschaft, noch weitere Wege in Kauf zu nehmen, sehr viel größer als bei der Arztsuche: 100 bis 200 Kilometer oder sogar an jeden Ort in Deutschland würden viele der Befragten fahren, um in einer geeigneten Klinik behandelt zu werden.

FAZIT

Für die Entscheidungsfindung bei der Suche nach geeigneten Ärzten, Therapeuten oder Krankenhäusern benötigen die Bürger qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale

Informationen zu allen medizinischen Leistungserbringern. Diese sind aktuell jedoch nur eingeschränkt und nicht für alle Versorgungsbereiche verfügbar.

4.2. Fachübergreifende Beratung

4.2.2. Zahnheilkunde

4.690 Beratungsgespräche zum Thema Zahnheilkunde fanden im Jahr 2018 bei der UPD statt. Geldforderungen im Zusammenhang mit Zahn-

ersatz, Zahnprothetik, Zahnsperre und Zahnwurzelentzündung spielten dabei wie auch in den Jahren zuvor eine große Rolle.



Die zehn Schwerpunktthemen der rechtlichen und medizinischen Beratung zu Fragestellungen der zahnmedizinischen Versorgung



Die bereits im Berichtsjahr 2017 dargestellten Schwerpunkte bei der Zahnheilkunde, wie Härtefallregelung und Heil- und Kostenplan, bestehen weiterhin fort (vgl. Monitor Patientenberatung 2017, Kap. 3.2.4, S. 82 ff.). Folgende weitere

Problemfelder waren bei der zahnmedizinischen Beratung im Jahr 2018 häufiges Thema und nach der Einschätzung unserer Berater von herausgehobener Bedeutung für die Patienten:

A) Regelversorgung: Ratsuchende fühlen sich nicht ausreichend informiert

Die Intransparenz der und die Belastung mit den Kosten von Zahnersatz stellt für die Ratsuchenden ein großes Problem dar. Anders als in anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung tragen die Krankenkassen hier nur 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung – bei erkennbarer regelmäßiger Zahnpflege und Nachweis der jährlichen Zahnvorsorge kann dies auf bis zu 65 Prozent erhöht werden (§ 55 Absatz 1 SGB V). Die Differenz hat der Versicherte zu tragen.²⁷ Ist weiter eine individuelle, über die Regelversorgung hinausgehende Behandlung bzw. Versorgung geplant, so hat der Versicherte

auch diesen Betrag selbst zu tragen. Diesen Eigenanteil bzw. den Mehrkostenanteil des Zahnersatzes, den der Patient selbst trägt, rechnet der Zahnarzt privat ab. Ratsuchende berichten, dass ihnen lediglich eine über die Regelversorgung hinausgehende Behandlung angeboten wurde, und erklären, sich nicht ausreichend über die Möglichkeit der Regelversorgung informiert zu fühlen. Nach Abschluss der Behandlung berichten sie oft von großen Abweichungen zwischen dem Kostenvoranschlag bzw. dem Heil- und Kostenplan und dem endgültigen Rechnungsbetrag.

IM FOKUS:

Informationspflicht und Zusatzleistungen im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie und Wurzelkanalbehandlung

Gesetzlich Versicherte haben bei der Wurzelkanalbehandlung einen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und erwachsene Versicherte mit Kieferanomalien haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung. Sie haben hierfür einen Eigenanteil in Höhe von 20 Prozent zu leisten, den sie bei erfolgreich abgeschlossener Behandlung von der Krankenkasse zurückerhalten. In den Gesprächen mit der

UPD berichten Ratsuchende, dass Kieferorthopäden häufig vor Beginn der Behandlung außervertragliche Leistungen anbieten. Demnach wird oft gar nicht mehr über die Möglichkeit einer „Kassenspanne“ informiert oder das „Kassenmodell“ wird nicht ohne zusätzliche außervertragliche Leistungen angeboten. Auch im Rahmen von Wurzelkanalbehandlungen werden häufig Zusatzleistungen angeboten oder erbracht, die privat abzurechnen sind.

FAZIT

Aus Sicht der Patienten wären Maßnahmen wünschenswert, um die Wissensdefizite bei der zahnmedizinischen Versorgung zu beheben. Den Patienten könnten entsprechende

einheitliche und neutrale Flyer, Broschüren oder ähnliches Informationsmaterial von den Leistungserbringern oder den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

²⁷ Durch das TSVG wird der Festzuschuss ab dem 1. Oktober 2020 auf 60 Prozent erhöht, die Boni für die regelmäßige Zahnpflege können auf 70 bzw. 75 Prozent erhöht werden.

B) Gewährleistung bei Zahnersatz:

Wie viele Nachbesserungen sind zumutbar?

INFO

Weist ein Zahnersatz Mängel auf, hat der Zahnarzt bei gesetzlich versicherten Patienten die Pflicht, aber auch das Recht, im Rahmen der Gewährleistung eine Nachbesserung vorzunehmen (§ 136a Abs. 4 SGB V). Das heißt, er muss innerhalb von zwei Jahren ab endgültiger Eingliederung des Zahnersatzes eine Erneuerung und Wiederherstellung kostenfrei vornehmen. Tut er dies nicht oder sind die Nachbesserungen nicht erfolgreich, kann die Krankenkasse den Zahnersatz durch ein Mängelgutachten überprüfen lassen. Bestätigt sich dadurch der Mangel, ergibt sich ein

Anspruch auf Nachbesserung oder auf eine Neuanfertigung, wenn sich der Zahnersatz als unbrauchbar erweist oder aber eine weitere Nachbesserung unzumutbar ist. Ein Wechsel des Zahnarztes sollte während der laufenden Gewährleistung nur mit Genehmigung der Krankenkasse erfolgen. Der gesetzlich versicherte Patient kann zwar den Behandlungsvertrag jederzeit kündigen (§ 627 BGB), doch wenn die Krankenkasse dem Zahnarztwechsel nicht zustimmt, trägt der Patient sämtliche Folgekosten selbst.

Die Verpflichtung zur Einräumung der Nachbesserung beim Zahnersatz stellt für viele gesetzlich versicherte Ratsuchende ein großes Problem dar, insbesondere da unklar ist, wie häufig sie dem Zahnarzt Gelegenheit zur Nachbesserung geben müssen. Dies wird weder durch gesetzliche Regelungen noch durch Vorgaben aus der Rechtsprechung konkretisiert. Somit gibt es für die Ratsuchenden keine verbindlichen Vorgaben, nach wie vielen Nachbesserungsversuchen die Krankenkasse ein Mängelgutachten in Auftrag zu geben hat. Auch gibt es keine Bestimmungen zur Nachbegutachtung, wenn Mängel gutachterlich festgestellt und vom Zahnarzt nachgebessert wurden, aber keine Besserung eingetreten ist.

Die zweijährige Gewährleistung wird dadurch nicht selten zur Falle für den gesetzlich versicherten Patienten – nämlich dann, wenn die Krankenkasse einem Zahnarztwechsel nicht zustimmt und der Patient nach vielen Nachbesserungsversuchen noch immer große Probleme mit dem Zahnersatz hat. Ratsuchende wünschen sich hier klarere Vorgaben und fühlen sich oft hilflos. Sie äußern auch ihr Unverständnis, aus welchen Gründen ein Zahnarzt nicht dazu verpflichtet ist, automatisch den Eigenanteil an den Patienten zurückzuzahlen, wenn ein Gutachten zeigt, dass



der Zahnersatz erneuerungsbedürftig oder völlig funktionsunfähig ist. In den Beratungsgesprächen ist oft zunächst eine ausführliche Aufklärung über die Folgen der Gewährleistung sowie die Voraussetzungen und Folgen eines Mängelbegutachtungsverfahrens sowie eines Zahnarztwechsels notwendig, da diese Bereiche den meisten Ratsuchenden völlig unbekannt sind.

Die UPD-Berater raten bei Zweifeln zu einem frühzeitigen Austausch mit der Krankenkasse sowie einem detaillierten Gedächtnisprotokoll sämtlicher Nachbesserungsversuche und derer Ergebnisse.

C) Allergie auf Zahnersatz:

Rechtzeitige Aufklärung kann Problemen vorbeugen

Beim Tragen eines Zahnersatzes kann es als Reaktion auf die verwendeten Metall-Legierungen oder Kunststoffe zu Allergien kommen. Den Schilderungen der Ratsuchenden zufolge wird nicht in allen Behandlungsfällen eine systematische Anamnese hinsichtlich Allergien auf Dentalmaterialien durchgeführt oder entsprechende Hinweise

werden nicht immer ausreichend berücksichtigt. Wünschenswert wäre aus Sicht der Patienten, bei der Risikoaufklärung auch über mögliche Unverträglichkeiten zu informieren, um den Patienten so die Möglichkeit einzuräumen, sich vor der Behandlung auf entsprechende Allergien testen zu lassen.

D) Professionelle Zahnreinigung vor Parodontitisbehandlung: Dauerthema Kostenübernahme

Bereits im Patientenmonitor 2017 wurde über das Problem berichtet, dass für die Bewilligung einer Kostenübernahme für eine Parodontitisbehandlung häufig eine professionelle Zahnreinigung vor der Behandlung notwendig ist, die jedoch vom Patienten selbst zu bezahlen ist (vgl. Monitor Patientenberatung 2017, Kap. 3.2.4, S. 85). Für den Patienten entsteht dadurch die Situation, dass Selbstzahlerleistungen zur Voraussetzung einer Kassenleistung werden, die wiederum für die Erhaltung ihrer Gesundheit notwendig ist. Ratsuchende empfinden diese Regelung als wenig patientenorientiert.

Das Problem ist weiterhin existent. Aus der Perspektive der Ratsuchenden ist es wünschenswert, dass die professionelle Zahnreinigung als Maßnahme vor einer Parodontitisbehandlung ausdrücklich in die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen und somit Kassenleistung wird.

Auch bei Erwachsenen ohne Parodontitis stellt die professionelle Zahnreinigung ein häufiges Beratungsthema dar. Der IGeL-Monitor bewertet diesbezüglich die professionelle Zahnreinigung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) mit „unklarem“ Nutzen.²⁸



28 <https://www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/professionelle-zahnreinigung.html>

4.3. Medizinische Beratung

4.3.1. Schwerpunkte

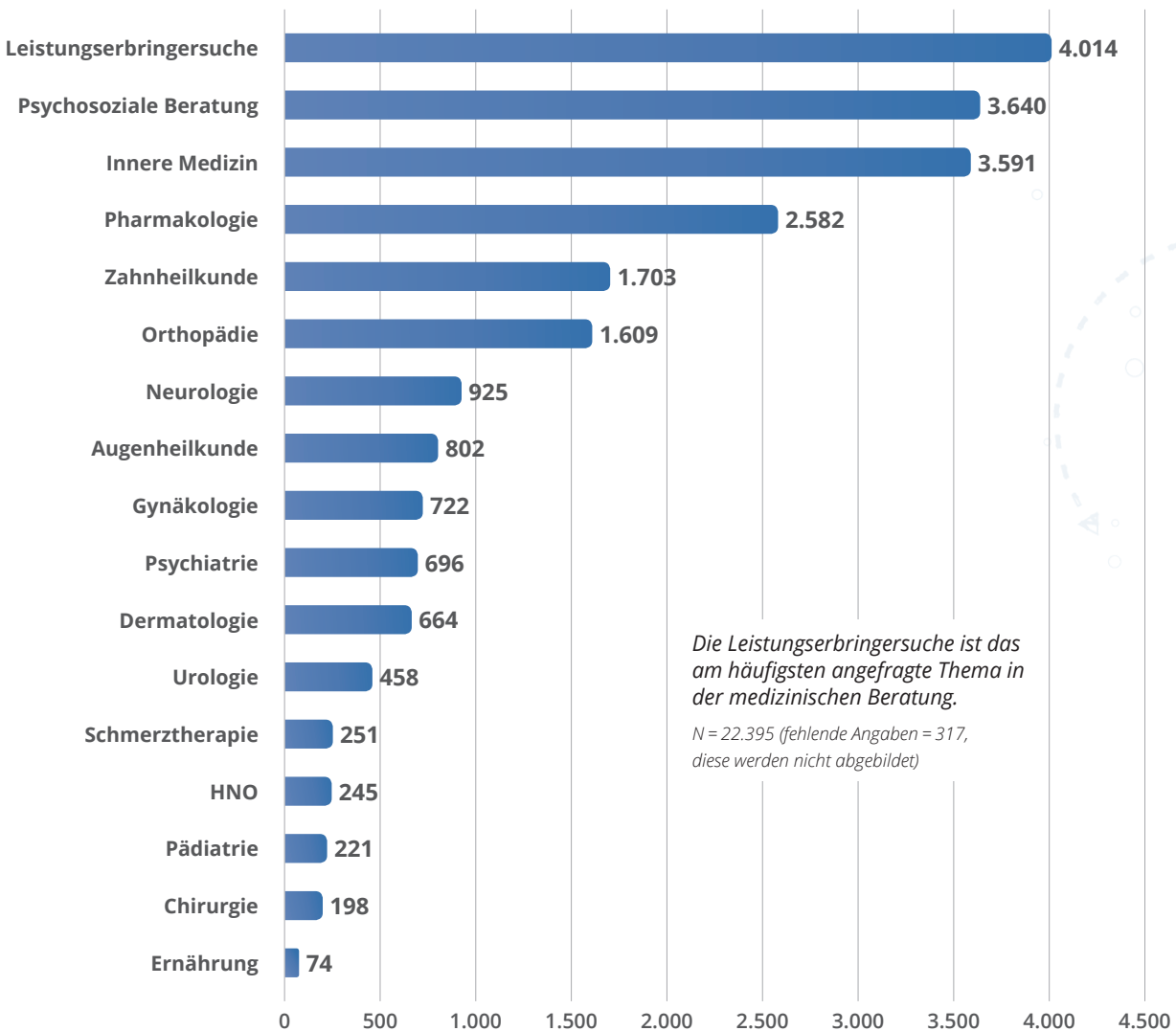
Die Beratung zu medizinischen Themen ist weiterhin gekennzeichnet durch eine außerordentliche Heterogenität quer durch nahezu alle medizinischen Fachgebiete. Insgesamt erreichten uns im Jahr 2018 22.712 Anfragen zu Themen aus dem medizinischen, pharmazeutischen und psychosozialen Bereich.

Am häufigsten kommen dabei Fragen zur Leistungserbringersuche, zu psychosozialen Problemstellungen, zur Inneren Medizin und zur Pharmazie zur Sprache. Das Beratungsteam der

UPD berät auch zu zahnmedizinischen Fragen und allgemeinen Aspekten der Alternativmedizin.

Innerhalb der Inneren Medizin wenden sich nach wie vor besonders viele Ratsuchende mit Fragen zu Impfungen und zur Reisemedizin sowie zu Infektionskrankheiten an die UPD. Auch die Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit sind wiederkehrende Themen. Hier bestimmten im Jahr 2018 unter anderem Vorfälle wie der um den Blutdrucksenker Valsartan die öffentliche Diskussion.

Aufteilung der medizinischen Fragen nach Fachgebiet und Leistungserbringeranfragen



4.3. Medizinische Beratung

4.3.2. Impfen

Insgesamt 772 Mal hat die UPD im Jahr 2018 Fragen rund um das Thema Impfen beantwortet, davon in 279 Fällen zu Standardimpfungen entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-

Institut (RKI) und in 493 Fällen im Rahmen einer reisemedizinischen Beratung. Hinsichtlich der verschiedenen Infektionen werden die häufigsten Anfragen zu Impfungen gegen Influenza, Tetanus, Pneumokokken und Hepatitis B gestellt.

Hintergrund

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten Vorsorgemaßnahmen in der Medizin. Sie sollen vor ansteckenden Krankheiten schützen, die nur schwer zu behandeln sind und mitunter lebensbedrohlich verlaufen, und damit auch der Verbreitung dieser Krankheiten entgegenwirken.

Die STIKO am RKI gibt regelmäßig überarbeitete Empfehlungen dazu heraus, welche Impfungen in welchem Lebensalter sinnvoll sind. Die Empfehlungen sind im aktuellen Impfkalendar und dem Epidemiologischen Bulletin auf der Website des RKI zu finden.²⁹

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Ratsuchenden fällt es häufig schwer, zum Thema Impfen die richtigen Informationen zu finden oder aber diese adäquat einzuordnen und zu beurteilen. Nach wie vor wenden sich viele Ratsuchende mit Fragen zu Standardimpfungen an die UPD. Dabei sind die Wirksamkeit sowie die Sicherheit und die möglichen Risiken bei Impfungen häufige Themen. Zu bemerken ist, dass trotz der wiederholt auftretenden Masernausbrüche selten Fragen zur Masernimpfung gestellt werden.

Oft verunsichern chronische Erkrankungen oder eine bestehende Schwangerschaft Ratsuchende bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine Impfung. Auch Fragen zum Vorgehen bei ausgelassenen oder vergessenen Impfungen oder verlorenem Impfpass werden des Öfteren gestellt. In den Beratungsgesprächen werden zudem Wissenslücken beim Thema Impfen bei den Hausärzten oder Praxismitarbeitern geschildert. Die UPD selbst erhält manche Anrufe von Arztpraxen, die beispielsweise Auskünfte zu notwendigen Impfabständen wünschen.

Das Thema Impfen spielt auch in der reisemedizinischen Beratung der UPD eine wichtige Rolle. Die Tatsache, dass diese Beratung und die empfohlenen Impfungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind, wird von vielen Ratsuchenden als problematisch angesehen.

Die Beratungsleistung der UPD zum Thema Impfen beruht auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Informationen der STIKO. Die reisemedizinischen Informationen richten sich nach den offiziellen Empfehlungen des Auswärtigen Amtes³⁰ und des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin.³¹ Die Berater machen die Ratsuchenden stets darauf aufmerksam, dass ihre Hinweise nicht die reisemedizinische Beratung durch den Arzt bzw. die tropenmedizinische fachärztliche Untersuchung und Beratung ersetzen.

²⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html

³⁰ <https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reise-und-sicherheitshinweise/uebersicht-navi>

³¹ <https://www.bnitm.de/>

Reisemedizin:

Gute Vorbereitung ist das A und O

a) Häufige Fragen

In der reisemedizinischen Beratung fragen Ratsuchende häufig nach allgemeinen Impfempfehlungen für die verschiedenen Länder, nach Möglichkeiten zur Malariaphylaxe sowie zum Mückenschutz. Vor allem jüngere Frauen und Männer suchen vermehrt Rat zum Mückenschutz, um bei Reisen einer möglichen Infektion mit dem Zika-Virus vorzubeugen.

Verstärkt sind auch Anfragen bezüglich Reiseimpfungen für Kinder zu verzeichnen. Ratsuchende sprechen zudem oft das Risiko von Reisen bzw. die Möglichkeit von Schutzimpfungen unter besonderen Voraussetzungen wie einer chroni-

schon Erkrankung oder einer Schwangerschaft an. Insgesamt gibt es beim Thema Impfungen und Reiseimpfungen viele Fragen zum Ablauf (Impfschema, Impfabstände, Wiederimpfung, Wirkungsbeginn), zu Kombinationsimpfstoffen und zur Möglichkeit, verschiedene Impfungen gleichzeitig zu erhalten.



b) Beratung

Die Berater können die Ratsuchenden darüber aufklären, welche Kriterien bei einer Entscheidung hinsichtlich von Reiseimpfungen zu bedenken sind. Dazu gehört neben dem Reiseziel die Aufenthaltsdauer, die Art der Reise und der Unterkunft oder beispielsweise die Frage, inwieweit es zu Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung oder auch Tieren kommen wird. Weiterhin weisen die Berater die Ratsuchenden auf geeignete Informationsquellen und Ansprechpartner hin.

Vor einer Reise sollten die Ratsuchenden zudem immer die aktuellen Meldungen zur Infektionsgefahr in den entsprechenden Ländern prüfen, beispielsweise auf der Website des Auswärtigen Amtes. Zudem weisen die Berater darauf hin, dass bei Reisen neben den notwendigen Impfungen auch immer an den Mückenschutz sowie an allgemeine hygienische Aspekte zu denken ist, um Infektionen zu vermeiden.

FAZIT

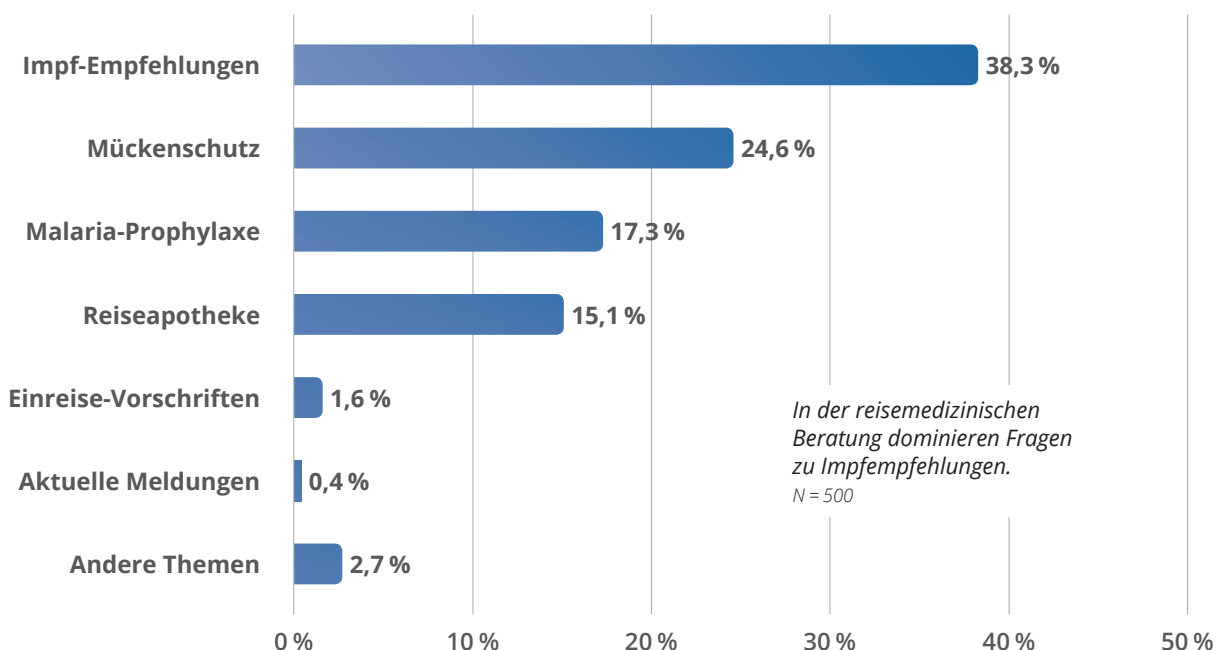
Trotz sehr guter Informationsangebote im Internet wie beispielsweise vom RKI oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt sich bei vielen Ratsuchenden ein großer persönlicher Beratungsbedarf beim Thema Impfen. Viele Anfragen können auf Grundlage des RKI-Informationsangebots gut beantwortet werden.

Angesichts der Impfskepsis und der geschilderten Informationsdefizite in Arztpraxen

wäre aus Sicht der Ratsuchenden eine Stärkung der ärztlichen Qualifikation in diesem Themenbereich wünschenswert.

In der reisemedizinischen Beratung kann die UPD einen kostenfreien Beitrag zur Information leisten, muss aber regelhaft auf eine persönliche reisemedizinische Beratung durch qualifizierte Ärzte verweisen, die als sinnvolle individuelle Gesundheitsleistung vor schwerwiegenden Infektionen schützen kann.

Prozentuale Verteilung der Themen in der reisemedizinischen Beratung



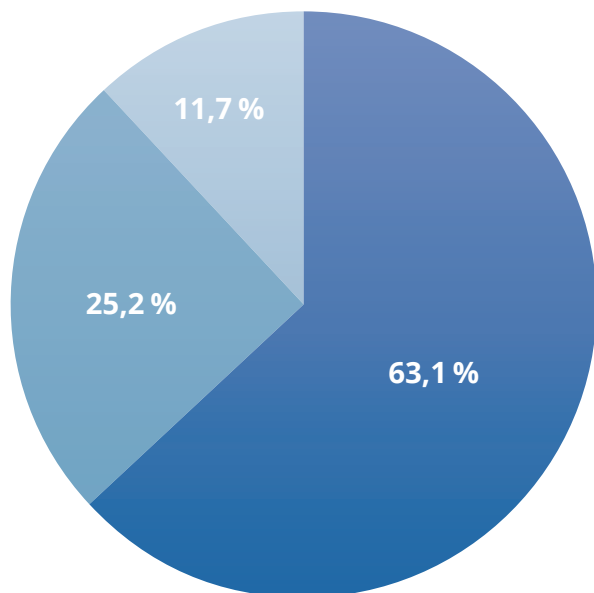
4.3. Medizinische Beratung

4.3.3. Psychosoziale Beratung

In Verbindung mit Fragestellungen zu medizinischen oder rechtlichen Themen berichten Ratsuchende häufig von Sorgen, Ängsten und existenziellen Nöten. Die Berater der UPD sind auch für diese Probleme Ansprechpartner und geben im Rahmen ihrer Möglichkeiten psychosoziale Hilfestellung.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 3.640 psychosoziale Beratungen dokumentiert. Die Schwerpunkte haben sich dabei im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich geändert. Hier liegen nach wie vor Probleme bei der Krankheits- und Lebensbewältigung auf Platz eins der besprochenen Themen.

Schwerpunkte der psychosozialen Beratung



Fragen zur Krankheits- und Lebensbewältigung sind Bestandteil vieler Beratungsgespräche der UPD.

Krankheits- und Lebensbewältigung (Auszug aus den Themenschwerpunkten)

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

Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld (Auszug aus den Themenschwerpunkten)

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

Wirtschaftliche und soziale Absicherung (Auszug aus den Themenschwerpunkten)

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

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Wer selbst gesundheitliche Probleme hat oder Angehörige, die von solchen Problemen betroffen sind, muss häufig auch mit Sorgen und Ängsten zurechtkommen. Ähnlich ist es bei Schwierigkeiten im gesundheitsrechtlichen Bereich, beispielsweise bei der Auseinandersetzung mit Kostenträgern zu Leistungsübernahmen oder bei der Frage, wie mit Behandlungsfehlern umzugehen ist. Auch existenzielle Themen wie Sterben,

Tod und Trauer werden angesprochen, wenn sich Ratsuchende an die UPD wenden.

Viele Gespräche beinhalten dadurch auch eine psychosoziale Beratung; diese wird als Querschnittsaufgabe für alle Berater der UPD wahrgenommen. Ist eine tiefergehende Beratung erforderlich, steht das psychosoziale Fachteam der UPD, das mit Psychologen besetzt ist, zur Verfügung. Es informiert bei entsprechenden Anfragen

zu psychischen Erkrankungen, deren Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten und unterstützt die Ratsuchenden mit Verweisen auf Ansprechpartner und Anlaufstellen zur weiteren Beratung und/oder Behandlung.

Bei ihrer Tätigkeit stellen die Berater regelmäßig fest, dass Unsicherheiten in rechtlichen Fragestellungen, beispielsweise rund um das Thema Krankengeld, von den Ratsuchenden als besonders belastend oder teilweise auch als existenziell bedrohlich empfunden werden. Durch fehlende Informationen oder mögliche Konflikte mit den Kostenträgern fühlen sich viele Ratsuchende während ihrer Erkrankungs- oder Genesungsphase einer zusätzlichen psychischen Belastung ausgesetzt. In diesen Fällen bemühen sich die Berater darum, die genauen Ursachen der Pro-

Beratungsschwerpunkt Demenz: Beratungszahlen steigen

In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,7 Millionen Menschen mit Demenz – mit steigender Tendenz. Schätzungen zufolge könnten im Jahr 2050 drei Millionen Deutsche an Demenzerkrankungen leiden.³² Dementsprechend gibt es auch bei den Ratsuchenden einen erhöhten Beratungsbedarf in diesem Bereich.

Demenz ist nicht nur für die Erkrankten, sondern auch für ihre Familien und ihr soziales Umfeld eine große Belastung. Es sind auch fast ausschließlich Angehörige Demenzerkrankter, die Fragen zu diesem Thema an uns herangetragen. Dabei sprechen sie besonders häufig folgende Themen an:

- Verhalten gegenüber Demenzerkrankten allgemein
- Verhalten in und Vermeidung von Konfliktsituationen
- Umgang mit der eigenen Hilflosigkeit und Überforderung
- Gleichgewicht zwischen Förderung von Selbstbestimmung und notwendiger Fremdbestimmung

bleme herauszufinden und Möglichkeiten zur Lösung und zum Umgang mit der konflikthafter Situation aufzuzeigen.

Ein in der Bedeutung steigendes Thema innerhalb der psychosozialen Beratung ist die Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen. Ein weiteres häufig angesprochenes Thema ist der Zugang zur Psychotherapie. In den vergangenen Monaten stand zunehmend auch die Suche nach psychosomatisch ausgerichteten Kliniken im Fokus der Beratungsgespräche. Viele Ratsuchende haben dabei spezifische Suchkriterien – beispielsweise zu gewünschten Therapieverfahren. Diese Wünsche können in der UPD-Beratung jedoch häufig nicht bedient werden, da neutrale und umfassende Datenbanken mit entsprechenden Suchmöglichkeiten nicht verfügbar sind.

- Handlungsmöglichkeiten bei Verdacht auf Demenz bei einem Angehörigen

Wichtig bei der Beratung zu Demenzerkrankungen ist die Anerkennung, dass es sich dabei um ein besonders belastendes Thema handelt, bei dem Gefühle wie Verlustängste, Überforderung oder Schuldgefühle ganz normal sind und häufig vorkommen. Die Berater machen die Ratsuchenden regelmäßig darauf aufmerksam, dass es in diesem Zusammenhang wichtig ist, sich frühzeitig Hilfe und Unterstützung zu holen, die eigenen Grenzen zu beachten und auch für sich selbst immer wieder Möglichkeiten zur Entlastung zu finden.

Zudem werden die Ratsuchenden auf die vielfältigen Unterstützungsangebote wie z. B. Selbsthilfeorganisationen, das Alzheimer-Telefon, Beratungsstellen vor Ort oder den Wegweiser Demenz aufmerksam gemacht. Auch die sozialrechtlichen Unterstützungsangebote wie die Kurzzeitpflege werden erläutert.

³² Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz: Informationsblatt 1, „Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen“, Berlin 2018, S. 1

IM FOKUS:

Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung:

Ein besonderes Thema, das mit vielen Problemen verbunden bleibt, ist der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Wie auch in den Jahren zuvor wenden sich viele Ratsuchende an die UPD, weil sie kurzfristig eine Psychotherapie benötigen. Trotz der Reform der ambulanten Psychotherapie vom 1. April 2017 und Erweite-

rungen der Zugangsmöglichkeiten am 1. Oktober 2018 wird die Suche nach Therapieplätzen häufig als frustrierend und wenig erfolgreich erlebt. Insgesamt bestehen die im Monitor Patientenberatung 2017 berichteten Probleme also weiterhin fort.

Hintergrund

Einen wichtigen Bestandteil der Neuregelungen beim Thema Psychotherapie bilden die psychotherapeutischen Sprechstunden, die Therapeuten seitdem verpflichtend anzubieten haben. Ziel ist die frühzeitige diagnostische Abklärung des Therapiebedarfs (§ 11 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie). Um die probatorischen Sitzungen und die Akutbehandlung in Anspruch nehmen zu können, ist die Sprechstunde zwingende Voraussetzung (mit Ausnahme des Therapeutenwechsels oder im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme). Psychotherapeuten müssen sie bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten pro Woche als offene Sprechstunde oder mit individueller Terminvereinbarung anbieten.

Um einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung und seit dem 1. Oktober 2018 auch für die probatorischen Sitzungen bei einem Psychotherapeuten zu erhalten, können sich Patienten an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen wenden, die einen Termin innerhalb der folgenden vier Wochen vermitteln müssen. Kann hier keine Probatorik innerhalb der Frist angeboten werden oder ist nach abgeschlossener Probatorik kein zeitnaher Therapiebeginn möglich, können die Patienten unter Umständen berechtigt sein, auch einen privat tätigen Therapeuten aufzusuchen und die Kosten der Krankenkasse in Rechnung zu stellen (vgl. § 13 Absatz 3 SGB V). Voraussetzung ist das sogenannte Systemversagen, also der Nachweis, dass eine akute Dringlichkeit



besteht und die Leistung von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden kann. Hatte es vorher ausgereicht, wenn der Versicherte eine sogenannte Dringlichkeitsbescheinigung vorweisen konnte und er trotz eigener (protokollierter) Bemühungen keinen Therapieplatz bei einem Therapeuten in seiner Nähe erhielt oder aber unzumutbare Wartezeiten von mehreren Monaten bestanden, fordern nunmehr einige Krankenkassen einen Nachweis, dass keine Terminvermittlung der Probatorik über die Terminservicestellen bzw. kein zeitnaher Therapiebeginn nach abgeschlossener Probatorik stattfinden konnte.

Psychotherapeutische Angebote

Bei den psychotherapeutischen Angeboten sind folgende Leistungen zu unterscheiden:

1. Die **Akutbehandlung** beträgt maximal 600 Minuten und soll zur kurzfristigen Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Sie muss nicht genehmigt werden. Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinien-therapie erfolgen, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig.
2. **Probatorische Sitzungen** werden in der Regel zwei- bis viermal für jeweils 50 Minuten durchgeführt. Ziel ist die weitere diagnostische Klärung und Abschätzung, ob Patient und Therapeut eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufbauen können. Die probatorischen Sitzungen sind verpflichtend für die Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie.
3. Eine **Kurzzeittherapie** beträgt bis zu 24 Therapieeinheiten in zwei Bewilligungsschritten mit jeweils bis zu zwölf Therapieeinheiten und ist genehmigungspflichtig. Ein Antrag auf Umwandlung in eine Langzeittherapie ist möglich, dann besteht jedoch Gutachterpflicht.
4. **Langzeittherapien** umfassen in der Regel bis zu 60 Stunden (bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie; bei analytischer Psychotherapie bis zu 160 Stunden). Sie sind antrags- und gutachterpflichtig. Weitere Verlängerungen sind möglich (bis zu 80 Stunden bei Verhaltenstherapie, bis zu 100 Stunden bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und bis zu 300 Stunden bei einer analytischen Psychotherapie).

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Nach wie vor berichten viele Ratsuchende, dass sie trotz medizinischer Notwendigkeit keine zeitnahe Psychotherapie erhalten. Das Einschalten der Terminservicestellen ist den Berichten zufolge oft nicht zielführend, da hier keine Richtlinien-therapien vermittelt werden können. Zudem wird offenbar die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus oft nicht kommuniziert. Häufig berichten Ratsuchende auch, dass die Terminservicestellen bei langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz auf die Möglichkeit ver-

weisen, bis zum Ende der Wartezeit die Sprechstunden und anschließend eine Akutbehandlung in Anspruch zu nehmen. Von den Ratsuchenden wird dies zum Teil so wahrgenommen, als sei es schon ausreichend, dass ein Therapeut für die Sprechstunde oder Akutbehandlung zur Verfügung steht, obwohl weder Sprechstunde noch Akutbehandlung Leistungen sind, die eine Richtlinien-Psychotherapie ersetzen.

Zum Teil empfinden Ratsuchende die neuen Regelungen daher als kontraproduktiv. So berichten sie, dass ihre Anträge auf Kostenübernahme der Therapie durch einen privaten Therapeuten abgelehnt werden mit dem Hinweis, dass zunächst die Krankenkasse als Kostenträger Gelegenheit haben müsse, die Leistung zur Verfügung zu stellen. Die erfolglose Therapeutesuche inklusive Protokollierung wird dabei nach Berichten der Ratsuchenden teilweise als nicht mehr ausreichend angesehen, um eine außervertragliche



Therapie zu beginnen und sich die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatten zu lassen. Nach Rückmeldung einiger Ratsuchender verweisen Krankenkassen darauf, dass die Terminvermittlung in den gesetzlichen Auftrag der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen übergegangen und für Alternativen kein Raum mehr sei.

In den Gesprächen machen die Berater die Ratsuchenden auf die weiteren Möglichkeiten der eigenständigen Suche nach einem Therapeuten aufmerksam und verweisen zur Therapeutesuche auf die entsprechenden Internetseiten der Bundespsychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Weissen Liste. Auch sind einige Krankenkassen ihren Versicherten bei der Vermittlung von Thera-

pieplätzen behilflich, sodass auch diese Möglichkeit von den Beratern benannt wird – jeweils mit dem Hinweis, dass den Beratern keine konkreten Informationen vorliegen, welche Krankenkassen dieses Unterstützungsangebot vorhalten.

Weiterhin erläutern die Berater den Ratsuchenden die (bisherigen) Voraussetzungen der Kostenersatzung bei Inanspruchnahme eines privaten Therapeuten beim sogenannten Systemversagen. Durch die mehrfachen Gesetzesänderungen und teilweise neuen Zuständigkeiten bestehen hier aber auch auf Seiten der Berater Unklarheiten, inwieweit sich die bisherige Auslegung der Norm und Spruchpraxis der Gerichte durch die Neuregelungen ändern könnte. Eine aus Sicht der Ratsuchenden befriedigende Beratung ist daher nur eingeschränkt möglich.

FAZIT

Terminservicestellen haben keine Versorgungspflicht bezüglich eines Therapieplatzes. Sie sind „nur“ zur Terminvermittlung für die Akutbehandlung, die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen

Sitzungen verpflichtet. Der Zugang zur Richtlinien-Therapie bleibt nach Rückmeldungen der Ratsuchenden weiter schwierig und ist oft nur nach langwierigen Bemühungen möglich.

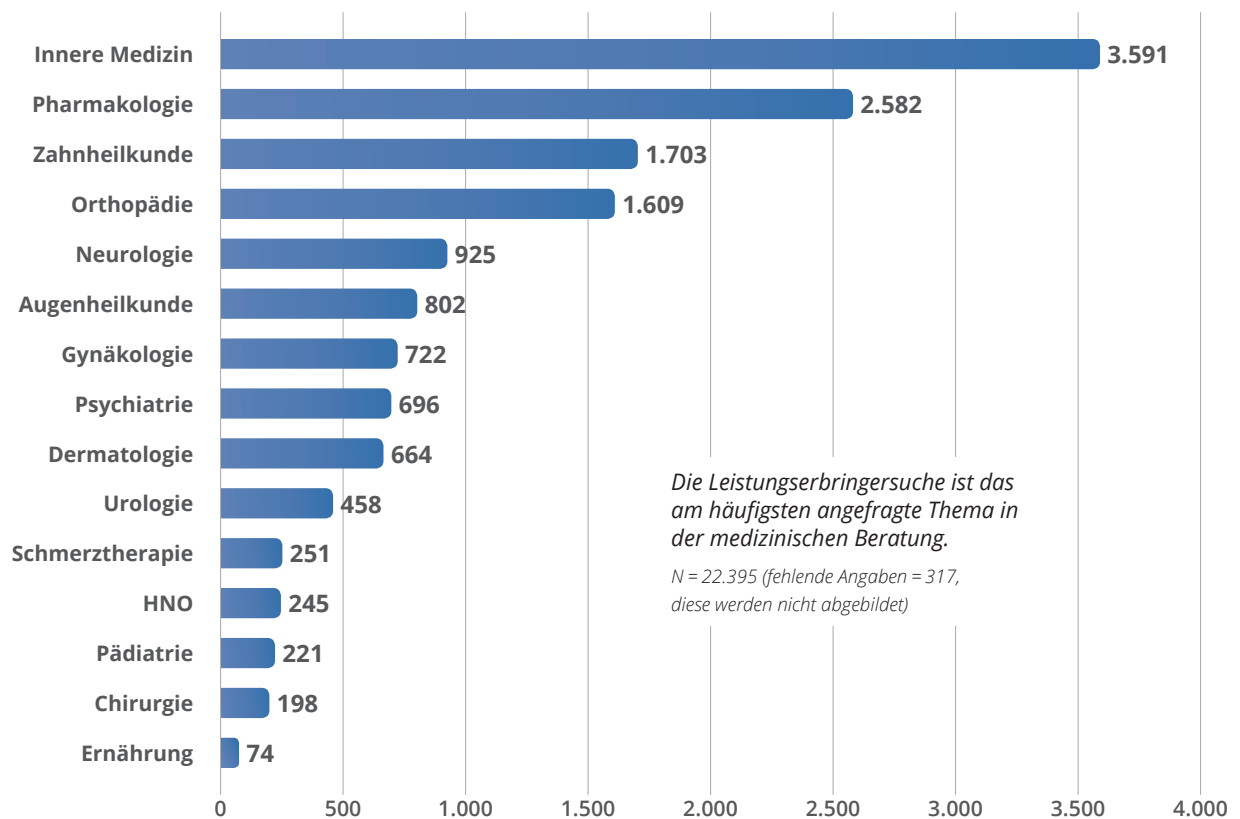
4.3. Medizinische Beratung

4.3.4. Diverses aus den Fachgebieten

Das Themenspektrum in der medizinischen Beratung der UPD zeichnet sich durch eine sehr große Bandbreite aus. Die Fragen reichen dabei von allgemeinem medizinischen Basiswissen, wie beispielsweise den Grundzügen der Diabetesbehandlung bis hin zu differenzierten Fragestellungen in medizinischen Fachgebieten wie den Unterschieden zwischen verschiedenen Kunstlinsen-Typen bei der Operation des Grauen Stars. Um den Anfragen in allen Fällen bestmöglich gerecht zu werden und die Ratsuchenden in

ihren Entscheidungsfindungsprozessen oder Informationssuchen gut zu unterstützen, gibt es im medizinischen Beraterteam der UPD auch Fachärzte aus den am häufigsten angefragten Fachgebieten. Für die zunehmend angefragten pflegfachlichen Themen stehen Gesundheits- und Krankenpfleger zur Verfügung. Im Berichtszeitraum stellte das Thema multiresistente Keime in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege einen besonderen Schwerpunkt dar.

Medizinische Beratungen nach Fachgebieten



Bei der Zuordnung der medizinischen Beratungen zu einem Fachgebiet zeigt sich unverändert ein deutlicher Schwerpunkt bei der Inneren Medizin, darauf folgen die Beratungsbereiche der Pharmakologie und der Zahnmedizin.

Diese Beratungsschwerpunkte spiegeln sich in den erfassten ICD-Codes wider (siehe Tabelle „Beratene Krankheitsgebiete nach ICD-Klassifizierung“), die bei der Beratung ebenfalls erfasst werden und einen detaillierten Blick auf die beratenen Erkrankungsgruppen ermöglichen.³³

³³ Der ICD-10-Code der WHO dient der Klassifikation und Einordnung von Krankheiten und Medikamenten in zusammengehörige Diagnosegebiete

Beratene Krankheitsgebiete nach ICD-Klassifizierung

ICD Kapitel	Anzahl der Beratung
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	922
Neubildungen (C00-D48)	326
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	78
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen (E00-E90)	332
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	755
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	591
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	793
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	118
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	628
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	287
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	1.171
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	248
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	1.392
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	793
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	29
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	10
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	48
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	616
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	467
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen (Z00-Z99)	3.127
Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99)	9
Summe	12.740

(Mehrfachnennungen möglich, fehlende Angaben bei den ICD-Codes in der medizinischen Beratung nicht abgebildet)

IM FOKUS:

Pflege:

Auch in der Medizin ein Dauerthema

Neben den sozialrechtlichen Fragestellungen zum Thema Pflege (vgl. Kapitel 4.1.3.) haben Rat-suchende, die sich an die UPD wenden, auch fachliche Fragen zur Pflege selbst. Vor allem

pflegende Angehörige sind mit einer Vielzahl an Problemen konfrontiert, für die sie Rat und Unterstützung benötigen.

Hintergrund

Pflegende Angehörige gelten als größter Pflegedienst Deutschlands.³⁴ Laut Barmer Pflegereport 2018 pflegen derzeit rund 2,5 Millionen Menschen ihre Angehörigen zu Hause.³⁵ Dies stellt oft eine große Belastung für die Pflegenden dar – nicht selten bis zur völligen Erschöpfung.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Wenn das medizinische Team der UPD pflegende Angehörige berät, geht es dabei sowohl um fachliche Themen wie Körperpflege, Wundversorgung oder Ernährung als auch um die Frage nach unterstützenden oder beratenden Angeboten. Andere häufig angesprochene Themen sind – wie auch im Jahr zuvor – Defizite in der Pflegequalität bei ambulanten Pflegediensten sowie bei Pflegeheimen. Von den Ratsuchenden wird dabei häufig die Vermutung geäußert, dass diese Defizite hauptsächlich auf den Personalmangel in der Pflege zurückzuführen sind.

Die Suche nach einem Pflegeheim gehört ebenfalls weiterhin zu den Schwerpunkten in der Beratung durch das Pflegeteam. Eine Zunahme der Anfragen bemerken die Berater zu spezialisierten Pflegediensten oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen, wenn besondere Leistungen wie eine Palliativpflege, eine außerklinische Beatmung oder die Pflege von Demenzpatienten benötigt werden. Fragen zu Demenzerkrankungen sind weiterhin häufig (vgl. Kapitel 4.3.3.).

So zeigen Umfragen, dass pflegende Angehörige häufiger krank sind als andere und sich oft am Rand ihrer Belastungsgrenze befinden.³⁶ Dass es verschiedene Entlastungsangebote für sie gibt, ist dabei vielen Betroffenen nicht bekannt.

Auch das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt spielt in den Beratungen weiter eine große Rolle und wird häufig als unzureichend beschrieben. Demnach werden pflegebedürftige Patienten zu oft entlassen, ohne dass eine Weiterversorgung organisiert wurde, sodass sich Angehörige gezwungen sehen, „spontan“ die Versorgung zu übernehmen (vgl. Kapitel 4.1.4.).

Bei Fragen zur professionellen Pflege stellen die Berater häufig Unsicherheit bezüglich der Zuständigkeiten und Aufgabengebiete fest. Ratsuchende äußern auch den Wunsch nach festen Ansprechpartnern in den Kliniken und bei den Pflegediensten. Zudem fragen sie oft danach, ob die vom Pflegepersonal durchgeführte Pflege den etablierten Standards entspricht. Weitere Themen, die häufig angesprochen werden, sind: Thromboseprophylaxe, Pflegegeld, Kurzzeitpflege, MDK-Besuch, Leistungskomplexe in der ambulanten Pflege sowie die Rechnungsstellung der Pflegedienste.

FAZIT

Um pflegende Angehörige zu unterstützen, wäre es aus Sicht der Ratsuchenden wünschenswert, Entlastungsangebote bekannter und Informationen leichter zugänglich zu machen. Verbesserungen im Entlassmanagement würden dazu beitragen, dass sich Angehörige nicht plötzlich mit der

Aufgabe konfrontiert sehen, Pflegeleistungen zu übernehmen. Zudem wünschen sich Ratsuchende Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege, um die Pflegequalität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu erhöhen.

³⁴ Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C.: „Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst“, in: GBE kompakt, hg. v. Robert Koch-Institut, Berlin 2015.

³⁵ Rothgang, H; Müller, R.: Pflegereport 2018, hg. von: BARMER, Berlin 2018, S. 6

³⁶ Ebd.

IM FOKUS:

MRSA bereitet Sorgen

Ein großes Problem im Gesundheitssystem ist die Verbreitung antibiotikaresistenter Keime. Diese werden manchmal auch als „Krankenhauskeime“ bezeichnet, weil im Krankenhaus besonders oft resistente Erreger auftreten. Zu den häufigsten Erregern in diesem Zusammenhang gehört der MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus).

Als Hauptursache für die Verbreitung von MRSA gilt mangelnde Hygiene in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems. Mittlerweile ist MRSA jedoch ein Begriff, der nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der häuslichen und ambulanten Pflege häufig vorkommt.



Hintergrund

Staphylococcus aureus ist ein Bakterium, das auf der Haut und Schleimhaut vieler Menschen vorkommt und in der Regel keine Beschwerden verursacht. Wenn es jedoch die Haut- oder Schleimhautbarriere durchdringt, kann es zum Beispiel Wund- und Harnwegsinfektionen oder Atemwegserkrankungen auslösen. Entwickeln Staphylococcus aureus-Bakterien eine Resistenz gegen das Antibiotikum Methicillin, werden sie als MRSA bezeichnet. MRSA-Bakterien sind

auch gegen die meisten anderen Antibiotika, die standardmäßig gegen Staphylococcus aureus eingesetzt werden, unempfindlich.

Wie die anderen Staphylococcus aureus-Bakterien besiedeln auch MRSA häufig Haut und Schleimhäute, ohne Symptome zu verursachen. Kommt es jedoch zu einer durch MRSA verursachten Erkrankung, ist diese schwieriger zu behandeln und verläuft oft schwerer.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Nach wie vor sind Beratungen zur Besiedelung oder zu Infektionen mit MRSA gefragt. Ratsuchende erkundigen sich dabei häufig, wie in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und bei der Pflege zu Hause mit dem Thema umzugehen ist und welche Unterschiede in diesen Bereichen zu bedenken sind. Sie wünschen sich Tipps zur persönlichen Hygiene, um eine Ausbreitung von Keimen zu vermeiden. Gefragt wird auch, ob eine Aufnahme von pflegebedürftigen Personen in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung trotz einer Infektion mit MRSA möglich ist. Dabei schildern manche Ratsuchende, dass sie dazu falsche Informationen erhalten haben, indem ihnen beispielsweise mitgeteilt wurde, eine Rehabilitations-

maßnahme sei bei einer Infektion mit MRSA grundsätzlich nicht möglich.

Ratsuchende, die selbst mit einem antibiotikaresistenten Keim infiziert sind, fragen zum Teil danach, inwieweit sie ihren Beruf noch ausüben können oder dürfen und was in dieser Hinsicht zu beachten ist.

Zunehmend geht es in den Beratungen auch um andere resistente Erreger, z. B. um MRGN (multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien wie beispielsweise *Klebsiella pneumoniae* und *Escherichia coli*) oder ESBL (Bakterien, die Extended-Spectrum Beta-Laktamasen bilden).

FAZIT

In Bezug auf multiresistente Keime fehlt es Ratsuchenden oft an notwendigen Informationen – die Fragen lassen aber auch Rückschlüsse auf Informationsdefizite bei ambulanten Leistungserbringern zu. Insbesondere eine Verbesserung des Wissens über Hygienemaßnahmen wäre wünschens-

wert. Allerdings fehlt dazu eine einheitliche Informationsquelle, aus der alle relevanten Informationen hervorgehen und in der ausschließlich aktuelles Wissen vermittelt wird. Auch im Entlassmanagement der Krankenhäuser findet das Thema offenbar zu wenig Berücksichtigung.



4.3. Medizinische Beratung

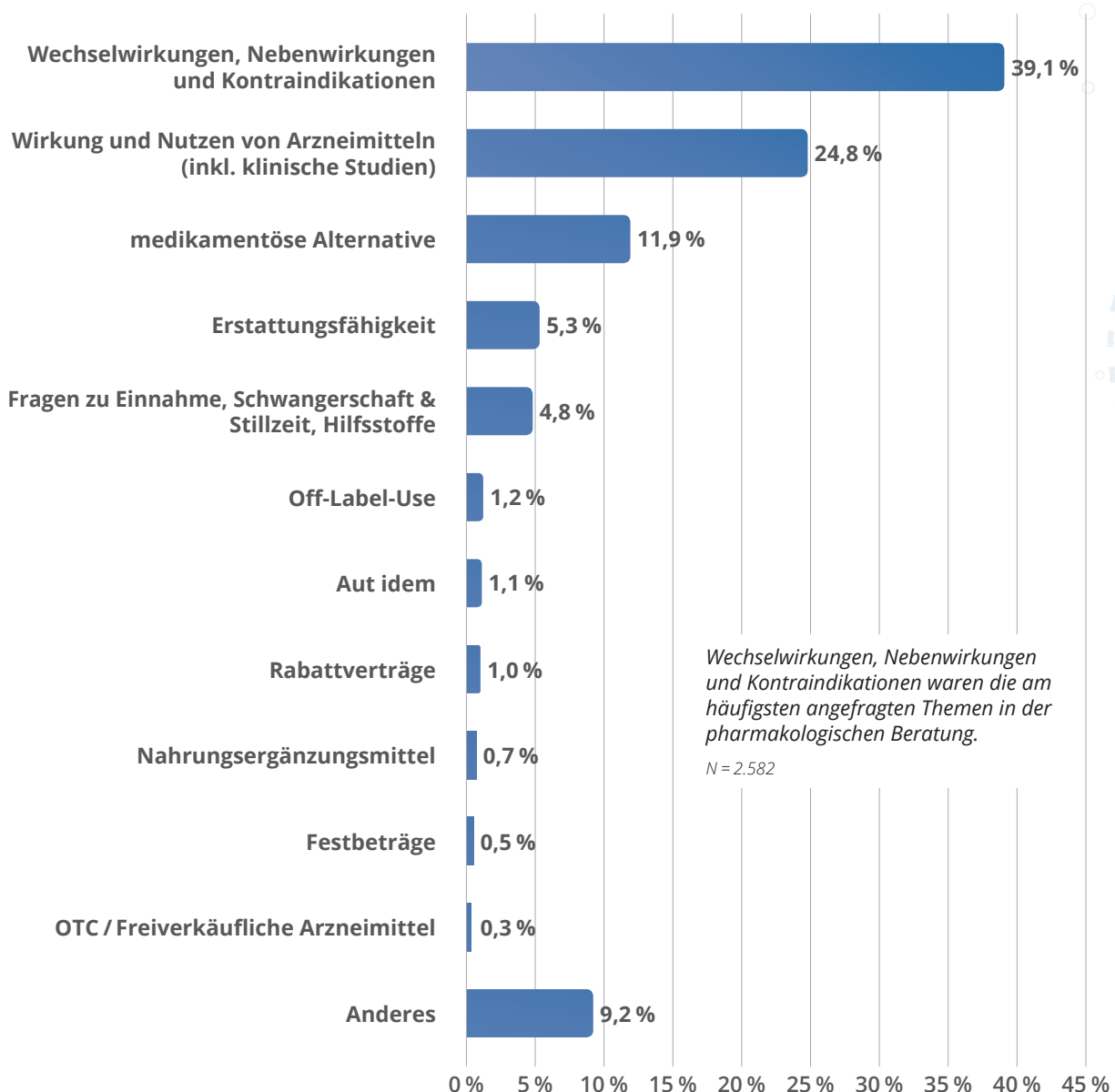
4.3.5. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

2.582 Anfragen erreichten die UPD-Berater im Jahr 2018 zu Themen aus dem Gebiet der Pharmakologie und arzneimittelrechtlicher Regelungen. Damit leistete die UPD auch einen Beitrag zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

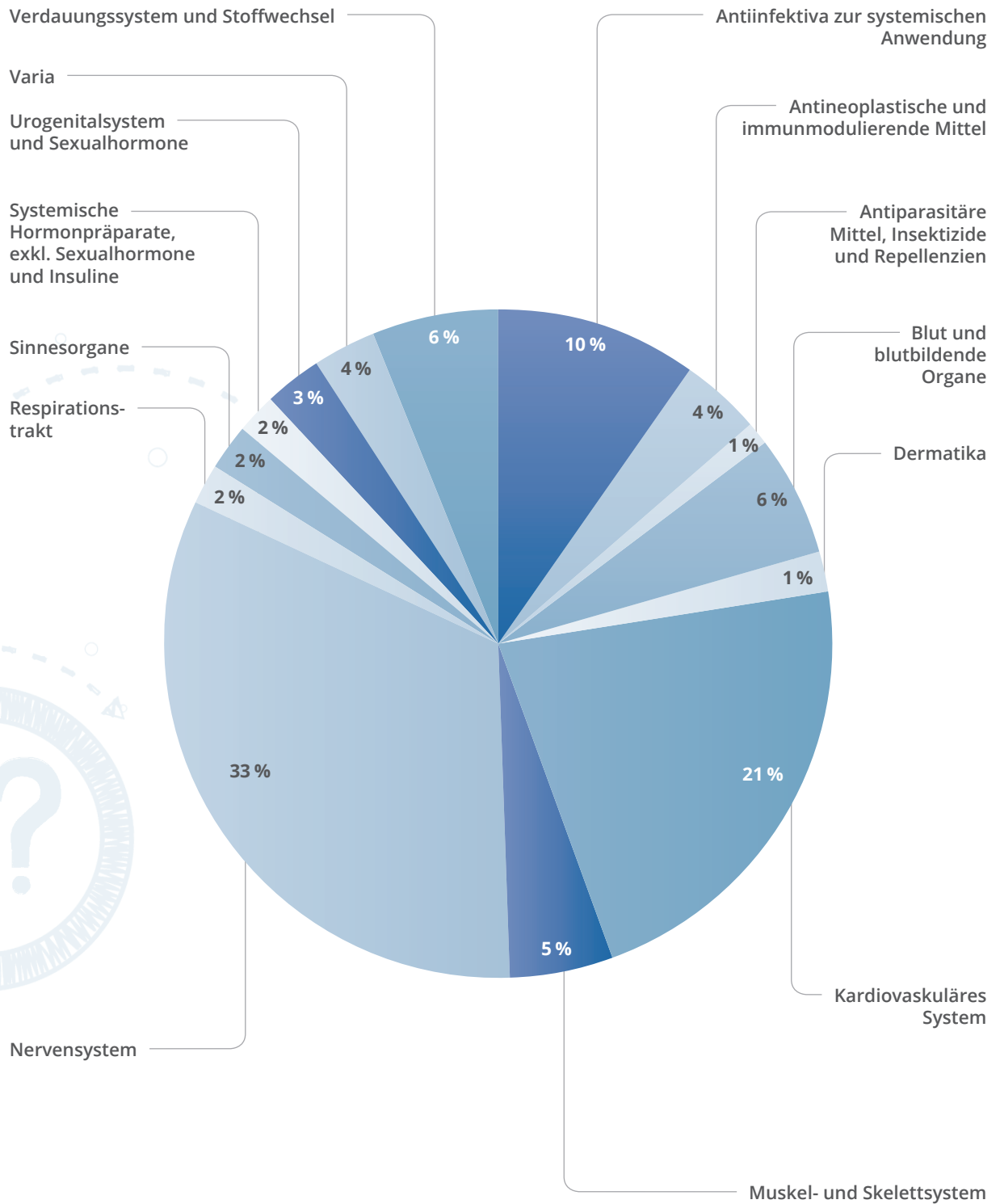
Wie im Vorjahr wurde am häufigsten zu Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen beraten.

Bei den Wirkstoffgruppen herrschten auch 2018 Fragen zu Schmerzmitteln, Antidepressiva und Psycholeptika vor. Diverse Pharmaskandale, die 2018 unter anderem zu verunreinigten oder gestohlenen und unsachgemäß gelagerten Arzneimitteln aufgetreten sind, haben die Ratsuchenden ebenfalls beschäftigt und führten zu Beratungsanfragen bei der UPD.

Beratungsthemen in der pharmakologischen Beratung



Arzneimittelgruppen in der pharmazeutischen Beratung:



N = 1.894
 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)

Übersicht der Wirkstoffe in der Pharmaberatung (ATC-Codes)

ATC-Code	ATC-Code Bedeutung	Absoluter Anteil an pharmazeutischer Beratung	Prozentualer Anteil an pharmazeutischer Beratung
A01	Stomatologika	2	0,1 %
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	27	1,4 %
A03	Mittel bei funktionellen Magen-Darm-Störungen	6	0,3 %
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit	4	0,2 %
A05	Gallen- und Lebertherapie	2	0,1 %
A06	Laxantien	8	0,4 %
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	6	0,3 %
A08	Antiadiposita	1	0,1 %
A09	Digestiva incl. Enzyme	3	0,2 %
A10	Antidiabetika	17	0,9 %
A11	Vitamine	23	1,2 %
A12	Mineralstoffe	4	0,2 %
A13	Tonika	2	0,1 %
A15	Appetit stimulierende Mittel	1	0,1 %
A16	Andere	14	0,7 %
B01	Antithrombotische Mittel	89	4,7 %
B02	Antihämorrhagika	1	0,1 %
B03	Antianämika	10	0,5 %
B06	Andere	6	0,3 %
C01	Herztherapie	26	1,4 %
C02	Antihypertonika	111	5,9 %
C03	Diuretika	23	1,2 %
C04	Periphere gefäßerweiternde Mittel	4	0,2 %
C05	Vasoprotektoren	1	0,1 %
C06	Andere	51	2,7 %
C07	Beta-Adreno-Rezeptorantagonisten	19	1,0 %
C08	Kalziumkanalblocker	16	0,9 %
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	106	5,6 %
C10	Mittel, die den Fettstoffwechsel beeinflussen	44	2,3 %
D01	Antimykotika für die Haut	3	0,2 %
D04	Antipruriginosa incl. Antihistaminika, Anästhetika etc.	1	0,1 %
D05	Antipsoriatika	1	0,1 %
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika für die Haut	3	0,2 %
D07	Corticosteroide für die Haut	7	0,4 %
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel	1	0,1 %
D10	Aknemittel	1	0,1 %
D11	Andere	9	0,5 %
G01	Gynäkolog. Antiinfektiva und Antiseptika	3	0,2 %
G02	Andere Gynäkologika	4	0,2 %
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	25	1,3 %
G04	Urologika	26	1,4 %
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga	2	0,1 %
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	18	1,0 %
H03	Schilddrüsentherapie	23	1,2 %
H04	Pankreashormone	1	0,1 %



J01	Antibiotika, systemisch	76	4,0 %
J02	Antimykotika, systemisch	3	0,2 %
J05	Antivirale Mittel, systemisch	4	0,2 %
J06	Immunsera, Immunglobuline	3	0,2 %
J07	Impfstoffe	99	5,3 %
L01	Antineoplastische Mittel	23	1,2 %
L01X	Andere Antineoplastische Mittel	1	0,1 %
L02	Endokrine Therapie	18	1,0 %
L03	Immunstimulanzien	4	0,2 %
L04	Immunsuppressiva	31	1,7 %
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	33	1,8 %
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen	7	0,4 %
M03	Muskelrelaxanzien	7	0,4 %
M04	Gichtmittel	3	0,2 %
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	35	1,9 %
M09	Andere	9	0,5 %
N01	Anästhetika	13	0,7 %
N02	Analgetika	236	12,6 %
N03	Antiepileptika	52	2,8 %
N04	Antiparkinsonmittel	30	1,6 %
N05	Psycholeptika, z. B. Antipsychotika, Anxiolytika	111	5,9 %
N06	Psychoanaleptika, z. B. Antidepressiva	124	6,6 %
N07	Andere Mittel für das Nervensystem, z. B. zur Behandlung von Suchterkrankungen	56	3,0 %
P01	Mittel gegen Protozoenerkrankungen	2	0,1 %
P02	Antihelminthika	3	0,2 %
P03	Mittel gegen Ektoparasiten	3	0,2 %
R01	Rhinologika	2	0,1 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	26	1,4 %
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate	1	0,1 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	5	0,3 %
R06	Antihistaminika, systemisch	4	0,2 %
R07	Andere	3	0,2 %
S01	Ophthalmologika	37	2,0 %
S02	Otologika	1	0,1 %
V01	Allergene	4	0,2 %
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel, z. B. Antidote, med. Gase, Gewebekleber	3	0,2 %
V04	Diagnostika	4	0,2 %
V06	Allgemeine Diätetika	3	0,2 %
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel, z. B. Pflaster, Verbände, Stomaartikel, Inkontinenzartikel, Spüllösungen	5	0,3 %
V08	Kontrastmittel	9	0,5 %
V60	Homöopathika und Anthroposophika	16	0,9 %
V70	Rezepturen	13	0,7 %
Gesamt		1.877	100 %

N = 1.877 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet; bei weiteren 17 Beratungen wurde der ATC einstellig (Buchstabe) erfasst (siehe Abbildung oben) – eine genaue Zuordnung auf dreistelliger Codebasis erfolgte nicht)

Allgemeines zur ATMS und zur Beratung

Dem Thema AMTS kommt im gesamten Themenkomplex der Patientensicherheit eine besonders große Bedeutung zu. Einerseits gehören Arzneimittel zu den sehr häufig eingesetzten und wirksamsten Instrumenten ärztlicher Behandlung, andererseits treten jedes Jahr bei sieben von 100 ambulant behandelten Patienten vermeidbare unerwünschte Nebenwirkungen auf.³⁷

AMTS bezeichnet nach der Definition der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft „die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem

Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern“.³⁸ In Deutschland ist diesem Thema ein Aktionsplan gewidmet, der eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit bündelt – so auch Maßnahmen zur Sensibilisierung und Information von Patienten.³⁹

Die von den Ratsuchenden angefragten Themenbereiche stellten sich im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert dar.

IM FOKUS:

Verunreinigung von Blutdrucksenkern

Hintergrund

Seit Juli 2018 wurden blutdrucksenkende sartan-haltige Arzneimittel von den pharmazeutischen Unternehmen aufgrund einer produktionsbedingten Verunreinigung des Wirkstoffes mit dem wahrscheinlich krebserregenden Stoff N-Nitrosodimethylamin (NDMA) und teilweise weiteren N-Nitrosaminen zurückgerufen. Betroffen waren die Wirkstoffe Losartan, Irbesartan und Valsartan. Am 31.01.2019 wurde das für dieses Thema eingeleitete europäische Risikobewertungsverfahren nach Artikel 31 der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel vom Ausschuss für Arzneimittel (CHMP) mit einem Gutachten abgeschlossen.⁴⁰ Das Gutachten umfasst unter anderem eine Einschätzung des Risikos, durch die Einnahme der verunreinigten Arzneimittel an Krebs zu erkranken. Dieses zusätzliche Risiko wird im Vergleich zu dem Risiko, im Laufe eines Lebens an Krebs zu erkranken, das sich in der europäischen Bevölkerung auf etwa 50 Prozent beläuft, als sehr niedrig eingestuft.

Für die überwiegende Mehrheit der Sartane wurden demnach Verunreinigungen entweder nicht gefunden oder waren nur auf einem sehr niedrigen Niveau vorhanden. Unternehmen, die Sartan-haltige Präparate herstellen, müssen ihre Herstellungsverfahren nun überprüfen, damit keine weiteren Verunreinigungen entstehen. Den betroffenen Unternehmen wird eine Übergangsfrist von zwei Jahren eingeräumt, um alle notwendigen Änderungen an ihren Herstellungs- und Analyseverfahren vorzunehmen. Temporär werden für diesen Zeitraum Akzeptanzwerte für NDMA und NDEA (N-Nitrosodiethylamin) festgesetzt, die sich an derzeitigen internationalen Leitlinien orientieren. Nach Ablauf der Frist müssen die Unternehmen nachweisen, dass ihre Produkte keine quantifizierbaren Mengen dieser Verunreinigungen aufweisen.⁴¹

³⁷ Aktionsplan 2016-2019 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, Bonn 2016, S. 1

³⁸ <https://www.akdae.de/AMTS/>

³⁹ Aktionsplan 2016-2019 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, Bonn 2016.

⁴⁰ https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Arzneimittelfaelschungen/RapidAlertSystem/Valsartan/_node.html.

⁴¹ Ebd..

Beispiel aus der Beratungspraxis

Der Ratsuchende berichtet, er wende seit Jahren ein Valsartan-Präparat an, welches nun von der Verunreinigung betroffen sein soll. Er hat große Angst vor einer möglichen Krebserkrankung in Folge dieser Verunreinigung und äußert Wut auf den Hersteller sowie auf die Gesundheitspolitik. Von der UPD erhofft er sich eine Bewertung des Krebsrisikos. Zudem fragt er nach Anlaufstellen für weitere Informationen und nach der Möglichkeit einer finanziellen Entschädigung bzw. von Sammelklagen.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Im Berichtszeitraum führten die UPD-Berater über 200 Beratungen zu verunreinigten Blutdrucksenkern durch. Bei dem Thema äußern viele Ratsuchende eine starke Verunsicherung und einen Vertrauensverlust gegenüber Ärzten, Apothekern, Herstellern sowie dem Gesundheitssystem allgemein. Sie wünschen sich mehr Transparenz und mehr Informationen zum Thema. Zusätzlich wird häufig von Verärgerung über die unklare rechtliche Situation, z. B. in Bezug gesprochen.

Bei Anfragen zum Thema Valsartan machen die Berater darauf aufmerksam, dass Ratsuchende Informationen zu betroffenen Arzneimitteln in einer Apotheke erhalten können. Außerdem können sie entsprechende Informationen stets über die Liste der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)⁴² im Internet abrufen. Aktuelle Hintergrundinformationen sind zudem auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)⁴³ nachlesbar.

Die Berater betonen regelmäßig, dass die laufenden Therapien nicht aufgrund von Unsicherheiten ohne ärztliche Rücksprache abgesetzt werden sollten und weisen auf die möglichen gesundheitsgefährdenden Folgen eines plötzlichen Absetzens hin. Die Ratsuchenden sollten stattdessen mit ihrem Apotheker sprechen und sich gegebenenfalls vom Hausarzt ein anderes Arzneimittel verschreiben lassen. Wenn dies gewünscht wird, weisen die Berater die Ratsuchenden auch auf alternative Arzneistoffe sowie nicht vom Rückruf betroffene Präparate hin.

Bei Fragen zur Rückerstattung gezahlter Zahlungen können sich Ratsuchende an die Krankenkassen wenden. In Bezug auf Fragen zu Ersatzansprüchen erteilen die Berater allgemeine Informationen zur Arzneimittelhaftung nach § 84 ff Arzneimittelgesetz (AMG). In diesem Zusammenhang werden die Ratsuchenden darauf hingewiesen, dass es für ein mögliches künftiges rechtliches Vorgehen sinnvoll und gegebenenfalls zur Beweissicherung notwendig ist, ein Gedächtnisprotokoll anzufertigen, zu den durchgeführten und noch folgenden Behandlungen eine Kopie der Patientenakte anzufordern und die Verpackungen aufzubewahren. Dadurch können gegebenenfalls in Zukunft eintretende Schäden dokumentiert und nachgewiesen werden. Musterfeststellungsklagen liegen bislang nicht vor.



⁴² <https://www.abda.de/themen/arzneimittelsicherheit/amk/>

⁴³ https://www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html

WEITERE THEMEN:

Was 2018 noch diskutiert wurde

Weitere Themen im Bereich Arzneimittel, denen vom pharmazeutischen Beraterteam eine besondere Bedeutung zugemessen wurde, waren unter anderem Nebenwirkungen durch Fluorchinolone, der Off-Label-Use von Avastin bei der Alters-

abhängigen Makuladegeneration (AMD) sowie die Umstellung von blutverdünnenden Medikamenten der alten Generation auf die der neuen Generation (neue orale Antikoagulanzen = NOAK).

A) Fluorchinolone

Fluorchinolone gehören zu den Breitbandantibiotika und werden gegen bakterielle Infektionen eingesetzt. Zu den in Deutschland zugelassenen Wirkstoffen gehören Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin und Ofloxacin.

Fluorchinolone können zu starken und langanhaltenden Nebenwirkungen führen. Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), der für die Neubewertung der Risiken von Fluorchinolonen beauftragt wurde, hat daher empfohlen, den Gebrauch von Antibiotika, welche diese Wirkstoffe enthalten und über den Mund eingenommen, injiziert oder inhaliert werden, einzuschränken.

In der Beratung hören die UPD-Mitarbeiter immer wieder von einer großen Unkenntnis seitens der Ärzte und Kliniken zu den Nebenwirkungen

von Fluorchinolonen. Aus den geschilderten Fällen schlussfolgern die Berater, dass die Verordnungseinschränkungen im medizinischen Alltag nicht ausreichend bekannt sind oder nicht konsequent eingehalten werden. Wenn neuropsychiatrische Störungen auftreten, die auch eine Folge der Medikamente sein können, werden die möglichen Zusammenhänge teilweise nicht erkannt, sodass es zu Fehldiagnosen kommen kann und die Betroffenen sich von ihren Ärzten nicht ernst genommen fühlen.

Ratsuchende berichten zum Teil von Beschwerden nach der Einnahme von Fluorchinolonen, die so stark sind, dass ihnen eine Teilnahme am öffentlichen Leben und die Ausübung ihres Berufs nicht mehr möglich sind. Sie fragen dann nach alternativen Therapiemöglichkeiten und äußern häufig, dass sie sich nicht ausreichend medizinisch versorgt fühlen.



B) Off-Label-Use von Avastin bei Altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

Avastin (Wirkstoff: Bevacizumab) ist ein monoklonaler Antikörper aus der Gruppe der Immunglobuline, der für die Behandlung verschiedener Krebserkrankungen zugelassen ist. Da mehrere Studien jedoch auch die Wirksamkeit von Bevacizumab bei der feuchten Form der AMD festgestellt haben, wird der Wirkstoff oft im sogenannten Off-Label-Use bei dieser Augenerkrankung verschrieben.

Patienten, die sich zu diesem Thema an die UPD wenden, sind häufig verunsichert, weil Avastin keine Zulassung für die Behandlung der AMD hat. Zudem befürchten sie, dass Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen vom teureren Präparat Lucentis (Wirkstoff: Ranibizumab) auf das günstigere Avastin umstellen. Ratsuchende äußern auch oft Sorge vor möglichen Komplikationen und fragen, wer in solchen Fällen juristisch verantwortlich wäre.

C) Umstellung auf neue orale Antikoagulanzen (NOAK)

In Deutschland erhalten Patienten als Schlaganfallprophylaxe seit Jahrzehnten den Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon zum Schutz vor Blutgerinnseln. Seit einigen Jahren stehen hier mit den sogenannten NOAK zusätzliche Alternativen zur Verfügung. Zu dieser Wirkstoffgruppe gehören Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban.

Ratsuchende befürchten häufig, dass das Risiko für gefährliche Blutungen durch die neuen blutverdünnenden Medikamente erhöht sein könnte und fragen nach dem Nutzen-Risiko-Verhältnis. Zudem äußern sie, dass ihnen der Sinn der Umstellung nicht klar ist, und fragen nach möglichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

FAZIT

Bei der Verbesserung der Patientensicherheit spielt die Arzneimitteltherapiesicherheit eine herausgehobene Rolle. Die pharmazeutische Beratung der UPD zeigt, dass bei vielen Patienten Unsicherheiten bezüglich der Medikation bestehen. Die Ratsuchenden klagen häufig über Unklarheit, wer der geeignete Ansprechpartner ist, um den oft komplexen Medikationsprozess zu koordinieren. Pharmaskandale wie der um die ver-

unreinigten Blutdrucksenker verunsichern Patienten zusätzlich und können zu einem Vertrauensverlust in die Pharmabranche und in das Gesundheitssystem als Ganzes führen. Die Ratsuchenden wünschen sich mehr Transparenz und Informationen sowie die Klärung der rechtlichen Situation in Hinblick auf mögliche Entschädigungen bei schweren Nebenwirkungen.



4.3. Medizinische Beratung

4.3.6. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Das Thema IGeL ist mit insgesamt 968 Beratungen sowohl in der rechtlichen als auch in der medizinischen Beratung der UPD häufig vertreten. Gegenüber dem Vorjahr lässt sich eine leichte Zunahme der Beratungen in diesem Themengebiet beobachten. In der Patientenberatung stellt sich das Thema hinsichtlich der Fragen der Ratsuchenden weitgehend unverändert dar und ist nach wie vor bei vielen Ratsuchenden mit einer großen Unsicherheit hinsichtlich des medizinischen Nutzens der angebotenen Leistungen verbunden. Besonders oft fragen Ratsuchende nach IGeL in der Augenheilkunde, der Orthopädie und der Dermatologie. Zudem werden weiterhin häufig rechtliche Fragestellungen zu bereits in Anspruch genommenen IGeL an das Rechtsberatungsteam der UPD herangetragen.

Die im Folgenden beschriebenen Problemstellungen spiegeln sich auch in der bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des IGeL-Reports 2018 wider.⁴⁴ Diesem Bericht zufolge werden IGeL in 80 Prozent der Fälle vom Arzt selbst angeboten und nicht vom Patienten angefragt.⁴⁵ Bei Betrachtung der tatsächlich durchgeführten IGeL werden sogar nur vier Prozent von den Versicherten angefragt. Viele Befragte geben an, dass das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt durch die Angebote belastet wird. Ein Drittel fühlt sich dem IGeL-Report zufolge regelrecht bedrängt, individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.⁴⁶ Allerdings fand der Report auch heraus, dass viele Patienten keine Probleme damit haben, angebotene IGeL auszuschlagen und danach weiterhin ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt haben.

Folgen von IGeL aus Patientensicht

Für Patienten ist es oft nicht einfach zu beurteilen, welche Leistungen wirklich relevant für ihre Gesundheit sind. Ratsuchende, die sich zu dem Thema an die UPD wenden, sind sich unsicher, ob sie eine IGeL annehmen sollen oder nicht und beklagen häufig die mangelnde oder sogar fehlende Aufklärung hinsichtlich des Nutzens und des Risikos der angebotenen Leistungen. Gibt es eine Aufklärung, erfolgt diese den Gesprächen zufolge nicht selten durch das Personal der ärztlichen Praxis anstelle durch den Arzt selbst.

Daraus kann eine Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses resultieren – im ungünstigsten Falle ist ein Vertrauensverlust die Folge.

Zudem berichten Ratsuchende, dass sie, wenn sie angebotene IGeL in einem Erstgespräch bei einem neuen Arzt ablehnen, von diesem nicht behandelt werden. Besonders im ländlichen Raum führt dies zu Problemen, weil es für die Patienten aufgrund der geringen Ärztedichte schwierig sein kann, einen anderen Arzt zu finden.

Ratsuchende äußern die Befürchtung, dass finanzielle Interessen die medizinischen Überlegungen des Arztes überwiegen könnten.

⁴⁴ IGeL-Report 2018

⁴⁵ Ebd., S. 2-3. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch der WIdO-Monitor 2019. Demzufolge werden IGeL in 74,7 Prozent der Fälle auf Initiative des Arztes angeboten, vgl. WIdOmonitor 2019, S. 1

⁴⁶ IGeL-Report 2018, Ebd., S. 8

Beispiel aus der Beratungspraxis

„Ich war beim Gastroenterologen und ich wurde schon im Wartezimmer auf einen Test auf Darmkrebs hingewiesen – am Tresen hieß es dann, dass der Test 45 Euro kostet und dass mir das doch meine Gesundheit wert sein sollte. Ich habe das dann gemacht, hatte aber eigentlich kein gutes Gefühl dabei. Wieso kostet denn die Darmkrebs-Vorsorge etwas und was ist das mit dem anderen Test, bei dem ich dann auch eine Stuhlprobe abgegeben habe?“

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Berater klären Ratsuchende zunächst darüber auf, was IGeL sind, und informieren über Nutzen, Schaden und Handlungsalternativen vor dem Hintergrund der verfügbaren wissenschaftlichen Daten. Sie beraten dabei neutral mit dem Ziel, die Ratsuchenden mit ausreichenden und verständlichen Informationen zu versorgen, um sie zu einer eigenen Entscheidung für oder gegen IGeL zu befähigen.

Insbesondere bei den IGeL, die als vermeintliche Früherkennungs-Tests angeboten werden, informieren die Berater über die Vor- und Nachteile solcher Untersuchungen. Dabei klären sie auch über mögliche Schäden durch falsch-positive oder falsch-negative Befunde sowie über Schäden durch Übertherapien auf. Die Berater machen die Ratsuchenden auch darauf aufmerksam, dass es manchmal Kassenleistungen gibt, die alternativ zu IGeL in Anspruch genommen werden können. Im obigen Beispiel konnte über den Stuhltest auf nicht-sichtbares Blut (iFOBT) im Rahmen der regulären und von den Krankenkassen bezahlten Darmkrebsfrüherkennung informiert

werden. Zudem wurde anhand der verfügbaren Informationen im IGeL-Monitor über den als IGeL erbrachten M2-PK-Test, dessen Vorteile in der Früherkennung von Darmkrebs unklar sind, aufgeklärt.⁴⁷

Aus rechtlicher Sicht informieren die Berater der UPD die Ratsuchenden darüber, dass Ärzte eine umfassende Aufklärungspflicht haben. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, über die Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung der Maßnahme aufzuklären sowie gegebenenfalls auf Alternativen hinzuweisen. Zudem besteht eine Pflicht zur Aufklärung über die zu erwartenden Behandlungskosten. Wenn IGeL von Vertragsärzten gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden, muss über diese Leistung sogar ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden. Sofern Ärzte diesen Pflichten nicht nachkommen, werden die Ratsuchenden regelmäßig auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der zuständigen Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung hingewiesen.

FAZIT

Insgesamt zeigt sich unverändert zum Vorjahr ein großer Informationsbedarf zum medizinischen Nutzen und den Risiken von IGeL. Vielen Patienten sind die existierenden Informationsplattformen wie beispiels-

weise der **IGeL-Monitor** oder die Website **www.gesundheitsinformation.de** nicht bekannt. Ein größerer Bekanntheitsgrad könnte die Entscheidungskompetenz der Patienten bezüglich der IGeL stärken.

⁴⁷ <https://www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/m2-pk-test-zur-frueherkennung-von-darmkrebs.html>

Literatur- und Webseitenverzeichnis

Aktionsplan 2016-2019 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland, Bonn 2016

Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK):
<https://www.abda.de/themen/arzneimittelsicherheit/amk/> (letzter Aufruf: 01.05.2019)

Auswärtiges Amt: Reisemedizinische Hinweise:
<https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reise-und-sicherheitshinweise/uebersicht-navi> (letzter Aufruf: 25.04.2019)

Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin: <https://www.bnitm.de/> (letzter Aufruf: 25.04.2019)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):
https://www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html (letzter Aufruf: 01.05.2019)

Bundesversicherungsamt, Rundschreiben vom 27. Juni 2018

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz: Informationsblatt 1, „Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen“, Berlin 2018

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Berlin 2015

Empfehlungen der Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts (RKI):
https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html (letzter Aufruf: 25.04.2019)

GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik KJ1

Gundling, F.; Parasiris, P.; Bunz, A.; Sohn, M.; Haller, B.; Schepp, W.; Mühling, T.: „Defizite in der Gesundheitskompetenz stationär behandelter Patienten – eine Querschnittstudie“, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2019

Hibbard, J; Greene, J: What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs, in: Health Affairs 2013

IGeL-Monitor, in Auftrag gegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS): www.igel-monitor.de (letzter Aufruf: 25.04.2019)

IGeL-Report 2018, eine Online-Befragung des Marktforschungsinstituts aserto im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen, in: Deutsches Ärzteblatt 2007

Rothgang, H; Müller, R.: Pflegereport 2018, hg. von: BARMER, Berlin 2018

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

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

Statistisches Bundesamt: Mikrozensus, Wiesbaden 2017

Unabhängige Patientenberatung Deutschland: Monitor Patientenberatung 2017, Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gem. § 65b SGB V, Berlin 2017

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

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

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

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

Weisse Liste, ein Projekt der Bertelsmann Stiftung: www.weisse-liste.de (letzter Aufruf: 25.04.2019)

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C.: „Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst“, in: GBE kompakt, hg. v. Robert Koch-Institut, Berlin 2015

WIdOmonitor 2019, hg. von: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 2019



Abkürzungsverzeichnis

AMD	Altersbedingte Makuladegeneration
AMG	Arzneimittelgesetz
AMK	Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use (Ausschuss für Humanarzneimittel)
DSGVO	Europäische Datenschutzgrundverordnung
ESBL	Extended-Spectrum-Betalaktamasen
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MRGN	multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien
MRSA	methicillinresistenter Staphylococcus aureus
PRAC	Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz)
PsychKHG BaWü	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Baden-Württemberg
NOAK	neue orale Antikoagulanzen
NDEA	N-Nitrosodiethylamin
NDMA	N-Nitrosodimethylamin
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB I	Erstes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)



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

Das Beratungsangebot der UPD: **Bürgernah, erreichbar und qualifiziert**

Telefonische Beratung

Beratung in deutscher Sprache:

Tel.: 0800 0117722

Zeiten: Montag bis Freitag von 8:00 bis 22:00 Uhr und Samstag von 8:00 bis 18:00 Uhr

Neben der deutschsprachigen Beratung bieten wir eine telefonische Patientenberatung in drei weiteren Sprachen an: Russisch, Türkisch und Arabisch.

Beratung in türkischer Sprache:

Tel.: 0800 0117723

Zeiten: Montag bis Samstag von 8:00 bis 18:00 Uhr

Beratung in russischer Sprache:

Tel.: 0800 0117724

Zeiten: Montag bis Samstag von 8:00 bis 18:00 Uhr

Beratung in arabischer Sprache:

Tel.: 0800 33221225

Zeiten: Dienstag 11:00 bis 13:00 Uhr und Donnerstag 17:00 bis 19:00 Uhr

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

Auf der Website finden sich auch die 30 festen Beratungsstellen sowie rund 100 Standorte in Deutschland, die regelmäßig von einem der drei UPD-Mobile angesteuert werden