

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

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Bürgernah, erreichbar und qualifiziert

Beratung in deutscher Sprache:

Tel.: 0800 011 77 22

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

Fremdsprachige Angebote:

Beratung Türkisch

Tel.: 0800 011 77 23

Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Russisch

Tel.: 0800 011 77 24

Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Arabisch

Tel.: 0800 332 212 25

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

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

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



Wie können wir Ihnen weiterhelfen?

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

Redaktion

Linda Jacobs

Weiterhin haben mitgewirkt

Ariane von Bielinski
Beate Sommerfeld
Desirée Wenzel
Heike Morris
Dr. med Johannes Schenkel
Katja Holletscheck
Lea Knaus
Miriam Mailahn
Nadezda Pampalova
Raquel Reng
Sascha Meier
Saskia Schloack
Stephan Longard
Svenja Schwob
Thomas Ganschow
Tomasz Tomczyk
Wolf Zirngast

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

Berichtszeitraum: 01.01.2016 - 31.12.2016

Inhaltsverzeichnis

Patientenorientierung

Staatssekretär Karl-Josef Laumann und Thorben Krumwiede im Gespräch.....07

1.0 Aufgabe und Entwicklung der Unabhängigen Patientenberatung

1.1 Der Auftrag der Unabhängigen Patientenberatung..... 11

1.2 Innovationen zum Vorteil von Patienten..... 13

1.3 Die Beratungsstellen der UPD..... 19

1.4 In ganz Deutschland präsent: Die neuen Beratungsmobile..... 21

1.5 Beratungen und Erreichbarkeit..... 22

1.6 Die UPD in der Öffentlichen Wahrnehmung..... 24

1.7 Die UPD auf einen Blick..... 26

2.0 Gut aufgestellt: Die Struktur der UPD

2.1 Medizin & Recht: Kompetenz auf allen Ebenen..... 29

2.2 Prozess-Steuerung und Dokumentation über alle Kanäle..... 31

2.3 Auf hohem Niveau: Das Qualitätsmanagement der UPD..... 35

3.0 Recht & Medizin: Themen im Spiegel der Patientenberatung

3.0.1 Ziele und Inhalte der Beratung..... 39

3.0.2 Seismograf im Gesundheitswesen: Interpretation der Beratungsdaten..... 40

3.0.3 Die Dokumentation der Beratung..... 41

3.0.4 Demografische Angaben zu den Ratsuchenden..... 46

3.0.5 Relevanz der Beratungsthemen..... 49

3.1 Schwerpunktthemen Recht

3.1.0 Schwerpunkte der Rechtsberatung..... 57

3.1.1 Krankengeld: Risiken für Versicherte..... 58

 a) Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen einer Lücke
 in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen..... 59

 b) Sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit..... 62

3.1.2 Medizinische Rehabilitation - oder:
Was heißt eigentlich ambulant oder stationär?..... 65

3.1.3 Pflege: Leistungen und Verfahren..... 68

 a) Besitzstandsschutz in Bezug auf den Eigenanteil
 an den Pflegekosten in der vollstationären Pflege..... 69

 b) Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen..... 70

3.1.4 Einsicht in die Krankenakte: Was Patienten wissen dürfen..... 73

3.1.5 Mitgliedschaft und Statusfragen: Die teure Selbstständigkeit..... 75

3.1.6 Behandlungsfehler: Besonderer Informationsbedarf..... 78

3.1.7 Patientenverfügung: Bestimmen, was im Ernstfall passiert..... 82

3.2 Schwerpunktthemen Medizin

3.2.0 Schwerpunkte der medizinischen Beratung..... 87

3.2.1 Strukturdatensuche: Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem..... 88

3.2.2 Arzneimitteltherapiesicherheit: Viele Medikamente, wenig Klarheit..... 91

3.2.3 Zahnheilkunde: Informationsdefizite können teuer werden..... 94

3.2.4 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Immer noch verwirrend..... 98

3.2.5 Themenschwerpunkte weiterer Fachgebiete..... 100

Anhang

Literaturverzeichnis.....102

Kontaktdaten

*Soweit nicht anders angegeben, stammen sämtliche Zahlen in diesem Bericht aus dem UPD-Dokumentationsreport.
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.*

“ DER PATIENTENMONITOR IST EINE DER WICHTIGSTEN
GESCHÄFTSGRUNDLAGEN FÜR MEINE ARBEIT!

Karl-Josef Laumann ”



| PATIENTENORIENTIERUNG

Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege sowie Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

STAATSEKRETÄR KARL-JOSEF LAUMANN UND THORBEN KRUMWIEDE IM GESPRÄCH

Wenn wir heute über Patientenorientierung sprechen, sollten wir erst einmal definieren, woran wir Patientenorientierung im Gesundheitswesen festmachen können.

Karl-Josef Laumann: Das lässt sich aus meiner Sicht sehr einfach klären. Die Leitfragen lauten: Ist das Gesundheitswesen so aufgestellt, dass Patienten wirklich im Mittelpunkt stehen? Und dann sollten wir fragen: Ist das Gesundheitswesen so aufgestellt, dass unterschiedliche Professionen im Interesse der Patienten zusammenarbeiten?

Und wie schneidet das Gesundheitssystem nach diesen Kriterien ab?

Karl-Josef Laumann: Als Patientenbeauftragter sehe ich strukturell gegenläufige Entwicklungen: In der Versorgung vor Ort gibt es gute Netzwerke der Zusammenarbeit von Pflegekräften, von niedergelassenen Ärzten und auch von Krankenhäusern. Vielen Funktionären des Gesundheitssystems in Berlin ist dagegen bedauerlicherweise dieses Denken oft sehr fern, weil jeder nur seine Interessenvertretung im Blick hat. Ein anderes Problem ist, dass man nach wie vor den Eindruck haben kann, dass zu viele Akteure im Gesundheitssystem immer noch keine Kultur entwickelt haben, konstruktiv mit Fehlern umzugehen. Das ist ein grundsätzliches Problem des Gesundheitssystems, denn ich glaube, dass der vertuschte Fehler der schlimmste ist. Warum? Weil man aus vertuschten Fehlern nicht lernen kann, damit sie nicht wieder passieren.

Warum hat sich Ihrer Auffassung nach im Gesundheitswesen so eine Kultur herausgebildet?

Karl-Josef Laumann: Weil sie über viele Jahre eingeübt worden ist. So etwas hält sich relativ lange. Ich erfahre das bei meiner Arbeit immer wieder: Transparenz ist längst nicht überall gewünscht. Wir haben im Patientenrechtegesetz verankert, dass man als Patient einen Anspruch auf Einsicht in seine Patientenakte hat. Das ist nur

recht und billig. Ich habe überhaupt kein Verständnis dafür, dass manche sich heute noch schwer damit tun, die Akte auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Denn die Wahrheit ist doch, dass Vertrauen nur auf der Basis von Transparenz wachsen kann und nicht auf Geheimnistuerei.

Wie lautet die Einschätzung des Geschäftsführers der Patientenberatung: Wie patientenorientiert ist das deutsche Gesundheitssystem?

Thorben Krumwiede: Einsicht in die Krankenakte wäre jedenfalls sicher nicht so ein relevantes Thema im Patientenmonitor, wenn Patientenorientierung überall selbstverständlich wäre. Zusammenfassend lässt sich aus der Beratungspraxis sagen, dass sich Ratsuchende von unserem komplexen System häufig überfordert oder schlecht informiert fühlen. Das kann man als Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient und zwischen Versichertem und Versicherung umschreiben. Außerdem lässt sich aus unserer Beratungspraxis auch ableiten, dass es oft Zufall ist oder als Zufall erlebt wird, ob ein Patient ein patientenorientiertes Gesundheitssystem erlebt. Es kommt entscheidend auf den jeweiligen Arzt und das jeweilige Krankenhaus an, auch die Krankenkasse spielt dabei eine Rolle.

Karl-Josef Laumann: Das ist wohl mitunter so, auch wenn ich erwähnen möchte, dass wir etwa in der Palliativversorgung oder beim Entlassmanagement und dem Übergang vom Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung heute insgesamt schon gute Strukturen geschaffen haben. Außerdem hat das Patientenrechtegesetz vor vier Jahren die Position der Patienten deutlich gestärkt. Aber ich stimme Ihnen zu: Selbst wenn uns Evaluationen bescheinigen, dass die Ärzte im Arzt-Patientengespräch in aller Regel das Patientenwohl im Blick haben, kann es immer wieder auch zu Interessenkonflikten kommen,

wenn ich etwa an das Verkaufen von IGeL-Leistungen denke. Auch deshalb ist es richtig und wichtig, dass es eine unabhängige Patientenberatung gibt, die von niemandem in diesem Land abhängig ist – weder von den Krankenkassen, noch von bestimmten Anbieterstrukturen des Gesundheitssystems.

Wie kann die UPD zu mehr Patientenorientierung im System beitragen? Und wie macht sich Patientenorientierung konkret in Aufbau, Struktur und Arbeitsweise der Patientenberatung bemerkbar?

Thorben Krumwiede: Patientenorientierung bezogen auf die UPD soll an erster Stelle über die direkte Beratung selbst zum Ausdruck kommen, indem wir Ratsuchenden weiterhelfen können. Das ist der erste Schritt zur Gesundheitsorientierung. Wir geben Informationen an die Hand, wir informieren, wir klären auf und wir zeigen Alternativen, die der Ratsuchende für sich nutzen kann. Das hilft individuell weiter und unsere Beratungszahlen zeigen, dass unser Angebot ankommt. Es ist schön, die Entwicklung zu sehen: Im Januar 2016 haben wir mit rund 5.500 Beratungen angefangen, und jetzt, im Frühjahr 2017, haben wir gerade die Marke von 15.000 Beratungen im Monat überschritten.

Wie zeigt sich Patientenorientierung in der Struktur der UPD?

Thorben Krumwiede: Patientenorientierung lässt sich meiner Meinung nach neben der bürgernahen Ausgestaltung und der guten Erreichbarkeit unseres Beratungsangebots an der Fachlichkeit der Beratung festmachen. Juristische Fachteams beraten bei uns zu Rechtsfragen, medizinische Fragen werden von medizinischem Fachpersonal und Ärzten

beantwortet. Über die zentrale Steuerung unserer Arbeit können wir in die Beratung vor Ort auch die Fachkompetenzen aus der Beratungszentrale mit rund 80 Fachberatern einbringen und Informationen im Netzwerk austauschen.

Erreichbar ist die UPD auf vielen Wegen. Aber der Löwenanteil der Beratungen entfällt auf die telefonische Beratung ...

Karl-Josef Laumann: ... weshalb die Frage der guten Erreichbarkeit des Beratungsangebots für die Patientenberatung von zentraler Bedeutung ist. Dass neun von zehn Deutschen bei diesem Beratungsweg das Telefon nutzen, hat mich nicht überrascht. Die Politik hat sich darüber hinaus auch gewünscht, dass es noch andere Beratungsformen gibt, also auch eine face-to-face-Beratung. Das war Bestandteil der Ausschreibung. Dass man das Angebot mit den drei Mobilen nochmals verstärkt hat, um in die Regionalität zu kommen, das ist alles lobenswert. Ich sage aber auch immer wieder: Man soll sich nichts vormachen. Wenn man 30 Beratungsstellen in Deutschland unterhält, dann ist das alleine keine flächendeckende Beratung. Die regionale Präsenz hat aber in jedem Fall einen großen Wert. Denn dadurch kann die UPD die regionalen Strukturen in ihre Beratungstätigkeit mit einbeziehen, sich vernetzen und auf bewährte Einrichtungen der Selbsthilfe verweisen.

Thorben Krumwiede: Neben der qualifizierten individuellen Beratung, ganz gleich auf welchem Wege sie den Ratsuchenden erreicht, sehe ich in der Seismografenfunktion der Patientenberatung den zweiten wichtigen Beitrag der UPD zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitssystem. Wir erleben, dass Patienten eine unterschiedliche Sicht auf das Gesundheitssystem haben.

Nicht wenige sind verzweifelt, viele wissen nicht weiter, manche wollen eine unabhängige ergänzende Einschätzung, ihre Rechte besser verstehen und einige haben auch sehr hohe, vielleicht manchmal überzogene Erwartungen an das System. Allen gemeinsam aber ist, dass sie uns auf Probleme aufmerksam machen, die wir systematisch erfassen und mit dem Patientenmonitor an das System zurückspiegeln können.

Karl-Josef Laumann: Dieser Teil der Aufgabe ist für uns Politiker immens wichtig. Die Patientenberatung kann durch ihre Arbeit sicherstellen, dass die Beschwerden, die Fragen des einzelnen Patienten im System nicht verloren gehen. Wo haben wir Strukturprobleme? Wo müssen wir wo-

möglich Gesetze verändern? Der Patientenmonitor hat eigentlich zwei Seiten: Er ist für den Patientenbeauftragten der Bundesregierung eine der wichtigsten Argumentationsgrundlagen, um auf Missstände im Gesundheitswesen hinzuweisen. Es gibt keine andere Instanz, die in unserem Gesundheitssystem auf so viel Rückkopplung in der Bürgerschaft beruht wie der Patientenmonitor. Insofern ist das eine zentrale Geschäftsgrundlage für mich. Aber ich glaube auch, dass die Arbeit zudem präventiv wirkt, etwa bezogen auf die Arbeit von Krankenkassen, weil die sich sagen: Über den Patientenmonitor kommt es am Ende ja doch heraus. Dann sollten wir uns besser von vornherein anders verhalten.

Das Gespräch moderierte Jann G. Ohlendorf

“ PATIENTENORIENTIERUNG LÄSST SICH MEINER MEINUNG NACH NEBEN DER BÜRGERNAHEN AUSGESTALTUNG UND DER GUTEN ERREICHBARKEIT UNSERES BERATUNGSANGEBOTS AN DER FACHLICHKEIT DER BERATUNG FESTMACHEN.

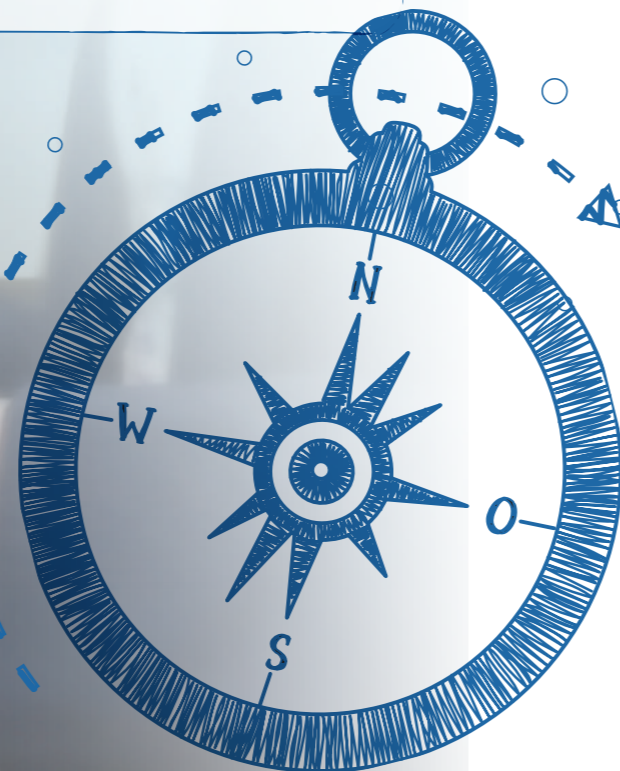
Thorben Krumwiede ”



AUFGABE UND ENTWICKLUNG DER UNABHÄNGIGEN PATIENTENBERATUNG

DIE PATIENTENBERATUNG

- Berät Bürgerinnen und Bürger zu gesundheitlichen und (sozial-) rechtlichen Fragen
- Begleitet Ratsuchende auf dem Weg Antworten, Ansprechpartner und Lösungen zu finden
- Bestärkt Patienten darin, für ihre Rechte einzutreten
- Befähigt Ratsuchende eigenständige und eigenverantwortliche Entscheidung hinsichtlich persönlicher Gesundheitsfragen zu treffen
- Begegnet Ratsuchenden und Interessierten auf allen Kanälen und in ihrer Nähe
- Bewegt (gesundheits-)politische Vertreter und andere Interessensgruppen, um im Sinne der Patienten das Gesundheitssystem zu verbessern



1.1 DER AUFTRAG DER UNABHÄNGIGEN PATIENTENBERATUNG

Deutschland verfügt über ein hochdifferenziertes und leistungsfähiges Gesundheitssystem und lässt sich das einiges kosten: Auf jeden Einwohner entfielen im Jahr 2015 rund 4.200 Euro; die Gesamtausgaben beliefen sich auf 344,2 Milliarden Euro.¹ Jeder neunte Euro des Bruttosozialprodukts wird in unserem Land für Gesundheitsausgaben aufgewendet.² Gesundheit ist ein Milliardenmarkt, ein wichtiger Beschäftigungssektor mit professioneller Interessenvertretung der Leistungserbringer² und der Kostenträger.³ Im Idealfall trifft das komplex ausgestaltete Gesundheitssystem auf den mündigen Patienten, der eine hohe Gesundheitskompetenz besitzt, auch komplexe gesundheitsbezogene Informationen schnell richtig einzuschätzen und, sollte es in einem von Patientenorientierung getragenen System zu individuellem Fehlverhalten kommen, seine Rechte und Ansprüche als Patient und Versicherter kennt und diese auch durchzusetzen weiß.⁴

Die langjährige Erfahrung der Unabhängigen Patientenberatung zeichnet jedoch kontinuierlich ein anderes Bild vom Patienten im deutschen Gesundheitssystem: Auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem stoßen Bürgerinnen und Bürger mit nicht immer großem Vorwissen demnach häufig auf chronischen Zeitmangel in den Medizinbetrieben. Beratung und Aufklärung kommen zu kurz und lassen die Bürger verunsichert zurück. Zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern lauern bürokratische Hürden, die als schwer überwindbar erscheinen. Zudem erleben Patienten und Versicherte nicht selten die Konsequenzen von Interessenkonflikten im System.

Kurzum:

- Patienten, die für ihre Gesundheit Verantwortung übernehmen und auf informierter Grundlage Entscheidungen über Therapien treffen sollen, fühlen sich im komplexen System überfordert.
- Patienten, welche die ihnen zustehenden Rechte einfordern, etwa die Einsicht in die Krankenakte, haben den Eindruck, allein gelassen oder mit Ausflüchten abgespeist zu werden.
- Versicherte, die die Entscheidungen ihrer Krankenversicherung nicht nachvollziehen können, fühlen sich im Stich gelassen.

GESUNDHEITSKOMPETENZ DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG

- 10 von 100 Deutschen haben eine inadäquate Gesundheitskompetenz
- 45 von 100 Deutschen haben eine problematische Gesundheitskompetenz
- 38 von 100 Deutschen haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz
- 7 von 100 Deutschen haben eine exzellente Gesundheitskompetenz

(Quelle: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_Deutschland.html)

¹ Quelle: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile

² Leistungserbringer werden im deutschen Gesundheitssystem alle Personengruppen genannt, die Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen erbringen, zum Beispiel Ärzte.

³ Zu den Kostenträgern des Gesundheitswesens zählen neben den gesetzlichen Krankenversicherungen und den privaten Krankenkassen zum Beispiel die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherung.

⁴ Quelle: Zur Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt vergl. Bericht Gesundheit in Deutschland 2015 (http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile)

Mit anderen Worten: Das hochkomplexe und zumeist hoch leistungsfähige, deutsche Gesundheitssystem erleben Patienten und Versicherte selten aus einer Position der Stärke.

Angesichts dieser Asymmetrie des Gesundheitssystems hat der Gesetzgeber nach der Jahrtausendwende das Instrument der Unabhängigen Patientenberatung geschaffen. Diese Einrichtung soll dazu beitragen, die Patientenorientierung im System zu stärken, indem sie Patienten und Versicherte, aber auch ihre Angehörigen dabei

unterstützt, sich im komplexen Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und ihre Ansprüche gegenüber den Leistungserbringern und Kostenträgern durchzusetzen. Gestartet mit einem Modellversuch und später überführt in einen Regelbetrieb mit klar definierter Förderphase war und ist es die wichtige Aufgabe der Patientenberatung, den Patienten und Versicherten mit Informationen und Beratung beizustehen sowie in der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Individuelle Beratung und systemische Rückmeldung: Die Doppelaufgabe der Patientenberatung

Konkretisiert im Paragraph 65 b Sozialgesetzbuch V (SGB V) umfasst der Gesetzauftrag der Unabhängigen Patientenberatung, ratsuchende Menschen kostenlos, unabhängig, neutral und evidenzbasiert in medizinischen Fragen sowie unter gesundheits- und sozialrechtlichen Aspekten zu beraten und in ihrer Entscheidungsfähigkeit zu persönlichen Gesundheitsfragen zu unterstützen. Und zwar unabhängig davon, ob sie gesetzlich, privat oder nicht versichert sind. Dabei hat die Unabhängige Patientenberatung nicht nur eine beratende Funktion, sondern begleitet die Menschen auf ihrem Weg, richtige Antworten, weiterführende Ansprechpartner und Lösungen für ihre individuellen Fragen und Probleme zu finden.

Neben der Beratung umfasst der gesetzliche Auftrag der Beratung der Patienten laut § 65b SGB V darüber hinaus auch die „Rückmeldung“. Das heißt, die Patientenberatung informiert Politik und Entscheidungsträger unter anderem mit ihrem jährlichen Bericht über Fehlentwicklungen und Problemfelder, die sich anhand der Patientenerfahrungen beziehungsweise der Beratungsdokumentation abzeichnen. Auf diese Weise hat die Patientenberatung eine Seismografenfunktion im Gesundheitswesen und ermöglicht es, die Situation der Patienten und Ratsuchenden auch ursächlich zu verbessern.

In diesem Sinne legt der vorliegende Bericht Rechenschaft ab über die Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung im Jahr 2016 unter neuer Trägerschaft der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH. Angetreten mit dem Ziel, eine gute Idee noch besser zu machen und die Beratungsleistung für die Ratsuchenden noch bürgernäher zu gestalten, knüpft sie mit einem neuen Team, neuer Technik, neuen Beratungsstrukturen, und auch mit deutlich mehr Fördermitteln an die gute Arbeit der bisherigen Unabhängigen Patientenberatung an.

OBERSTES GEBOT DER UPD: NEUTRAL, UNABHÄNGIG UND IMMER AUF DER SEITE DER PATIENTEN

Die UPD berät unabhängig und neutral, steht aber immer auf der Seite der Patienten und Ratsuchenden. Patienten oder ihre Angehörigen vertrauen auf umfassende evidenzbasierte Informationen, die weder von den Krankenkassen noch von Behörden, Industrie oder anderen Stellen beeinflusst sind. Dabei nehmen die Berater keinen direkten Einfluss auf die Ratsuchenden, sondern informieren sie und zeigen ihnen mögliche Lösungswege auf, sodass der einzelne die für sich richtige Entscheidung treffen kann.

Als Garant und für eine hohe Beratungsqualität und Neutralität steht der UPD ein wissenschaftlicher Beirat unter Vorsitz des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege zur Seite. Zudem wird die Arbeit der UPD fortlaufend durch ein externes wissenschaftliches Institut evaluiert.

1.2 INNOVATIONEN ZUM VORTEIL VON PATIENTEN

Nach einer intensiven Aufbauphase hat die UPD die Beratungsleistung im April 2016 in vollem Umfang aufgenommen und über das Berichtsjahr zum Vorteil der Patienten und Versicherten kontinuierlich ausgebaut.

Um die Beratungsleistungen für die Ratsuchenden noch besser zu gestalten, wurde die Patientenberatung im Sinne von drei übergeordneten Zielen gestaltet.

Die UPD wollte somit

- ❖ Mehr Bürgernähe und Raum für persönliche Beratung schaffen
- ❖ Noch besser für die Menschen erreichbar werden
- ❖ Durch breite Kompetenz eine jederzeit hohe Beratungsqualität gewährleisten

2016 konnte die UPD auf dem Weg zu einem Angebot, das die Menschen besonders einfach und unkompliziert nutzen können, nachhaltige Strukturen aufbauen, die sich in der Praxis bereits bewährt haben. Der Patientenberatung kommt dabei eine auf sieben Jahre verlängerte Förderphase ebenso zugute wie eine Ausweitung der Fördermittel. So werden der UPD vom GKV Spitzenverband seit 2016 jährlich neun Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Das entspricht Ausgaben von etwa elf Cent je Einwohner in Deutschland. Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat sich verpflichtet, einen jährlichen, zusätzlichen Betrag bereitzustellen, der sich 2016 auf 630.000 Euro belief. Die Mittel der PKV werden für das muttersprachliche Beratungsangebot der UPD für Ratsuchende mit Migrationshintergrund eingesetzt.

Qualifizierte Beratung: Die Kompetenzteams der UPD

Warum bezahlt meine Kasse nicht? Bin ich falsch behandelt worden? Welche Behandlungsalternativen gibt es für mich? Wer hilft bei der Pflege von Angehörigen? Um diese und viele andere Fragen der Ratsuchenden qualifiziert beantworten zu können, wurden 2016 zwei Spezialisten-Teams mit juristischer und medizinischer Kompetenz gebildet.

- Bei (sozial-)rechtlichen Fragestellungen beraten Mitarbeiter mit einer sozialversicherungsrechtlichen oder juristischen Fachausbildung. Zu ihnen zählen unter anderem Sozialversicherungs- und Rechtsanwaltsfachangestellte. Für spezifische rechtliche Fragestellungen stehen Volljuristen zur Verfügung.
- Bei gesundheitlich-medizinischen Fragestellungen beraten Mitarbeiter mit einer medizinischen Fachausbildung und Ärzte. Zu ihnen zählen zum Beispiel medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte, pharmazeutisch-technische Assistenten oder Pflegekräfte. Diese Fachteams werden von Ärzten und Apothekern geleitet. Für speziellere, gesundheitlich-medizinische Fragestellungen können verschiedene Fachärzte oder auch Psychologen und Apotheker hinzugezogen werden.

Grundsätzlich ist die Beratungsleistung aller Mitarbeiter gekennzeichnet von einer hohen Motivation, den Menschen helfen zu wollen. Die Berater nehmen sich Zeit, hören zu und beantworten Fragen auf der Grundlage von definierten Beratungsgrundsätzen, in einer Sprache, die Ratsuchende verstehen.

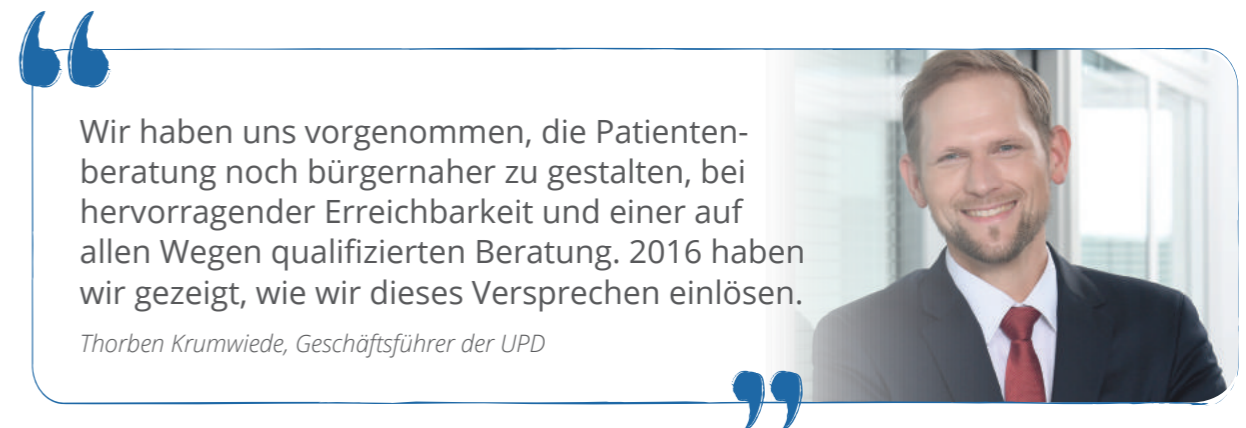
! 2016 WAREN IN DER SPITZE 101 MITARBEITER BEI DER UPD TÄTIG. DER FÜR 2016 GEPLANTE PERSONALAUFBAU WURDE ERFOLGREICH ABGESCHLOSSEN UND DIE VORGEGEHENE PERSONALSTÄRKE ERREICHT.

Vor Ort, telefonisch oder digital: Bedarfsgerechte Beratungsangebote

Telefonisch, per Post, via E-Mail, Social Media oder vor Ort – das Beratungsangebot der UPD ist auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Menschen eingerichtet. Informationen stellt sie darüber hinaus barrierefrei auf ihrer neugestalteten Website und auf Facebook zur Verfügung. Daneben wurde 2016 die UPD-App als neuer Beratungsweg für jüngere Zielgruppen eingerichtet (siehe Kap. 2.2).

Ergänzend zum Vor-Ort-Angebot in nunmehr 30 festen Beratungsstellen in ganz Deutschland setzen die drei UPD-Beratungsmobile (siehe auch Kap. 1.4) Maßstäbe. Seit Frühjahr 2016 fahren sie regelmäßig jedes Quartal 100 Städte an und tragen so die persönliche Beratung in die Fläche. Ergänzt durch die zusätzlichen festen Beratungsstellen hat die UPD somit ihr Versprechen zu mehr Bürgernähe eingelöst.

! INSGESAMT WAR DIE UPD 2016 DEUTSCHLANDWEIT IN 130 STÄDTEN ODER GEMEINDEN REGELMÄSSIG PRÄSENT.



Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der UPD

Die UPD Beratungszentrale: Kompetenzgarant auch für die Fläche

Durch moderne Technik und die Einrichtung einer Beratungszentrale ist es gelungen, den Ratsuchenden auf allen Beratungskanälen der UPD auch bei speziellen Problemen die gleiche hohe Beratungskompetenz zur Verfügung zu stellen.

Die Beratungszentrale in Berlin Britz ist das Herz der UPD. Von hier aus koordiniert sie die Beratung. So werden hier unter anderem die telefonischen Anfragen entgegengenommen und je nach Beratungswunsch gezielt an juristische oder medizin-

ische Berater übergeben (siehe auch Kap. 2.2). In laufenden Beratungen kann das Gespräch bei Bedarf zudem über die Zentrale an andere Fachberater übergeben werden. In den Vor-Ort-Beratungsstellen und in den UPD-Mobilen können diese auch per Videokonferenz zugeschaltet werden. So lassen sich komplexe oder spezielle Anliegen oft in einem einzigen Termin abschließend klären.

BEI TELEFONISCHEN ANFRAGEN LIEGT DIE QUOTE DER DIREKTEN UND FALLABSCHLIESSENDEN BERATUNG BEI 68 PROZENT. MIT DEN VERBLEIBENDEN 32 PROZENT DER RATSUCHENDEN WURDE EIN RÜCKRUFTERMIN DURCH EINEN DER BERATER DER UPD VEREINBART.

ALLE KANÄLE PROFITIEREN VON DER FACHKOMPETENZ DER BERATUNGSZENTRALE



Tamila Brinkema, Volljuristin der UPD, berät bereits seit vielen Jahren zu verschiedenen (sozial-) rechtlichen Gesundheitsfragen – und zwar vor Ort sowie in der Beratungszentrale.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Beratertätigkeit bei der UPD?

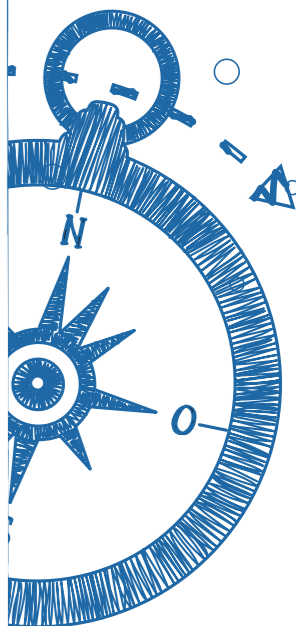
Die vielfältige Thematik rund um das Thema Gesundheit. Mir gefällt die Zusammenarbeit sowohl in unserem juristischen Team als auch mit den Kollegen aus dem medizinischen Bereich. Der gemeinsame Austausch bereichert uns gegenseitig und man lernt täglich dazu.

Mit welcher Auskunft konnten Sie einem Kunden schon einmal sehr helfen?

Es gab zahlreiche erfreuliche, positive Feedbacks der Ratsuchenden zu unterschiedlichen Hilfestellungen wie zum Beispiel zum Thema Krankengeld, Probleme mit den Ärzten oder Kliniken, Behandlungsfehler, aber auch Fehldiagnosen und vieles mehr. Viele Ratsuchende sind mit unserer Beratungsleistung sehr zufrieden und empfehlen uns im Familien- und Freundeskreis weiter. Wir freuen uns natürlich immer darüber, wenn wir mit unserer Beratung den Menschen weiterhelfen können.

Was ist besonders an der UPD?

Die UPD bietet eine sehr interessante Mischung aus persönlicher, telefonischer und schriftlicher Beratung. Zum einen profitieren davon die Ratsuchenden, zum anderen macht dies die Beratertätigkeit sehr abwechslungsreich. Mir macht es Freude, zu sehen, wie gut sich die UPD mit dem neuen Konzept entwickelt hat.



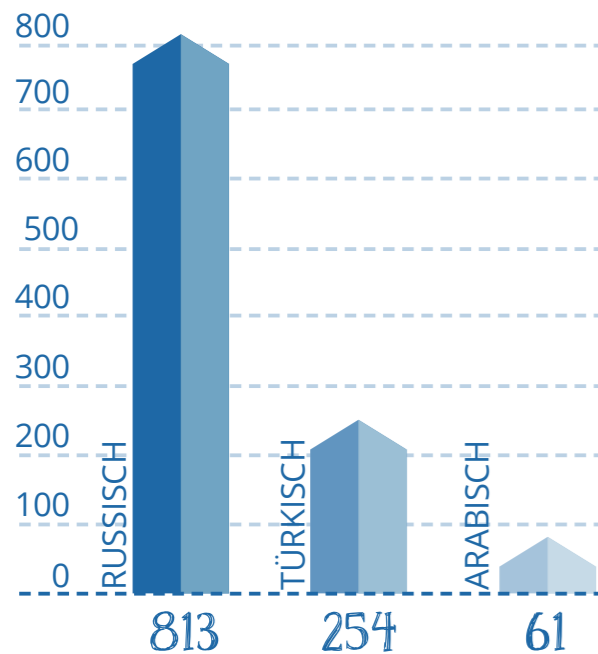
**Ausländische Mitbürger erreichen:
Die fremdsprachige Beratung der UPD**

Seit 2016 sind in der Beratungszentrale auch türkische, russische und – seit April 2016 – arabische Berater für die Menschen da. Um Sprachbarrieren bereits bei der Gesprächsannahme zu vermeiden, können die Berater über separate Rufnummern direkt angewählt werden. Durch zusätzliche Simultan-dolmetscher können Ratsuchende die Beratungsstrukturen der UPD in vollem Umfang nutzen.

Das türkische und russische Beratungsangebot besteht durchgängig von montags bis samstags, das arabische vorerst an zwei Tagen in der Woche. Englischsprachige Anrufer werden auf das deutsche beziehungsweise fremdsprachige Angebot verwiesen.

Das Online-Angebot ist auch auf Türkisch und Russisch verfügbar.

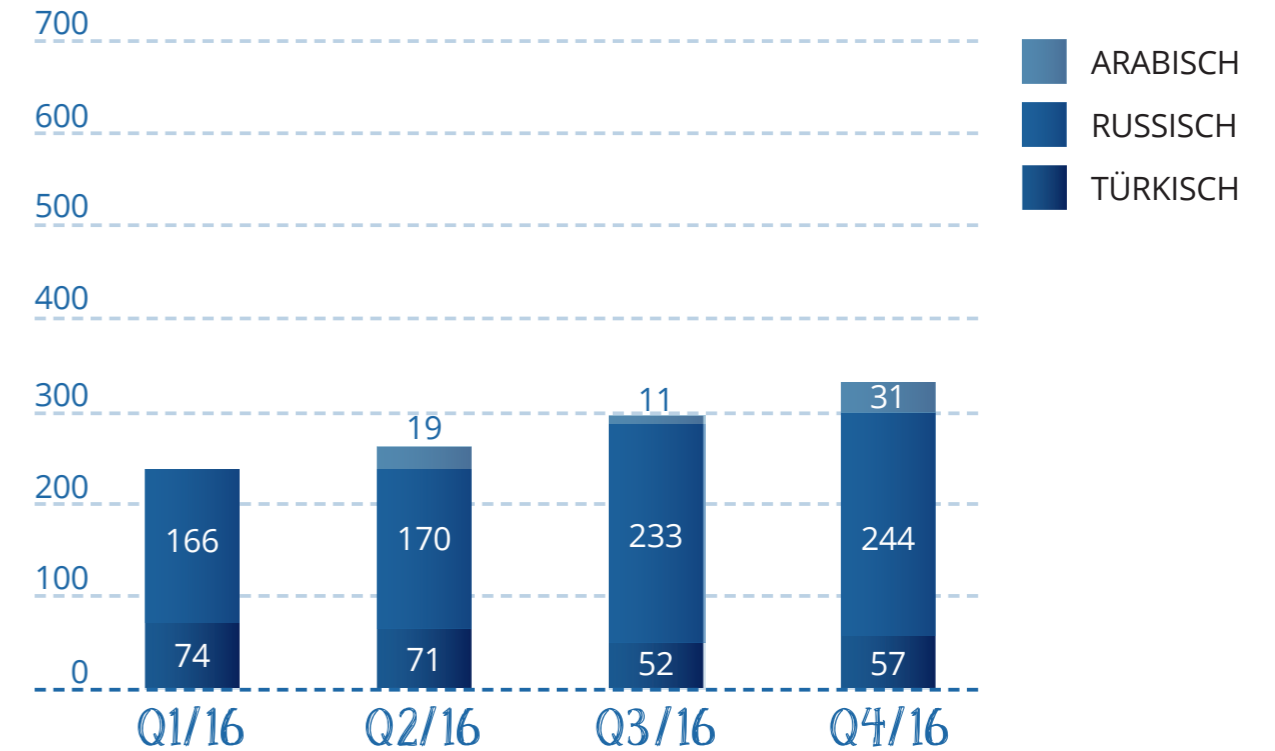
! BIS ZUM STICHTAG 31.12.2016 HABEN DIE BERATER DER UPD 813 RUSSISCHE, 254 TÜRKISCHE UND 61 ARABISCHE BERATUNGSGESPRÄCHE GEFÜHRT.



NUTZUNG DER FREMDSPRACHIGEN BERATUNG GESAMT

Die russische Beratung wird am häufigsten in Anspruch genommen, gefolgt von der Beratung in türkischer Sprache. Die arabische Beratung wird erst seit April 2016 angeboten.

NUTZUNG DER FREMDSPRACHIGEN BERATUNG NACH QUARTAL



N=1.128 (Die arabische Beratung wird erst seit April 2016 angeboten)

Über die Monate war 2016 ein konstanter Anstieg der fremdsprachigen Beratungen zu verzeichnen. Ausgewiesen werden hier zum einen die Beratungen, die über die fremdsprachigen Beratungskanäle angefragt wurden, zum anderen auch fremdsprachige Beratungen, die über den eigentlich deutschsprachigen Kanal geleistet wurden.

1.3 DIE BERATUNGSSTELLEN DER UPD

Das telefonische Beratungsangebot wird mit deutlichem Abstand am häufigsten in Anspruch genommen. 2016 wurden rund 90 Prozent aller abschließenden Beratungen telefonisch geleistet. Trotzdem spielt der Anteil der Vor-Ort-Beratung eine große Rolle.

Oft sind die Anliegen der Ratsuchenden lebensbestimmend und von Emotionen begleitet, sodass der persönliche Kontakt zum Berater – das Gesicht zur Stimme – hilft, die Sachverhalte vorzutragen und Vertrauen aufzubauen. Für viele Ratsuchende ist es zudem von Vorteil, relevante Unterlagen,

Kostenvoranschläge oder Patientenakten einfach mitbringen zu können, statt sie zu schicken oder zu mailen und vorher entsprechende Scans oder Kopien anfertigen zu müssen.

Vor Ort finden Ratsuchende jeden Alters eine hohe Beratungskompetenz. Wenn es um ein Thema geht, zu dem der Berater nicht beraten kann, wird per Videotelefonie der passende Spezialist aus der UPD-Beratungszentrale zugeschaltet.


2016 WURDE DIE ZAHL DER FESTEN BERATUNGSSTELLEN AUF 30 ERHÖHT. DIE 21 BISHERIGEN STANDORTE KONNTEN IN NEUEN RÄUMLICHKEITEN ERHALTEN WERDEN.

Extern oder Intern: Networking schafft Mehrwert

Um das Beratungsangebot in der Fläche für die Bürger besser nutzbar zu machen, wurde die Zahl der festen Beratungsstellen 2016 auf 30 erhöht. Somit tragen neun neue Standorte dazu bei, das Netz für die Vor-Ort-Beratung dichter zu knüpfen. Bei den 21 bisherigen Beratungsstellen blieben die geografischen Standorte erhalten, lediglich die Räumlichkeiten haben gewechselt. Zum Teil wurden die Standorte in Business-Centern eingerichtet. Daneben wurden eigene Räumlichkeiten angemietet oder abgeschlossene Einheiten in Selbsthilfeorganisationen oder Gesundheitsämtern eingerichtet – mit dem Vorteil der unmittelbaren Nähe zu den örtlichen, medizinischen Strukturen.

Unabhängig davon arbeiten UPD-Mitarbeiter ständig daran, die Beratungsstandorte mit regionalen und überregionalen Hilfsangeboten zu vernetzen. Insgesamt pflegt die UPD Kontakte zu rund 400 Selbsthilfeorganisationen und anderen Einrichtungen und Organisationen, die umgekehrt auch auf die UPD verweisen und einen wechselseitigen Informationsaustausch ermöglichen. Zudem sollen auf diese Weise unnötige Doppelstrukturen vermieden werden. In der Beratungsstelle Saarbrücken, wo die Räumlichkeiten von Anfang an, bei einer Selbsthilfeorganisation angemietet wurden, hat sich sehr schnell gezeigt, dass diese Netzwerke ausgezeichnet funktionieren.

“ Die persönliche Beratung erreicht die Bürger besonders gut und qualifiziert, wenn sie in die lokalen Gegebenheiten eingebunden ist. Deshalb liegt uns die Vernetzung der Standorte besonders am Herzen. “



Tomasz Tomczyk, Leiter Beratungsstandorte und Gesundheitsnetzwerke der UPD

1.4 IN GANZ DEUTSCHLAND PRÄSENT: DIE NEUEN BERATUNGSMOBILE

Wie wichtig die persönliche Vor-Ort-Beratung ist, zeigt auch das große Interesse an den neuen UPD-Beratungsmobilen. Seit dem Frühjahr 2016 sind die drei Fahrzeuge auf Tour und steuern jedes Quartal 100 Städte und Gemeinden an. Von Albstadt bis Zweibrücken wurden die Stationen strategisch so gewählt, dass auch die Menschen auf möglichst kurzen Wegen zur UPD finden, die keine feste Beratungsstelle in ihrer Nähe haben.

! INSGESAMT WURDEN IM BERICHTSJAHR 1.600 “MOBILE BERATUNGSGESPRÄCHE“ FALLABSCHLIESSEND GEFÜHRT.

Die Standorte der Beratungsmobile sind möglichst zentrale Plätze, zum Beispiel Marktplätze in den jeweiligen Städten. Die Mobile sind barrierefrei erreichbar und bieten die gleiche technische Ausrüstung wie die fest eingerichteten Beratungsstellen. So können auch hier bei speziellen medizinischen oder rechtlichen Fragestellungen die entsprechenden Experten aus der Beratungszentrale hinzugezogen werden. Und das kommt bei den Ratsuchenden sehr gut an.

Ähnlich wie bei den festen Standorten wird das Angebot oft von Menschen genutzt, denen es leichter fällt, ihre Anliegen und Unterlagen im direkten Kontakt zum Berater zu besprechen. Oft

werden Behandlungsmöglichkeiten, Fachärzte oder spezialisierte Kliniken gesucht. Daneben gibt es in den UPD-Mobilen viele sachbezogene Fragestellungen, zum Beispiel bei Schwierigkeiten mit den Krankenkassen oder Ärzten. Auch zahnmedizinische Behandlungen oder Zahnersatz und hier insbesondere die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind häufige Themen.

Unter dem Strich sind die Mobiltouren bereits nach einem Jahr zum festen Bestandteil der Beratung geworden und tragen wirksam dazu bei, die UPD bürgernah in die Fläche zu tragen. 2016 waren die Mobile jedes Quartal an jedem Standort tageweise präsent.



Eines der drei neuen Beratungsmobile der UPD. Jedes Quartal steuern sie deutschlandweit 100 Städte oder Gemeinden an und tragen das Beratungsangebot der UPD in die Fläche.



Durch den Ausbau der Vor-Ort-Beratungsstellen und der UPD-Mobile ist die Patientenberatung nah am Menschen. Die festen Beratungsstandorte sind mit Städtenamen angegeben. Die roten Punkte stehen für die Stationen der UPD-Mobile. (Fortlaufend aktualisierte Angaben zu den Stationen unter <https://www.patientenberatung.de/de/beratung/beratungsstellen-mobil>.)

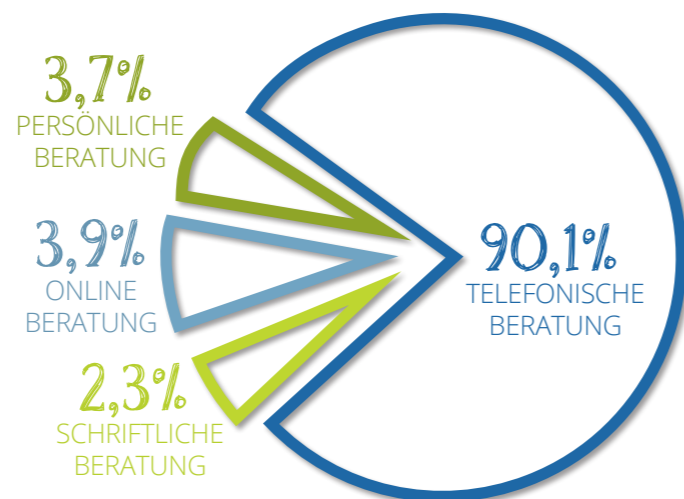
1.5 BERATUNGEN UND ERREICHBARKEIT

Trotz der unvermeidlichen Einschränkungen in den ersten Monaten der Aufbauphase wurden bis Juli 2016 rund 38.000 Beratungsgespräche abschließend geführt. Ab Juli stiegen die Zahlen kontinuierlich, sodass im zweiten Halbjahr bereits 56.000 Beratungen gezählt wurden.

Im Jahr 2016 hat die UPD mit nahezu durchgängig wachsenden, monatlichen Zahlen insgesamt 93.827 Mal fallabschließend beraten – verteilt auf alle angebotenen Beratungskanäle: telefonisch, persönlich in einer von 30 Vor-Ort-Beratungsstellen oder in einem von drei UPD-Beratungsmobilen, schriftlich per Brief, Fax, online über die UPD-App, über das neu eingerichtete Onlineportal oder per Webformular auf der Homepage der Patientenberatung. Das telefonische Beratungsangebot wurde hierbei mit Abstand am häufigsten gewählt.

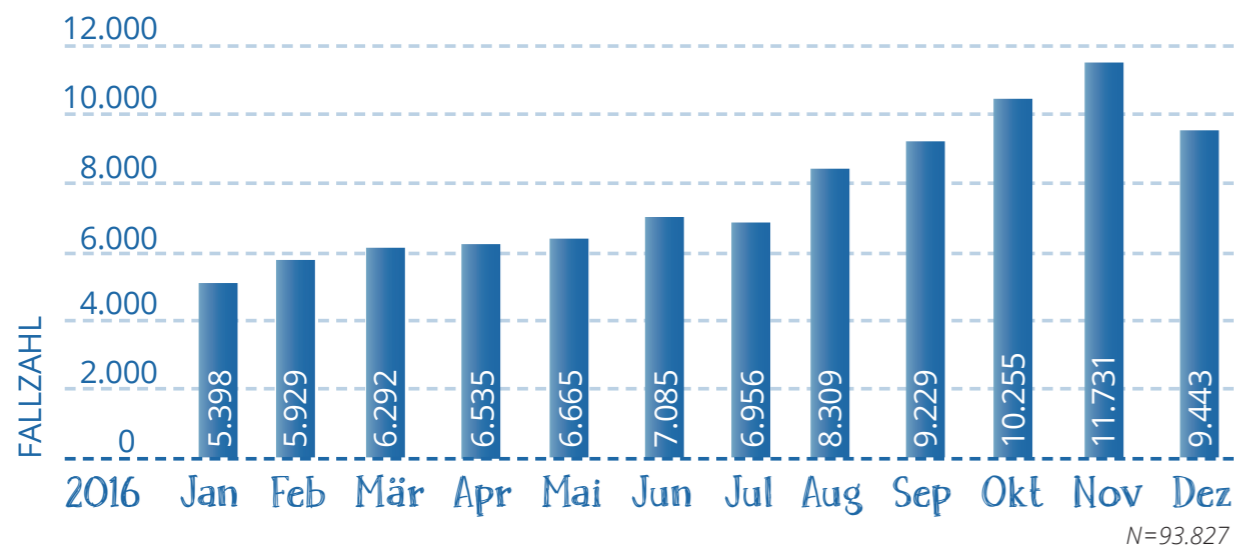
BERATUNGSKANÄLE

Das telefonische Beratungsangebot wird mit rund 90,1 Prozent von den Ratsuchenden am häufigsten genutzt, gefolgt von der Online-Beratung per Webformular oder Onlineportal, per Brief oder Fax mit 3,9 Prozent. Die persönliche Beratung in den Vor-Ort-Beratungsstellen oder in den UPD-Mobilen nutzten 3,7 Prozent, während 2,3 Prozent der Ratsuchenden schriftlich, per Brief oder Fax, anfragten.



N=93.827

STEIGERUNG DER BERATUNGSZAHLEN IM JAHRESVERLAUF



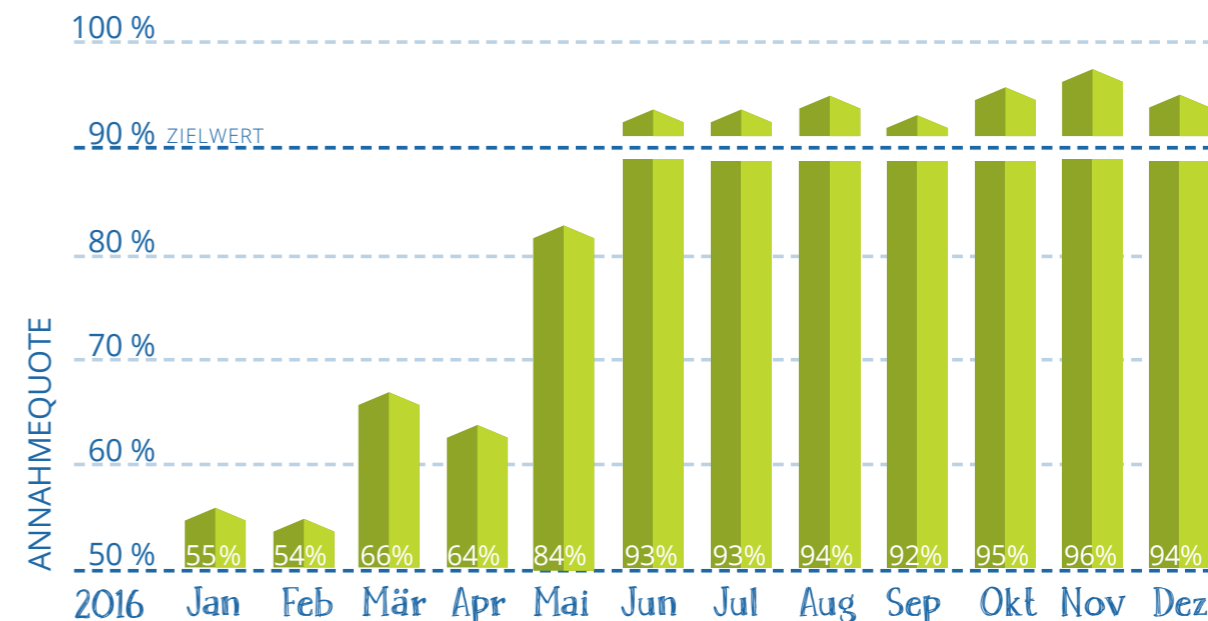
Die monatliche Entwicklung der Beratungszahlen 2016. Mit Ausnahme der Urlaubs- und Weihnachtszeit konnte durchgängig eine Zunahme an Beratungen verzeichnet werden.

Besser und länger erreichbar

Telefonisch war die UPD für die Ratsuchenden seit 2016 nicht nur länger, sondern vor allem auch besser erreichbar:

- So wurde das telefonische Beratungsangebot 2016 sowohl in den Abendstunden wie auch an Samstagen deutlich erweitert (montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr – kostenfrei aus allen Netzen). Zugleich konnte im Verlauf des ersten Halbjahres zuverlässig sichergestellt werden, dass die Anrufe der Ratsuchenden schnell durch einen Berater angenommen werden können.
- Waren in der letzten Förderperiode in Spitzenzeiten bis zu fünf Anwahlversuche erforderlich (siehe Abschlussbericht zur Förderphase 2011-2015 der unabhängigen Patientenberatung Deutschland, S. 40), um die UPD zu erreichen, genügten ab Mitte 2016 auch in Spitzenzeiten weniger als 1,1 Versuche. Das heißt, es konnten 2016 verlässlich 90 Prozent der eingehenden Anrufe direkt angenommen werden oder anders ausgedrückt: Mindestens neun von zehn Anrufern konnten direkt mit einem Berater der UPD sprechen.

ANNAHMEQUOTE



Ab Mitte 2016 hatte die UPD eine durchgängig hohe Annahmequote. Mehr als 90 Prozent der telefonischen Anfragen wurden direkt durch einen Berater der UPD angenommen.

! DIE UPD IST FÜR RATSUCHEDE TELEFONISCH INSGESAMT 80 STUNDEN IN DER WOCHE ERREICHBAR.

1.6 DIE UPD IN DER ÖFFENTLICHEN WAHRNEHMUNG


Mit ihrer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat die UPD 2016 ihren Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung erhöht und sich zugleich als zuverlässige Informationsquelle bei den Medien und Nachrichtenagenturen etabliert. In den Redaktionen ist die UPD als Fürsprecherin der über die Beratung dokumentierten Patienteninteressen nicht nur bei medizinischen Themen gefragt, sondern auch, wenn es um die Einschätzung struktureller Fragen des Gesundheitssystems geht.

Insgesamt hatte die UPD 2016 rund 5.500 Veröffentlichungen in den Medien, darunter 41 TV-, 167 Radio- und 1041 Online-Beiträge. Im Print-Bereich gab es 4.275 Beiträge in bundesweiten und lokalen Medien. Dabei haben die lokalen Medien insbesondere dazu beigetragen, das Vor-Ort-Beratungsangebot und die Touren der UPD-Beratungsmobile bekannter zu machen.

“

Mit Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erreicht die UPD die Menschen dort, wo sie sind – und das zunehmend über das Internet.

Jann Ohlendorf, Pressesprecher der UPD



”

Öffentlichkeitsarbeit im Internet

Die vollständig überarbeitete und barrierefrei gestaltete Internetpräsenz der UPD (www.patientenberatung.de) ist für Ratsuchende, Interessierte und Journalisten eine wichtige Informationsquelle. Neben der ausführlichen Vorstellung der UPD bietet sie breites Angebot an nutzerfreundlichen, laienverständlichen Informationen in den Themenbereichen Gesundheit, Recht, Leben und Alltag. Daneben verweist sie auf die weiteren Zugangskanäle zur UPD, sodass Ratsuchende auch über die Website den „Draht“ zur UPD finden. Von 20.744 Ratsuchenden, die hierzu Angaben machten, wurden 6.728 über die Website beziehungsweise über die Google-Suche auf die UPD aufmerksam.

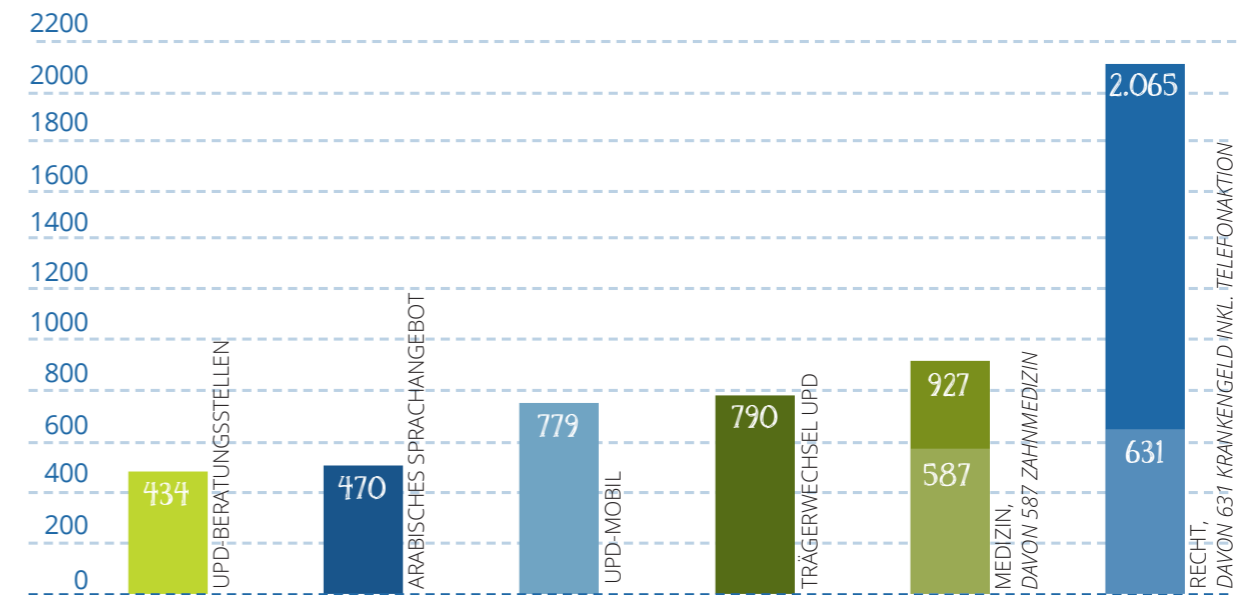
Zum Online-Angebot zählen auch Social-Media-Kanäle wie Facebook, Twitter und Vimeo. Über einen eigenen Blog stellt sich jeden Monat ein UPD-Berater persönlich vor, um damit auch für die Menschen sicht- und nahbar zu werden, die telefonisch oder online bei der UPD Rat suchen.

! DIE UPD HAT SICH ALS ZUVERLÄSSIGE INFORMATIONSQUELLE DER MEDIEN ETABLIERT.

Die Ergebnisse der Pressearbeit 2016

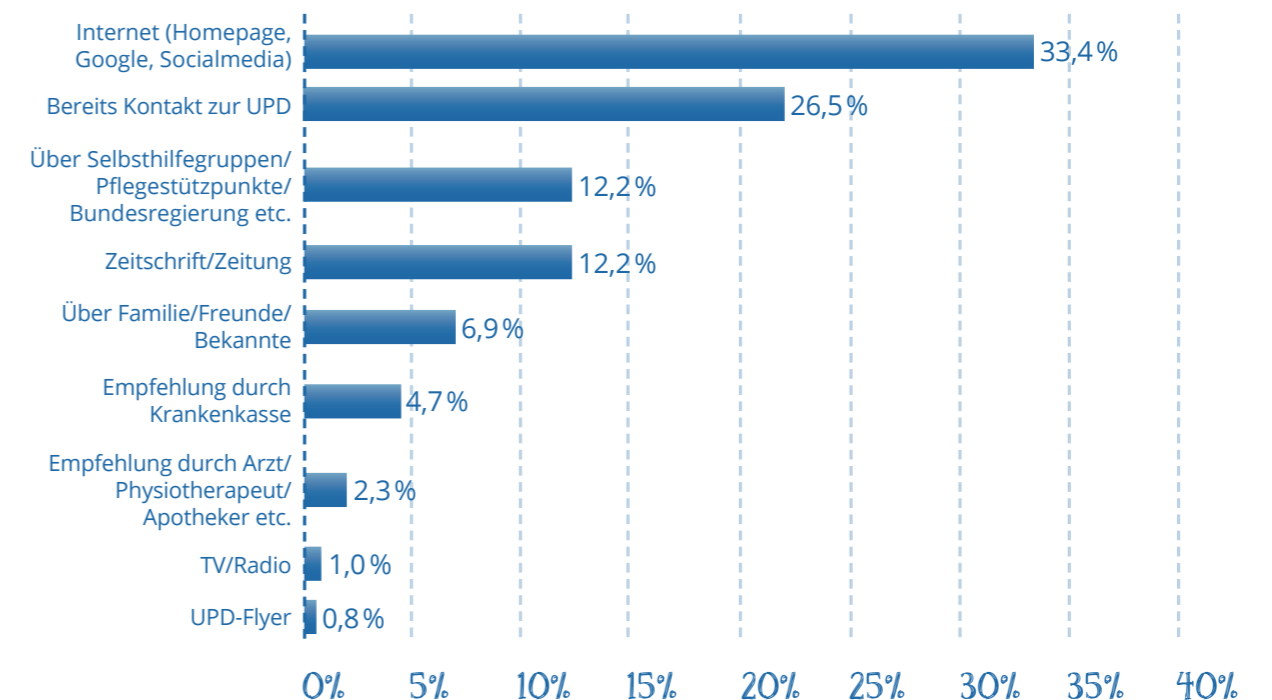
- **590** (Jan-Dez) Beantwortete Medienanfragen
- **5.529** Gesamtzahl Clippings, darunter:
 - 4.275** Veröffentlichungen Print
 - 1.041** Veröffentlichungen Online
 - 167** Radiobeitrag
 - 41** TV-Beiträge

THEMENSCHWERPUNKTE DER VERÖFFENTLICHUNGEN 2016



Die Themen Krankengeld und Zahnmedizin zählten bei den Veröffentlichungen der UPD zu den Top-Themen.

SO WURDEN RATSUCHENDE AUF DIE UPD AUFMERKSAM



N=20.744 (erst seit September 2016 erfasst)

Wie sind die Ratsuchenden auf die UPD gekommen? Seit September 2016 wird dies bei den Ratsuchenden nachgefragt. Die Angaben hierzu sind freiwillig. Einige Ratsuchende machten Mehrfachangaben. Es zeigte sich, dass die meisten Ratsuchenden über das Internet auf die UPD aufmerksam geworden. Dazu zählen die Homepage, Google und Social Media. 26,5 Prozent der Ratsuchenden hatten bereits Kontakt zur UPD und zwölf Prozent kommen über die Empfehlungen der Selbsthilfe, Pflegestützpunkte oder ähnliches zur UPD. Zeitschriften und Zeitungen machen auch zwölf Prozent aus. Auf Empfehlung von Familie oder Freunden kamen sieben Prozent der Ratsuchenden zur UPD. Weniger ausschlaggebend waren Empfehlungen der Krankenkassen oder Ärzte, Beiträge im TV oder Radio und der UPD-Flyer.

1.7 DIE UPD AUF EINEN BLICK

Im Jahr 2016 hat die UPD mit nahezu durchgängig wachsenden, monatlichen Zahlen insgesamt **93.827x** beraten.

Telefonisch ist die UPD für Ratsuchende an **80 Std.** in der Woche telefonisch erreichbar.

Um die UPD zu erreichen, genühten ab Mitte 2016 auch in Spitzenzeiten weniger als **1,1 Versuche.**

Die drei UPD-Mobile haben 2016 rund **650.000 km** zurückgelegt, dies entspricht ungefähr der Entfernung von der Erde zum Mond und zurück.

Mehr als **80%** der Anrufe wurden innerhalb von **20 Sekunden** angenommen.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr **1.600** „mobile Beratungsgespräche“ fallabschließend geführt.

Die neue UPD-App wurde 2016 insgesamt **451x** heruntergeladen.

Mit ihren Beratern ist die UPD regelmäßig in **130** Städten und Gemeinden präsent.

In 83.517 telefonischen Beratungen haben die Berater der UPD **1.670.340** Minuten mit den Ratsuchenden gesprochen.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr **71.436** Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitswesen dokumentiert.

27.236 Ratsuchende hat die UPD zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern beraten.

Der Akademikeranteil der Berater lag zum Ende des Berichtsjahres bei 41 Prozent, die Beratungserfahrung bei **93** Monaten je Berater.

Mit rund **400** Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen pflegt die UPD enge Kontakte.

2.597x war die UPD bei der Suche nach dem passenden Arzt, Krankenhaus oder anderen medizinischen Leistungserbringern behilflich.

GUT AUFGESTELLT: DIE STRUKTUR DER UPD

Unabhä
Patient
Deutsc

2.1 MEDIZIN & RECHT: KOMPETENZ AUF ALLEN EBENEN

Die Praxis hat gezeigt, dass die UPD mit den beiden Fachbereichen Medizin & (Sozial-) Recht dem breiten Themenspektrum der Ratsuchenden optimal gerecht werden kann.

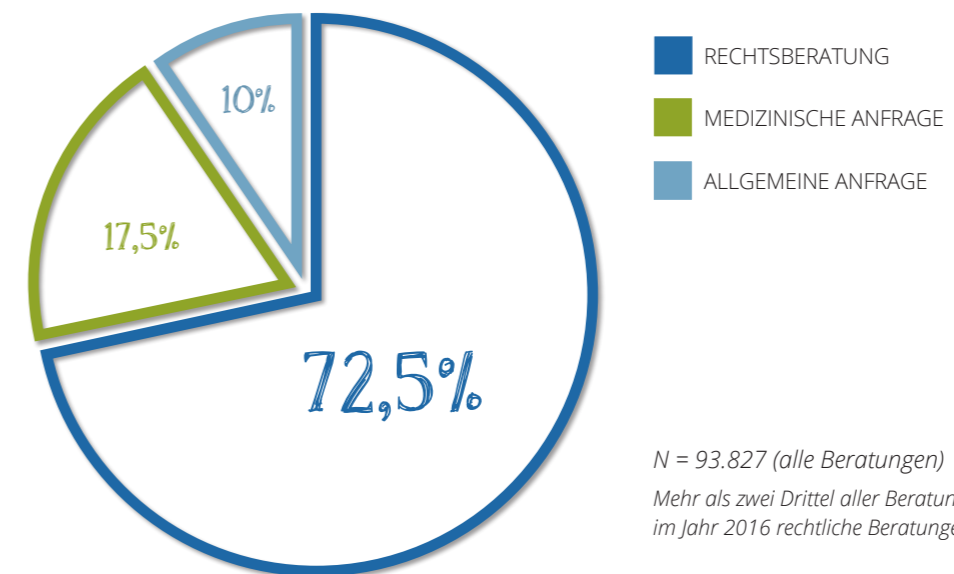
Die Mehrheit (73%) aller Beratungsanfragen ist (sozial-)rechtlicher Natur. Schwerpunktthemen der Ratsuchenden sind unter anderem Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse, Patientenrechte und Behandlungsfehler. Im Bereich Medizin zählt die Strukturdatensuche zu den Schwerpunktthemen der Beratung, gefolgt von Innere Medizin, Pharmakologie, Zahnheilkunde und Orthopädie. Die psychosoziale Beratung wird als Querschnittsaufgabe in beiden Bereichen – Recht und Medizin – geleistet. Zugeordnet ist sie dem Bereich Medizin.

Innerhalb der Fachbereiche wurden jeweils zwei Beratungsebenen geschaffen. Die erste Beratungsebene im (sozial-)rechtlichen Fachbereich

wird durch Mitarbeiter mit einer sozialversicherungsrechtlichen oder juristischen Fachausbildung abgedeckt (siehe auch Kap.1.2). Bei spezifischen rechtlichen Fragestellungen besteht die Möglichkeit, das Anliegen mit einem Volljuristen der zweiten Beratungsebene abzuklären. Für gesundheitlich-medizinische Fragestellungen werden in der ersten Beratungsebene Mitarbeiter mit einer medizinischen Fachausbildung eingesetzt. Speziellere gesundheitlich-medizinische Fragestellungen werden von einem Facharzt, Zahnarzt, Psychologen oder Apotheker beantwortet. Für weniger nachgefragte medizinische Fachgebiete greift die UPD auf externe ärztliche Mitarbeiter zurück.

In der Vor-Ort-Beratung können die Spezialisten aus dem jeweils anderen Fachbereich oder der nächsten Beratungsebene per Videotelefonie hinzugezogen werden.

BERATUNGEN NACH FACHGEBIET 2016



DIE PERSONALKAPAZITÄT ZUM ENDE DES BERICHTSJAHRES LAG BEI 101 MITARBEITERN MIT EINEM AKADEMIKERANTEIL VON 41 PROZENT UND EINER BERATUNGSERFAHRUNG VON 93 MONATEN JE BERATER.



AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Beratung in vernetzten Teams

Frau T. aus Cuxhaven sucht einen Kieferorthopäden für ihren Sohn und möchte sich außerdem hinsichtlich der Kostenübernahme für eine Zahnspange durch die Gesetzliche Krankenkasse informieren.

Ihr Anruf wird von Frau Müller in der ersten Beratungsebene Medizin entgegengenommen. Frau Müller nennt die Adressen von drei Kieferorthopäden im näheren Umkreis des Wohnortes von Frau T.

Die zweite Frage betrifft den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb wird der Anruf zur juristischen Fachabteilung, erste Beratungsebene, weitergeleitet. Herr Meier kann der Ratsuchenden zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Kieferorthopädischen Behandlungen weiterhelfen und teilt ihr die Voraussetzungen der Kostenübernahme mit.

Die Beratung hat etwa 20 Minuten gedauert. Frau T. fühlt sich für die kieferorthopädische Behandlung ihres Sohnes nun gut gewappnet.

2.2 PROZESS-STEUERUNG UND DOKUMENTATION ÜBER ALLE KANÄLE

Die Patientenberatung ist über viele Wege erreichbar. Oft ist es für Ratsuchende leichter, zum Telefon zu greifen oder einen Termin in einer der 130 Vor-Ort- und Mobil-Beratungsstellen zu vereinbaren. Daneben stehen den Ratsuchenden verschiedene andere Möglichkeiten offen, mit der UPD zu kommunizieren. So ist eine Beratung auch schriftlich – per Webformular, Fax oder per Post – möglich. Zudem bietet die UPD ein gesichertes Online-Portal an, worüber Patientenakten oder andere Dateien mit der Anfrage sicher übermittelt werden können. Auch können Patienten fotografierte Dokumente über die UPD-App übermitteln. Zudem verfügen die Internetseite der UPD und die UPD-App über

eine Rückruffunktion, das heißt, Ratsuchende können sich hierüber von einem Berater zu einem bestimmten Zeitpunkt anrufen lassen.

Um die Kontakte über die unterschiedlichen Kanäle erfassen, dokumentieren und den entsprechenden Beratern standortübergreifend zugänglich zu machen, wird ein spezielles IT-System zur Verwaltung der Anfragen eingesetzt. Jede Anfrage – ganz gleich wie sie die UPD erreicht – wird in diesem System erfasst und bekommt eine Identifikationsnummer. Auch die eingesandten Patientenunterlagen werden in diesem spezialisierten Software-System zentral verwaltet.

! DIE MEISTEN RATSUCHENDEN, RUND 90 PROZENT, WURDEN 2016 BEI DER UPD TELEFONISCH BERATEN.

Die neue UPD-App wurde 2016 insgesamt 451 Mal heruntergeladen. Sie bietet Nutzern umfangreiche Funktionen:

- Anzeigen der nächsten Beratungsstelle.
- Nach Anmeldung können Unterlagen mit dem Smartphone fotografiert und über einen gesicherten Weg an die UPD übermittelt werden.
- Terminvereinbarung für ein Gespräch mit einem Experten vor Ort oder telefonisch beziehungsweise direkte Kontaktaufnahme mit der UPD.
- Schneller Zugriff auf das Beratungsangebot in den verschiedensten Lebenssituationen.

Von der ID zur Falldokumentation

Über die Identifikationsnummer greifen alle Berater – egal, ob aus der Zentrale, aus der Vor-Ort-Beratungsstelle oder im Mobil – auf das IT-System beziehungsweise die Daten zu und legen eine Falldokumentation an. So werden nach einem vorgegeben Schema unter anderem die Art der Anfrage, der konkrete Themenbereich, die Frage oder der Sachverhalt sowie angebotene Antworten und Lösungen bis hin zum Fallabschluss dokumentiert.

Gleichzeitig ermöglicht das System den Beratern den Zugriff auf die Wissensdatenbanken der UPD (siehe Kap. 2.3) und unterstützt den Dialog mit den Ratsuchenden.

Datenschutz ist der UPD besonders wichtig, deshalb werden alle personenbezogenen Patientendaten, zum Beispiel Namen, Adresse oder Telefonnummer, nach beendeter Beratung automatisch

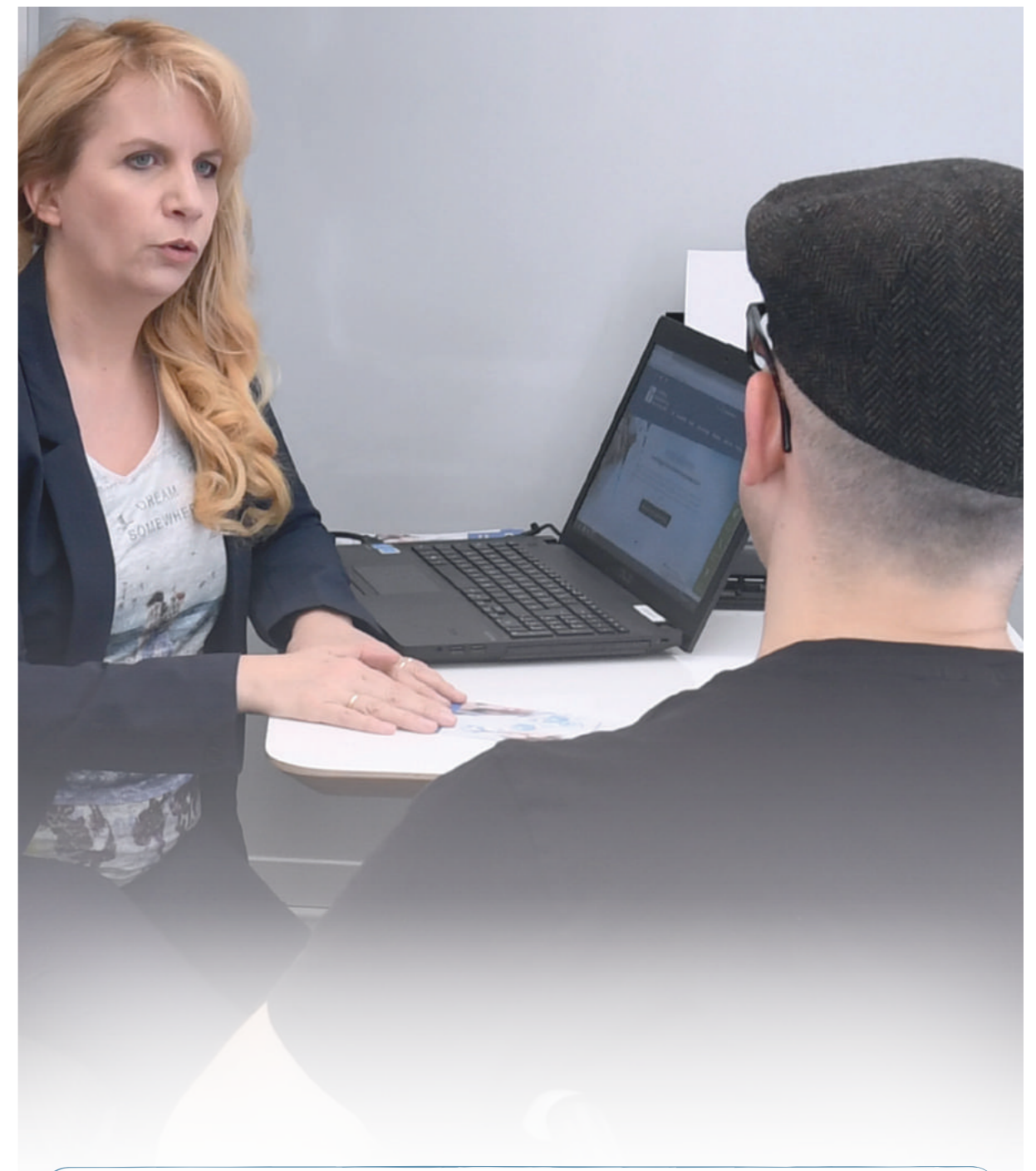
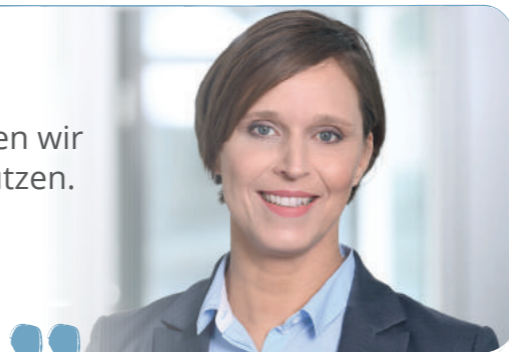
im System gelöscht. Somit gibt es keine namentliche Suchmöglichkeit im System. Bei erneutem Beratungswunsch zum gleichen Thema kann der besprochene Sachverhalt über die Fall-ID jedoch wieder aufgerufen werden. Zudem bietet die Identifikationsnummer die Möglichkeit einer vollständig anonymen Beratung (sofern dies gewünscht ist). Sollte ein Rückruf des Beraters geboten sein, wird bei Gesprächsbeginn als erstes die persönliche Fall-ID vom Berater abgefragt, um sicherzustellen, dass der richtige Ansprechpartner am Telefon ist und keine Daten unberechtigt an Dritte weitergegeben werden.

20.353 Ratsuchende haben sich im Jahr 2016 völlig anonym beraten lassen. Das heißt, es wurden keine Angabe zu Postleitzahl, Alter und Erwerbstatus gemacht.

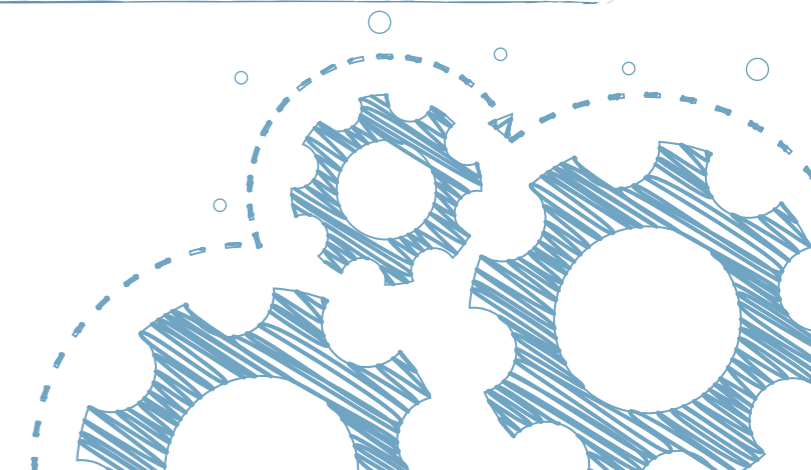


Mit unserem interdisziplinären Team können wir Ratsuchende optimal beraten und unterstützen.

Heike Morris, Juristische Leiterin der UPD



Eine hochspezifische Software-Lösung unterstützt die Berater im Dialog mit den Ratsuchenden. Nach einem festgelegten Schema wird jede Beratung umfassend dokumentiert.





Die verständliche und emphatische Kommunikation ist wichtiger Bestandteil der Mitarbeiterschulung. Dazu gehört auch das Herausarbeiten des individuellen Beratungsbedarfes.

2.3 AUF HOHEM NIVEAU: DAS QUALITÄTSMANAGEMENT DER UPD

Die UPD legt besonderen Wert darauf, den Ratsuchenden eine jederzeit hohe Beratungsqualität zu bieten. Um diese zu sichern, wurde seit dem Start 2016 ein internes Qualitätsmanagement eingeführt und aufgebaut. Die Maßnahmen zielen auf die Mitarbeiterauswahl und -qualifikation, das Wissensmanagement sowie ein professionelles Beschwerdemanagement.

Alle Maßnahmen unterliegen kontinuierlichen Verbesserungsprozessen, die dem klassischen Aufbau des Deming-Kreises (Plan-Do-Check-Act) folgen. Die Dokumentation des Qualitätsmanagements erfolgt in Berichten; erarbeitet und etabliert wird es in Team-Meetings und Qualitätszirkeln. An der für 2017 angestrebten Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015 und DIN EN 15838 wird gearbeitet.

Mitarbeiterauswahl und -qualifikation

Um die am besten geeigneten Mitarbeiter für die Patientenberatung auszuwählen, werden Bewerber für die Teams Recht und Medizin in der ersten Beratungsebene und die Vor-Ort-Beratung zu einem Assessmentcenter eingeladen und unter anderem in Bezug auf mehrere Situationen beziehungsweise verschiedene Kriterien bewertet und ausgewählt. Die Auswahl von Fachärzten und Volljuristen erfolgt durch Einzelgespräche. Neben der Fachexpertise wird dabei großer Wert auf Vorerfahrung in der Beratungstätigkeit gelegt. Bevor die neuen Mitarbeiter die Beratung bei der UPD aufnehmen, durchlaufen sie eine drei-

bis vierwöchige Einarbeitungsschulung in den Bereichen Kommunikation und hier insbesondere die verständliche, emphatische Kommunikation, Beratungs-Fachwissen sowie Beratungsprozesse und Dokumentation. Lernkontrollen sichern den Erfolg der Schulungen.

Nach der Eingangs-Schulung folgt ein kontinuierliches Fortbildungsprogramm, das neben Auffrischungen auch aktuelle Themen und die Vertiefung der Beratungsschwerpunkte sowie psycho-soziale Schulungen beinhaltet.

**2016 FANDEN INSGESAMT 40 ASSESSMENTCENTER STATT. AUSWAHL-
GESPRÄCHE WURDEN IM ERSTEN HALBJAHR EIN- BIS ZWEIMAL
WÖCHENTLICH, IM ZWEITEN HALBJAHR ALLE 14 TAGE GEFÜHRT.**

Wissensmanagement

Für bestmögliche Beratungsqualität müssen auch die Berater ihr Wissen auf den aktuellen Stand bringen. Hierzu wurden unterschiedliche Instrumente und Prozesse aufgebaut oder zur Verfügung gestellt. Informationsquellen beziehungsweise Datenbanken sind in die Beratungssoftware eingebunden und können während der Beratung aufgerufen werden.

Die Instrumente im Überblick:

- Eine Datenbank mit regelmäßig aktualisierten Daten (zum Beispiel zum Leistungsspektrum) unterschiedlicher Leistungserbringer im Gesundheitswesen.
- Der Online-Recherchekatalog Medizin mit einer Vielzahl unterschiedlicher Informationen zum medizinisch-gesundheitlichen Bereich.
- Das UPD-Wiki Medizin mit einem medizinischen Recherchekatalog und Patienteninformationstexten.
- Das UPD-Wiki Recht mit dem Recherchekatalog Recht sowie rechtlichen Fachtexten.
- Hinzu kommen zahlreiche externe Informationsquellen wie zum Beispiel Pschyrembel Online, Lauer-Fischer Web APO und SGB Intranet Plus, beck-online sowie diverse medizinische Fachzeitschriften.

Für die Kontrolle und Freigabe im Wissensmanagement der UPD gilt der verbindliche Grundsatz, dass sämtliche Quellen, die im Rahmen der Beratung genutzt werden, durch das juristische oder medizinische Qualitätsmanagement geprüft und für die Nutzung und Recherche freigegeben werden.



Als Arzt bin ich gewohnt, durch regelmäßige Weiterbildung auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Auch die UPD setzt bei Schulung und Qualitätsmanagement auf kontinuierliche Fortbildung.

Dr. med. Johannes Schenkel, Ärztlicher Leiter der UPD



Beschwerdemanagement

Seit Beginn 2016 verzeichnet die Patientenberatung eine ausgesprochen niedrige Beschwerdequote. Für die Bearbeitung von Beschwerden gibt es ein Beschwerdemanagement, das so ausgelegt ist, dass jede Beschwerde bearbeitet wird und Beschwerden anhand einer zielgerichteten Klassifizierung als Instrument der systematischen Qualitätsverbesserung genutzt werden können.

! 2016 WURDEN INSGESAMT 559 BESCHWERDEN DOKUMENTIERT; DIES ENTSpricht EINER BESCHWERDEQUOTE VON 0,58 PROZENT.

Qualitätssicherung

Mit Fokus auf die fachliche Beratungsqualität, Kommunikation und formale Anforderungen wurden 2016 verschiedene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität eingeführt.

Kommunikation:

- Side-by-Side-Monitoring: Hier erfolgt eine kontinuierliche Messung der vorgegebenen Beratungsstandards. Dazu werden Gespräche mithilfe standardisierter Bewertungsbogen bewertet.
- Side-by-Side-Coachings: Berater erhalten regelmäßig Feedback zum Gesprächsverlauf.
- Supervision

Fachliche Beratungsqualität:

- Recorded-Monitoring: Die Beratung wird stichprobenartig anhand von aufgezeichneten Gesprächen durch die juristische beziehungsweise die medizinische Leitung beurteilt.
- Case-Monitoring: Die fachliche und formale Beratungsqualität wird durch die medizinische und rechtliche Leitung anhand der Beratungsdokumentation geprüft.

RECHT & MEDIZIN: THEMEN IM SPIEGEL DER PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?



3.0.1 ZIELE UND INHALTE DER BERATUNG

Die Beratung der UPD soll Ratsuchende zu sachgerechten und informierten Entscheidungen befähigen; sie soll ihre Handlungs- und Bewältigungskompetenz stärken und sie zur Wahrnehmung ihrer Rechte ermutigen.

Im Vorfeld der Beratung steht die Auftragsklärung: Was konkret bewegt die Menschen, Kontakt zur UPD aufzunehmen? Was ist bisher passiert? Was ist das Ziel der Beratung? Im nächsten Schritt werden den Ratsuchenden die benötigten Informationen vermittelt und besprochen, welche Handlungsoptionen für sie bestehen. Eine erfolgreiche patientenorientierte Beratung trägt somit wesentlich dazu bei, dass Patienten in der Lage sind, mit Leistungserbringern und Kostenträgern in Dialog zu treten und unter Abwägung von Optionen die für sie individuell sinnvollsten Entscheidungen zu treffen (sog. Shared decision making oder partizipative Entscheidungsfindung). Durch die Verringerung von Informationsasymmetrien in Tausenden von Beratungsgesprächen beeinflusst die Patientenberatung die Qualität der individuellen Entscheidungsfindung positiv.

Die Beratung der UPD folgt professionellen Standards. Trotzdem werden Ablauf und Struktur jeder Beratung durch die persönliche Disposition des Ratsuchenden und die jeweilige Thematik beeinflusst. Für eine empathische Gesprächsführung, die Ratsuchende in Gesundheitsfragen

zu Recht erwarten, sind die Beraterinnen und Berater der UPD besonders geschult. Die psychosoziale Beratung wird bei der UPD als Querschnittsaufgabe angesehen, die – wenn sie im konkreten Fall ergänzend sinnvoll erscheint – von allen Beratern übernommen werden kann. Dieser Ansatz ist sinnvoll, da die UPD sehr häufig in Problemfeldern berät, die vom Ratsuchenden als stark belastend oder gar existenziell bedrohlich empfunden werden. Das Thema Krankengeld ist hierfür ein gutes Beispiel. Die Beratung zielt dabei auf eine Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, indem umsetzbare Handlungsoptionen aufgezeigt werden. Die Beratung dient also zur Selbststrukturierung und Organisation der Ratsuchenden.

Um die Zahl der ergänzenden psychosozialen Beratungen nachvollziehen zu können, werden diese seit Herbst 2016 separat ausgewiesen und dem Themenbereich Medizin zugeordnet, auch wenn sie inhaltlich in enger Verbindung mit dem jeweiligen Beratungsgegenstand stehen.

3.0.2 SEISMOGRAF IM GESUNDHEITSWESEN: INTERPRETATION DER BERATUNGSDATEN

Neben der Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen hat die UPD die gesetzliche Aufgabe, Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen (§ 65b Abs. 1 SGB V). Diesem Auftrag kommt die UPD im vorliegenden Patientenmonitor nach, indem sie eine deskriptive Analyse der strukturierten Beratungsdokumentation und der erfassten Problemlagen vorlegt. Die Beratungsschwerpunkte werden getrennt nach rechtlichen und medizinischen Themen in einzelnen Kapiteln beschrieben und im Kontext unseres Gesundheitssystems aus Sicht der Ratsuchenden diskutiert.

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

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

3.0.3 DIE DOKUMENTATION DER BERATUNG

Die Beratungsdokumentation stellt die systematische Erfassung der Beratungsdaten mithilfe einer spezialisierten Software sicher. Gemäß § 65b SGB V werden aus der Beratungstätigkeit der UPD und deren Dokumentation Hinweise auf mögliche Problemlagen im Gesundheitswesen gewonnen. Die UPD übernimmt daher eine wichtige „Seismografen“- und Rückmeldefunktion für Problemlagen im Gesundheitswesen. Im Rahmen des Patientenmonitors werden die Ergebnisse regelmäßig aufbereitet und veröffentlicht. Das Ziel ist es, möglichst zeitnah Hinweise auf Schwachstellen der Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Die Dokumentation der Beratungen dient überdies auch einer fortlaufenden Sicherung der Beratungsqualität. Neben den Problemlagen sind demografische und soziodemografische Angaben aus der Dokumentation ablesbar, zu welchen Themen (Allgemeine Anfrage/ Recht/ Medizin) beraten wurde, welche Akteure beteiligt waren und welche Beratungsleistung/en erbracht wurde/n. Auf die genannten Punkte der Dokumentation wird nachfolgend im Einzelnen eingegangen.

Eine Anfrage kann verschiedene Themen beinhalten. Wird innerhalb eines Gesprächs zu zwei Themen beraten (ob durch einen oder durch mehrere Berater), so wird jedes Thema in einem separaten Vorgang dokumentiert.

Die Konkretisierung von Anfragethemen, Akteuren und Beratungsleistung findet durch Auswahl aus Drop-Down-Listen, Buttons sowie durch die Freitextdokumentation statt.

Dokumentation der demografischen und soziodemografischen Angaben

Die demografischen und soziodemografischen Angaben der Ratsuchenden werden standardisiert zu jedem Beratungsvorgang dokumentiert. Um eine umfassende Anonymität der Beratung auf Wunsch der Ratsuchenden zu gewährleisten, sind diese Angaben jedoch freiwilliger Natur und keine Voraussetzung für eine Beratungsleistung.

Erfasst werden das Geschlecht der Ratsuchenden, das Alter in Altersgruppen, der Erwerbsstatus und die ersten drei Ziffern der Postleitzahl. Darüber hinaus wird über die Dokumentation ersichtlich, auf welchem Kanal die Anfrage ein-

gegangen ist und auf welchem Kanal die abschließende Beratung stattgefunden hat. Hier kann es demzufolge Abweichungen geben. Beispielsweise ruft ein Ratsuchender an, um einen Termin in der Vor-Ort-Beratung zu vereinbaren. Als Eingangskanal wird hier der Anruf erfasst, während die Vor-Ort-Beratung als Kanal der abschließenden Beratung dokumentiert wird. Außerdem wird die Sprache erfasst, in der die Beratung stattgefunden hat und wie die Ratsuchenden auf die UPD aufmerksam geworden sind.

Dokumentation des Akteurs

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

Ratsuchender, Kostenträger und Leistungserbringer sind die Akteure der Beratung. Der Ratsuchende selbst ist nur dann als Akteur anzugeben, wenn die Anfrage aus der persönlichen Situation des Ratsuchenden entstanden ist.

Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen

Ein Hinweis auf eine Problemlage liegt immer dann vor, wenn die Beraterin oder der Berater aufgrund des Anliegens des Ratsuchenden und des Beratungsinhalts zur Einschätzung gelangen, dass eine der unter Problemlagen beschriebenen Problemkonstellationen im Beratungskontakt vorliegt. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn eine beantragte Leistung unberechtigt verweigert wurde oder zum Beispiel über die Voraussetzungen für den möglichen Wechsel zu einer anderen GKV – Bindefrist und Kündigungsfrist – nicht vollständig informiert wurde (unvollständige Information). Entscheidend hierbei ist nicht, ob das

geschilderte Problem im Beratungsalltag häufig auftritt oder systematischen Charakter hat. Es ist ebenfalls nicht Voraussetzung, die Angaben des Ratsuchenden auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft zu haben beziehungsweise im Verlauf der Beratung einen „Beweis“ erhalten zu haben, dass ein Problem vorliegt. Es handelt sich also stets um eine Beurteilung des Beratenden nach „bestem Wissen und Gewissen“. Das bedeutet, dass die Dokumentation einer Problemlage nicht vollständig objektiv im streng wissenschaftlichen Sinne sein kann.

Die Erfassung von Hinweisen auf Problemlagen im Rahmen der UPD-Beratungsdokumentation soll an den aus Nutzerperspektive wesentlichen Phasen beziehungsweise Stationen im Prozess der gesundheitlichen Versorgung orientiert erfolgen und ist ein Pflichtfeld, das nach folgenden Punkten gegliedert wird:

- ❖ Informationen über gesundheitliche Versorgung
- ❖ Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
- ❖ Qualität der gesundheitlichen Versorgung
- ❖ Überversorgung
- ❖ Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung
- ❖ sonstige Problemlage
- ❖ keine Problemlage

Die einzelnen Punkte sind untergliedert, so zum Beispiel finden sich bisher bei „Informationen über gesundheitliche Versorgung“ die Unterpunkte „falsch“ und „unvollständig“.

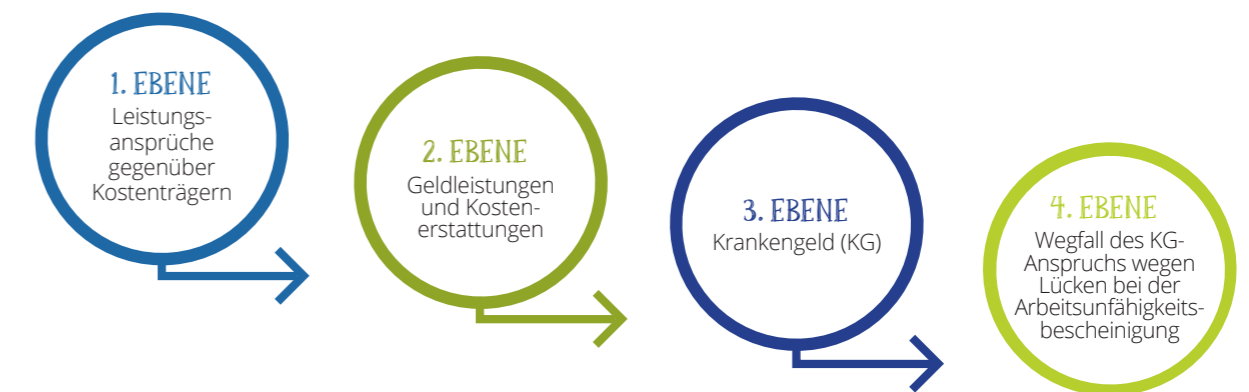
Dokumentationsebenen innerhalb der Beratungsbereiche

Jede Beratung wird zu Beginn der Dokumentation je nach Anliegen des Ratsuchenden entweder der rechtlichen Beratung oder – einschließlich der psychosozialen Beratungen – der medizinischen Beratung zugeordnet.

Dokumentation der rechtlichen Beratung

Handelt es sich um eine Beratung zu rechtlichen Themen, wird diese in bis zu fünf Ebenen dokumentiert. Die erste Ebene umfasst die übergeordneten rechtlichen Themenfelder, welche in den darauf folgenden Ebenen vertieft und präzisiert werden.

DIE DOKUMENTATIONSEBENEN EINER BEISPIELHAFTEN BERATUNG ZUM THEMA LEISTUNGSANSPRÜCHE GEGENÜBER KOSTENTRÄGERN



Die erste übergeordnete Ebene der rechtlichen Dokumentation beinhaltet folgende Themen, denen das vorgebrachte Anliegen der Ratsuchenden zu Beginn der Beratung zugeordnet wird.

- ❖ Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern
- ❖ Andere rechtliche Themen
- ❖ Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen
- ❖ Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherung
- ❖ Behandlungsfehler
- ❖ Vorsorgedokumente/Betreuungsrecht
- ❖ Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegen den Betroffenen und Zuzahlungen
- ❖ Sozialrecht allgemein
- ❖ Grundlegende, verfahrensrechtliche Fragen
- ❖ Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern
- ❖ Schnittstellenproblematik auf Seite der Leistungserbringer
- ❖ Schnittstellenproblematik auf Seite der Kostenträger
- ❖ Schwerbehinderung

Dokumentation der medizinischen Beratung

Die inhaltliche Dokumentation der medizinischen Beratung erfolgt in strukturierter Weise in der ersten Ebene über die Erfassung des Fachgebietes, in welches das Thema der Anfrage fällt. Themen werden in einer Ebene dokumentiert. Zu allererst muss das medizinische Fachgebiet, in welches das Thema der Anfrage fällt, ausgewählt werden. Die Erkrankung wird entweder per Vorauswahl oder (bei „Sonstiges“) per ICD-Code verschlüsselt. Zudem werden die geschilderten Symptome (Beschwerdebild) festgehalten. (Hier werden die vom Ratsuchenden geschilderten Beschwerden festgehalten, es wird nicht explizit die komplette Auswahl abgefragt)

Folgende Informationen sind als Grundanamnese festzuhalten:

1. Dauer der Beschwerden
2. Ist der Ratsuchende bereits in ärztlicher Behandlung?
3. Was wurde bisher unternommen (Diagnostik/Therapie)?
4. Gibt es weitere Erkrankungen oder werden Medikamente eingenommen?
5. Was ist die genaue Frage zu diesem Thema? (Was möchte der Ratsuchende dazu von uns wissen?)

Bei manchen Erkrankungen sind weitere Anamnesefragen unter einem weiteren Reiter abzufragen. Beispielsweise ist es beim grünen Star wichtig zu wissen, wie hoch der Augeninnendruck ist.



Anfragen zu Arzneimitteln sind als pharmazeutische Anfragen zu erfassen. Hierbei kann es sich entweder um eine rechtliche Anfrage oder um eine medizinische Anfrage handeln. Anfragen zu unterschiedlichen Anfragethemen sind in verschiedenen Fällen (Vorgängen) zu erfassen. Das Anfragethema wird durch Mehrfachauswahl genauer klassifiziert.

Rechtliche Anfrage

- Off-Label-Use
- Festbeträge
- Rabattverträge
- Aut idem
- Erstattungsfähigkeit
- Arzneimittel ohne Zuzahlung
- anderes

Medizinische Anfrage

- Wirkung und Nutzen von Arzneimitteln (inklusive klinische Studien)
- Nebenwirkungen von Arzneimitteln
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen (inklusive Arzneimitteltherapiesicherheit)
- Fragen zu Einnahme, Schwangerschaft & Stillzeit, Hilfsstoffe
- Nahrungsergänzungsmittel
- OTC/Freiverkäufliche Arzneimittel
- Off-Label-Use
- Aut idem

Für unsere Auswertung wird in einer weiteren Mehrfachauswahl angegeben, um welche Arzneimittelgruppe es geht.

Um den genauen Sachverhalt zu klären, sind die betreffenden Arzneimittel/Wirkstoffe zu dokumentieren und seit wann diese eingenommen werden.

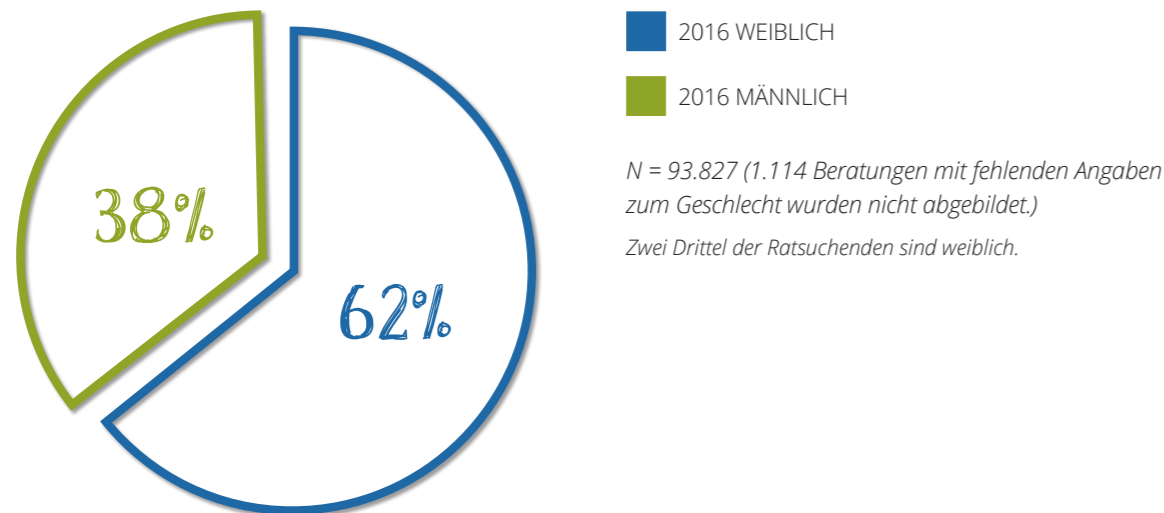
Dokumentation der psychosozialen Beratung

Die psychosoziale Beratung wird anhand von Drop-Down-Listen mit Informationen zu den Themen Krankheits/Lebensbewältigung, Probleme im sozialen Umfeld und wirtschaftliche und soziale Absicherung dokumentiert.

3.0.4 DEMOGRAFISCHE ANGABEN ZU DEN RATSUCHENDEN

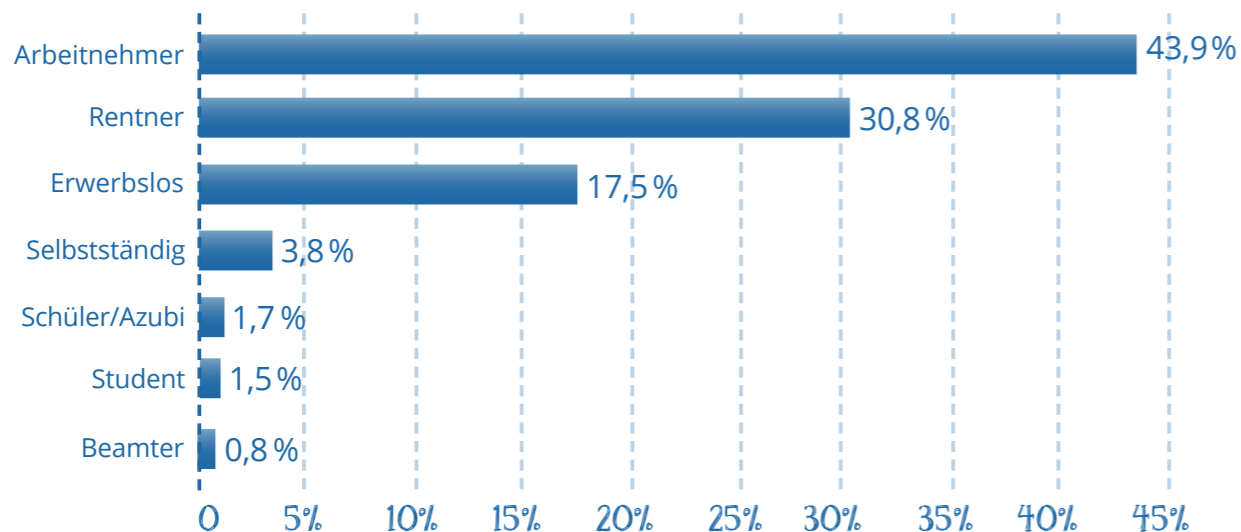
Geschlecht der Ratsuchenden

Die Ratsuchenden der Patientenberatung sind zu rund zwei Drittel weiblich. Das Beratungsangebot der UPD wird – wie in den vorangegangenen Berichtszeiträumen ebenfalls beobachtet – intensiver von Frauen genutzt. Dieser Unterschied kann als Hinweis auf ein geschlechterspezifisch unterschiedliches Gesundheits- und Präventionsverhalten⁵ interpretiert werden.



Erwerbsstatus der Ratsuchenden

In der Gesamtbetrachtung des Erwerbsstatus aller Ratsuchenden sind über 40 Prozent in einem Arbeitsverhältnis – jeder dritte Ratsuchende ist Rentner und 17,5 Prozent der Ratsuchenden sind erwerbslos. 3,8 Prozent der Ratsuchenden sind selbstständig; Schüler und Studenten sind mit 3,2 Prozent vertreten und Beamte mit lediglich 0,8 Prozent.

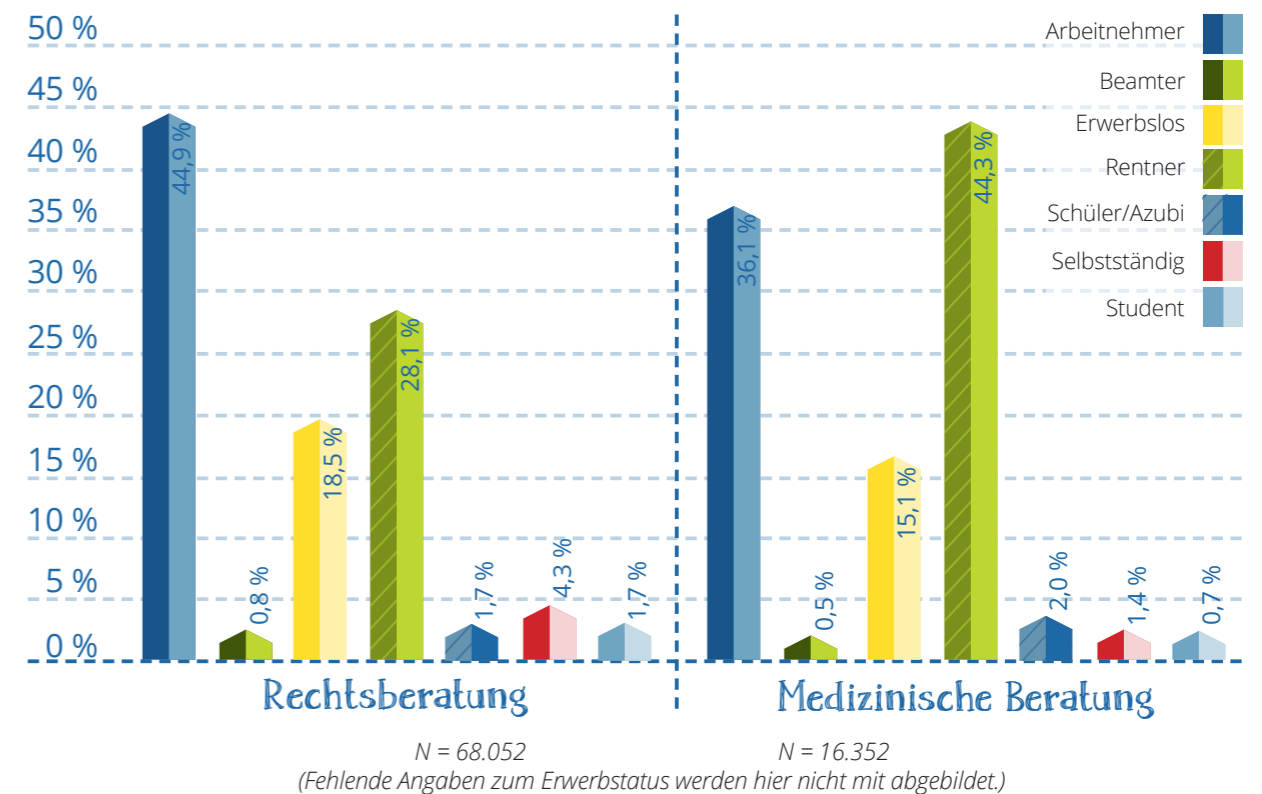


Arbeitnehmer und Rentner sind unter den Erwerbsstatus der Ratsuchenden am häufigsten vertreten.

⁵ Quelle: Ludwig, S; Dettmer, S; Peters, H; Kaczmarczyk, G: Geschlechterspezifische Medizin in der Lehre: Noch in den Kinderschuhen. Dtsch Arztebl 2016; 113(51-52)

Erwerbsstatus der Ratsuchenden nach medizinischen Anfragen und der Rechtsberatung

Bei getrennter Betrachtung des Erwerbsstatus nach Ratsuchenden in medizinischen und in rechtlichen Fachbereichen zeigt sich, dass die Rechtsberatung hauptsächlich von aktiv am Arbeitsleben teilhabenden Personen genutzt wird, während die medizinische Beratung besonders häufig von Ratsuchenden, die sich im Rentenstatus befinden, in Anspruch genommen wird. In dieser Beobachtung spiegeln die Beratungsschwerpunkte die altersbezogenen, persönlichen Problemfelder der Ratsuchenden: Während im Erwerbsalter finanziell relevante Themen wie beispielsweise der Krankengeldbezug häufiger Beratungen bei der UPD auslösen als gesundheitliche Fragestellungen, kehrt sich dieses Verhältnis im Rentenalter um.



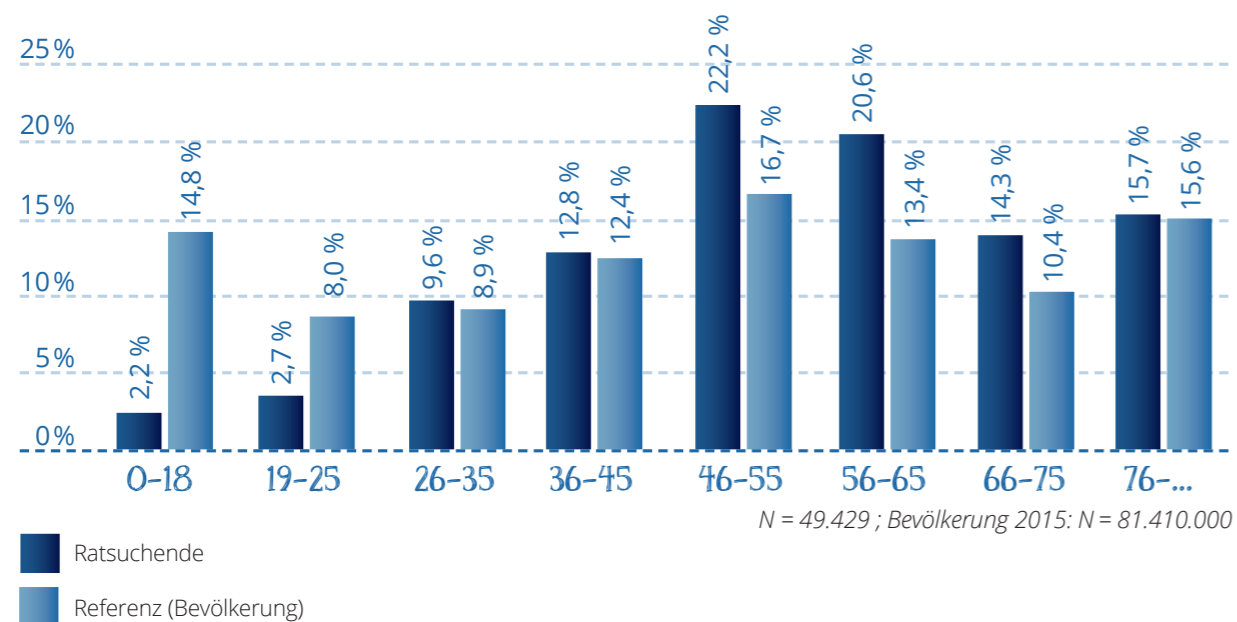
In der medizinischen Beratung machen die Rentner die größte Gruppe aus, wohingegen in der rechtlichen Beratung der Anteil der Arbeitnehmer dominiert.

Altersverteilung der Ratsuchenden im Vergleich zur gesamten Bevölkerung in Deutschland

Die Altersgruppe der Jüngeren (26-35 und 36-45) wird vom Beratungsangebot der UPD, wie der Vergleich mit der Altersverteilung der Gesamtbevölkerung zeigt (siehe Diagramm S. 48, oben), gut erreicht. Thematisch interessiert sich diese Altersgruppe vor allem für Fragen zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung; auch das Thema „Wechsel zwischen den Kassen“ wird in der Beratungsdokumentation für diese Gruppe häufig ausgewiesen. Jüngere Bevölkerungsgruppen (0-18 und 19-25) nehmen das Beratungsangebot seltener in Anspruch. Die intensivste Nutzergruppe der Patientenberatung kommt aus dem Alterssegment der 46- bis 75-jährigen. Beachtenswert ist auch der Anteil der Altersgruppe 75+ der Ratsuchenden, der exakt dem Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung entspricht. Dem zu vermutenden höheren Beratungsbedarf in dieser Altersgruppe steht möglicherweise eine nachlassende Befähigung zur Nutzung des Beratungsangebots entgegen. Angesichts des Zusammenhangs zwischen zunehmendem Alter und

Themen im Spiegel der Patientenberatung

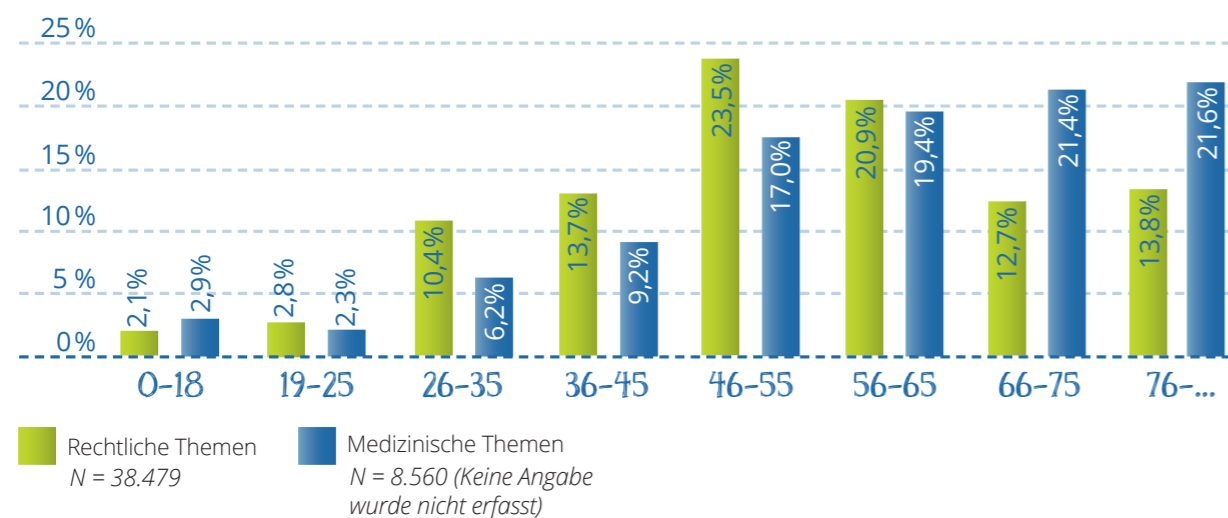
geringerer Gesundheitskompetenz ist in diesem Zusammenhang zu prüfen, wie ältere Bevölkerungsschichten noch besser durch gesundheitliche und sozialrechtliche Beratungsangebote erreicht werden können.



Die meisten Ratsuchenden sind zwischen 46 und 75 Jahre alt. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung⁶ werden auch die 25- bis 45-Jährigen gut erreicht.

Altersverteilung der Ratsuchenden bei rechtlichen und medizinischen Themen

Die Altersgruppen der zwischen 46- und 65-Jährigen sind diejenigen mit dem größten Beratungsbedarf zu rechtlichen Themen. Medizinische Themen werden mit zunehmendem Alter immer wichtiger. Rund 21 Prozent der Anfragen kamen jeweils aus der Gruppe der 66- bis 75-Jährigen sowie aus der Gruppe der über 75-Jährigen.



Bei der Aufteilung der Altersverteilung zwischen medizinischer und rechtlicher Beratung fällt auf, dass in der medizinischen Beratung der Altersdurchschnitt höher ist als in der rechtlichen Beratung.

⁶ Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1351/umfrage/altersstruktur-der-bevoelkerung-deutschlands>

3.0.5 RELEVANZ DER BERATUNGSTHEMEN

Dokumentierte Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitswesen

Insgesamt wurden im Jahr 2016 71.436 Hinweise auf Problemlagen im Gesundheitswesen dokumentiert. Bei 76 Prozent der Beratungen lag demnach aus Beratersicht eine Problemlage vor. Die am häufigsten dokumentierten Hinweise auf Problemlagen bezogen sich auf eine unzureichende Information und Beratung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems. In 29.754 Fällen kamen die Beraterinnen und Berater zu der Einschätzung, die Ratsuchenden seien falsch oder unvollständig informiert und beraten worden. Diese Problemlage macht über 50 Prozent der dokumentierten Problemlagen aus. 5.970 Mal wurden Hinweise auf Problemlagen im Bereich der Qualität erbrachter beziehungsweise durchgeführter Leistungen erfasst. Bei den Zugangsbarrieren notwendiger Versorgungsangebote ging es in insgesamt 2.182 Fällen um die Ablehnung von Leistungen durch Kostenträger und Leistungserbringer. Bei den Kostenträgern konzentrierten sich die dokumentierten Hinweise auf Problemlagen in den Leistungsbereichen Krankengeld und stationäre Rehabilitation. Weitere Zugangsbarrieren stellen gravierende Wartezeiten mit 548 dokumentierten Hinweisen und finanzielle Überforderung bei der Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes in 2.127 Fällen dar. Tabelle 1 liefert eine differenzierte Übersicht der am häufigsten dokumentierten Hinweise auf Problemlagen aus Beratersicht.

RANG	DOKUMENTIERTE HINWEISE AUF PROBLEMLAGEN	ANZAHL KONTAKTE MIT HINWEIS AUF PROBLEMLAGE	ANTEIL AN ALLEN KONTAKTEN MIT HINWEIS AUF PROBLEMLAGE
1.	Aus der Beratung geht hervor, dass der Ratsuchende unvollständig informiert wurde	28.838	40,4%
2.	Aus der Beratung ergeben sich Anhaltspunkte für mögliche Defizite bei den Versorgungsergebnissen	3.262	4,6%
3.	Es ergeben sich Anhaltspunkte aus der Beratung, dass mögliche Mängel in der Durchführung einer Versorgungsleistung vorliegen	2.708	3,8%
4.	Geltende Rechtslage überfordert den Betroffenen beim Versicherungsschutz finanziell	2.127	3,0%
5.	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden	1.382	1,9%
6.	Aus der Beratung geht hervor, dass der Ratsuchende falsch informiert wurde	916	1,3%
7.	Es besteht die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch den Leistungserbringer unberechtigt verweigert werden	800	1,1%
8.	Es ergeben sich Anhaltspunkte aus der Beratung, dass Mängel in der Koordination und der Organisation der Versorgung vorliegen	715	1,0%
9.	Versorgungsleistungen aufgrund unklarer Regelungen nicht in Anspruch genommen	670	0,9%
10.	Die Beratung ergibt Anhaltspunkte dafür, dass es gravierende Wartezeiten für erfolgte/geplante Behandlung gibt	548	0,8%

N = 71.436 (in der Tabelle Fehlende sind weitere vordefinierte Problemlagen sowie zusätzliche Problemlagen im Freitextformat).

Tab. 1: 2016 gab es 71.436 dokumentierte Hinweise auf eine Problemlage. Alleine 40 Prozent der Problemlagen ist auf eine falsche oder unvollständige Information und Beratung durch Akteure des Gesundheitswesens zurückzuführen.

Die Dokumentation der Problemlagen erfolgte analog zur Kategorisierung der vorangegangenen Patientenmonitore. Bei der Dokumentation der Problemlagen sind die Berater nach Abschluss der Beratung aufgefordert zu entscheiden, ob die in dem konkreten Beratungsfall vorliegende, individuelle Problemkonstellation einer der vorab definierten Problemlagen zuzuordnen ist. Bei der Interpretation der erfassten Daten zu den Problemlagen sind Restriktionen zu beachten, die der Aufbauphase der UPD im Jahre 2016 geschuldet sind. Im Gegensatz zu der im Folgenden dargestellten Beratungsdokumentation auf der Ebene der Beratungsthemen, ist bei der Erfassung der Problemlagen in besonderer Weise zu beachten, dass es sich um eine subjektive Einordnung der Berater handelt. Dies erfordert eine deutliche Abstraktion des Beratungsgeschehens und unterliegt damit einer hohen interindividuellen Streuung. Ein routinetafter Umgang mit einheitlicher Einordnung der Problemlagen erfolgte in der Aufbauphase noch

nicht in allen Fällen, da die Schulungsschwerpunkte bei dem nahezu komplett neuen Beratungspersonal zu Beginn auf dem inhaltlichen Teil lagen. Nach den ersten Auswertungen der Dokumentation und sich daraus ergebenden Auffälligkeiten einer teilweise heterogenen Dokumentation der Problemlagen wurden die Berater und Beraterinnen dahingehend gezielt geschult. Diese Lernphase in der Dokumentation der Problemlagen wurde auch bei der ursprünglichen Einführung dieser Dokumentation im Jahr 2012 beschrieben.⁷

Trotz dieser Einschränkung zeigt sich in der Rangfolge der Problemlagen eine ähnliche Tendenz wie in den vorangegangenen Jahren – die Problemlagen haben sich im Wesentlichen nicht verändert.

Schwerpunkte aufgrund der Häufung bestimmter Beratungsthemen

Erste Hinweise auf die Relevanz der verschiedenen Themengebiete liefern neben der Einschätzung der Berater auch die durch die Auswertung identifizierten Häufungen bestimmter Beratungsthemen. Die Themenwelten der Beratung spiegeln die Nutzerperspektive insofern wider, als sie zeigen, welche Fragen und Anliegen die Ratsuchenden besonders häufig bewegen. Angesichts des umfangreichen Datenmaterials der UPD-Kontaktdokumentation bedarf es dabei jedoch einer Fokussierung auf ausgewählte Themen. Die Häufigkeit der nachgefragten Themen allein liefert erste Hinweise auf mögliche Problemlagen in der gesundheitlichen Versorgung.

Daraus ergeben sich folgende fünf Schwerpunkte in der rechtlichen Beratung

(siehe folgende Tabelle):

1. Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern
2. Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen
3. Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherung
4. Behandlungsfehler
5. Vorsorgedokumente/Betreuungsrecht

1. ÜBERGEORDNETE ERSTE EBENE DER DOKUMENTATION	ANZAHL DER BERATUNGEN	ANTEIL AN GESAMTER RECHTSBERATUNG
Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern	27.236	40%
Andere rechtliche Themen (Überschneidung zu anderen Rechtsgebieten wie z.B Strafrecht, Erbrecht u.a)	13.399	20%
Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	7.378	11%
Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherung	5.502	8%
Behandlungsfehler	4.688	7%
Vorsorgedokumente/Betreuungsrecht	1.864	3%
Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegen den Betroffenen und Zuzahlungen	1.746	3%
Sozialrecht allgemein	1.486	2%
Grundlegende verfahrensrechtliche Fragen	1.465	2%
Gutachten und/oder Eignung von Gutachtern	847	1%
Schnittstellenproblematik auf Seite der Leistungserbringer	787	1%
Schnittstellenproblematik auf Seite der Kostenträger	436	1%
Schwerbehinderung	294	0%

Tab. 2: Aufgrund der Breite und Komplexität der rechtlichen Beratungsthemen erfolgt die Dokumentation in mehreren definierten Ebenen, welche die Beratungsthemen weiter auffächern. Hier die übergeordnete Ebene 1.

Die gelb markierten Themen werden in Tabelle 2 vertieft dargestellt.

⁷ Quelle: Statusbericht Kontaktdokumentation - Erste Erfahrungen und Ergebnisse, UPD, Berlin, 2012

1. EBENE	2. EBENE	ANZAHL BERATUNGEN	3. EBENE*	ANZAHL BERATUNGEN
Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern	Geldleistungen und Kosten- erstattung	12.425	Krankengeld	10.193
			Kostenerstattung von Privatabrechnungen	783
			andere Geldleistungen, z.B. Leistungen aus	525
			Zusatzversicherung, Zuschüsse	
			andere Entgeltsersatz- leistungen (ohne KG/ Verletztengeld)	350
			Verletztengeld	134
			Krankentagegeld	120
			Kostenerstattung von Privat- abrechnungen im Ausland	77
	Leistungen und Verfahren Pflege	2.752	SGB XI; häusliche Krankenpflege; pflegerische Versorgung im Kran- kenhaus oder einer stationären Reha-Einrichtung	
	Rehabilitation (alle Kostenträger)	2.859	stationäre medizinische Rehabilitation; ambulante medizi- nische Rehabilitation; berufliche Rehabilitation; Anschlussheilbehandlung; Mutter-Kind-Kur	
Krankenbehandlung	5.728			
sonstige Leistungen & Verfahren	2.808			
Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	Patientenrechte	4.952	Einsicht in Krankenunterlagen	1.591
			Freie Arztwahl	591
			Zweitmeinung	479
			Selbstbestimmungsrecht	442
			Sachlich korrekte Unterlagen	227
			Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung	189
			Datenschutz	182
			Gewährleistung allgemein	167
			Gewährleistung Zahn	158
			Berufspflichten	1.729
	Verhaltensnormen	605		

Tab. 3: In den Unterebenen der Dokumentation wird die Herleitung der rechtlichen Beratungsthemen deutlich (vergl. Tab. 2).
*Nur beispielhaft anhand relevanter Beratungsschwerpunkte.

1. EBENE	2. EBENE	ANZAHL BERATUNGEN	3. EBENE*	ANZAHL BERATUNGEN
Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherung	Mitgliedschaft und Statusfragen	1.916		
	Wechsel PKV -> GKV	900		
	Allgemeine Versicherungs- pflicht	823		
	Familienversicherung	473		
	Kassenwechsel innerhalb GKV	332		
	Wechsel GKV -> PKV	161		
	Tarifwechsel innerhalb der PKV	147		
	Basistarif	110		
	Zusatzversicherung	92		
	Wechsel der PKV	37		
Verdacht auf Behandlungsfehler	Therapie, operativ	1.402		
	Therapie, konservativ	693		
	Diagnosestellung	527		
	Medizinprodukt (inkl. Zahnimplantate)	360		
	Diagnostische Maßnahmen/ Verfahren	294		
	Aufklärung	284		
	Therapie, postoperativ (z.B. Infektion)	175		
	Arzneimitteltherapie	108		
	Organisation/ Therapie- management	92		
Pflegerische Maßnahmen	62			
Vorsorgedokumente/ Betreuungsrecht	Dokumentation	39		
	Patientenverfügung	823		
	Vorsorgevollmacht	684		
	Betreuungsverfügung	124		

*Nur beispielhaft anhand relevanter Beratungsschwerpunkte.

In der medizinischen Beratung wurden folgende Schwerpunkte aufgrund der Häufungsverteilung der Beratungszahlen zu einzelnen Fachbereichen beziehungsweise Themenfeldern identifiziert:

1. Strukturdatensuche (Leistungserbringersuche)
2. Innere Medizin
3. Pharmakologie
4. Zahnheilkunde
5. Orthopädie

MEDIZINISCHE FACHBEREICHE / MEDIZINISCHE THEMENFELDER	ANZAHL DER BERATUNGEN	ANTEIL AN DER MEDIZINISCHEN BERATUNG
Strukturdatensuche	2.597	16%
Innere Medizin	2.424	15%
Pharmakologie	2.264	14%
Zahnheilkunde	1.897	12%
Orthopädie	1.542	10%
Psychosoziale Beratung	1.407	9% *
Augenheilkunde	793	5%
Psychiatrie	616	4%
Neurologie	573	4%
Gynäkologie	449	3%
Urologie	411	2%
Dermatologie	395	2%
Chirurgie	342	2%
HNO	242	1%
Schmerztherapie	115	1%
Ernährung	68	0%
Pädiatrie	46	0%

Tab. 4: Die Dokumentation der medizinischen Beratungen erfolgt auf der übergeordneten Ebene über die Zuordnung nach medizinischen Fachgebieten. N = 16.181

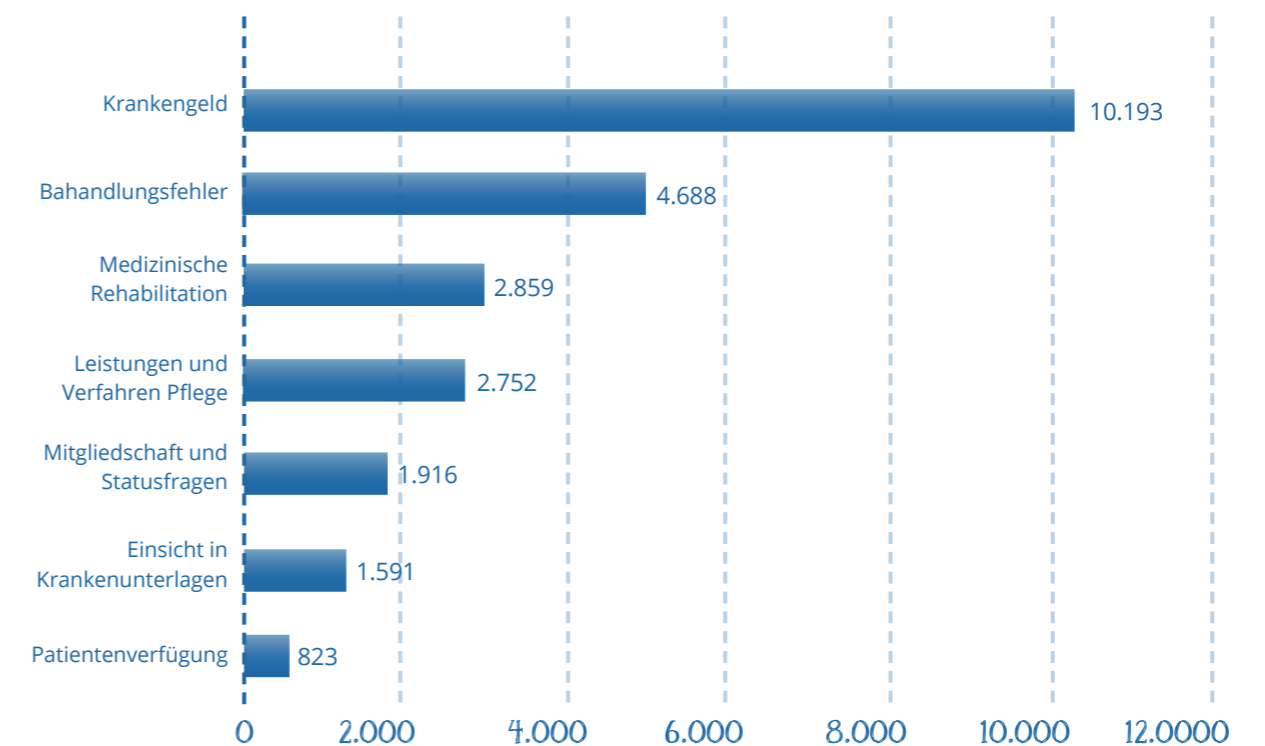
* Erfassung ab Herbst 2016

Herleitung der näher dargestellten Beratungsthemen

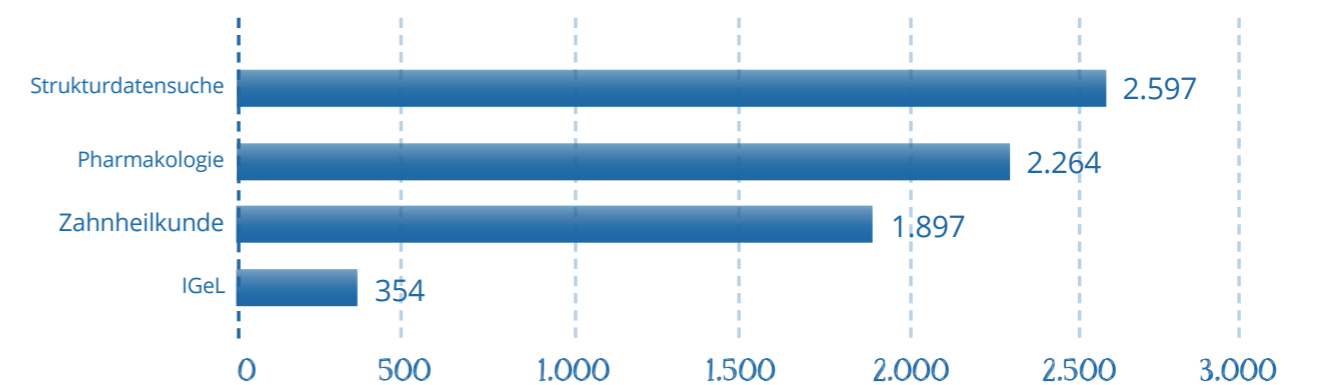
Die im Folgenden näher ausgeführten Beratungsthemen wurden zum einen durch die systematische Auswertung der Beratungsanzahl zu den dokumentierten Themen (siehe Tabelle 1 – 3) und zum anderen (Beispiel „IGeL“ oder „Krankengeldlücke“) durch die, nach Einschätzung der Berater, besonders relevanten Themen für die Ratsuchenden ausgewählt.

Daraus ergeben sich die in den folgenden Kapiteln näher beleuchteten einzelnen Beratungsschwerpunkte der Patientenberatung 2016.

AUSGEWÄHLTE BERATUNGSSCHWERPUNKTE VON BESONDERER RELEVANZ IN DER RECHTLICHEN BERATUNG



AUSGEWÄHLTE BERATUNGSSCHWERPUNKTE VON BESONDERER RELEVANZ IN DER MEDIZINISCHEN BERATUNG



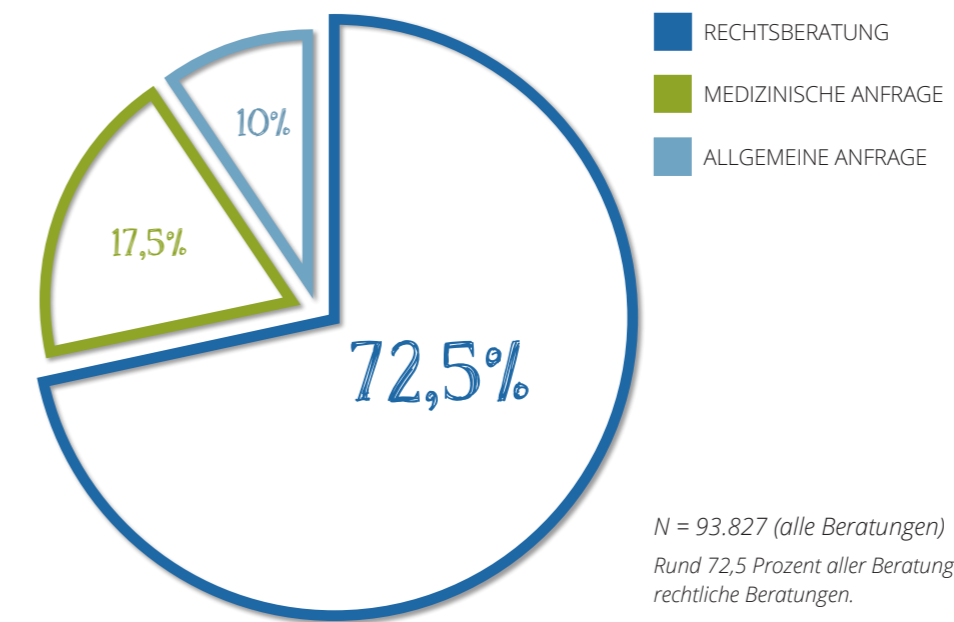
SCHWERPUNKTTHEMEN RECHT



3.1.0 SCHWERPUNKTE DER RECHTSBERATUNG

Rechtliche Fragen beschäftigen die Ratsuchenden besonders häufig. 68.052 Mal wurde 2016 zum Thema Recht beraten. Dies entspricht rund 72 Prozent (siehe Grafik) aller Beratungen. Die Auswahl der in diesem Kapitel beschriebenen Schwerpunktthemen wurde aufgrund der Häufung von Beratungen zu diesen Themenfeldern getroffen, aber auch aufgrund der Brisanz, die sich bei bestimmten Themen in den Beratungen abgezeichnet hat.

BERATUNGEN NACH FACHGEBIET 2016



BERATUNGSSCHWERPUNKTE IM BEREICH RECHT

KRANKENGELD: RISIKEN FÜR VERSICHERTE

- Wegfall des Krankengeldanspruchs wegen einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit

VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER: Besonderer Informationsbedarf

EINSICHT IN DIE KRANKENAKTE: Was Patienten wissen dürfen

MEDIZINISCHE REHABILITATION – ODER: Was heißt eigentlich ambulant vor stationär?

PATIENTENVERFÜGUNG: Bestimmen, was im Ernstfall passiert

MITGLIEDSCHAFT UND BEITRAGSFRAGEN– die teure Selbständigkeit

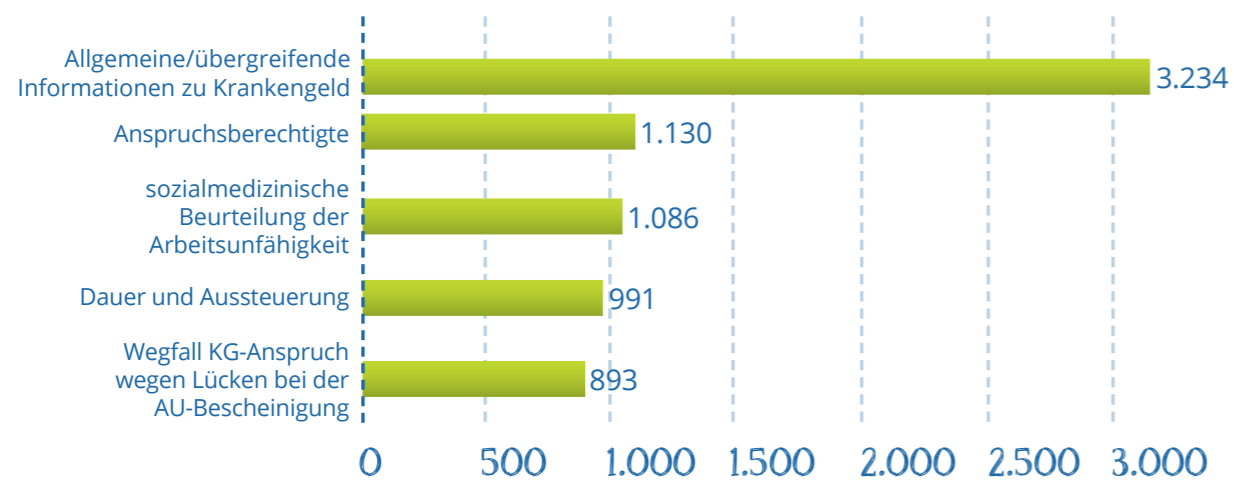
- ##### PFLEGE: LEISTUNGEN UND VERFAHREN
- Besitzstandsschutz in Bezug auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil an den Pflegekosten in der vollstationären Pflege
 - Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen

3.1.1 KRANKENGELD: RISIKEN FÜR VERSICHERTE

Auch im Jahr 2016 war das Krankengeld in der Patientenberatung mit 15 Prozent beziehungsweise 10.193 aller rechtlichen Beratungen das Thema mit den meisten Beratungen. Viele Fragen betrafen allgemeine Informationen zum Krankengeld der gesetzlich krankenversicherten Ratsuchenden oder die Anspruchsberechtigung. Hier konnte den Ratsuchenden schnell und zielsicher weitergeholfen

werden. Intensiven Beratungsbedarf gab es dagegen bei den Themen „Wegfall des Krankengeldanspruches wegen einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ mit 893 Beratungen sowie „sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ mit 1.086 Fällen. Insgesamt gab es bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung 1.901.041 Krankengeldfälle⁸ im Jahr 2016.

SCHWERPUNKTE BEIM THEMA KRANKENGELD



N = 10.193

Der Wegfall des Krankengeldanspruches wegen Lücken in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie die sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stellen innerhalb der unter Krankengeld erfassten Beratungen höchst brisante Themen dar. Ratsuchende erleben das Gesundheitssystem in diesen Fällen als wenig patientenorientiert.

a) Wegfall des Krankengeldanspruches wegen einer Lücke in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Der Beratungsbedarf zum Thema Krankengeld ist in den Fällen, in denen die Krankengeldzahlung von der Krankenkasse wegen einer Unterbrechung in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgelehnt wird, seit Jahren konstant hoch. Waren es im Berichtszeitraum 2015 (01.04.2014 bis 31.3.2015)⁹ insgesamt 1.059 Beratungen zu diesem Thema, gab es im Jahr 2016 immer noch 893 – und dies trotz einer gesetzlichen Neuregelung, die das Problem der Bescheinigungslücke entschärfen sollte.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Gesetzesauszug – § 46 SGB V Fortbestehen des Anspruchs auf Krankengeld in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft getreten am 23.07.2015

(...) Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Frau H. schreibt per E-Mail:

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit November 2015 beziehe ich Krankengeld. Zunächst war ich bis Januar 2016 stationär und danach bis Mai 2016 in einer Tagesklinik zur Behandlung wegen Depressionen. Eine Krankmeldung vom 19.09 bis 30.09 lag der Krankenkasse vor. Bereits vor Ablauf der AU, am 27.09.16 suchte ich meine Ärztin wegen Verschlechterung meines Gesundheitszustandes auf. Nach der Behandlung teilte ich mit, dass ich am Freitag den 30.09. wegen der AU nochmals vorbei komme.

Meine Ärztin sagte es reicht am Dienstag, den 4.10., da ja das Wochenende und der Feiertag sich an die AU anschließt. Am 4.10.16 kam ich in die Praxis. Meine Hausärztin war wegen eines dringenden Notfalls zu einem Hausbesuch unterwegs. Die Sprechstunde ging bis 11.30 Uhr. Bis dahin war sie noch nicht zurück. Also ging ich unverrichteter Dinge und stellte mich am Mittwoch, den 5.10. vor. Leider hat meine Hausärztin die AU ab dem 05.10. bescheinigt.

Natürlich hat die Krankenkasse dies zum Anlass genommen, mir den Krankengeldbezug zu streichen. Ich habe sofort Widerspruch eingelegt. Auch meine Ärztin hat der Krankenkasse schriftlich den Sachverhalt erklärt und die durchgehende Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Heute erhalte ich Nachricht, dass die Kasse den Bescheid vom 14.10.16 aufrechterhält.

Gibt es da keine Möglichkeit? Ich bin sehr verzweifelt, dass man mit einem kranken Menschen so etwas machen kann.

⁹ Quelle: 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

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Bis zum 23.07.2015 mussten Patienten, die bereits Krankengeld beziehen, sich überlappende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nachweisen, um die Ansprüche nicht zu verlieren. Seit der gesetzlichen Neuregelung, die zum 24.07.2015 in Kraft getreten ist, reicht es nun aus, wenn die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am nächsten Werktag erfolgt. Im vorab beschriebenen Fallbeispiel aus der Beratungspraxis war die Ratsuchende bis Freitag, den 30.9., krankgeschrieben und hätte am nächsten Werktag eine neue AU-Bescheinigung einholen müssen – also am Dienstag, den 4.10., da der 3.10. ein Feiertag war.

Durch die Änderungen wollte der Gesetzgeber das Risiko für Patienten reduzieren, ungewollt beziehungsweise aus Unkenntnis der Überlappung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus dem Krankengeldbezug herauszufallen. Die Berater berichten jedoch, dass dies nicht richtig greift und es nach wie vor zu Lücken kommt. In vielen Fällen stellte sich heraus, dass sowohl Patienten als auch Leistungserbringer keine Kenntnis von den gravierenden Folgen der Lücken in Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben. Auch in Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist dies nicht hinreichend beschrieben. So enthält das Vordruckmuster 1c für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit in der seit dem 01.01.2016 geltenden Fassung folgende Formulierung: (...) „Bei lückenhaftem Nachweis droht Krankengeldverlust“. Dem Versicherten wird hier nicht klar, dass durch eine Lücke das Krankengeld für den gesamten verbliebenen Zeitraum von maximal 78 Wochen entfällt.

Ratsuchende, die sich zum Beispiel montags an den Arzt gewandt haben, berichteten, dass sie dort auf Dienstag vertröstet wurden, beispielsweise, weil die Praxis überlaufen war. Als Argument wurde angeführt, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung könne auch zurückdatiert werden.

Zwar sieht § 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie¹⁰ vor, dass die Arbeitsunfähigkeit in Ausnahmefällen bis zu drei Tage rückwirkend bescheinigt werden kann. Beim Krankengeldanspruch kommt es aber ausdrücklich auf den Tag der ärztlichen Feststellung an.

Andere Ratsuchende führten an, dass die Arztpraxis am entscheidenden Tag geschlossen hatte. In einigen Fällen hatte sich die geplante Aufnahme ins Krankenhaus aufgrund von Engpässen um einen Tag verzögert. Bei Krankenhausaufenthalten muss zwar keine Bescheinigung vorgelegt werden, bei laufendem Krankengeldbezug kann eine Verzögerung aber trotzdem zur entscheidenden Lücke führen.

So konnten die Berater – wie im dargestellten Beispiel aus der Beratungspraxis – in vielen Fällen nur auf die gesetzliche Grundlage verweisen und den Ratsuchenden an die Hand geben, Widerspruch einzulegen, da hier in Einzelfällen die Krankenkassen z.B. bei Geschäfts- und Handlungsunfähigkeit des Versicherten anders entscheiden. Einige Untergerichte sind bereits dazu übergegangen, einen anderen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit, zum Beispiel durch Zeugnis des Arztes, im Prozess genügen zu lassen. Im Jahr 2017 hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil (AZ B3 KR 22/15R) festgestellt, dass ein Versicherter, der seinen Arzt rechtzeitig aufgesucht hat, auch ohne Ausstellen einer lückenlosen Krankenschreibung den Anspruch auf Krankengeldbezug behalten kann, da der Versicherte alles in seiner Macht Stehende getan habe, um rechtzeitig eine Krankenschreibung zu erhalten. Die Fehleinschätzung des Arztes, er brauche (noch) keine weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, dürfe nicht zu Lasten des Versicherten gehen, da dies außerhalb seines Verantwortungsbereiches liege.

¹⁰ Quelle: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) in der Fassung vom 14. November 2013 (BAnz AT 27.01.2014 B4) zuletzt geändert durch die Bekanntmachung vom 20. Oktober 2016 (BAnz AT 23.12.2016 B5)

EMPFEHLUNG

Auf Basis des Beratungsgeschehens ist das BSG-Urteil aus dem Jahr 2017 immerhin ein erster Schritt zu einem patientenfreundlicheren System, in dem nicht jegliche rechtlichen Risiken dem Patienten angelastet werden. Trotzdem kann aus Sicht der UPD keine Entwarnung gegeben werden. Führen die aktuellen Verfahren und Urteile zu keiner Aufgabe der restriktiven Gesetzesauslegung, ist aus Sicht der UPD der Gesetzgeber gefordert, nachzubessern. Das betrifft sowohl die Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld als auch die Rechtsfolgen für Lücken in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Unabhängig davon sollten die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet werden, die Versicherten bei Eintreten des Versicherungsfalles explizit darauf hinzuweisen, dass der Bezug von Krankengeld an die lückenlose Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gebunden ist.



b) Sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit obliegt dem behandelnden Arzt. In bestimmten Fällen haben die gesetzlichen Krankenversicherungen jedoch die Möglichkeit, die Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen. Da es im Hinblick auf den Krankengeldbezug vereinzelt Missbrauchsfälle gibt, mag das Vorgehen teils nachvollziehbar sein. Bei Patienten, die von ihrem Arzt krankgeschrieben sind, kann die Ausgestaltung der Begutachtung durch den MDK allerdings zur kurzfristigen Gesundheitschreibung und in der Folge zum Wegfall des Krankengeldes führen. Im Jahr 2016 hat die UPD insgesamt 1.086 Menschen beraten, die von der Problematik betroffen sind.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Gesetzesauszug § 275 SGB V Begutachtung und Beratung (Fassung aufgrund des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211))

(1) Die Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen verpflichtet,

(...) eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

Grundlage für den Medizinischen Dienst sind die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien (vgl. FN.10) und die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit GKV/MDS.¹¹ Sie sehen zunächst ein Gutachten nach Aktenlage und erst nachrangig ein Gutachten mit persönlicher Befunderhebung vor.

So heißt es im Text der Begutachtungsanleitung ausdrücklich:

4.1 Gutachten nach Aktenlage

(...) Kann der Gutachter die Frage(n) der Krankenkasse in dieser Form beantworten, ist eine Begutachtung des Versicherten im MDK durch persönliche Befunderhebung nicht erforderlich.

Und umgekehrt:

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Diese Form der Begutachtung ist die aufwändigste. Eine Einladung zur Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung ist nur dann erforderlich, wenn der Gutachter die Frage(n) der Krankenkasse nicht anders beantworten kann.

Weiter heißt es in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien:

§ 6 Absatz 2 Satz 1

(...) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist grundsätzlich verbindlich.



FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Frau S. schreibt:

Mein Mann ist seit 16.2.2016 durchgehend krankgeschrieben, bis 31.10.2016 mit Folgebescheinigungen vom selben Arzt. Er wurde am 17.02.2016 notoperiert, da seine Adern im rechten Fuß verstopft waren und der Fuß taub wurde. Sein rechter Fuß ist bis heute taub, obwohl es geheißen hat, er wird wieder gut. Mittlerweile fängt es am linken Fuß auch an. Er war vorige Woche zur Untersuchung im Krankenhaus. Es wurde ihm bestätigt, dass am linken Bein die Adern ebenfalls verstopft sind. Er hat am 2.11.2016 ein MRT im Krankenhaus. Am 12.10.2016 wurde der Brief von der Krankenkasse verfasst, dass mein Mann nach Feststellung des MDK ab 16.10.2016 wieder arbeitsfähig ist, obwohl er keine persönliche Vorstellung beim Med. Dienst hatte. Er soll sich bei der Agentur für Arbeit melden, da die Zahlung ab 16.10.16 eingestellt wird. Der Brief kam bei uns am 18.10.16 an. Wir haben Widerspruch eingelegt. Was kann man sonst noch machen?



Herr M. schreibt per E-Mail:

Hallo, am Freitag habe ich ein Schreiben meiner Krankenkasse erhalten, dass ich am Sonntag meine Tätigkeit wieder aufnehmen kann lt. Aussage des MDK. Der Sonntag ist bei mir jedoch kein Arbeitstag. Wie kurzfristig kann eine solche Gesundheitschreibung erfolgen? Trotz meiner psychischen Erkrankung bin ich vom MDK nicht befragt oder untersucht worden. Gibt es für den MDK keine Vorgaben oder Richtlinien?

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Der MDK kann Patienten, wie oben dargelegt, ausschließlich nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung begutachten. Insbesondere, wenn ausschließlich nach Aktenlage und somit ohne Einbeziehung, meist sogar ohne Wissen des Patienten, begutachtet wird, hat dies oftmals sehr kurzfristig die Gesundheitschreibung zur Folge. Ratsuchende berichten, dass sie dadurch quasi über Nacht das Krankengeld verloren haben, obwohl sie vom behandelnden Arzt krankgeschrieben waren und nach eigenen Angaben tatsächlich nicht arbeitsfähig sind und somit auch die Rückkehr an den Arbeitsplatz kaum oder gar nicht möglich ist.

Die Problematik ist, dass der Arzt beim MDK selbst entscheiden kann, ob er nach Aktenlage entscheidet oder eine persönliche Befunderhebung nötig ist. Im Normalfall entscheidet er nach Aktenlage. Lediglich bei psychischen Krankheitsbildern gibt es einige gerichtliche Urteile, die eine persönliche Begutachtung für zwingend erforderlich halten. Die Berater berichten, dass Ratsuchende mit psychischen Erkrankungen trotzdem nach Aktenlage begutachtet und gesundgeschrieben wurden.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist verbindlich. Den Ratsuchenden konnte deshalb

auch in den aufgeführten Fallbeispielen aus der Beratungspraxis nur das langwierige Widerspruchsverfahren empfohlen werden und parallel dazu durch den behandelnden Arzt ein Zweitgutachten beantragen zu lassen. Hier hat der Versicherte die Möglichkeit, gemeinsam mit seinem Arzt nochmals die Gründe für die weiter bestehende Arbeitsunfähigkeit auch aus medizinischer Sicht aufzubereiten. Es empfiehlt sich außerdem, Akteneinsicht zu beantragen, um sich mit den im Gutachten aufgeführten Gründen der Gesundheitschreibung auseinandersetzen zu können. Dabei zeigt sich häufig, dass die bei der Begutachtung vorliegenden Akten nicht den aktuellen Krankheitsverlauf wiedergaben. Da der Widerspruch gegen die Einstellung des Krankengeldes in aller Regel keine aufschiebende Wirkung hat, entfällt der Krankengeldbezug trotzdem. Die Betroffenen bleiben somit bis zur rechtskräftigen Entscheidung ohne finanzielle Unterstützung der Krankenkasse bzw. könnten eine vorläufige weitere Zahlung nur durch ein Eilverfahren vor dem Sozialgericht durchzusetzen versuchen.

¹¹ Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung nach § 282, Absatz 2, Satz 3 SGB V, hier in der Fassung vom 12.12.2011.

Die Meldung bei der Agentur für Arbeit ist deshalb der nächste Schritt. Hier tritt die nächste Problematik auf: Wird der Widerspruch mit dem Ziel eingelegt, dass die Gesundheitschreibung aufgehoben wird, muss weiterhin lückenlos die Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt nachgewiesen werden. Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld setzt die Verfügbarkeit der Betroffenen voraus. Der einzige Weg für die Betroffenen besteht darin, alle Energien zu mobilisieren und sich mit dem verbliebenem Restleistungsvermögen bei der Arbeitsagentur

zu melden und zugleich darauf hinzuweisen, dass eine Krankschreibung vorliegt, ein Widerspruchsverfahren läuft etc. Dies ist allerdings ein schwieriges und zugleich unsicheres Unterfangen. Einige Ratsuchende fühlten sich deshalb gedrängt, nicht den Rechtsweg zu beschreiten, sondern aufgrund der finanziellen Risiken und Lücken verfrüht und erkrankt an den Arbeitsplatz zurückzukehren, sämtliche finanzielle Reserven aufzubreuchen oder in den Bezug von Arbeitslosengeld II zu fallen.

EMPFEHLUNG

Aus den Schilderungen der Ratsuchenden geht deutlich hervor, dass die Arbeit des MDK als wenig patientenorientiert empfunden wird. Im Sinne eines patientenorientierten Gesundheitssystems müsste aber die für die Kranken zusätzlich belastende Kontroll- und Prüfsituation durch wirklich unabhängige Instanzen erlebt werden, die ihre individuelle Gesundheit in den Mittelpunkt stellen.

Aus Sicht der UPD muss der MDK beziehungsweise der begutachtende Arzt des MDK differenzierter mit dem Instrument der Beurteilung nach Aktenlage umgehen. Akten müssen sorgfältiger auf Aktualität geprüft werden und es müsste erkennbar sein, welche Unterlagen der Begutachtung zugrunde lagen und welcher Fachrichtung der begutachtende Arzt angehört. Bei jedem Zweifel, dass eine korrekte Einschätzung nach Aktenlage möglich ist, muss eine persönliche Befunderhebung erfolgen. Im Sinne einer respektvollen Kommunikation auf Augenhöhe sollte in jedem Fall eine persönliche Kontaktaufnahme zum Versicherten erfolgen. Gleichzeitig ist der Gesetzgeber gefordert, die Arbeitsweise des MDK in eine patientenorientiertere Richtung zu lenken.

Ein besonderes Feld stellt schließlich die Begutachtung bei psychischen Erkrankungen dar. Hier sollte die Begutachtung nach Aktenlage gar keine Rolle spielen. Die Begutachtung sollte in diesen Fällen immer persönlich durch den MDK erfolgen.

3.1.2 MEDIZINISCHE REHABILITATION – ODER: WAS HEISST EIGENTLICH AMBULANT VOR STATIONÄR?

Seit Jahren wenden sich Ratsuchende in konstant hoher Zahl mit Fragen zu Rehabilitationsmaßnahmen an die Patientenberatung. Im Jahr 2016 wurden 2.859 Beratungen zur Rehabilitation gezählt. Bei einem Großteil der Ratsuchenden ist der Antrag auf eine stationäre Maßnahme abgelehnt worden. Auffällig ist hier das Informationsdefizit der Ratsuchenden über die Voraussetzungen, an die die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme geknüpft ist. Hier konnten die Berater den Ratsuchenden jeweils auf ihren Einzelfall bezogen, die rechtlichen Vorgaben, Differenzierungen, Ausschlussgründe und Rechtsbehelfsmöglichkeiten (siehe unten, rechtlicher Hintergrund) erläutern.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Medizinische Rehabilitation ist in einer Vielzahl von Vorschriften geregelt – innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 40 SGB V – „Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ Hauptnorm

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist zwischen den unterschiedlichen Rehabilitationsmaßnahmen, wie einer Anschlussheilbehandlung, einer Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation, einer regulären medizinischen Rehabilitation, einer geriatrischen sowie einer onkologischen Rehabilitation zu unterscheiden, da hier unterschiedliche Voraussetzungen zu erfüllen sind.

Gleichzeitig ist gesetzlich der Grundsatz verankert, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst dann notwendig sind, wenn zum ersten die Krankenbehandlung selbst und zum zweiten mögliche ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind („ambulant vor stationär“).

Die gesetzliche Grundlage richtet sich immer nach dem zuständigen Leistungsträger, daher muss als erstes geklärt werden, wer überhaupt für die Kostenübernahme zuständig ist. Hat die medizinische Rehabilitation das vorrangige Ziel, die Krankheit erst gar nicht entstehen zu lassen oder eine Verschlimmerung abzuwenden und/ oder dient sie primär dazu, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen? In ersterem Fall spricht vieles für die gesetzliche Krankenversicherung als Kostenträger, im zweiten Fall für die gesetzliche Rentenversicherung als Kostenträger. Letztlich kommt es hier immer auf den Einzelfall an. Diese Abgrenzung ist für den Ratsuchenden als einem medizinischen und juristischen Laien nicht erkennbar und wurde auch so gelöst, dass zunächst der zuerst angegangene Kostenträger gemäß § 14 SGB IX seine Zuständigkeit binnen 14 Tagen nach Antragstellung klärt und den Antrag bei Nichtzuständigkeit weiterleitet. Der Verweis ist für den nachfolgenden Kostenträger verbindlich.



ZUSTÄNDIGER KOSTENTRÄGER BEI REHABILITATIONSMASSNAHMEN



Grundsätzlich sind dies alles nur Anhaltspunkte. Der zuerst angegebene Kostenträger klärt seine Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags und leitet ihn ggf. an einen anderen Kostenträger weiter. (§ 14 SGB IX)

FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Frau T. fragt per E-Mail:

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin Arbeitnehmerin und bin gerade wegen Erschöpfung und Stresssymptomen krankgeschrieben. Ich bin 62 und habe vor, noch bis 67 zu arbeiten. Muss ich die Rehabilitation über meine Krankenkasse oder über den Rententräger beantragen? Gibt es Anträge, die diesbezüglich auszufüllen sind?

Mit freundlichen Grüßen

Herr W. fragt per E-Mail:

Sehr geehrtes Beratungsteam, meine Mutter (74 Jahre) hatte am 28.10. eine Knie-Tep-OP. In der Klinik wurde ein Antrag auf stationäre Reha gestellt. Bei der Entlassung am 09.11. hieß es, es gibt noch keinen Reha-Termin, da die Genehmigung durch die Krankenkasse noch nicht erfolgt ist. Nach gestriger Rückfrage bei der Krankenkasse gab es heute die telefonische Nachricht, dass „nur“ eine ambulante Reha genehmigt wird! Eigentlich wurde eine stationäre Rehabilitation beantragt, da meine Mutter zu Hause 20 Stufen zur Wohnung bewältigen muss. Zudem winterliche Verhältnisse herrschen, die beim täglichen Transport zur ambulanten Rehabilitationseinrichtung ein Problem darstellen. Darüber hinaus wollte meine Mutter ihren Mann (auf eigene Kosten) mit in die Rehabilitationseinrichtung mitnehmen!

Was kann meine Mutter gegen die Entscheidung der Krankenkasse unternehmen?



Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die stationäre medizinische Rehabilitation ist eines der häufigeren Anfragethemen, wobei die einzelnen Fragestellungen beziehungsweise Problemlagen vielseitig sind. Die ersten Fragestellungen ergeben sich meist im Zusammenhang mit der Antragstellung und dem zuständigen Leistungsträger, wie im ersten Fallbeispiel. Welcher Kostenträger ist zuständig? Wo stelle ich den Antrag? Hier konnten die Berater entsprechend Klarheit verschaffen und darauf verweisen, dass der Gesetzgeber diese schwer zu beurteilende Situation selbst entschärft hat, indem der Antrag bei Nichtzuständigkeit zwingend binnen zwei Wochen an den zuständigen Träger weitergeleitet werden muss. Im obigen, ersten Fallbeispiel konnte die Ratsuchende informiert werden, dass für eine Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit primär der Rentenversicherungsträger zuständig ist, aber gleichzeitig auf die gesetzliche Regelung hingewiesen, dass der Antrag bei Nichtzuständigkeit binnen zwei Wochen an den zuständigen Kostenträger weitergeleitet wird.

Folgefragen ergeben sich häufig im Zusammenhang mit der jeweiligen Entscheidung des Kostenträgers, der beispielsweise nur eine ambulante Rehabilitation bewilligt, die Wahl des Versicherten bezüglich der Rehabilitationseinrichtung nicht beachtet oder die Begleitperson nicht berücksichtigt hat. Hier informierten die Berater zunächst über die Rechtslage, zum Beispiel im zweiten Fall, in dem zwar ambulant vor stationär gilt, aber die ambulante Behandlung dazu auch möglich und zumutbar sein muss und auch Zwischenformen wie die mobile, zu Hause aufsuchende sowie teilstationäre Rehabilitation denkbar wären. Auch werden sodann die Rechtsbehelfsmöglichkeiten des Widerspruchs erläutert. In einigen Fällen ergab sich weitergehender Beratungsbedarf zu Verlängerungsmöglichkeiten und zur Dauer der Rehabilitation beziehungsweise wie viel Zeit zwischen den einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen liegen muss, damit ein erneuter Anspruch besteht. Darüber hinaus informierten die Berater bei entsprechendem Bedarf über bestimmte Formen, wie die geriatrische oder die mobile Rehabilitation. Den meisten Ratsuchenden waren diese Möglichkeiten unbekannt.

EMPFEHLUNG

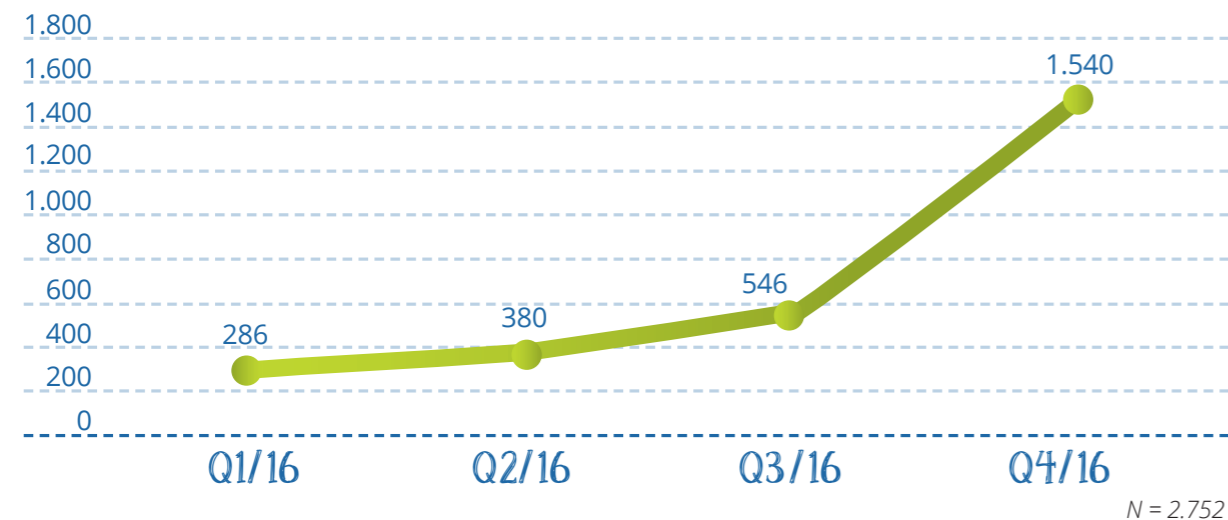
In Fällen, in denen eine stationäre Rehabilitation beantragt, jedoch nur eine ambulante Rehabilitation bewilligt wurde, zeigte sich, dass Informationsdefizite bei den Ratsuchenden hinsichtlich der Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären Maßnahme bestehen. Zum Teil wurde deshalb bei Antragstellung die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme aus Unkenntnis unzureichend begründet oder auch verkannt, dass die Anspruchsvoraussetzungen noch nicht vorlagen. Auch Sonderformen der Reha wie zum Beispiel die geriatrische oder onkologische Reha sind den Ratsuchenden dabei oft insgesamt oder deren Anspruchsvoraussetzungen unbekannt.

Eine bessere Information der Versicherten und Ärzte im Vorfeld der Antragstellung wäre wünschenswert, um nicht unnötig Ressourcen auf beiden Seiten für unzureichend begründete beziehungsweise nicht den Voraussetzungen genügende Anträge und das gegebenenfalls darauf folgende Widerspruchsverfahren zu binden.

3.1.3 PFLEGE: LEISTUNGEN UND VERFAHREN

Die zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze II und III haben wesentliche Änderungen und entsprechend viele Fragen von Betroffenen oder Angehörigen mit sich gebracht. Bereits ab Oktober 2016 stiegen die Beratungszahlen in diesem Bereich stark an. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2.752 Beratungen zum Thema Pflege durchgeführt.

BERATUNG ZUR PFLEGE NACH QUARTAL



Die Pflegereform machte sich bei der UPD bereits vor ihrem Inkrafttreten bemerkbar. Die neuen Pflegestärkungsgesetze II und III, die zum 1. Januar 2017 in Kraft traten, ließen die Beratungszahlen im 3. Quartal 2016 deutlich ansteigen. Über das ganze Jahr wurden 2.752 Beratungen zum Thema „Pflege“ gezählt.

Mit den gesetzlichen Neuregelungen wurde die gesamte Pflege mit einem neuen Begutachtungsverfahren, einer neuen Versorgungsstruktur und nunmehr fünf Pflegegraden statt drei Pflegestufen aufgestellt. Zudem wurde bei den Pflegegraden die eingeschränkte Alltagskompetenz stärker berücksichtigt und die soziale Absicherung pflegender Angehöriger neu geregelt. Zahlreiche Übergangsregelungen sollen gewährleisten, dass Menschen, die schon Leistungen der Pflegekasse erhalten, durch die Änderungen nicht schlechter gestellt werden.

In der Beratungspraxis zeigten sich zu den Themen zum Teil große Informationsdefizite. Dementsprechend gab es ein breites Spektrum an Fragestel-

lungen von Betroffenen und Angehörigen: Erfolgt die Überleitung in die neuen Pflegegrade bei schon bestehender Pflegestufe automatisch oder muss ein Antrag gestellt werden? Sollten Pflegeleistungen noch im Jahr 2016 oder erst 2017 beantragt werden? Auch gab es differenzierte Fragen zum Beispiel zur Kurzzeit- oder Verhinderungspflege.

Auf viele Fragen konnten klare Antworten gegeben werden. Bei einigen zeigte sich jedoch, dass die Neuregelungen noch mit Unsicherheiten behaftet sind, die erst die Praxis beziehungsweise weiterführend die Rechtsprechung klären können. Hierzu sind nachfolgend zwei typische Problemlagen aufgezeigt:

a) Besitzstandsschutz in Bezug auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) an den Pflegekosten in der vollstationären Pflege

Vor den neuen Pflegestärkungsgesetzen II und III galt, dass mit den jeweils höheren Pflegestufen auch die Eigenanteile im Pflegeheim steigen. Damals waren diese Eigenanteile gerade nicht einrichtungseinheitlich, sondern variierten je nach Pflegestufe.

Mit der gesetzlichen Neuregelung hat sich dies geändert: Seit dem 01.01.2017 wird der Eigenanteil zwar weiterhin für jede Einrichtung individuell berechnet; innerhalb dieser Einrichtung ist dieser aber unabhängig vom Pflegegrad für alle Bewohner gleich hoch. Der sogenannte Besitzstandsschutz soll nun ausschließen, dass Pflegebedürftige, die vor der Neuregelung eine niedrige Pflegestufe und deshalb einen niedrigen Eigenanteil hatten, nun schlechter gestellt sind.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Der Besitzstandsschutz und das diesbezügliche Übergangsrecht ist unter anderem geregelt in § 141 SGB XI, in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz) vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191), in Kraft getreten am 01.01.2017.

Sinngemäß sieht die gesetzliche Grundlage vor, dass bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zunächst geprüft wird, ob der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der jeweilige, individuelle Eigenanteil im Vormonat. Ist dies der Fall, so ist von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen.

Tritt eine solche Erhöhung aufgrund der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung erst im Laufe des Jahres 2017 ein, so ist diese Regelung entsprechend anzuwenden, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung ergibt.

FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Herr G. fragt telefonisch:

Ist es zutreffend, dass der Bestandsschutz für den Eigenanteil im Pflegeheim ein Leben lang gilt? Oder gilt das nur für die Erhöhungen im Januar 2017? Was ist, wenn der Eigenanteil Jahr für Jahr steigt, der von der Pflegekasse zu zahlende Zuschlag aber nur 2017 festgelegt und dann nie mehr erhöht wird?



Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die Übergangsregel zum Besitzstandsschutz gibt pflegebedürftigen Menschen die Sicherheit, dass sie im Jahr 2017 aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr zuzahlen müssen als vorher. Wenn ihr Eigenanteil im Pflegeheim bis 31. Dezember 2017 steigt oder bereits gestiegen ist, wird die Differenz von der Pflegekasse getragen.

Was aber passiert, wenn sich der Eigenanteil erstmalig im Jahr 2018 erhöht – zum Beispiel, weil die Neuberechnungen in der Pflegeeinrichtung zum Ende 2017 noch gar nicht erfolgt sind?

Diese Frage wurde vermehrt von Ratsuchenden gestellt, die sich darüber Sorgen machten, dass

auf lange Sicht trotz Besitzstandsschutz höhere Kosten für die stationäre Pflege auf sie oder ihre Angehörigen zukommen können.

Der Gesetzestext bezieht sich nur auf das Jahr 2017. Für die Folgejahre fehlt eine Regelung. Da es sich hier um eine Übergangsregelung handelt, ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber gewollt hat, dass sich diese Regelung nur auf das Jahr 2017 bezieht. Insoweit ist dem Ratsuchenden auf seine Frage hin mitzuteilen, dass der Besitzstandsschutz unter Umständen nicht ein Leben lang gilt und sich wohl nicht auf erstmalige Erhöhungen in den Folgejahren erstrecken wird.

EMPFEHLUNG

Die gesetzlichen Übergangsregelungen sollten noch präziser abgefasst werden, so dass für den Ratsuchenden die Rechtslage aus dem Gesetz heraus erkennbar ist und Unsicherheiten verringert werden.

b) Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen

Durch die Pflegestärkungsgesetze erhalten pflegende Angehörige eine bessere soziale Absicherung. Wer seine Berufstätigkeit aufgibt, um Angehörige zu pflegen, ist unter bestimmten Voraussetzungen seit dem 1. Januar 2017 auch in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert. Die Kosten dafür zahlt die Pflegeversicherung.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Die Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen ist vom Gesetzgeber laut § 26 Absatz 2 b SGB III (Fassung aufgrund des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424), in Kraft getreten am 01.01.2017) an bestimmte Voraussetzungen geknüpft:

- Der Pflegebedürftige muss mindestens Pflegegrad 2 haben
- Die Pflegeperson muss mindestens zehn Stunden wöchentlich pflegen, verteilt auf mindestens zwei Wochentage
- Die Pflege muss zu Hause stattfinden
- Die Pflegeperson muss unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III gehabt haben

FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS**Frau M. fragt telefonisch:**

Seit drei Jahren pflege ich meinen behinderten Sohn. Er hat Pflegestufe 2. Ich musste deshalb meinen Beruf aufgeben, weil er ständig beaufsichtigt werden muss. Jetzt habe ich gehört, dass die Pflegekasse ab dem neuen Jahr auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für mich zahlen muss. Stimmt das?

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Zahlreiche Ratsuchende haben sich bereits Ende 2016 zu dieser gesetzlichen Neuregelung, die ab dem 1. Januar 2017 gilt, gemeldet. Die meisten hatten ihre Berufstätigkeit schon vor dem 1. Januar 2017 für die Pflege von Angehörigen oder andere ihnen nahestehende Menschen aufgegeben – manche kurz vor dem Stichtag. Sie äußerten sich besorgt, dass sie deshalb möglicherweise zu Lasten der Pflegekasse keine Arbeitslosenversicherung erhalten und erfragten die Einschätzungen der Berater.

Aufgrund der Gesetzeslage konnten die Fragestellungen in der Beratung nicht eindeutig geklärt werden. Da der Gesetzeswortlaut bestimmt, dass die Pflegeperson zu dem unmittelbar vor dem 01. Januar 2017 durch die Arbeitslosenversicherung geschützten Personenkreis gehören muss – also entweder im Dezember 2016 arbeitslosenversicherungspflichtig gewesen sein oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung gehabt haben muss – scheint es so, als würde in diesen Fällen bei schon laufender Pflege eine Arbeitslosenversicherungspflicht ausgeschlossen. Da die Pflegekasse nicht wissen kann, ob in der Vergangenheit für die Pflege die Berufstätigkeit beziehungsweise der Bezug von Arbeitslosengeld I aufgegeben wurde, haben die Berater den Ratsuchenden empfohlen, aktiv einen Antrag auf Arbeitslosenversicherung zu Lasten der Pflegeversicherung zu stellen und klarzustellen, dass die Berufstätigkeit zugunsten der Pflege beendet wurde.

EMPFEHLUNG

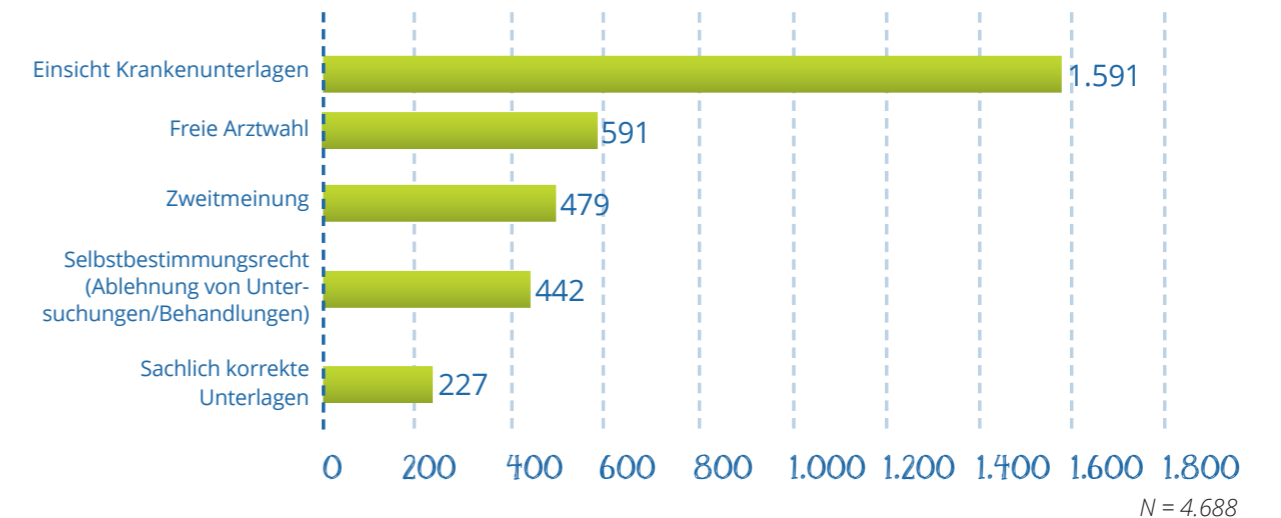
Auch hier kann man zunächst nur die Handhabung in der Praxis beobachten. Wünschenswert ist, dass pflegende Angehörige zu Lasten der Pflegeversicherung in der Arbeitslosenversicherung versichert sind, die vor dem Stichtag 1. Januar 2017 ihre Berufstätigkeit aufgegeben oder Entgeltersatzleistungsbezug nach dem SGB III (zum Beispiel Arbeitslosengeld) bezogen haben. Anderenfalls müsste im Sinne von mehr Patientenorientierung der Gesetzgeber die Gesetzeslage entsprechend nachbessern oder zumindest großzügige Übergangsfristen einräumen, um eine Benachteiligung der bereits länger tätigen Pflegepersonen auszuschließen.



3.1.4 EINSICHT IN DIE KRANKENAKTE: WAS PATIENTEN WISSEN DÜRFEN

Obwohl die Leistungserbringer durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 verpflichtet sind, Patienten Einsicht in ihre Patientenakte zu gewähren, gibt es hier immer noch zahlreiche Schwierigkeiten. Im Jahr 2016 hat die UPD 1.591 Mal zu diesem Thema beraten. Das entspricht über 20 Prozent der Beratungen im Bereich des Patientenrechts.

SCHWERPUNKTTHEMEN IM PATIENTENRECHT



Die „Akteneinsicht“ ist mit 1.591 Beratungen das Schwerpunktthema des Themenblocks „Patientenrechte“.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Gesetzesauszug: § 630g BGB Einsichtnahme in die Patientenakte (Vorschrift eingefügt durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl. I S. 277), in Kraft getreten am 26.02.2013)

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.



FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Frau P. schreibt per E-Mail:

Guten Tag, im Widerspruch zur Mitteilung ihrer Anwältin (Kopie der E-Mail im Anhang) teilt mir die Ärztin heute mit, „aus datenschutzrechtlichen Gründen“ sei „keine direkte Einsichtnahme“ möglich. Kopie des Schreibens im Anhang. Die „für mich relevanten Daten“ werde ich in ca. 14 Tagen per Post erhalten.

Muss ich hinnehmen, dass ich keine Einsicht in die Patientenakte, sondern nur ausgewählte Daten per Post erhalte?



Herr M. schreibt ebenfalls per E-Mail:

Guten Tag, ich möchte meine Patientenakte einsehen. Im Gesetz steht der weit dehnbare Begriff „unverzüglich“. Was heißt „unverzüglich“? Wie viele Stunden, Tage, Wochen darf der Arzt sich Zeit lassen, bis er mir einen Termin gibt oder muss er ohne Termin Einsicht gewähren? Die Praxismitarbeiter haben mich einfach weggeschickt. Dann habe ich mit Fristsetzung von einer Woche per E-Mail einen Termin zur Einsicht angefordert. Am letzten Tag der Frist (4. November) teilte mir ein von der Praxis beauftragter Rechtsanwalt mit, ich könne in den verbleibenden Stunden des 4. November in die Praxis kommen oder zwei Terminvorschläge ab 14. November machen.

Wie lange muss ich mich gedulden?

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Es gibt viele Gründe, warum Patienten ihre Patientenakte einsehen oder Kopien davon haben möchten. Manche möchten aufgrund einer schwerwiegenden Diagnose oder Therapie eine Zweitmeinung einholen oder sie wechseln den Arzt und wollen sicher sein, dass keine Informationen verloren gehen. Andere benötigen die Unterlagen für ihre Versicherung, für ein Gutachten oder wollen sich ganz einfach einen Überblick über die erfolgten ärztlichen Maßnahmen verschaffen. Wie in den Beispielen aus der Beratungspraxis kennen viele Ratsuchende, die sich zu diesem Thema an die UPD wenden,

ihre Rechte nicht oder haben das Problem, dass Ärzte die Einsichtnahme pauschal verweigern, einschränken beziehungsweise hinauszögern oder sogar hohe Kosten ankündigen.

In den genannten Beispielen haben die Berater die Ratsuchenden über ihre Rechte sowie über mögliche rechtliche Schritte bei Verweigerung der Akteneinsicht aufgeklärt und ihnen Mut zugesprochen, diese Rechte durchzusetzen. Gleichzeitig berichten die Berater immer wieder, dass Ratsuchende befürchten, das Vertrauensverhältnis zum Arzt zu gefährden.

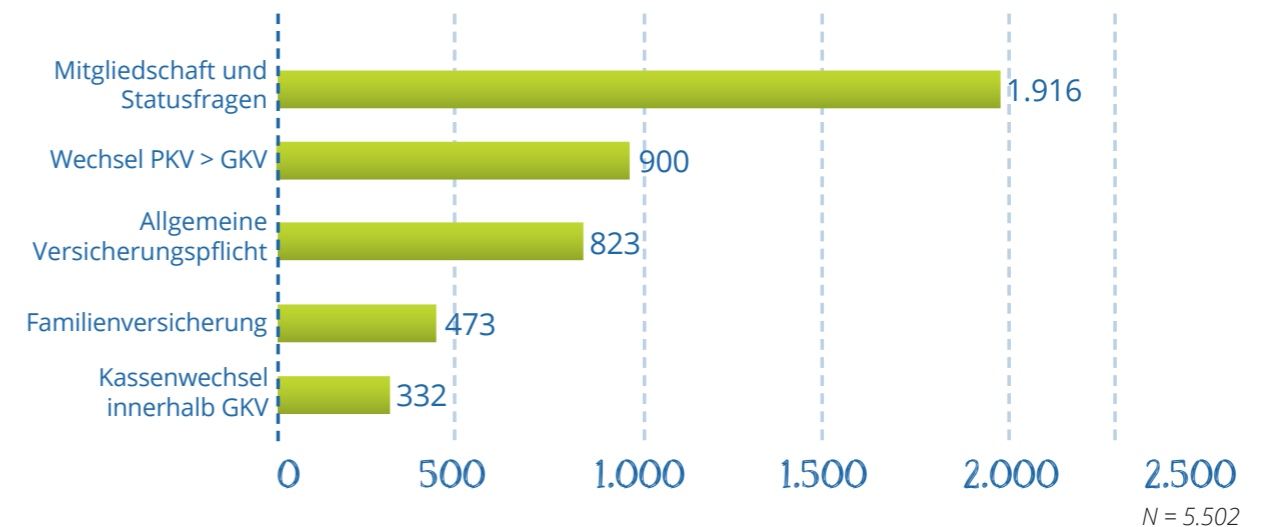
EMPFEHLUNG

Die Unabhängige Patientenberatung kann Ratsuchende dazu ermutigen, ihre Rechte auf Einsicht in die Patientenakte durchzusetzen. Das Problem ist, dass mündige Patienten auf Leistungserbringer treffen, die ihnen die Erfüllung dieses seit 2013 gesetzlich verankerten Rechts immer noch erschweren. Unklar ist, wieso ihnen dies verweigert wird. Besteht das Problem in der Kommunikation mit Patienten? Ist ihnen das Recht der Patienten möglicherweise gar nicht klar oder leiten sie aus dem Patientenrecht für sich keine Pflicht ab? Dies ist zunächst abzuklären, um die Sachverhalte gegebenenfalls in die Ausbildungsordnung der Ärzte aufzunehmen.

3.1.5 MITGLIEDSCHAFT UND STATUSFRAGEN: DIE TEURE SELBSTSTÄNDIGKEIT

Zum Thema Mitgliedschaft und Statusfragen hat die UPD im Jahr 2016 insgesamt 1.916 Mal beraten. Zu den Ratsuchenden zählten viele Selbstständige, die aufgrund freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die Fragen betrafen vor allem die Beitragshöhe beziehungsweise die unterschiedlichen Beitragseinstufungen.

DIE SCHWERPUNKTTHEMEN ZU MITGLIEDSCHAFTS- UND VERSICHERUNGSFRAGEN



Im Themenfeld der „Mitgliedschafts- und Versicherungsfragen“ hatten vor allem Selbstständige und Existenzgründer Fragen zur Beitragshöhe in der gesetzlichen Krankenversicherung.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Gesetzesauszug: § 9 SGB V Freiwillige Versicherung (Fassung aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft getreten am 01.01.2012)

Der Versicherung können beitreten (...). Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren (...)



Die Höhe der Beiträge von freiwillig Versicherten wird dabei aus deren beitragspflichtigen Einnahmen und dem konkreten Beitragssatz errechnet. Hier gibt es jedoch Mindestbemessungsgrenzen, das heißt auch, wenn das Einkommen darunter liegt, wird der Beitragssatz aus diesen Grundlagen der Mindestbemessung berechnet. Die Grenzen und Beitragssätze unterscheiden sich erheblich, je nachdem, ob es sich um „hauptberuflich“ Selbstständige, Existenzgründer, „sonstige“ freiwillig Versicherte, wie zum Beispiel freiwillig versicherte Studenten oder nach der Höchststufe

einzuordnende Personenkreise, wie zum Beispiel freiwillig versicherte mit einem Einkommen über 4.237,50 EUR monatlich, handelt.

Die Kriterien zur Abgrenzung der hauptberuflich Selbstständigen sind dabei im gemeinsamen Rundschreiben 10f des GKV-Spitzenverbandes vom 11.06.2013 in der Fassung vom 23.07.2015 zu den „grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit“ definiert.

ÜBERSICHT ÜBER DIE BEITRAGSHÖHE DER FREIWILLIG VERSICHERTEN (BEITRAG KRANKENVERSICHERUNG OHNE PFLEGEVERSICHERUNG)

PERSONENKREIS	MINDESTBEMESSUNG DER JEWEILIGEN GRUPPE/BEITRAGSSATZ BEI 14% OHNE KRANKENGELDANSPRUCH UNTER ZUREGELUNG DER BEZUGSGRÖSSE FÜR DIE ALTEN BUNDESLÄNDER 2016 (2.905,00 €)
„Hauptberuflich“ Selbstständige	2.178,75 EUR / Beitrag 305,03 EUR
Existenzgründer	1.452,50 EUR / Beitrag 203,35 EUR
„Sonstig“ freiwillig Versicherte	968,33 EUR / Beitrag 135,57 EUR
Höchststufe	4.237,50 EUR / Beitrag 593,25 EUR

FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Herr T. aus D. schreibt:

Guten Tag, zunächst möchte ich mich bedanken für Ihre tolle und übersichtliche Website und dafür, dass es eine Organisation wie die Ihrige gibt. Ich bin schon lange auf der Suche nach Antworten und hoffe, dass Sie mir diese geben können.

Ich bin bisher freiwillig gesetzlich krankversichert bei der X-GKV. Ich habe mein bisheriges Arbeitsverhältnis zum 01.01.2017 gekündigt, da ich mich zum 01.01.2017 selbstständig machen möchte. Ich bin aber noch nicht sicher, ob ich schon in den nächsten Monaten erste Einnahmen erzielen kann. Deshalb möchte ich mich zunächst über meine Frau familienversichern. Sie ist bei einer anderen Versicherung gesetzlich versichert. Hierzu hätte ich ein paar Fragen:

a) Was muss ich hierfür machen? Ich gehe davon aus, einen Antrag bei der Versicherung meiner Frau zu stellen und meine bisherige Versicherung zu kündigen, reicht aus? Muss ich noch etwas beachten?



b) Falls meine Selbstständigkeit doch früher als erwartet erfolgreich sein sollte und ich geringe Einnahmen habe, was passiert dann? Was muss ich dann machen?

c) Wenn meine Selbstständigkeit dann dauerhaft erfolgreich ist, kann ich mich dann wieder freiwillig gesetzlich versichern?



Problem im Spiegel der Patientenberatung

Wie im Fallbeispiel wandten sich viele Ratsuchende an die UPD, da ihnen ihr Versicherungsstatus bei selbstständiger Tätigkeit unklar war. Zahlreichen Versicherten war zudem nicht bewusst, dass monatlich ein Versicherungsbeitrag von über 300 EUR auf sie zukommt – und zwar unabhängig von der Höhe der Einnahmen bei hauptberuflicher Selbstständigkeit (außerhalb des Sonderfalles Existenzgründung). Die Berater berichteten, dass die Beiträge von den Ratsuchenden oftmals nicht aufgebracht werden konnten. Häufig wurde nach der Möglichkeit einer kostenlosen Familienversicherung gefragt, die jedoch auch dann ausgeschlossen ist, wenn im Rahmen der hauptberuflichen Selbstständigkeit kein Einkommen erzielt wird.

In einigen Fällen wurden von den Ratsuchenden die mehrfachen Fristen zur Beibringung eines Einkommensnachweises nicht beachtet, sodass eine Einstufung in den Höchstsatz erfolgte. Bei geringen Einkommen führte dies in der Folgezeit zu Schwierigkeiten, den Krankenversicherungsbeitrag aufzubringen, sodass sich Beitragsschulden anhäuferten. Hier konnten die Berater nur die Gesetzeslage erläutern und den Ratsuchenden darüber hinaus mit Informationen helfen, die Einstufungen zu verstehen.

Darüber hinaus führte die Ermittlung des Einkommens oftmals zu Unverständnis bei Ratsuchenden. So wird der Beitragssatz bei Beginn der freiwilligen Versicherung zunächst auf Basis einer Schätzung festgesetzt. Bei Vorliegen des Steuerbescheides wird der Beitragssatz dann rückwirkend verbindlich festgesetzt und entweder Erstattungen geleistet oder Nachzahlungen festgesetzt. Für die Folgejahre gilt sodann die verbindliche Festsetzung bis zur Vorlage des nächsten Steuerbescheides, was bei einigen Ratsuchenden für Unverständnis insbesondere bei Veränderungen der Einkommenssituation während des laufenden, schon festgesetzten Zeitraums führte. Hier konnten die Berater darauf verweisen, dass der Gesetzgeber im Hinblick auf den Missstand bereits tätig geworden ist und mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG), welches am 11.04.2017 in Kraft trat, eine Regelung geschaffen hat, nach welcher die Beitragspflicht künftig vorläufig nach dem jeweils letzten Einkommenssteuerbescheid festgesetzt wird. Die Regelung tritt zum 01.01.2018 in Kraft. Die endgültige Bemessung erfolgt dann rückwirkend, wenn das Finanzamt den Bescheid erlassen hat, sodass nun auch Erstattungen möglich sein sollen.

EMPFEHLUNG

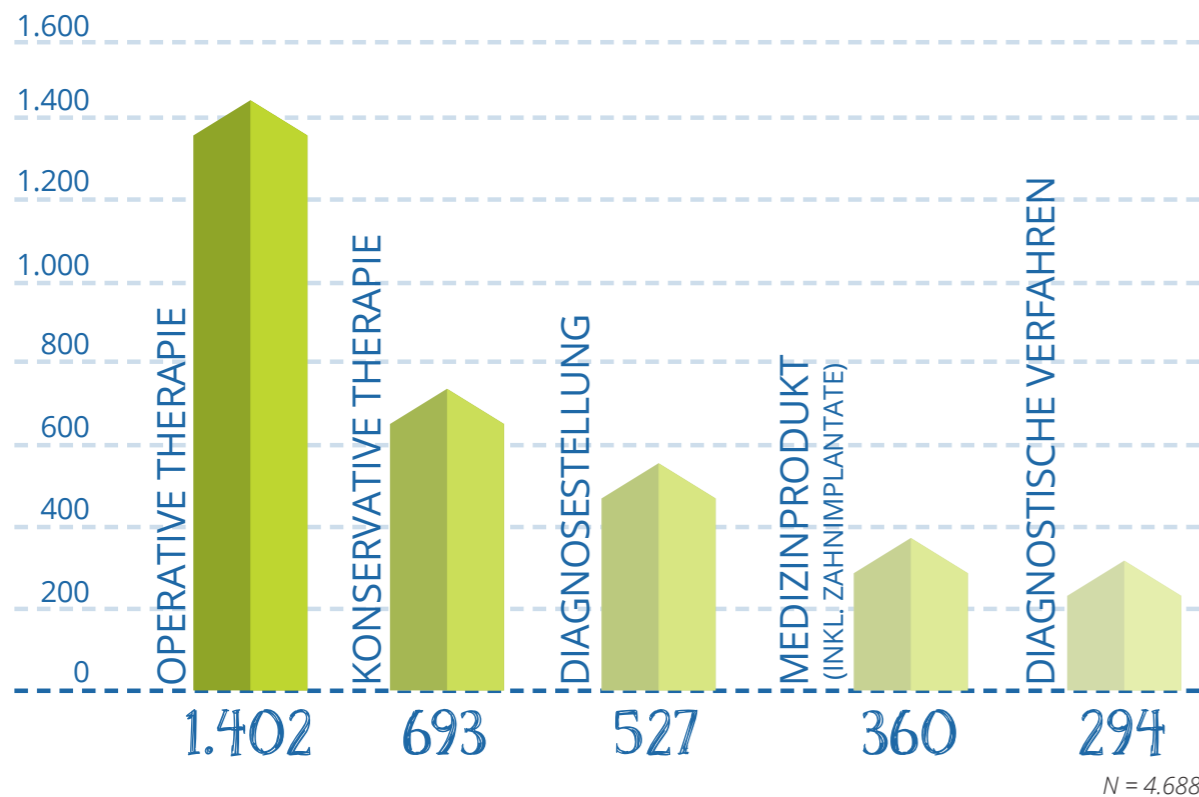
Es ist kritisch zu hinterfragen, ob bei den vielen selbstständigen Einzelunternehmern mit geringem Einkommen die Mindestbemessung angemessen und im Vergleich zu den Beitragssätzen der Pflichtversicherten fair ist. Die Berater berichten, dass Ratsuchende oft die Beiträge nicht aufbringen können. Aus Sicht der UPD sollten die Beiträge nach Einkommen weiter abgestaffelt oder die Auslegung des Existenzgründungsbegriffs weiter ausgedehnt werden.

3.1.6 VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER: BESONDERER INFORMATIONSBEDARF

Verdacht auf Behandlungsfehler

Im Jahr 2016 hat die UPD 4.688 Mal zum Verdacht auf Behandlungsfehler beraten. Hierbei ging es um ein breites Spektrum an Problemen, die von Unzufriedenheit mit dem Ergebnis bis hin zu schwerwiegenden Folgen mit zum Teil erheblichen Einschränkungen für die Betroffenen reichen. Oftmals schildern die Ratsuchenden den Beratern, dass sie die Situation als höchst belastend empfinden und sich von dem behandelnden Arzt und/oder dem behandelnden Krankenhaus alleine gelassen fühlen. Zudem klagen sie über schlechte oder völlig fehlende Kommunikation.

DIE SCHWERPUNKTE BEI VERDACHT AUF BEHANDLUNGSFEHLER



In der Beratung spielen Fragen zur operativen Therapie die größte Rolle. Oftmals wenden sich Ratsuchende an die UPD, weil sie mit dem Ergebnis oder dem Verlauf unzufrieden sind.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Durch das Patientenrechtegesetz wurden am 26.02.2013 der Behandlungsvertrag und damit einhergehend das Arzthaftungsrecht in §§ 630 a ff. (BGBI. I 2013 S. 277) in das Bürgerliche Gesetzbuch eingeführt. Zuvor war und ist dieser Rechtsbereich immer noch durch richterliche Rechtsfortbildung und obergerichtliche Rechtsprechung geprägt.

Ein Behandlungsfehler liegt danach dann vor, wenn der Arzt im Rahmen der Behandlung nicht die zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden, medizinischen Facharztstandards eingehalten hat. Grundsätzlich gilt: Der Patient ist in der Beweispflicht. Um Ansprüche geltend machen zu können, muss er beweisen, dass der Arzt einen Fehler gemacht hat. Darüber hinaus muss er auch den Nachweis führen, dass genau dieser Fehler ursächlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat.

Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren, § 630 c Absatz 2, Satz 2 BGB.



FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Frau T. schreibt:

Bei mir ist ein OP-Fehler begangen worden! Am 13.08.2015 wurde bei mir ein gutartiger Tumor in den Weichteilen des Halses entfernt. Seitdem kann ich weder Speisen, Getränke noch meinen eigenen Speichel schlucken. Nicht nur das rechte Stimmband ist gelähmt; auch wurde ein Nerv so schwer verletzt/durchtrennt, dass der Schluckvorgang unmöglich ist. Ich muss über eine PEG Nahrung zu mir nehmen.

Warum der Nerv des Stimmbandes durchtrennt wurde, ist für mich schon ein großes Fragezeichen! Bitte um Rat, wie ich weiter vorgehen kann; auch finanziell. Mit mir hat keiner im Krankenhaus gesprochen. Ich bin seit diesem Zeitpunkt voll erwerbsgemindert und beziehe nur eine Erwerbsminderungsrente von 600,00 €. Danke für eine Antwort.

Herr S. schreibt per E-Mail:

Guten Tag, am 01.06.2016 hatte ich die Diagnose: Hernie in der linken Flanke nach Ruptur Interkostalraum 9. ICR nach vorherigen Rippenfrakturen. Operation: 1. Herniotomie, Interkostal-Spaltverschluss mit Bülow-Drainagen-Einlage, Hernienversorgung durch Onlay-Netz 15 x 15 cm. 2. Papillomexzision linke Axilla.

Der Operationsbericht beschreibt den Ablauf der OP. Jedoch fehlen hier Angaben über Komplikationen, die ich hatte. Laut Aussage der OP-Pfleger hatte der Operateur die Lunge verletzt, sodass sie zusammenfiel. Die Lunge wurde dann genäht und ein Thoraxkatheter eingebracht. Das dazugehörige Gerät wurde erst nach zehn Tagen entfernt. Hiervon steht überhaupt nichts im Bericht. Mein Problem besteht darin, dass ich nach wie vor starke Schmerzmittel nehmen muss. Das Operationsgebiet mit Narbe ist nicht richtig verheilt. So hatte ich nach dem Krankenhaus noch eine bakterielle Infektion und zwei weitere kurze Krankenhausaufenthalte.



Es wurde mir gesagt, dass eine Beule, die seit der OP vorhanden ist, nicht nochmals korrigiert werden kann. Ich habe eher den Anschein, der Operateur hat Angst, nochmals die OP durchzuführen. Er sagte mir nämlich, die OP war sehr schwierig und „nicht ohne“. Meint er die beschädigte Lunge? Ich habe seither starke Atemprobleme, bis zur Panikattacke. Aus dem Bericht geht hervor, dass die OP 67 Minuten gedauert hat. Meine Frau, die im Krankenhaus wartete, sagte, es dauerte acht Stunden, bis ich wieder im Krankenzimmer war. Laut Stationsschwester war ich noch so lange auf der Intensivstation und Aufwachraum. Alle gaben mir durch die Blume zu verstehen, ich wäre reanimiert worden. Davon sagten der Oberarzt und Chefarzt überhaupt nichts. Diese Informationen werden bewusst zurückgehalten. Ich kann Ihnen den Bericht zukommen lassen, auch Bilder nach der OP von „Narbe und Operationsfeld“. Ich bin seit dem 1.6.2016 krankgeschrieben. Es müsste nochmals operiert werden, so kann ich bis zu meinem Lebensende nicht leben! Bitte helfen Sie mir.



Problem im Spiegel der Patientenberatung

Zum Thema Behandlungsfehler wenden sich Ratsuchende mit den unterschiedlichsten Fallkonstellationen an die UPD. Ihnen gemeinsam ist, dass sie mit der Situation nach einer Behandlung unzufrieden sind. Daneben gibt es weitere Ratsuchende, die von einem nachbehandelnden Arzt oder Krankenhaus darauf aufmerksam gemacht wurden, dass bei einer Behandlung beziehungsweise Operation etwas nicht richtig gelaufen ist. Andere sind zum Beispiel mit dem Ergebnis eines operativen Eingriffs unzufrieden und sind unsicher, ob die Behandlung eventuell fehlerhaft war.

Wie in den Beispielen aus der Beratungspraxis auch, steht die Frage nach Schmerzensgeld oft im Vordergrund. Andere Ratsuchende möchten nur die Situation nachvollziehen können. Sie sind enttäuscht und hätten sich primär Informationen, ein klärendes Gespräch mit dem Arzt, gegebenenfalls eine Entschuldigung gewünscht. Andere fragten auch gezielt, wie sie gegen den Arzt vorgehen können. Wie sich in den Gesprächen herausstellt, wissen die meisten Ratsuchenden nicht, dass der Arzt auf Nachfrage verpflichtet ist, sie wahrheitsgetreu über einen möglichen Behandlungsfehler zu informieren.

Für die Ratsuchenden gilt es daher, ihr Recht auf Information durchzusetzen. Die Berater der UPD klären auf, welche Wege ihnen zur Verfügung stehen. Ratsuchenden, die eine Schadenersatzklage anstreben oder in Betracht ziehen, wird dargelegt, dass es zur Klärung der Fehlerhaftigkeit ihrer Behandlung sinnvoll ist, ein

medizinisches Gutachten einzuholen. Schließlich muss der Patient den Behandlungsfehler nachweisen. Auch dies ist manchen Ratsuchenden nicht bewusst. Gesetzlich Versicherte können sich für ein solches Gutachten nach Aktenlage an den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) wenden. Hier kann die UPD den Ratsuchenden konkrete Hilfestellungen zur weiteren Vorgehensweise geben und Ängste nehmen. So wird dann auch diese Unterstützung häufig von den Ratsuchenden in Anspruch genommen, zumal die Begutachtung ohne Einverständnis des Arztes durchgeführt wird. Allerdings kann die Dauer der Begutachtung, von – einigen Monaten bis zu einem Jahr – von den Ratsuchenden oft nicht nachvollzogen werden.

Erfreulicherweise unterstützen die Krankenkassen die Ratsuchenden in vielen Fällen mit der Erstellung eines Gutachtens, obwohl gesetzlich nur eine Soll-Vorschrift in § 66 SGB V verankert wurde. Nur in wenigen Ausnahmefällen wurde der UPD von Ratsuchenden mitgeteilt, dass eine Begutachtung durch den MDK abgelehnt wurde. Öfter kommt es dagegen vor, dass die Krankenkassen direkt auf die Schlichtungsstellen* der Landesärztekammern verweisen oder den Ratsuchenden mitteilen, dass sie kein Gutachten mehr erstellen können, wenn die Schlichtungsstelle eingeschaltet wurde, was tatsächlich jedoch möglich ist. Hier klären wir die Ratsuchenden auf, dass ein laufendes Schlichtungsverfahren kein Ausschlussgrund für ein Gutachten des MDK ist.

* Die Bezeichnung dieser Stellen, der Verfahrensablauf und auch ihr Ergebnis sind von Landesärztekammer zu Landesärztekammer unterschiedlich.

Andere Ratsuchende hätten sich allerdings bei einer erfolgten Gutachtenerstellung noch weitergehende Unterstützung der Krankenkassen gewünscht, zum Beispiel bei der sich anschließenden Auseinandersetzung mit dem Arzt beziehungsweise mit der Haftpflichtversicherung. Diesen Weg müssen sie dann aber wieder allein gehen. Einem Schlichtungsverfahren über die zuständige Landesärztekammer standen manche Ratsuchende zunächst skeptisch gegenüber, insbesondere fragten sie sich, ob diese auch dem Arzt gegenüber neutral ist und es irritierte sie,

dass vor einem Schlichtungsverfahren alle Beteiligten, also auch die Ärzte, im Regelfall (Ausnahme: Ärztekammer Nordrhein) zustimmen müssen. Manche befürchten, dass der Arzt ein solches Verfahren ablehnt und scheuen hier die Auseinandersetzung.

Umgekehrt gab es einige Härtefälle, die sich mit dem Ziel bei der UPD meldeten, den Arzt strafrechtlich oder berufsrechtlich zur Verantwortung zu ziehen, auch um andere Patienten zu schützen. Schadensersatz spielte hier gar keine Rolle.

EMPFEHLUNG

Die UPD berät Ratsuchende, die einen Behandlungsfehler vermuten, zwar über Rechte und zeigt ihnen mögliche rechtliche Wege auf. Die Berater berichten jedoch, dass die Ausgestaltung dieser Möglichkeiten als wenig patientenorientiert empfunden wird. Ratsuchende empfinden es als entmutigend, dass die Beweislast für den Behandlungsfehler bei ihnen liegt.

Festzuhalten ist, dass eine bessere Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten notwendig scheint. Leider sind Ärzte in diesem Punkt oft zurückhaltend. Obwohl sie sich mittlerweile ohne Angst vor Strafverfolgung beziehungsweise Verlust der beruflichen Haftpflichtversicherung zum Verdacht auf einen Behandlungsfehler äußern dürfen. Die gesetzlichen Regelungen zur Informationspflicht bei einem Behandlungsfehlerverdacht aus dem Jahr 2013, § 630c BGB, und der Aufgabe des Anerkenntnisverbotes im Versicherungsvertragsgesetz aus dem Jahr 2008 haben dafür die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen. Dieser Sachverhalt muss den Leistungserbringern möglicherweise deutlich gemacht werden.

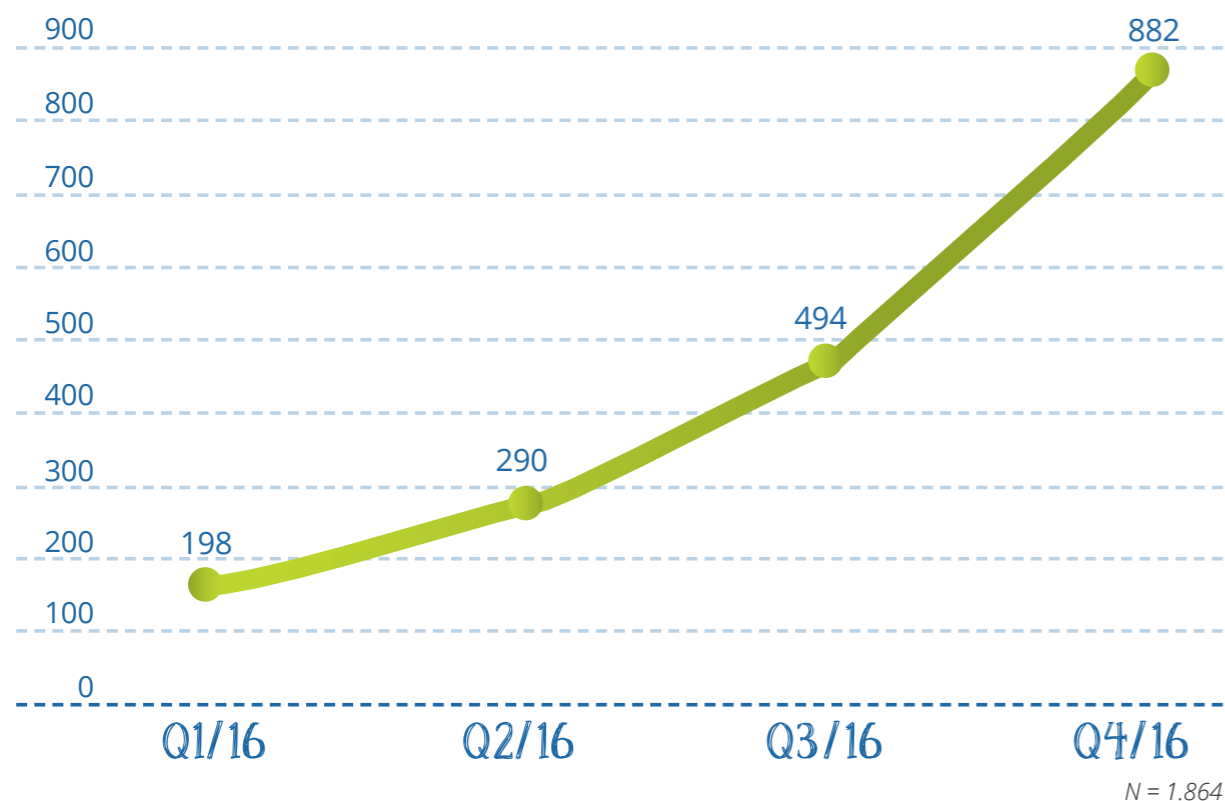
Patienten fühlen sich nicht ernst genommen. Das Gutachten des deutschen Ethikrates „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“¹² vom April 2016 kommt in Bezug auf die Kommunikation im Krankenhaus zu demselben Ergebnis und setzt sich für entsprechende Kommunikationstrainings und ausreichend große Zeitfenster für die Kommunikation vor, während und nach der Behandlung bei Ärzten ein. Eine offene Kommunikation zwischen Arzt und Patient würde auch schneller Klarheit schaffen, wenn das Problem der Patienten nicht durch einen Behandlungsfehler, sondern durch eine Komplikation hervorgerufen wurde.

¹² Quelle: Herausgeber. Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab im Krankenhaus, Stellungnahme, 2016.

3.1.7 PATIENTENVERFÜGUNG: BESTIMMEN, WAS IM ERNSTFALL PASSIERT

Insgesamt 1.864 Mal hat die UPD zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung beraten. Die Ratsuchenden wandten sich mit den unterschiedlichsten Fragestellungen und Konstellationen an die UPD. Erhöhter Beratungsbedarf zeigte sich nach einem Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) klar, welche Anforderungen an die Bestimmtheit einer Patientenverfügung zu stellen sind, damit diese Wirksamkeit entfalten kann.

VORSORGEDOKUMENTE UND BETREUUNGSVERFÜGUNG (INKL. PATIENTENVERFÜGUNG) NACH QUARTAL 2016



In den Beratungszahlen nach Quartal wird der Einfluss neuer Rechtsprechung und damit einhergehender Verunsicherung auf die Beratungszahlen deutlich. Nach dem BGH Beschluss im Juli 2016 stiegen die Beratungen zu Patientenverfügung, Vorsorgedokumenten und Betreuungsverfügung deutlich an.

RECHTLICHER HINTERGRUND

Im Gesetz finden sich u.a. Regelungen zur Patientenverfügung in § 1901 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.

In einer Patientenverfügung wird dabei schriftlich für den Fall einer zukünftigen Entscheidungsunfähigkeit im Voraus 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.

Die aktuellen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes Beschluss vom 6. Juli 2016 (AZ XII ZB 61/16) sowie mit Beschluss vom 8. Februar 2017 (AZ XII ZB 604/15) zur inhaltlichen Ausgestaltung einer wirksamen und die Ärzte verpflichtenden Patientenverfügung stellen klar, dass in der Patientenverfügung genau bestimmt werden muss, was im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit an Maßnahmen in welcher Situation erwünscht ist.

So sollen allgemeine Anweisungen, wie die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist beziehungsweise allgemein keine lebenserhaltenden Maßnahmen zu wünschen, für eine hinreichende Bestimmtheit grundsätzlich nicht genügen.

Der Betroffene sollte umschreibend und möglichst konkret festlegen, was er in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation an ärztlichen Maßnahmen will und was in der Behandlungssituation an medizinischen Maßnahmen zu unterlassen ist.

Die insoweit erforderliche Konkretisierung soll durch die Bezugnahme auf möglichst spezifizierte Krankheiten und Behandlungssituationen erfolgen sowie durch die Benennung der gewünschten beziehungsweise zu unterlassenden ärztlichen Maßnahmen (informed consent).



FRAGESTELLUNGEN AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Herr S. fragt per Brief:

Meine Ehefrau und ich haben uns im Juli 2005 gegenseitig Generalvollmacht erteilt, die zu Lebzeiten des Vollmachtgebers ausdrücklich auch als Betreuungsvollmacht im Sinne des § 1896 (2) BGB gilt. Die Vollmacht wurde von einem Notar erstellt. Unlängst habe ich in einem Zeitungsartikel gelesen, dass die UPD den Besitzern eines solchen Schriftstücks empfiehlt, den Inhalt nach den neuesten Vorgaben zu prüfen. Nun kenne ich aber die neuesten Vorgaben nicht. Können Sie mir helfen? Besten Dank im Voraus.

Frau M. fragt telefonisch:

Wo finde ich eine Vorlage zur Patientenverfügung und was ist grundsätzlich beim Ausfüllen zu beachten? Der Bundesgerichtshof hat ja nun irgendwelche strengeren Kriterien beschlossen.



Frau G. fragt telefonisch:

Ich habe eine Vorsorgevollmacht. Muss ich sie vom Notar beglaubigen lassen? Was gibt es sonst noch für Möglichkeiten? Wo kann ich sie aufbewahren?

Frau M. fragt per E-Mail:

Ich bin die Bevollmächtigte für die Gesundheitspflege meiner Mutter. Ich habe Probleme mit der Anwendung und bin überfordert. Was kann ich tun? An wen kann ich mich wenden?

Frau S. fragt telefonisch:

Meine Mutter hat eine Patientenverfügung, die von ihr geschilderte Situation ist eingetroffen. Wir haben morgen früh das Arztgespräch und sollen entscheiden. Was müssen wir beachten?

Frau M. fragt telefonisch:

Ich bin Patientin in der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung. Ich möchte Beratung hinsichtlich einer Patientenverfügung. Gibt es Beratungsstellen?

Herr H. fragt per E-Mail:

Ich bin in der geschlossenen Psychiatrie untergebracht und habe eine Patientenverfügung. Gilt diese auch hier?

Herr O. fragt telefonisch:

Mein Vater liegt auf der Intensivstation und wird künstlich beatmet. Dies wollte er nie. Er hat keine Patientenverfügung, ich habe eine Vollmacht für die Gesundheitspflege. Was muss ich tun, damit er nicht mehr beatmet wird?

**Problem im Spiegel der Patientenberatung**

Die meisten Ratsuchenden haben Fragen zu den inhaltlichen Anforderungen an eine Patientenverfügung. Es besteht große Unsicherheit in Bezug auf den zwingend notwendigen Inhalt. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach Mustern und Formularen zur Erstellung der Patientenverfügung sowie Unzufriedenheit über fehlende Unterstützung durch Institutionen beim Erstellen geäußert.

Hier nehmen sich die Berater der UPD Zeit, um dieses umfangreiche Thema zu erläutern und über die Anforderungen, die an eine Patientenverfügung zu stellen sind, aufzuklären. Soweit Ratsuchende sich weitergehende Formulierungshilfen und Anregungen wünschen, verweisen die Berater auf den Ratgeber zum Thema Patientenverfügung des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz¹³, der eine Checkliste und Musterformulierungen enthält.

Andere Ratsuchende wenden sich in ihrer Funktion als Bevollmächtigte oder mit einer Vorsorgevollmacht Augestattete an die UPD. Zum einen

geht es dabei um konkrete Situationen, in denen sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen z.B. wenn der Arzt die Patientenverfügung nicht beachtet oder haben schlicht Angst, etwas falsch zu machen oder auch strafrechtlich belangt zu werden.

Insgesamt kommt zum dabei Ausdruck, daß Ratsuchende sehr unsicher sind, was ihre Rechte und Pflichten als Betreuer sind. Hier können die Berater klar aufzeigen, daß Ärzte verpflichtet sind, eine wirksame Patientenverfügung zu beachten und zeigen Schritte auf, dies nötigenfalls auch gerichtlich durchzusetzen. Dabei verweisen die Berater auch auf die Betreuungsbehörden, die hier eine wichtige Funktion erfüllen, indem sie nicht über das Betreuungsrecht, die Rechtsstellung des Betreuers und die Möglichkeiten der Vorsorge allgemein informieren, sondern im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen beraten und Betreuer sowie Bevollmächtigte sodann bei ihren Aufgaben unterstützen.

EMPFEHLUNG

Die Themen Vorsorgedokumente und insbesondere die Patientenverfügung rücken zunehmend in das Bewusstsein der Menschen; die Umsetzung ist aber oftmals mit großer Unsicherheit verbunden. Aufgrund der vielen Anfragen an die UPD zu diesem Thema, die Informationsdefizite erkennen lassen, erscheint eine gezielte Aufklärung der Bürger zu ihren Beratungsansprüchen gegenüber Betreuungsbehörden sinnvoll. Und zwar nicht nur in ihrer Eigenschaft als Verfügende oder Vollmachtgeber, sondern auch als Betreuer oder Bevollmächtigte. Krankenversicherungen sollten hier den Versicherten individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung gewähren und auf Verlangen des Versicherten die Angehörigen und andere Vertrauenspersonen mit einbeziehen. Außerdem sind sie über die Möglichkeiten einer persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung zu informieren.

Da in den Beratungen deutlich wird, dass es bei Ärzten und medizinischen Einrichtungen große Unsicherheiten hinsichtlich der praktischen Anwendung von Patientenverfügungen sowie der Anerkennung von Vollmachten gibt, müssen aus Sicht der UPD diese Defizite im Rahmen von Fortbildungen und Ausbildungsinhalten in den entsprechenden Berufszweigen behoben werden.

SCHWERPUNKTTHEMEN MEDIZIN

3.2.0 SCHWERPUNKTE DER MEDIZINISCHEN BERATUNG

Die UPD hat 16.352 Beratungen im Berichtsjahr 2016 zum Themenbereich Medizin durchgeführt. Dies entspricht rund 17,4 Prozent aller Beratungen. Die Auswahl der in diesem Kapitel beschriebenen Schwerpunktthemen wurde – wie in der rechtlichen Beratung – aufgrund der Häufung von Beratungen zu bestimmten Themenfeldern getroffen, aber vor allem aufgrund der Brisanz, die sich bei bestimmten Themen in den Beratungen abgezeichnet hat. Die im Folgenden beschriebenen Themen folgen daher nicht unbedingt der deskriptiven Beschreibung der Beratungsinhalte (siehe Kap. 3.0.5), sondern orientieren sich an der Bedeutung der zugrunde liegenden Beratungsthemen.

SCHWERPUNKTTHEMEN IM BEREICH DER MEDIZIN

STRUKTURDATENSUCHE:
Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem

ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT:

Viele Medikamente, wenig Klarheit

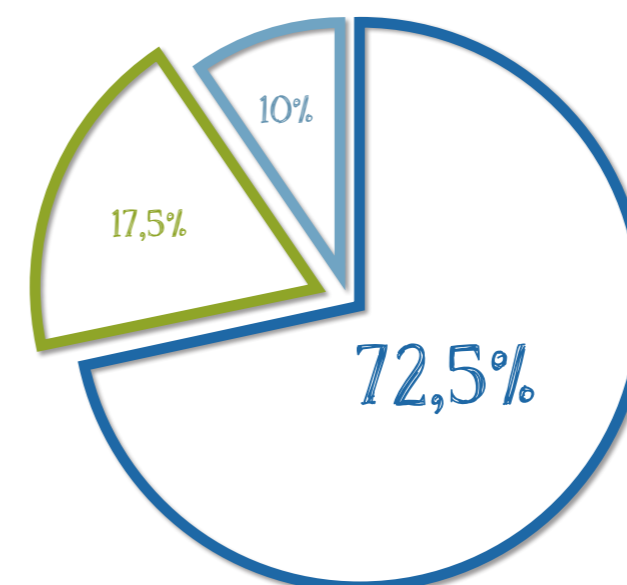
ZAHNHEILKUNDE:

Informationsdefizite können teuer werden

**INDIVIDUELLE
GESUNDHEITSLEISTUNGEN
(IGEL):** Immer noch verwirrend

THEMENSCHWERPUNKTE
weiterer Fachgebiete

BERATUNGEN NACH FACHGEBIET 2016



■ RECHTSBERATUNG
■ MEDIZINISCHE ANFRAGE
■ ALLGEMEINE ANFRAGE

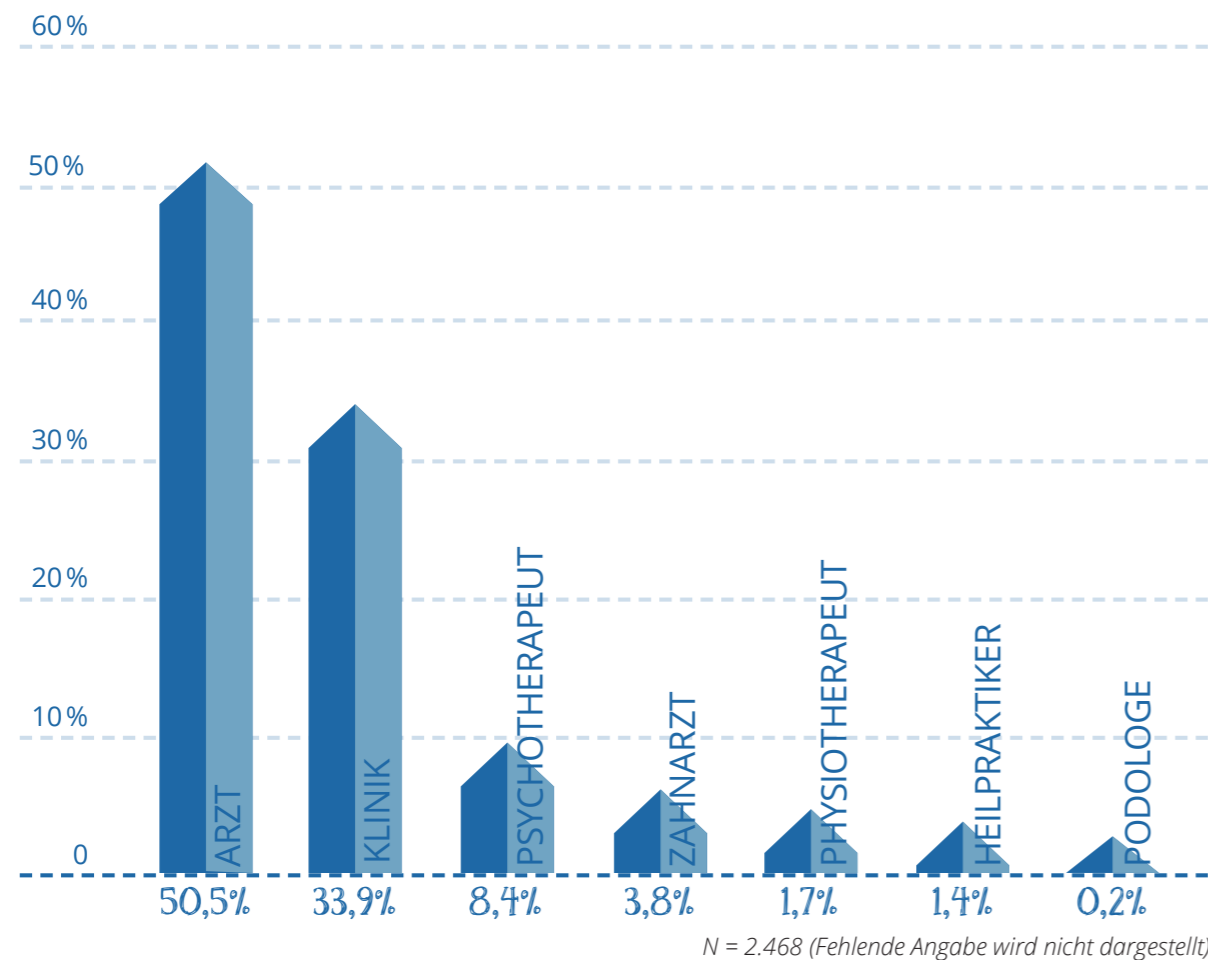
N = 93.827 (alle Beratungen)

17 Prozent aller Beratungen waren im Jahr 2016 medizinische oder psychosoziale Beratungen.

3.2.1 STRUKTURDATENSUCHE: SCHWIERIGKEITEN BEIM ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

2.597 Mal wurde die UPD im Jahr 2016 um Hilfe bei der Suche nach Fachärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder anderen Leistungserbringern gebeten. Die Aspekte der örtlichen Nähe sowie die fachliche Ausrichtung der Leistungserbringer standen hierbei im Vordergrund.

LEISTUNGSERBRINGERSUCHE



Besonders viele Ratsuchende nehmen mit der UPD Kontakt auf, um einen für sie geeigneten Arzt, eine Klinik oder andere medizinische Leistungserbringer zu finden.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die häufigen Anfragen zu örtlich nahe gelegenen oder fachlich geeigneten Praxen, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen spiegeln die Probleme vieler Menschen, eine individuell geeignete Versorgung zu finden. Der Großteil der Suchanfragen bezog sich auf niedergelassene Ärzte (siehe Abb.) und überwiegend (62%) auf die nähere Umgebung der Ratsuchenden bis 20 Kilometer Entfernung.

Den Suchkriterien entsprechend übermitteln die Berater den Ratsuchenden eine Auswahl möglicher Leistungserbringer. Hierbei wird die umfassende Datenbank zu den Strukturdaten aller Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen genutzt, die direkt in das Beratungs-Computersystem der UPD integriert ist und die Suche nach Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt unterschiedlicher Leistungserbringer innerhalb definierter Suchradien ermöglicht.

Viele Ratsuchende wünschen sich darüber hinaus auch qualitative Hinweise zu den Einrichtungen. Die Berater berichten sogar über den häufigen Wunsch der Ratsuchenden, eine persönliche Empfehlung für einen bestimmten Leistungserbringer zu bekommen.

Eine qualitative Beurteilung der Leistungserbringer geben die Berater nicht. Die Berater können die Ratsuchenden jedoch dabei unterstützen, sich ein eigenes Urteil zu bilden. Bei Krankenhäusern bezieht sich die Hilfestellung auf die Interpretation der strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die an unterschiedlichen Stellen öffentlich zugänglich sind. Daneben wird in der Beratung gegebenenfalls auch auf die systematische Aufarbeitung dieser Daten verwiesen, zum Beispiel www.weisse-liste.de. Im Falle ambulanter Leistungserbringer liegen Informationen zum Qualitätsmanagement weniger strukturiert vor. Hier können den Ratsuchenden jedoch andere Hilfestellungen angeboten werden, beispielsweise die Checkliste¹⁴ „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin und ähnliche Materialien.

FACHARZT-TERMINSERVICESTELLEN

Um die Wartezeit für Facharzttermine zu verkürzen und somit den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu verbessern, wurden von den unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen Facharzt-Terminservicestellen eingerichtet. Um den Service nutzen zu können, benötigen Patienten allerdings in der Regel* eine Überweisung mit dem Vermerk zur Dringlichkeit. Liegt eine solche vor, müssen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb einer Woche nach Kontaktaufnahme einen Facharzttermin anbieten – der Termin darf nicht später als vier Wochen nach dem Anruf liegen. Es besteht dabei kein Anrecht auf einen Wunschfacharzt – die zugewiesene Praxis muss aber in einer zumutbaren Entfernung liegen.

Die bessere Terminvergabe scheitert aber häufig am fehlenden Dringlichkeitsvermerk auf der Überweisung – so können die Terminservicestellen keine Termine vergeben. Zudem sind die Terminservicestellen nicht einheitlich erreichbar; bei unterschiedlichen Telefonnummern in den verschiedenen kassenärztlichen Vereinigungen und unterschiedlichen Bürozeiten ist die Auffindbarkeit erschwert. Wünschenswert wären eine bessere Kommunikation des Angebots, um es bekannter zu machen sowie eine patientenorientiertere Nutzbarkeit der Servicestellen.

¹⁴ Quelle: <http://www.patienten-information.de/checklisten/arztcheckliste>

* Für eine Vermittlung von Terminen beim Augenarzt oder beim Frauenarzt wird keine Überweisung benötigt.

EMPFEHLUNG

Der Zugang zu unserem Gesundheitssystem stellt für viele Menschen ein Problem dar – in der Beratung äußert sich dies in herausgehobener Weise durch die häufige Suche nach geeigneten Praxen oder Krankenhäusern. Wünschenswert ist der weitere Ausbau von Informationsangeboten, die Patienten barrierefrei und entsprechend ihren Bedürfnissen die Suche nach Leistungsanbietern im Gesundheitswesen ermöglichen. Dabei sollten Kriterien wie fachliche Qualifikation und Versorgungsqualität verständlich dargestellt werden.

AUS DER BERATUNGSPRAXIS

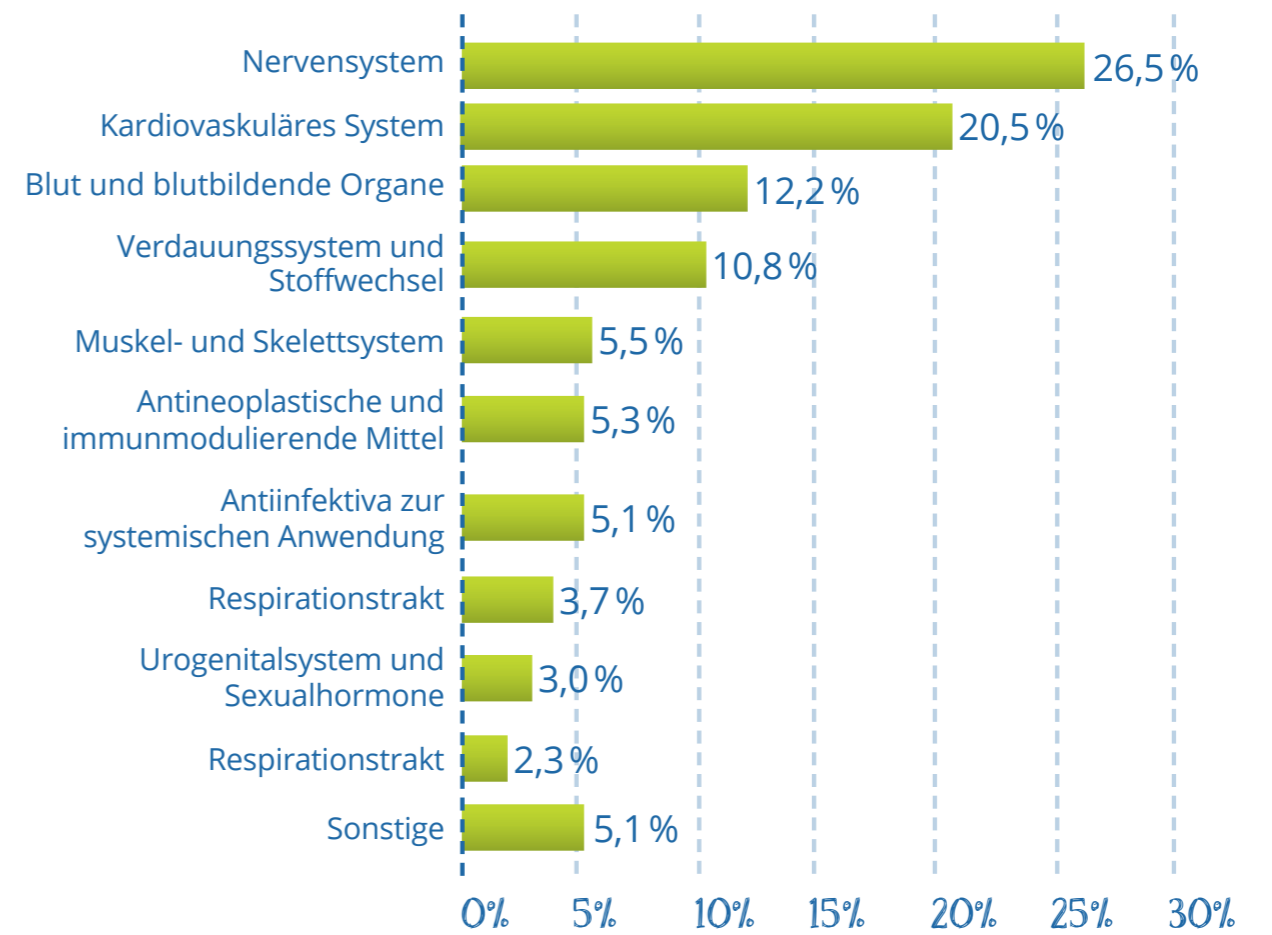
Berta M. (68). Die Studienrätin a.D. Frau M. leidet seit vielen Jahren an einer Kniearthrose – nach langer konservativer Behandlung ist sie mit ihrem niedergelassenen Orthopäden zu dem Entschluss gekommen, sich mit einer Knie-Endoprothese versorgen zu lassen. Ihr Orthopäde empfiehlt das Kreiskrankenhaus am Wohnort, an dem auch der Orthopäde selbst Belegbetten hat. Die Ratsuchende ist mit ihrem Orthopäden eigentlich zufrieden, hat jedoch über die Klinik in der Nachbarschaft von Hygienemängeln und ungunstigen OP-Verläufen gehört. Sie bittet die UPD um eine Beurteilung der Klinik am Wohnort und die Nennung von „besonders guten Kliniken für Knie-Endoprothesen“. Die Berater der UPD erläutern Frau M. dass durch die UPD keine qualitative Beurteilung einzelner Kliniken erfolgen kann. Gemeinsam mit der Ratsuchenden werden die verfügbaren Fallzahlen der Klinik am Wohnort sowie im von Frau M. gewählten Suchradius von 200 Kilometern besprochen. Frau M. hat einen Internetzugang und wird auf die „Weisse Liste“ aufmerksam gemacht sowie Zentren, die durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) zertifiziert sind.



3.2.2 ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT: VIELE MEDIKAMENTE, WENIG KLARHEIT

Die häufigen Anfragen zur Arzneimitteltherapiesicherheit lassen bei Ratsuchenden ein hohes Maß an Unsicherheit in diesem Themengebiet erkennen. Bei 2.264 Beratungen im Bereich Pharmakologie nimmt das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit mit 14 Prozent einen großen Teil der medizinischen Beratungen ein.

ARZNEIMITTELGRUPPEN IN DER PHARMAKOLOGISCHEN BERATUNG



N = 434 („Keine Angabe“ wird nicht dargestellt)

In der Beratung werden die Arzneimittelgruppen sowie die Wirkstoffe erfasst.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

In Deutschland wurden im Jahr 2015 rund 53 Milliarden Euro für Arzneimittel ausgegeben.¹⁵ Knapp 20 Millionen gesetzlich Versicherte nehmen gleichzeitig drei oder mehr Medikamente ein.¹⁶ Die Berater berichten jedoch, dass die Ratsuchenden nicht viel über ihre Medikation wissen. In über 80 Prozent der Beratungen fragten die Ratsuchenden nach Wirkung, Nutzen und auch Nebenwirkungen der von ihnen eingenommenen Medikamente. In vielen Fällen betrafen die Fragen Antihypertonika, antithrombotische Medikamente und Wirkstoffe aus dem psychopharmakologischen Bereich.

Auch Fragen zu Wechselwirkungen bei der Einnahme mehrerer Medikamente wurden gestellt. Die Berater berichteten, dass viele Ratsuchende sich zu den genannten Punkten mehr Information von ihrem behandelnden Arzt oder bei der Abgabe in der Apotheke gewünscht hätten.

Weitere Fragen betrafen beispielsweise die Medikamenteneinnahme während Schwangerschaft und Stillzeit. Auch Nahrungsergänzungsmittel waren in der Beratung immer wieder ein Thema.

Daneben meldeten sich viele Ratsuchende, die aufgrund von Rabattverträgen und der Aut-idem-Regelung nicht oder nicht mehr ein bekanntes Präparat erhielten, sondern ein anderes mit gleichem Wirkstoff. Einige sorgten sich, ob das andere Medikament genauso hilft. Andere fragten, ob der Austausch der Medikamente tatsächlich zulässig ist, ob es Ausnahmen gibt etc. Auch die Festbeträge von Medikamenten beziehungsweise die sich daraus ergebenden Zuzahlungen für Medikamente sorgten für zahlreiche Anfragen.

EMPFEHLUNG

Die Gesundheitskompetenz der Patienten spielt im Bereich der Arzneimitteltherapie eine bedeutende Rolle. So gibt es wissenschaftlich klare Hinweise für den Zusammenhang zwischen besserer Kenntnis der Therapieziele und einer besseren Therapie-Adhärenz.¹⁷ Dies legt eine intensive Miteinbeziehung und Information der Patienten bei der Arzneimitteltherapie nahe. Der im Oktober des Berichtszeitraums eingeführte, bundeseinheitliche Medikationsplan verfolgt dieses Ziel – die schnelle Einführung und konsequente Nutzung in allen relevanten Versorgungsbereichen ist vor diesem Hintergrund empfehlenswert.

Zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und insbesondere der Verhinderung von Medikationsfehlern durch den Patienten selbst muss insgesamt die Gesundheitskompetenz von Patienten im Bereich Arzneimittel gestärkt werden. Der intensive Einbezug dieses Aspekts in Forschungsprojekte und Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit erscheinen sinnvoll.

¹⁵ Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* RKI, Berlin 2015

¹⁶ Quelle: Schwabe/Paffrath (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*; 2016

¹⁷ Quelle: Golin Carol E, DiMatteo Robin M, Gelberg L: *The Role of Patient Participation in the Doctor Visit: Implications for adherence to diabetes care*, *Diabetes Care* 1996 Oct; 19(10): 1153-1164



AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Erkan O. (52): Der 52-jährige Filialleiter eines Supermarkts ist seit einigen Jahren unregelmäßig beim Arzt in Behandlung – er habe „eigentlich gar keine Zeit für so etwas“. Der Arzt behandelt ihn bereits wegen Bluthochdruck und erhöhtem Cholesterin mit Tabletten. Der Zucker sei zu hoch und er solle abnehmen. Jetzt war er bei einem Diabetologen und habe noch mehr Medikamente verordnet bekommen. Er hat keine Zeit zu seinem Hausarzt zu gehen und seine Frau glaubt, dass die neuen Medikamente sich nicht mit den alten vertragen, er selbst fühlt sich zurzeit gut – seine Frau habe ihn auch gedrängt, bei der UPD anzurufen. Die bisher eingenommenen Medikamente und die neue Verordnung werden von Erkan O. vorgelesen. Der Berater erläutert ihm den Einnahmegrund der Medikamente und analysiert mithilfe einer Datenbank mögliche Wechselwirkungen. Es ergibt sich eine potenzielle Wechselwirkung mit seinem β -Blocker – der Ratsuchende ist sich allerdings nicht sicher, ob er diesen Blutdrucksenker noch einnehmen soll.

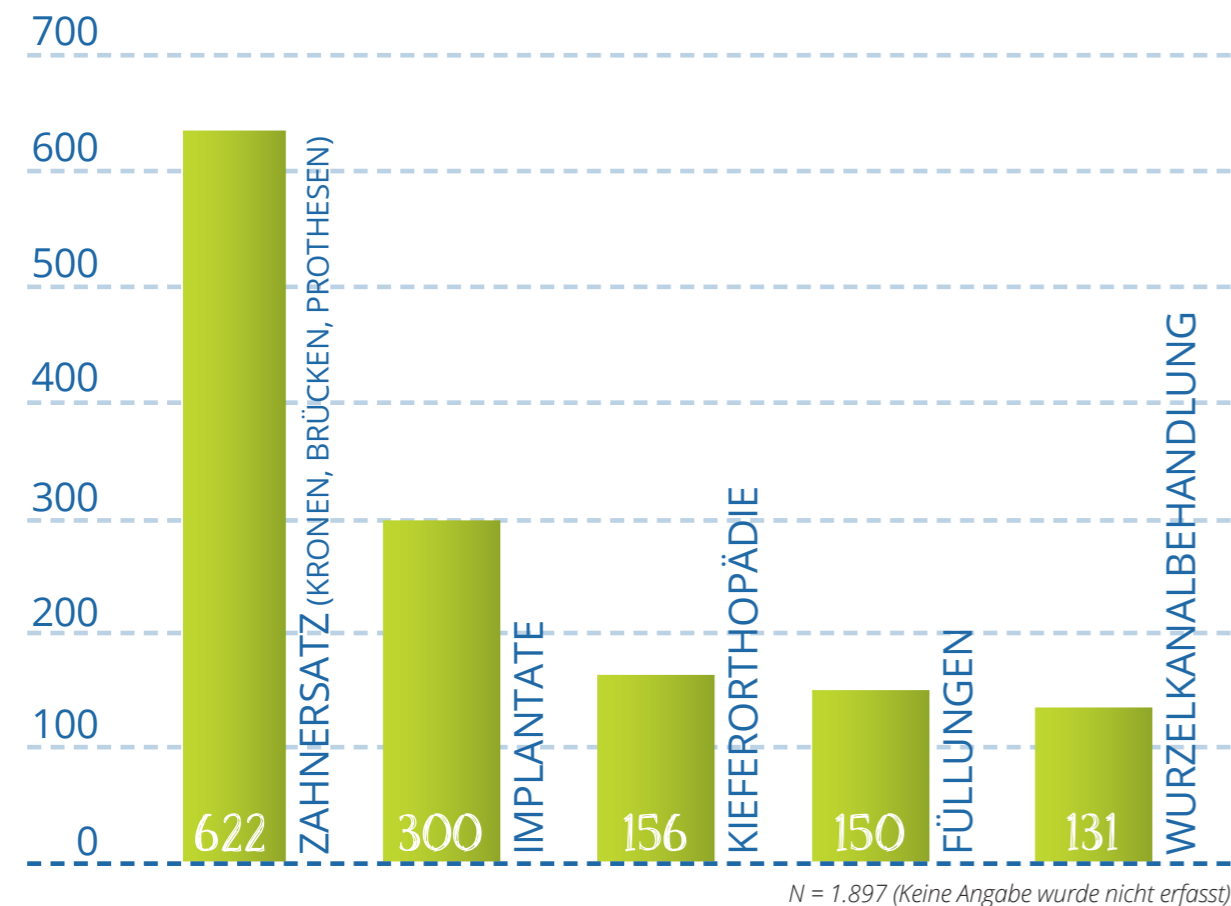
Ihm werden mögliche Konsequenzen der Wechselwirkung erklärt und nahegelegt, seinen Hausarzt zu besuchen, um zu klären, ob die Einnahme weiterhin angebracht ist und gegebenenfalls mit seinem Arzt zu besprechen, welche Maßnahmen individuell ergriffen werden können, um die Therapiesicherheit zu erhalten. Er wird darauf aufmerksam gemacht, dass regelmäßige Arztbesuche zur Therapie chronischer Erkrankungen gehören. Nur so kann der Arzt den Krankheitsverlauf beurteilen und gegebenenfalls die Therapie optimieren, um das Risiko für schwere Folgeerkrankungen so klein wie möglich zu halten. Die Berater machen Erkan O. auch auf sein Anrecht auf einen Medikationsplan (bundeseinheitlicher Medikationsplan nach § 31a SGB V) aufmerksam. Auf Wunsch werden dem Ratsuchenden Kontakte für Ernährungsberatungsstellen in seiner Umgebung mitgeteilt.

Drei Wochen später ruft Herr O. erneut die UPD an – er gibt den Beratern seine Identifikationsnummer der vorangegangenen Beratung an und ist jetzt auf der Suche nach einem Augenarzt in der Nähe seines Wohnorts. Im Laufe der Beratung berichtet Herr O., dass er von seinem Hausarzt einen Medikationsplan erhalten hat, seine Blutdruckmedikamente umgestellt wurden und er sich besser und gesünder fühlt.

3.2.3 ZAHNHEILKUNDE: INFORMATIONSDIFIZITE KÖNNEN TEUER WERDEN

Die zahnmedizinische Beratung der UPD wurde 1.897 Mal von Ratsuchenden in Anspruch genommen. Die Themengebiete betrafen vor allem therapeutische Verfahren, die mit Privatzahlungen verbunden sind.

MEDIZINISCHE SCHWERPUNKTTHEMEN DER ZAHNHEILKUNDE



Der Großteil der Ratsuchenden zum Thema Zahnmedizin hatte Fragen zu Zahnersatz und Implantaten.

Themen im Spiegel der Patientenberatung

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Die zahnärztliche Beratung der UPD ist aufgrund der gesetzlichen Ausgestaltung sehr stark von finanziellen Fragestellungen geprägt. Das gilt vor allem, wenn es um Zahnersatz geht, da hier regelmäßig die Zahlung eines Eigenanteils erforderlich ist. Die Wahl der Versorgung hängt für den Patienten deshalb – wie in kaum einem anderen medizinischen Versorgungsbereich – von seinen finanziellen Möglichkeiten ab. In den Beratungen geht es sehr häufig um Fragen zur medizinischen Notwendigkeit bestimmter Therapien und prothetischer Versorgung sowie um die Vor- und Nachteile von Alternativen, insbesondere auch von zuzahlungsfreien Alternativen. Die zahnmedizinischen Berater berichten, dass insbesondere Ratsuchende mit kieferorthopädischen Fragestellungen im ärztlichen Informationsgespräch häufig erleben, dass die kostenfreien Behandlungsalternativen schlechter dargestellt werden als die kostenpflichtigen Behandlungsverfahren.

Wo die Zahlung eines Eigenanteils erforderlich ist, geht es immer auch um dessen Höhe und die komplexen sozialrechtlichen Grundlagen, die für die Ratsuchenden häufig schwer verständlich sind. Um die Entscheidungskompetenz der Ratsuchenden zu verbessern, erfolgt die zahnmedizinische Beratung daher häufig in Kombination mit einer sozialrechtlichen Beratung.

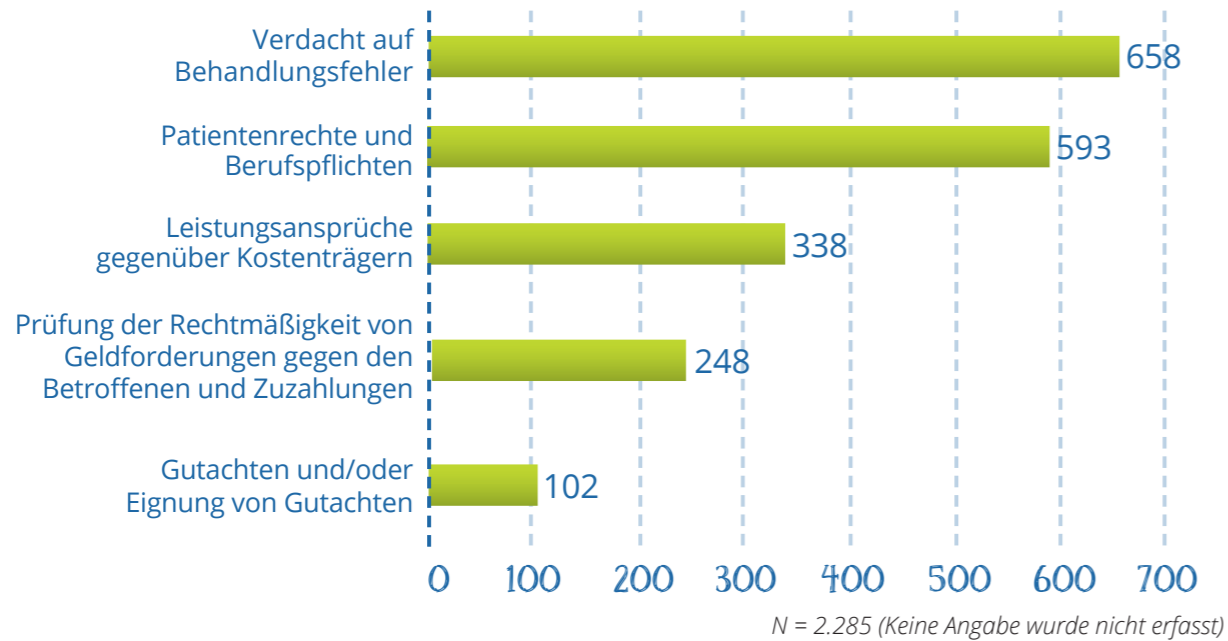
Viele Fragen gab es außerdem zu Heil- und Kostenplänen sowie zu den Zahnarztrechnungen. Von den Fachtermini über die Gebührensätze bis hin zu Steigerungsfaktoren verstehen Ratsuchende die Inhalte nicht und haben dementsprechend Schwierigkeiten, die Heil- und Kostenpläne sowie die Rechnungen zu prüfen. Die Berater erläutern in diesen Fällen die Dokumente, verweisen aber für eine

detaillierte Prüfung an die zuständigen Stellen. Je nach Region sind dies entweder die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder oder die Zahnärztekammern der Länder.

Im Themengebiet der zahnärztlichen Beratung zeigt sich durch die Überlagerung der ohnehin komplexen medizinischen Zusammenhänge durch zusätzliche finanzielle Aspekte in herausgehobener Weise die Informations-Asymmetrie zwischen Arzt und Patient. Erschwert wird die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Zahnarzt zusätzlich dadurch, dass die Gespräche und die Aufklärung zum weiteren Vorgehen und zu Alternativen während der Behandlung stattfinden, was vom Patienten häufig als sehr unangenehm empfunden wird.

Das Thema Zahnmedizin stellt bei der UPD einen Schwerpunkt der fachübergreifenden Beratung medizinischer und juristischer Aspekte dar. So erfolgten zusätzlich zu den oben beschriebenen Beratungen mit medizinischem Schwerpunkt 2.285 juristische Beratungen im zahnärztlichen Themenbereich. Die juristische Beratung hat dabei die gleichen Themenschwerpunkte zum Gegenstand (siehe Abb. S. 96 Rechtliche Beratungsthemen der Zahnheilkunde), die bereits weiter oben ausführlich dargestellt wurden (siehe Kap. 3.1). Viele Ratsuchende wurden zum Themenkomplex Behandlungsfehler beraten – hier insbesondere im Zusammenhang mit Zahnersatz. Im Beratungsschwerpunkt Berufspflichten und Patientenrechte drehte sich die Beratung häufig um das Thema Gewährleistung. Auch in der juristischen Beratung zeigte sich, dass das Thema Eigenanteil und Geldforderungen häufig zu Fragen bei den Ratsuchenden führten.

RECHTLICHE SCHWERPUNKTTHEMEN DER ZAHNHEILKUNDE



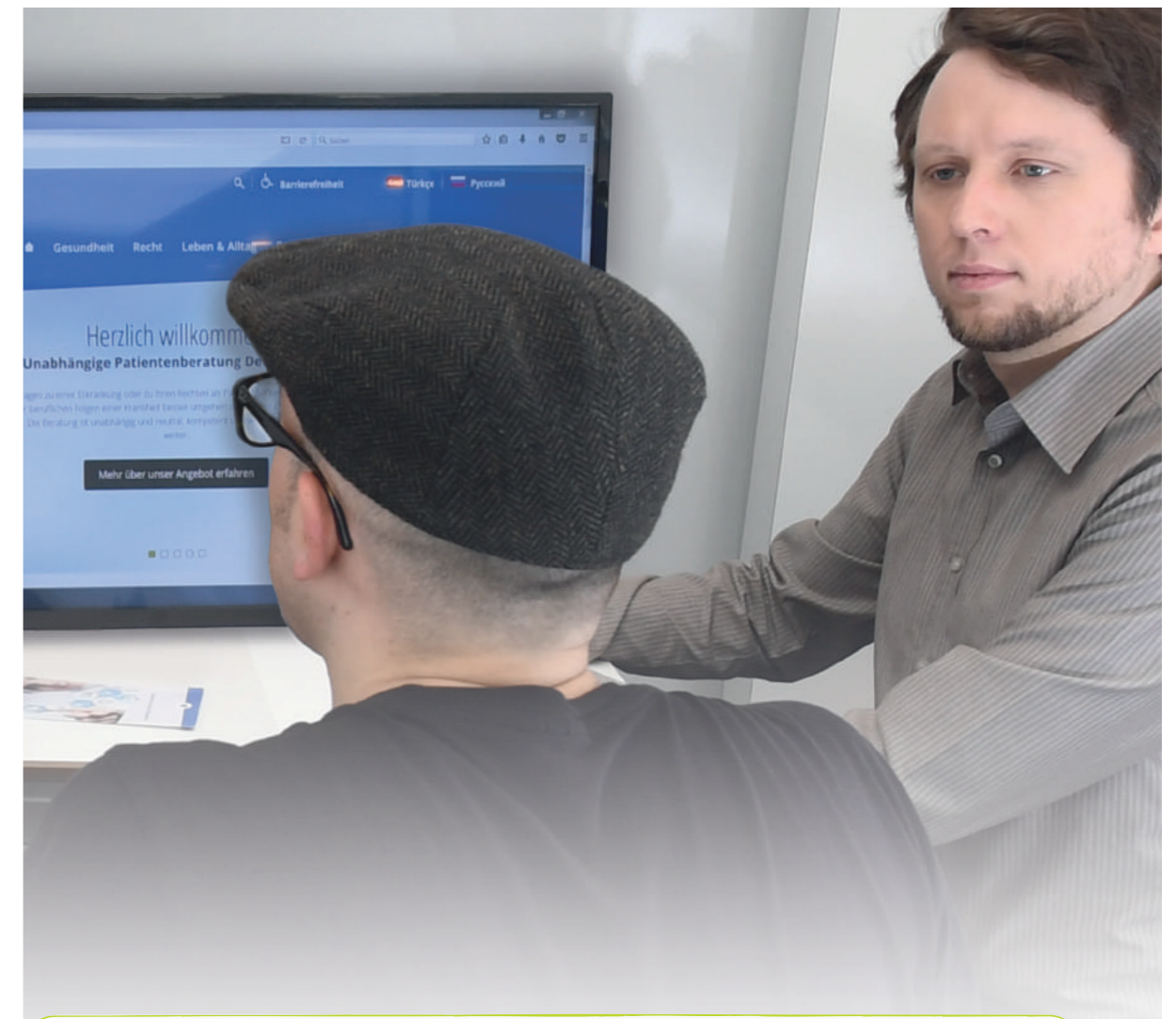
Viele Ratsuchende wurden zum Themenkomplex Behandlungsfehler beraten – hier insbesondere im Zusammenhang mit Zahnersatz.

EMPFEHLUNG

In der Beratung der UPD zeigt sich, dass die ausgeprägte Verbindung zwischen zahnmedizinischer Behandlung und privat zu zahlenden Kosten für den Patienten viele unverständliche Aspekte mit sich bringt – sowohl aus medizinischer, wie auch juristischer Sicht. Die Entscheidungskompetenz von Patienten sollte daher bereits in der Zahnarztpraxis besser gestärkt werden, indem die Beratung mehr auf das Verhältnis von Kosten zu den Vor- und Nachteilen verschiedener Therapiealternativen eingeht. Ebenfalls muss besser über kostenfreie Alternativen informiert und beraten werden.

Zudem ist aus Sicht der Ratsuchenden die patientenverständliche Gestaltung von Heil- und Kostenplänen sowie Rechnungen nötig. Auch müssten diese bei Bedarf besser erläutert werden.

Wünschenswert sind zudem weitere neutrale, zahnmedizinische Wissensquellen.



AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Stefan P. (47). Der 47-jährige Feuerwehrmann berichtet über eine zahnärztliche Behandlung, bei der drei Implantate eingesetzt wurden. Dabei habe er während des Bohrens einen starken, einschließenden Schmerz bekommen und ein Taubheitsgefühl an Lippe und Kinn. Das Taubheitsgefühl bestehe seit der Behandlung fort und er habe immer wieder das Gefühl von „Stromstößen“, wenn er mit der Interdentalbürste in die Nähe des Implantats komme.

Herr P. fragt den Berater, ob bei ihm ein „Kunstfehler“ vorliege und ob er den Zahnarzt wechseln solle. In der zahnärztlichen Beratung wird neutral über die Möglichkeit einer Nervenverletzung sowie weiterer möglicher Komplikationen und Risiken beim Einsatz von Implantaten informiert sowie über das mögliche Vorgehen und die Anlaufstellen bei vermuteten Behandlungsfehlern. Eine Empfehlung bezüglich des Zahnarztwechsels wird nicht abgegeben. Der Ratsuchende wird informiert, dass er bezüglich der stattgehabten Behandlung auch eine Zweitmeinung einholen kann.

3.2.4 INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN (IGeL): IMMER NOCH VERWIRREND

IGeL-Angebote führen bei Patienten häufig zu Unverständnis und Fragen. In 354 Fällen gaben sie den Hauptanlass zur Beratung.

Problem im Spiegel der Patientenberatung

Wenn Ärzte IGeL vorschlagen oder empfehlen, sollten sie ihren Patienten den Nutzen und die möglichen Nachteile der Selbstzahlerleistung erklären. Trotzdem fragen sich viele Ratsuchende, ob die ihnen angebotene Leistung wirklich erforderlich ist. Ein Großteil der Anfragen betrifft somit die medizinische Notwendigkeit individueller Gesundheitsleistungen. Dabei ging es vor allem um IGeL aus dem Fachgebiet der Augenmedizin gefolgt von Orthopädie, Innere Medizin, Gynäkologie und Urologie.

Neben der verständlichen Erklärung der jeweiligen IGeL gibt die Unabhängige Patientenberatung hier neutrale Informationen zu Nutzen und Risiken. Je nach Informationsbedarf verweisen die Berater auf weitere Informationsquellen (www.igel-monitor.de und www.gesundheitsinformation.de). Einige Ratsuchende beklagten, dass es

keine ärztliche Aufklärung zur IGeL gab und/oder keine schriftliche Vereinbarung getroffen wurde. Zu diesen Sachverhalten wurden Berater aus dem Team Recht hinzugezogen. Ebenfalls von rechtlichen Beratern beantwortet wurden Fragen zur uneinheitlichen Einordnung von identischen Gesundheitsdienstleistungen in verschiedene Vergütungssystematiken. So werden manche Gesundheitsleistungen je nach Krankenkasse oder Krankheitsbild als IGeL, als Satzungs- oder als Regelleistung eingeordnet. Einige Krankenkassen ordnen sogar Leistungen im Bereich der Homöopathie als Satzungsleistung ein, obwohl es hier keine evidenzbasierte Bewertung gibt. Für viele Ratsuchende war dies unverständlich.

EMPFEHLUNG

Informationsmaßnahmen für Patienten zu einzelnen Gesundheitsleistungen, die deutlich auf die unterschiedliche Behandlung von Gesundheitsleistungen als IGeL, Satzungs- oder Regelleistung abheben, sind dringend erforderlich. Neutrale und evidenzbasierte, schriftliche Informationen über die geplante IGeL sollten idealerweise bereits beim ersten Informationsgespräch zur Verfügung gestellt werden.

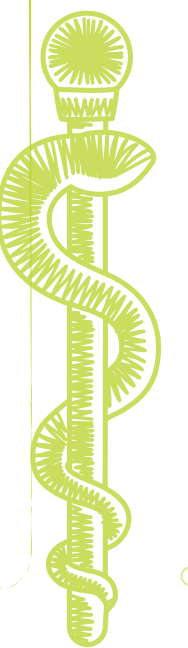
Darüber hinaus müssen Ärzte angehalten werden, Patienten besser über die Selbstzahlerleistungen zu informieren, insbesondere über den individuellen Nutzen und die Risiken der Leistung. Auch die schriftliche Vereinbarung zwischen Patient und Arzt zur geplanten IGeL und den voraussichtlichen Kosten ist konsequent vom Erbringer der IGeL einzufordern.



AUS DER BERATUNGSPRAXIS

Johanna S. (23). Frau S. berichtet über eine seit sechs Jahren bestehende Migräne. Sie habe regelmäßige Attacken, die jeden Monat auch zu ein paar Tagen Arbeitsunfähigkeit führten. Zur Prophylaxe habe ihr Neurologe Medikamente vorgeschlagen – sie wolle aber wegen eines Kindeswunschs „nichts riskieren“. Der Neurologe habe als Alternative eine Akupunktur zur Migräneprophylaxe vorgeschlagen – sie müsse diese aber selbst bezahlen. Frau S. fragt, ob dieses Verfahren dann überhaupt sinnvoll sei.

Die Berater der UPD informieren Frau S. über die wissenschaftlich umstrittene Wirksamkeit dieses Verfahrens, die zu einer Ablehnung als Kassenleistung geführt hat und somit vom Patienten auf Wunsch selbst bezahlt werden muss. Die Patientin wird zum Vorgehen bei der Inanspruchnahme von IGeL informiert und freut sich über das Angebot, weitere Information zur Migräne und der Prophylaxe dieser Erkrankung zu bekommen.



3.2.5 THEMENSCHWERPUNKTE WEITERER FACHGEBIETE

Im breiten Themenfeld der Inneren Medizin wurde zu unterschiedlichsten – häufig chronischen – Erkrankungen beraten. Aufgrund des breiten Spektrums fachärztlicher Beratungskapazität kann die UPD dem Beratungsbedarf passgenau folgen. Bei onkologischen Fragestellungen wird auf den Krebsinformationsdienst verwiesen.

BERATUNGSTHEMEN NACH MEDIZINISCHEM FACHGEBIET IM ÜBERBLICK



Literaturverzeichnis

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Patientenverfügung, Leiden, Krankheit, Sterben: Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Berlin 2016

Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin 2016

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin 2015 (<http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi>)

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben. (2017) Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Krankengeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner. 2017. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwdaid=3&p_aid=2399599&nummer=266&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=48776020

Golin Carol E.; DiMatteo Robin M.; Gelberg L.: The Role of Patient Participation in the Doctor Visit: Implications for adherence to diabetes care, Diabetes Care 1996 Oct; 19 (10): 1153-1164

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Gerhard Igl, Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtgesetzes. Berlin 2016

Kickbusch, I.; Pelikan et al: Health Literacy. The Solid Facts. World Health Organization. Copenhagen 2013.

Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz; Benjamin; Müters, S.; Krol, L. E. / Robert-Koch-Institut: Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Getragen von RKI und Destatis. Berlin 2017

Laumann, K.-J.: Drei Jahre Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter. Was wurde erreicht, wie geht es weiter. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege. Berlin 2017

Ludwig, S.; Dettmer S., Peters H.; Kaczmarczyk G.: Geschlechterspezifische Medizin in der Lehre: Noch in den Kinderschuhen. Dtsch Aerztebl 2016; 113(51-52): A-2364 / B-1944 / C-1920

Quenzel, G.; Schaeffer, D.: Health Literacy – Gesundheitskompetenzen vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld 2016

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. Berlin 2015
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_inhalt.html

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Krankengeldentwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Bonn/Berlin 2015

Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S.: Lehrbuch Patientenberatung. Bern 2012

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

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

Schmidt-Kaehler, S.; Vogt, D.; Berens, Eva-Maria; Horn, Annett; Schaeffer, Doris: Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld 2017

Schwabe/Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Heidelberg 2016

Statista: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland zum 31. Dezember 2015. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1351/umfrage/altersstruktur-der-bevoelkerung-deutschlands>

Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5% gestiegen. Pressemitteilung. (2017) Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile

Statusbericht Kontaktdokumentation - Erste Erfahrungen und Ergebnisse, UPD, Berlin, 2012

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

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

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

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

Volkmer, M.; Philips, R.; Schmidt, S. (Redaktion): Mehr Mitsprache und Orientierung. Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem. WISO Diskurs. Bonn 1/2017