

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2019 - 31.12.2019

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

Berichtszeitraum: 01.01.2019 - 31.12.2019

Impressum

Herausgeber:

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt im Sinne des Pressegesetzes

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer

Projektleitung

Annika Haucke (Fachredaktion), Jann G. Ohlendorf

Redaktion

Lea Knaus
Anja Lehmann
Dr. med. Miriam Mailahn
Heike Morris
Dr. med. Johannes Schenkel
Martina Wallmeier

Weitere Mitwirkende

Tina De Boer
Andreas Dandlberger
Tabatha Erdmann
Veronika Feiden
Isabelle Gruner-Babic
Petra Heß
Barbara Heuchl
Tim Holzapfel
Thomas Hübner
Ralf Jahn
Christel Kehr-Fuckel
Andreas Lemke
Thomas Lerch
Nicole Masaka
Sascha Meier

Monika Nuhst
Nadezda Pampalova
Raquel Reng
Franziska Reschke
Alina Rimke
Denise Röck
Annekathrin Schrödl
Christiane Schulz
Justyna Sikora-Arnold
Beate Sommerfeld
Kristina Tarp
Kendy Temme
Laura Tolle
Sandy Ullrich
Driss Wartini

Soweit nicht anders angegeben, stammen sämtliche Zahlen in diesem Bericht aus der UPD-Beratungsdokumentation.

Vorwort	6	8.4.2 Krankengeld	61
1 BERATUNGSaufTRAG	8	<i>Neue Entwicklung:</i> Verbesserung bei Arbeitsunfähigkeit -	
1.1 Individuelle Beratung	9	Krankengeldlücke geschlossen.....	62
1.2 Rückmeldung von Problemlagen	11	<i>Neue Entwicklung:</i> Krankengeld im Urlaub	62
2 BERATUNGSSTRUKTUR	12	<i>Im Fokus:</i> Krankenkasse darf Frist zum Rehabilitations-Antrag nicht verkürzen	64
2.1 Beratungsteam	13	<i>Im Fokus:</i> Fallmanagement – wie Versicherte unbemerkt in	
2.2 Steuerung und Qualitätssicherung der Beratung	13	Datenerhebungen einwilligen.....	67
3 INANSPRUCHNAHME DER BERATUNG	14	<i>Im Fokus:</i> Krankenkasse darf vollständigen Rehabilitations-Bericht nicht verlangen	69
3.1 Beratungszahlen	14	8.4.3 Mitgliedschaft und Beiträge	71
3.2 Beratungswege	15	<i>Neue Entwicklung:</i> Beitragsbemessungsgrenze gesenkt	72
3.3 Fremdsprachige Beratungsangebote	17	8.4.4 Gesamtfazit zum Thema Krankenkassen	72
3.4 Demografische Merkmale der Ratsuchenden	18	8.5 Medizinprodukte	73
4 NETZWERKARBEIT	21	8.6 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten	74
5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	24	<i>2019 weiter aktuell:</i> Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?	75
6 THEMENBEREICHE UND SCHWERPUNKTE	28	<i>Dauerthema:</i> Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakte gelöscht werden.....	76
7 THEMENAUSWAHL FÜR DEN PATIENTENMONITOR	34	<i>2019 weiter aktuell:</i> Krankenhäuser regeln Anschlussversorgung	
8 BERATUNGSTHEMEN A-Z	38	nicht immer ausreichend	76
8.1 Arzneimittel und pharmakologische Beratung	39	<i>Im Fokus:</i> Wann der Arzt oder die Ärztin bei Terminabsage eine Rechnung stellen darf.....	78
<i>Dauerthema:</i> Wirkungen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen		<i>Im Fokus:</i> Wenn Ärzte und Ärztinnen Leistungen aus Budget-Gründen ablehnen.....	80
beschäftigen Ratsuchende	40	8.7 Pflege	82
<i>Dauerthema:</i> Medizinisches Cannabis weiterhin gefragt.....	41	<i>Dauerthema:</i> Leistungen der Pflegeversicherung	83
<i>2019 weiter aktuell:</i> Verunreinigte Arzneimittel verunsichern Ratsuchende	42	<i>Dauerthema:</i> Wie man mit multiresistenten Erregern umgeht und	
<i>2019 weiter aktuell:</i> Fluorchinolone können schwere Nebenwirkungen haben.....	42	andere pflegfachliche Fragen.....	83
<i>Im Fokus:</i> Lieferengpässe belasten Betroffene oft auch finanziell	43	<i>Im Fokus:</i> Wenn Ratsuchende an der Qualität ambulanter Pflegedienste zweifeln	84
<i>Im Fokus:</i> CBD-Präparate wecken hohe Erwartungen.....	45	<i>Im Fokus:</i> 24-Stunden-Betreuung ist keine Leistung der Pflegeversicherung	86
<i>Im Fokus:</i> Ratsuchende wünschen Einzelimpfstoffe	46	<i>Im Fokus:</i> Rehabilitation für pflegende Angehörige funktioniert nicht immer	88
8.2 Behandlungsfehler	48	8.8 Psychosoziale Beratung	90
<i>Dauerthema:</i> Wenn Ärztinnen und Ärzte nicht offen kommunizieren	49	<i>Im Fokus:</i> Wenn Angehörige krank sind – psychosoziale Beratung	
<i>Dauerthema:</i> Betroffene müssen Fehler, Schaden und deren Zusammenhang beweisen....	49	unterstützt in einer belastenden Situation	91
<i>Exkurs:</i> Behandlungsfehler beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin.....	49	8.9 Suche nach Arztpraxen, Krankenhäusern, Psychotherapieplätzen und	
8.3 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	50	weiteren Anlaufstellen im Gesundheitswesen	92
<i>Dauerthema:</i> Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen.....	50	<i>Dauerthema:</i> Ratsuchende haben Schwierigkeiten, Termine zu bekommen	93
<i>Dauerthema:</i> Ärztinnen und Ärzte vernachlässigen Aufklärungspflicht.....	51	<i>Dauerthema:</i> Informationen zur Qualität und Spezialisierung von	
<i>Im Fokus:</i> Nachsorge nach Katarakt-Operation wird als IGeL abgerechnet	52	Leistungserbringern fehlen.....	93
8.4 Krankenkasse	55	<i>Exkurs:</i> Wohnortnahe Versorgung oder hohe Spezialisierung – wie weit wollen Patienten	
8.4.1 Verwaltungspraxis der Krankenkasse	55	und Patientinnen fahren?.....	94
<i>2019 weiter aktuell:</i> Wenn Zwischennachrichten der Krankenkasse unzulässig sind ...	55	<i>Im Fokus:</i> Menschen mit unklaren Beschwerden irren durch das System.....	95
<i>Im Fokus:</i> Krankenkassen müssen über Rechtsbehelfe belehren	56	8.10 Untersuchung und Behandlung von Krankheiten	96
<i>Im Fokus:</i> Wann Krankenkassen über Anträge entscheiden müssen.....	58	<i>Dauerthema:</i> Reisemedizin und Impfberatung.....	98
		<i>Im Fokus:</i> Rückenschmerzen – ein Klassiker in Sachen Überversorgung	99
		<i>Im Fokus:</i> Medizinische Entscheidungen fallen vielen Menschen schwer	101
		8.11 Vorsorgedokumente und Palliativversorgung	103
		<i>Im Fokus:</i> Palliativversorgung – Betroffene kennen ihre Ansprüche nicht.....	104
		8.12 Zahnmedizin	106
		<i>Im Fokus:</i> Wenn ältere Menschen zahnmedizinisch überversorgt werden.....	107
		<i>Im Fokus:</i> Vollnarkose bei Kindern – ein beunruhigender Trend	109
		Abkürzungsverzeichnis	111

VORWORT



Thorben Krumwiede
Geschäftsführer

Auf dem Weg zu einem patientenorientierteren Gesundheitswesen

Als Patientenberatung ist es unser Ziel, auf zwei Wegen einen aktiven Beitrag zu einem patientenorientierteren Gesundheitswesen zu leisten: durch die individuelle Beratung von Ratsuchenden und durch die Rückmeldung unserer Beratungserfahrungen, insbesondere im Monitor Patientenberatung. Wie und zu welchen Themen wir im vergangenen Jahr beraten haben, stellen wir entsprechend auf den folgenden Seiten vor.

Wir wollen Politik und allen anderen Akteuren des Gesundheitswesens aufzeigen, auf welche Fragen und Probleme Patientinnen und Patienten immer wieder stoßen. Und wir wollen beschreiben, was getan werden kann, um das Gesundheitswesen patientenfreundlicher zu gestalten. Wir sind überzeugt: Wer sich aktiv für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen einsetzt, das die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, kann von unserem Monitor auf besondere Weise profitieren.

Mit jeder unserer rund 130.000 Beratungen des vergangenen Jahres sehen wir konkret die Möglichkeit, die persönliche Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu stärken. Wir wollen Ratsuchende dazu befähigen, eigenverantwortlich passende Handlungsoptionen auszuwählen. Diese persönliche Entscheidung sollen sie auf gut informierter Grundlage im Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten treffen können.

Wie in den Vorjahren stellen wir weiterhin fest: Schon bei der Wahl des richtigen Zugangs zum Gesundheitssystem treten vielfach Fragen auf. Unser sehr komplexes Gesundheitswesen erscheint aus der Sicht der Betroffenen oft alles andere als intuitiv verständlich oder nutzerfreundlich. Daran haben nach unserer Beratungserfahrung auch die jüngsten Gesetzesänderungen (noch) nicht viel ändern können.

Gesundheitskompetenz kann sich nicht nur darauf beschränken, medizinische Sachverhalte verstehen und einordnen zu können. Oft kommt es auch darauf an, dass Betroffene ihre Rechte kennen und durchsetzen können. Viele unserer Beratungen haben daher einen interdisziplinären Charakter, medizinische und rechtliche Aspekte gehen dabei oft Hand in Hand. Deshalb haben wir in diesem Monitor in den Auswertungen der Beratungsthemen darauf verzichtet, die behandelten Themen nach rechtlichen oder medizinischen Schwerpunkten aufzuteilen. In den einleitenden Abschnitten zur Methodik, die den Auswertungen vorangestellt sind, wird dieses Vorgehen noch weiter erläutert.

Kontinuität sehen wir im vergangenen Jahr bei vielen Beratungsthemen: So führten auch 2019 Fragen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern erneut die meisten Ratsuchenden zur Patientenberatung. Und gerade hier zeigt sich: Um aktiv und selbstbestimmt mit der eigenen Gesundheit und Ansprüchen, beispielsweise gegenüber Kranken- und Pflegekassen, umgehen zu können, sind spezielle Kenntnisse erforderlich, die im Alltag der meisten Menschen keine große Rolle spielen.

Leider ist die Kommunikation der Krankenkassen mit Versicherten nach wie vor manchmal regelrecht irreführend, insbesondere, wenn es um den Umgang mit Leistungsansprüchen geht. In einem eigenen Kapitel zu den Krankenkassen haben wir die bisherigen und die neuen Themen zusammengefasst.

Neu im Monitor ist das Problem der Bescheide ohne Rechtsbehelfsbelehrung, die einige Krankenkassen an Versicherte geschickt haben. Die Versicherten können so nicht zuverlässig erkennen, ob überhaupt eine Entscheidung vorliegt oder es sich nur um eine Zwischennachricht handelt. Außerdem wissen sie nicht, auf welche Weise und innerhalb welcher Frist sie dagegen vorgehen können.

In anderen Fällen berichten Ratsuchende über verwirrende Formulare von Krankenkassen, bei denen verpflichtende Angaben zur Bearbeitung des Krankengeldantrags mit der Unterschrift zur Einwilligung in das Krankengeldfallmanagement vermischt werden. Betroffenen fühlen sich von diesem Vorgehen nicht selten überrumpelt.

Im Kapitel über Patientenrechte und Berufspflichten zeigt sich, dass auch das Verhalten der Leistungserbringer mitunter wenig patientenfreundlich scheint. So berichten Ratsuchende vielfach über Ärztinnen und Ärzte, die eine notwendige Verordnung etwa von Physiotherapie oder die weitere Behandlung im laufenden Quartal pauschal mit der Begründung ablehnen, ihr Budget sei erschöpft.

Positiv ist dagegen, dass in der Beratung ein Problem von der zweiten Jahreshälfte an kaum noch zu Beratungen geführt hat: Seitdem der Gesetzgeber tätig geworden ist und präzisiert hat, dass Versicherte durch Lücken in Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht unmittelbar ihren Anspruch auf Krankengeld verlieren, ist diese Problematik offenbar wirkungsvoll entschärft worden. Dies hatte die Existenz vieler Ratsuchender bedroht, wie die Patientenberatung zuvor seit Jahren berichtet hatte.

Es ist unser Ziel und wir freuen uns, wenn dieser Monitor wieder Anlass dazu gibt, unser Gesundheitssystem mit konkreten Schritten zu verbessern. Insofern wünschen wir dem Bericht möglichst viele aufmerksame und veränderungsfreudige Leserinnen und Leser.

Thorben Krumwiede

1 BERATUNGSaufTRAG



Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) mit Sitz in Berlin ist eine gemeinnützige Einrichtung. Alle Menschen in Deutschland können ihre Beratungsangebote nutzen – egal, ob sie gesetzlich, privat oder nicht krankenversichert sind. Alle Beratungsangebote basieren auf dem jeweils aktuellen Stand von Gesetzgebung und Rechtsprechung und / oder den jeweils maßgeblichen Leitlinien und Richtlinien der evidenzbasierten Medizin. Alle Beratungsangebote sind für die Nutzerinnen und Nutzer kostenfrei. Ratsuchende können die Patientenberatung unkompliziert und auf vielen Wegen erreichen: per Telefon, Post, Mail oder Onlineberatung, in den 30 festen Beratungsstellen und an weiteren rund 100 Standorten in Deutschland, die regelmäßig von einem der drei UPD-Mobile angesteuert werden.

Hauptziel der Patientenberatung ist es, die persönliche Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu stärken: Sie sollen sich im deutschen Gesundheitssystem besser zurechtfinden und gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen selbstbestimmt, eigenverantwortlich und auf informierter Grundlage entscheiden. Ihr Beratungsangebot zu gesundheitlichen, gesundheitsrechtlichen und sozialrechtlichen Fragen erfüllt die Patientenberatung unter der Trägerschaft der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH im gesetzlichen Auftrag. Alle Ratsuchenden, die sich an die UPD wenden, können darauf vertrauen, dass sie unabhängig ohne Einfluss Dritter wie Krankenkassen, Behörden, Leistungserbringern oder anderen Interessengruppen beraten werden. Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsangebote ist im § 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als Voraussetzung der Beratungstätigkeit der Patientenberatung explizit festgeschrieben. Die Unabhängigkeit und Neutra-

lität der Beratung werden vielfach kontrolliert. Begleitend steht der UPD ein wissenschaftlicher Beirat unter Vorsitz der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zur Seite. Ein externer und unabhängiger Auditor überprüft die unabhängige und neutrale Beratung der UPD zudem laufend; ferner evaluiert ein wissenschaftliches Institut die Beratungsqualität. Grundsätzlich ist das Angebot der UPD als Ergänzung zu verstehen. Es soll keinesfalls die individuelle Beratung durch Ärztinnen und Ärzte oder die konkrete Rechtsberatung durch juristisches Fachpersonal und Schlichtungsstellen oder die bewährte Arbeit von Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems ersetzen.

Finanziert wird die Arbeit der UPD gemäß § 65b des Sozialgesetzbuchs (SGB V) mit Fördergeldern der gesetzlichen Krankenversicherung durch den GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen). Der PKV-Verband (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.) unterstützt die UPD über die gesamte Förderperiode mit zusätzlichen Fördermitteln für die fremdsprachliche Beratung.



1.1 Individuelle Beratung

Die Beratung soll, wie es § 65b SGB V formuliert, „Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheits-

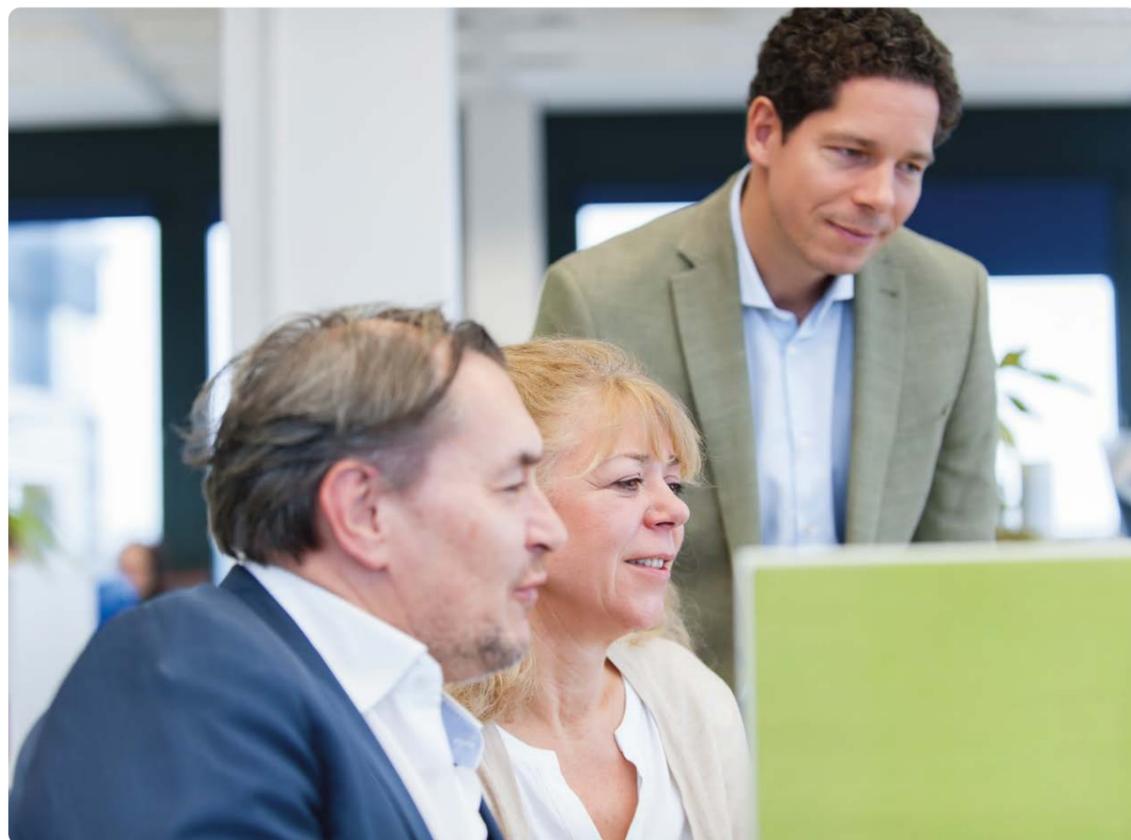
wesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen.“ Somit ist die qualifizierte Beratungstätigkeit, über die der vorliegende Monitor informiert, das Herzstück der Patientenberatung und Ausgangspunkt der Analysen im Auswertungskapitel.

Grundsätzliches

Die Beratung durch die UPD ist

- ☛ **unabhängig**, das heißt weder Industrie noch Krankenkassen oder Leistungserbringer oder Behörden haben Einfluss auf die Art der Beratung;
- ☛ **neutral**, das heißt die Beratung ist ergebnisoffen angelegt, gibt keine persönlichen Ratschläge und nimmt keinen direkten Einfluss auf die Entscheidung der Ratsuchenden;
- ☛ **evidenzbasiert**, das heißt zu Vor- und Nachteilen medizinischer Maßnahmen und möglichen Handlungsalternativen wird auf Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Daten informiert;
- ☛ **auf dem aktuellen Stand**, das heißt die Beratung berücksichtigt die gesetzlichen Grundlagen sowie die geltende Rechtsprechung und aktuelle Leitlinien; dabei werden die verschiedenen Möglichkeiten, die die aktuelle Rechtslage bietet, aufgezeigt;
- ☛ **kompetent**, das heißt die Fachteams bringen ihre Expertise aus verschiedenen medizinischen, rechtlichen oder sozialen Berufen ein und sind für ihre anspruchsvollen Beratungsaufgaben speziell geschult.

Die Beratungsqualität der UPD wird im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ständig kontrolliert und fortlaufend extern von einem wissenschaftlichen Institut evaluiert.



1.2 Rückmeldung von Problemlagen

Zum gesetzlichen Auftrag der Patientenberatung gehört neben der individuellen Beratung von Ratsuchenden außerdem, Politik und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen über Schwachpunkte im Gesundheitswesen aus Sicht der Ratsuchenden zu informieren und dadurch die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken.

Der Monitor Patientenberatung beschreibt anschaulich, deskriptiv und abgeleitet aus dem Beratungsgeschehen, wie Ratsuchende das Gesundheitswesen erleben. Der Monitor bietet eine problemorientierte Darstellung insbesondere häufig auftretender Fragen und Themen, die in der Beratung registriert werden. Er kann und sollte aber nicht an wissenschaftlichen Methoden

gemessen werden. Zudem ist die Aussagekraft eingeschränkt, weil die Analyse auf verschiedenen Methoden wie Auswertungen der Dokumentation und Befragungen der Beraterinnen und Berater beruht. Diese Methoden sind im Kapitel zur methodischen Vorgehensweise (vgl. Kapitel 6) nochmals ausführlich dargestellt.

Mit den seit 2011 jährlich erstellten Monitor-Berichten lassen sich einige Themen der Patientenberatung über einen längeren Zeitraum verfolgen, zum Beispiel Probleme rund um das Krankengeld oder Patientenrechte. Allerdings hat es in der Methodik für die Berichte immer wieder Veränderungen gegeben, sodass diese nur bedingt vergleichbar sind.



„ Im Monitor beschreiben wir Dauerbrenner wie Probleme mit dem Krankengeld oder die Bürde der Beweislast bei Behandlungsfehlern. Dazu kommen immer wieder neue Themen wie etwa die fragwürdige Vermarktung von CBD-Ölen, die falsche Erwartungen wecken kann.“

Thorben Krumwiede
Geschäftsführer

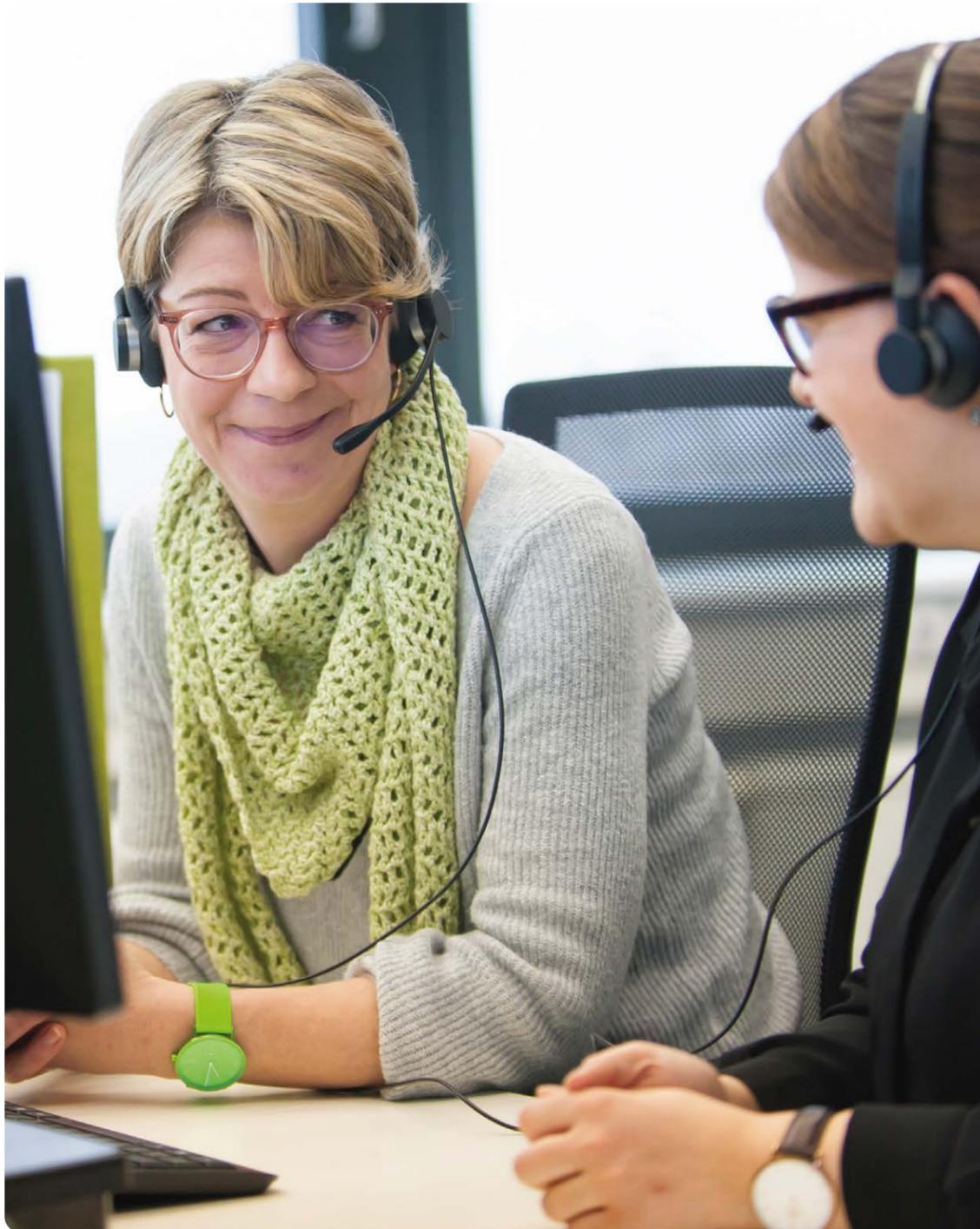
Die Darstellungen im Monitor bieten Politik, Leistungserbringern und Kostenträgern des Gesundheitswesens Ansätze dafür, wie sie es nutzerfreundlicher gestalten können. Diese Impulse sind insbesondere für diejenigen von Interesse, die ein Gesundheitswesen anstreben, das „konsequent aus der Nutzerperspektive“ konzipiert ist, „den Umgang mit Informationen erleichtert“ und „Patientinnen und Patienten eine aktive Beteiligung an der Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit ermöglicht“.¹



Die bislang vier Monitor-Berichte aus der aktuellen Förderphase der Patientenberatung

¹ Zitiert nach: Schmidt-Kaehler, Sebastian; Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen: Fokus Gesundheitskompetenz: Transfer zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem. In: Monitor Versorgungsforschung 05/2019. S. 49-53, S. 50.

2 BERATUNGSSTRUKTUR



2.1 Beratungsteam

In der UPD arbeiten Juristinnen und Juristen, Sozialversicherungsfachangestellte und andere geschulte Beraterinnen und Berater in den rechtlichen Beratungsteams; in den medizinischen Fachteams arbeiten ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Beraterinnen und Berater, Fachkräfte aus der Pflege und anderen Gesundheitsfachberufen sowie ein psychosoziales Team aus Psychologinnen und Psychologen. Die meis-

ten Beraterinnen und Berater sind in der Beratungszentrale in Berlin tätig; dazu kommen die 30 Standorte der Vor-Ort-Beratung. Regelmäßig sind die Beraterinnen und Berater außerdem in einem der drei UPD-Beratungsmobile unterwegs, die an weiteren rund 100 Standorten mehrmals im Jahr Station machen. Ende 2019 beschäftigte die UPD 131 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

2.2 Steuerung und Qualitätssicherung der Beratung

Das UPD-Team berät telefonisch, per Post, online über das gesicherte Onlineportal oder persönlich in den Vor-Ort-Beratungsstellen oder den UPD-Beratungsmobilen. Die UPD kann somit das Angebot an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientieren. Die Arbeit der UPD wird von der in Berlin ansässigen Beratungszentrale gesteuert. Dahinter steht das Ziel einer einheitlichen Beratungsqualität, unabhängig von Beratungsform und Beratungsort.

Alle Beraterinnen und Berater greifen für die Beratung auf Informationen zu, die leitliniengerecht, evidenzbasiert und auf Basis aktueller Rechtsprechung erstellt sind. Die UPD stellt

durch fortlaufende Aktualisierungen, Schulungen und Prüfungen sicher, dass die Beratung alle relevanten Gesetzesänderungen und aktuellen medizinischen Entwicklungen berücksichtigt. Ergänzend zu den umfangreichen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen wird die Arbeit der Patientenberatung fortlaufend durch ein wissenschaftliches Institut evaluiert. Das Qualitätsmanagement der UPD ist außerdem „für die Erbringung von Beratungsleistungen zu medizinischen, gesundheitsrechtlichen sowie sozialrechtlichen Fragen für Verbraucher, Patienten und Ratsuchende“ nach DIN ISO EN 9001:2015 und DIN EN 15838:2010 durch den TÜV Nord zertifiziert.



Christiane Schulz schätzt an der Arbeit in der Vor-Ort-Beratungsstelle Berlin den direkten Kontakt mit Ratsuchenden. Die Beratungsstelle, gut erreichbar im Berliner Stadtteil Kreuzberg gelegen, wird von den Bürgerinnen und Bürgern der Hauptstadt gut angenommen.

3 INANSPRUCHNAHME DER BERATUNG

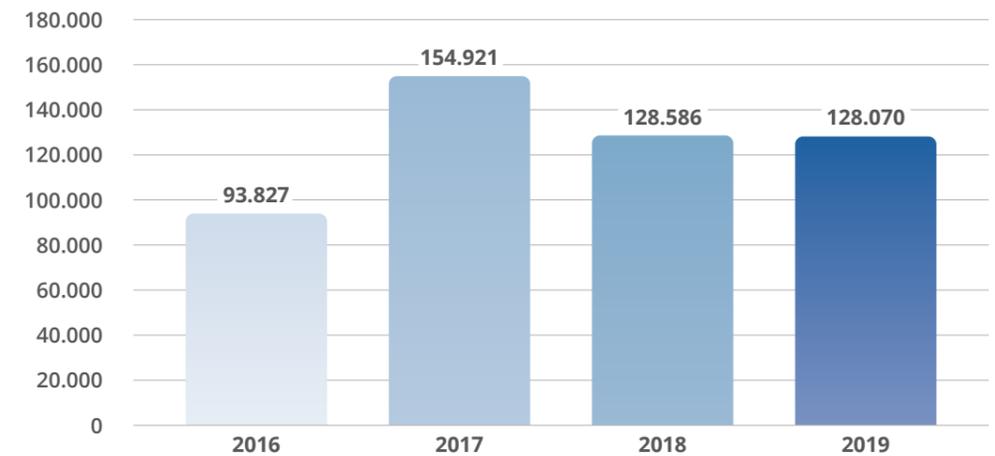


3.1 Beratungszahlen

Ob telefonisch, persönlich in einer Vor-Ort-Beratungsstelle oder im UPD-Mobil, per Briefpost oder online: Die Beratungsangebote sind so angelegt, dass die Präferenzen der Ratsuchenden beim Zu-

gang zu den Beratungsangeboten besonders gut berücksichtigt werden können. 2019 wurde mit 128.070 Beratungen über alle Beratungswege ein Ergebnis auf Vorjahreshöhe verzeichnet.

Beratungszahlen im Jahresvergleich 2016 - 2019



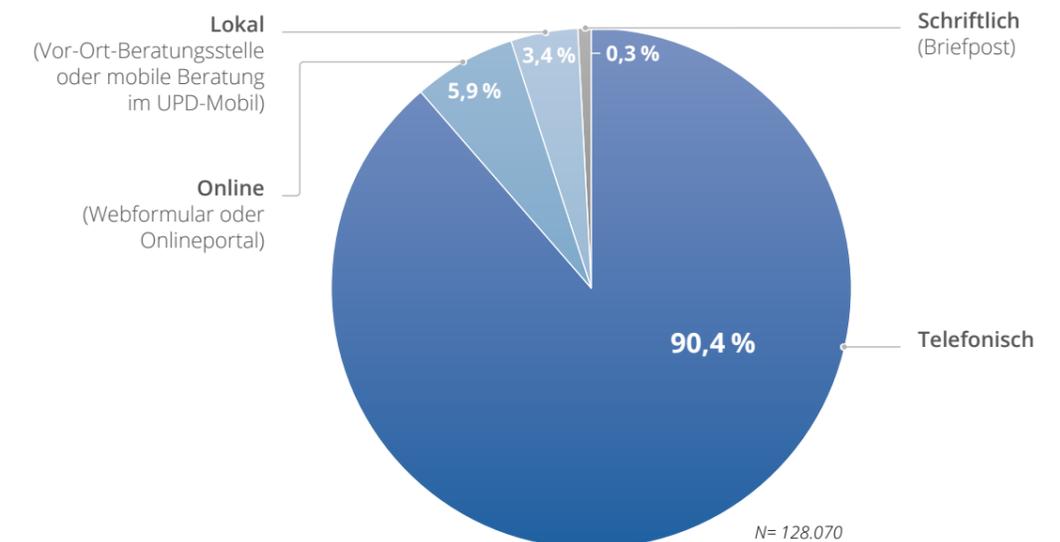
Die Beratungszahlen sind 2019 stabil geblieben.

3.2 Beratungswege

Von 128.070 Beratungen im Gesamtjahr entfielen 115.787 auf telefonische Beratungen. Gegenüber dem Vorjahr verzeichnete dieser Beratungsweg einen prozentual leichten Zuwachs von 88,1 Prozent (2018) auf 90,4 Prozent. Schriftliche Beratungen machten 7.973 Beratungen aus, wobei nur sehr wenige Ratsuchende den Postweg wählten

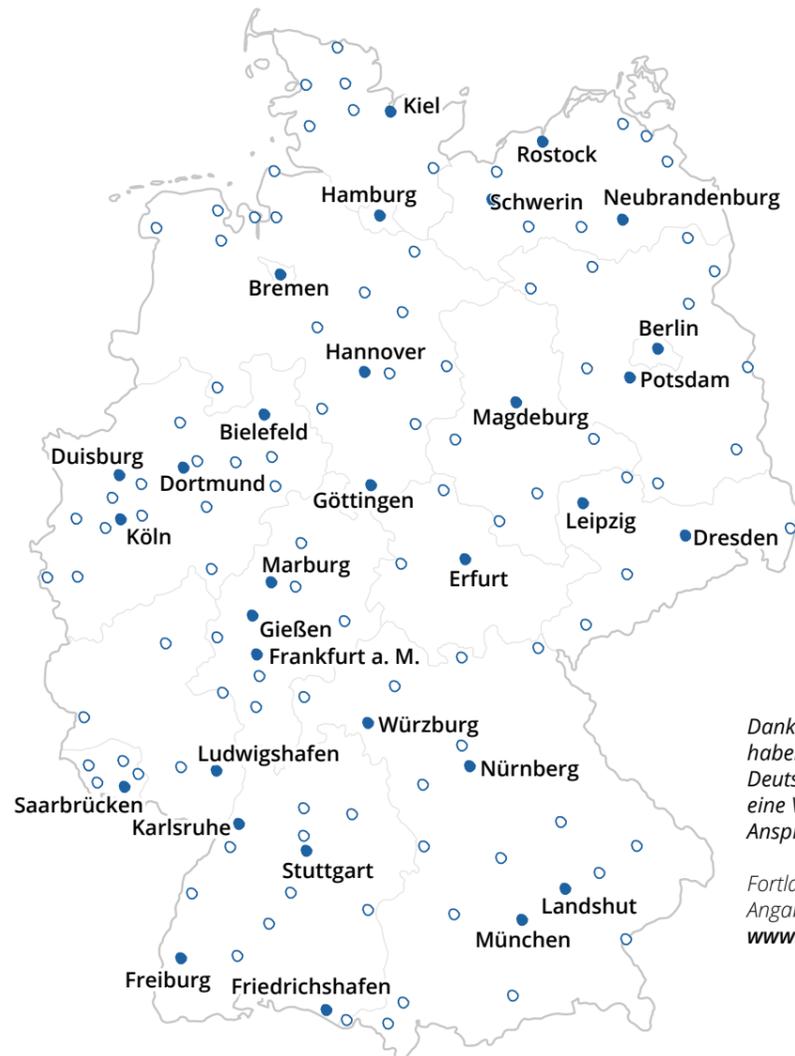
(436). An Online-Beratungen wurden 2019 7.537 Beratungen gezählt. Die Zahl der Beratungen in den regionalen Beratungsstellen und Beratungsmobilen nahm mit 4.265 im Vergleich zum Vorjahr (2018: 6.738) ab: Es gab 2.500 Beratungen vor Ort und 1.765 Beratungen in den Mobilen.

Beratungswege 2019



Wie in den Vorjahren ist die telefonische Beratung für 9 von 10 Ratsuchende der bevorzugte Beratungsweg.

Die Beratungsstellen der UPD



Dank der UPD-Mobile haben viele Ratsuchende in Deutschland die Möglichkeit, eine Vor-Ort-Beratung in Anspruch zu nehmen.

Fortlaufend aktualisierte Angaben zu den Stationen unter www.patientenberatung.de

Beratungsstandorte:

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

Stationen der UPD-Mobile 2019

Aachen, Anklam, Ansbach, Aschaffenburg, Augsburg, Bad Frankenhausen, Bad Liebenwerda, Bad Tölz, Bad Wildungen, Bad Zwischenahn, Balingen, Brandenburg an der Havel, Bremerhaven, Brilon, Burghausen, Chemnitz, Coburg, Cottbus, Cuxhaven, Darmstadt, Deggendorf, Dingolfing, Düren, Düsseldorf, Eberswalde, Eisenach, Emden, Erlangen, Flensburg, Frankfurt (Oder), Friedrichshafen, Fulda, Görlitz, Goslar, Greifswald, Halberstadt, Halle (Saale), Hameln, Hamm, Hammelburg, Hattingen, Heide, Heilbronn, Hof, Husum, Ingolstadt, Iserlohn, Kaiserslautern, Kempten, Koblenz, Lauterbach, Limburg a. d. Lahn, Lindau, Lippstadt, Lübeck, Lüneburg, Mainz, Mönchengladbach, Münster, Neustadt an der Weinstr., Nienburg, Nordhausen, Nördlingen, Offenburg, Osnabrück, Paderborn, Parchim, Peine, Prenzlau, Rastatt, Regensburg, Rendsburg, Saarlouis, Schleswig, Schwäbisch Hall, Schwedt (Oder), Schweinfurt, Siegen, Soltau, St. Wendel, Stralsund, Südheide-OT Hermannsburg, Torgau, Trier, Tübingen, Ulm, Villingen, Waiblingen, Waren (Müritz), Wilhelmshaven, Wismar, Wittenberg (Lutherstadt), Wittenberge, Wittstock, Wolfsburg, Wuppertal, Zweibrücken

3.3 Fremdsprachige Beratungsangebote



den Beratungszahlen insgesamt deutlich erhöht hat. Insgesamt ist die Zahl der fremdsprachigen Beratungen 2019 um rund 20 Prozent zurückgegangen.

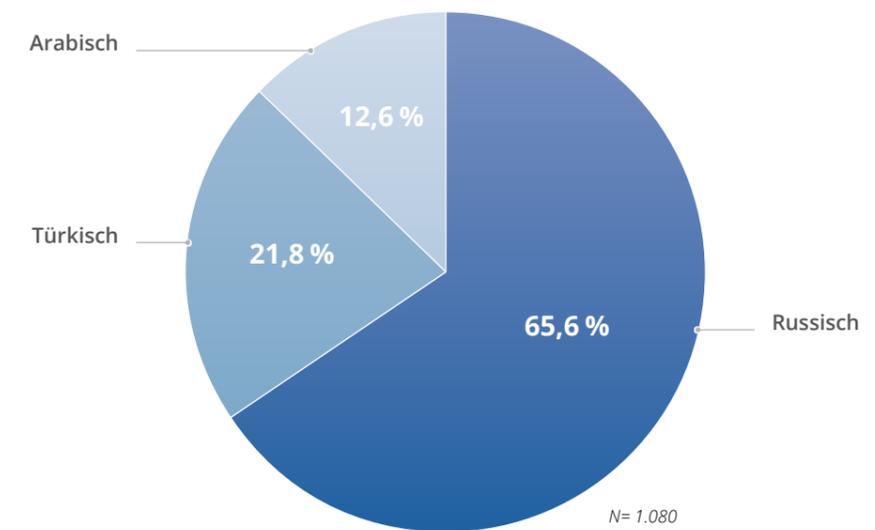
Bei der Betrachtung der Frage, inwieweit die UPD vulnerable Zielgruppen erreicht, ist allerdings auch zu beachten, dass der Anteil der Ratsuchenden mit Migrationshintergrund laut Nutzerbefragung der externen Evaluation selbst unter den deutschsprachigen Ratsuchenden bei rund 20 Prozent liegt.²

Menschen in Deutschland, die mit der deutschen Sprache nicht oder nur wenig vertraut sind, stehen bei der Nutzung des Gesundheitswesens vor besonderen Herausforderungen. Die UPD bietet daher die Beratungsleistungen auch auf Türkisch, Arabisch und Russisch an. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. finanziert dieses Angebot.



In der Verteilung der Beratungen – analysiert nach Sprache – fällt auf, dass der Anteil der arabischsprachigen Beratungen sich relativ zu

Nutzung der fremdsprachigen Beratung



Fast zwei Drittel der fremdsprachigen Beratungen wurden in russischer Sprache geführt.

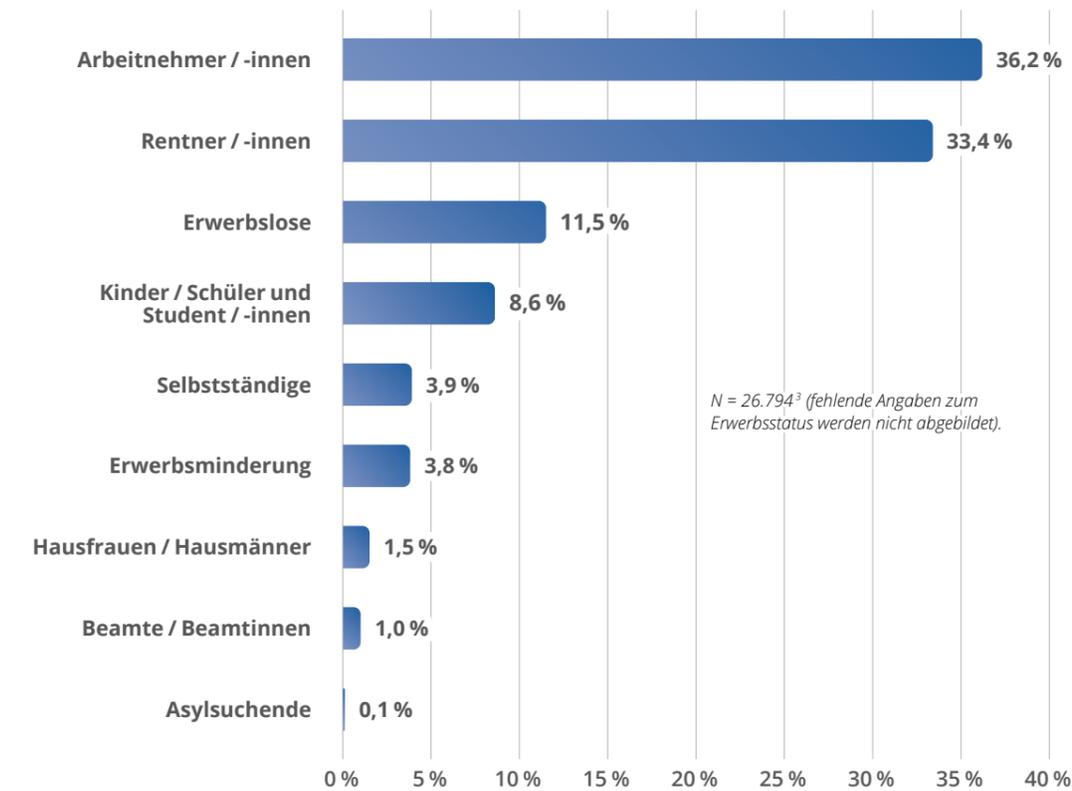
² Vgl. Heimer, Andreas; Vollmer, Janko; Maday, Carsten; Stengel, Verena; Ludwig, Lätizia (Hrsg.): Zwischenbericht. Evaluation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Berlin 2019, Seite 72.

3.4 Demografische Merkmale der Ratsuchenden

Das Beratungsangebot der UPD richtet sich an keine spezifischen Gruppen in der Bevölkerung. Alle Bevölkerungsgruppen mit Beratungsbedarf können von der Beratung Gebrauch machen. Frauen haben – mit leichter Steigerung gegenüber dem Vorjahr – auch 2019 wieder mehr Beratungen in Anspruch genommen als Männer (62,9 Prozent, Vorjahr 61,0 Prozent).

Die meisten Ratsuchenden sind älter als 45 Jahre; die meisten Ratsuchenden sind berufstätig. Eine Analyse der demografischen Daten der fremdsprachigen Beratungen im Vergleich mit der deutschsprachigen Beratung zeigt keine auffälligen Abweichungen bei der Nutzung der Beratungsangebote.

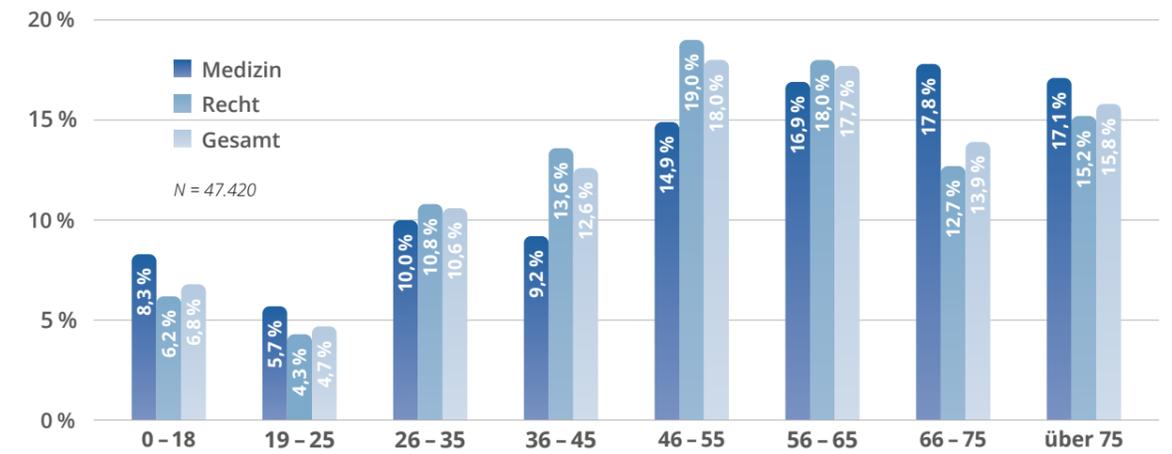
Erwerbsstatus der Ratsuchenden



Besonders stark nachgefragt wird die Beratung nach wie vor bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Rentnerinnen und Rentnern, wenngleich auf etwas niedrigerem Niveau als im Vorjahr.

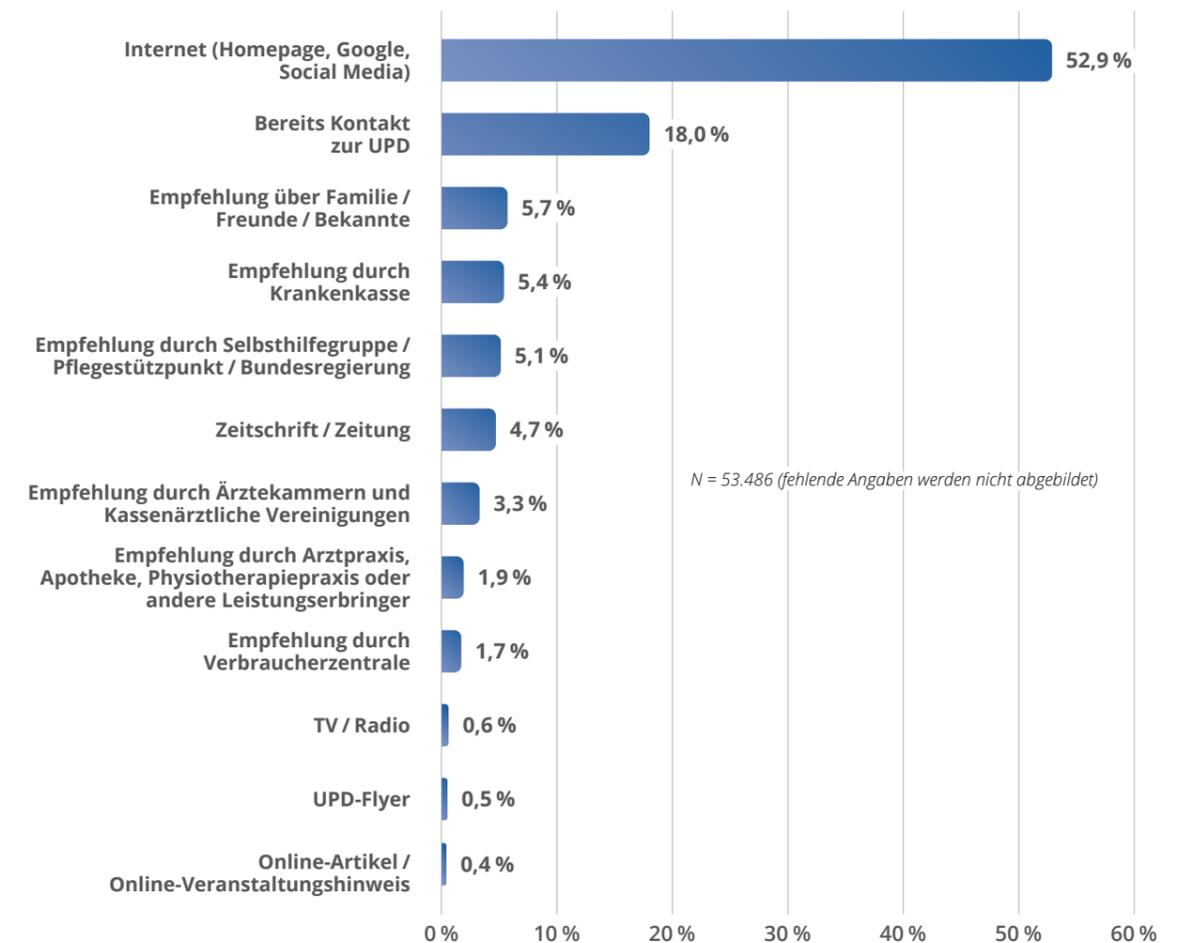
³ Die Monate Mai - Juli wurden aus der Berechnung ausgeschlossen, da es in dieser Zeit aufgrund einer Softwarestörung zu fehlerhaften Erfassungen des Erwerbsstatus kam.

Altersverteilung der Ratsuchenden



Das mittlere Alter dominiert auch 2019 in den Beratungen.

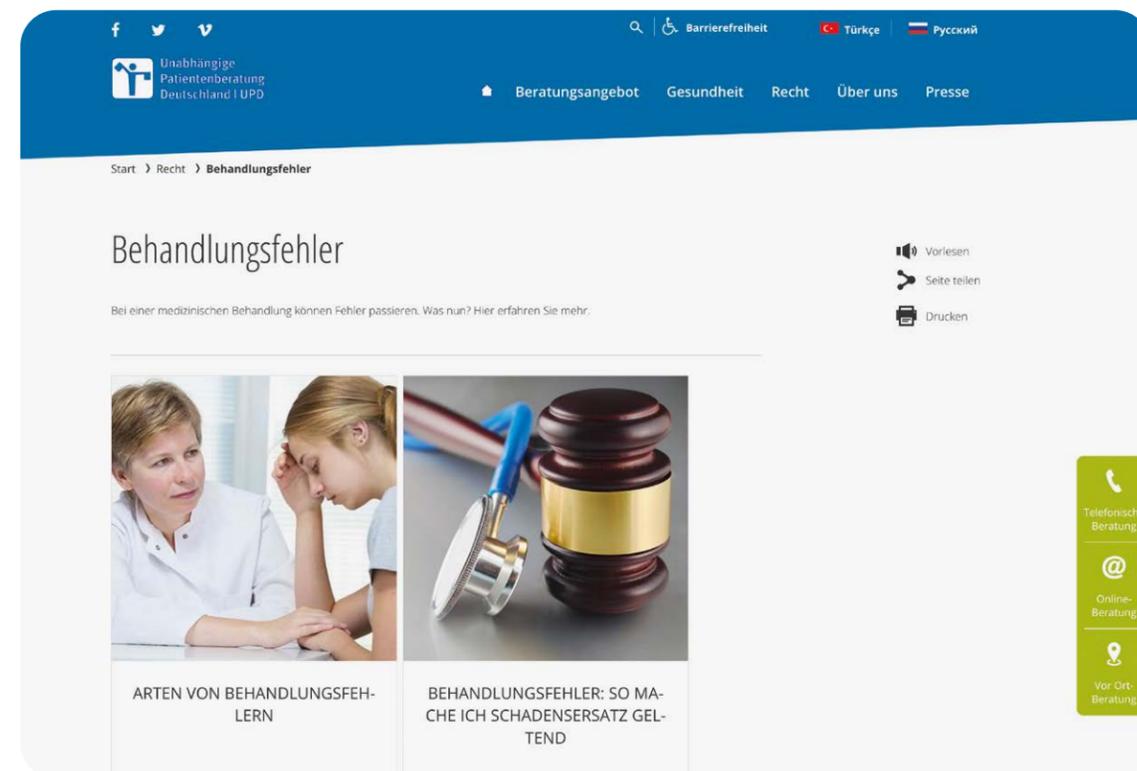
So wurden Ratsuchende auf die UPD aufmerksam



Rund jede/r zweite Ratsuchende nennt auf die Frage, wie er/sie auf die Patientenberatung aufmerksam geworden ist, das Internet.

Der hohen Bedeutung, die dem Internet bei der Information über Gesundheitsthemen zukommt, trägt die UPD Rechnung: Die Website informiert barrierefrei und leicht verständlich über alle Wege, auf welchen Ratsuchende bei der UPD eine Beratung erhalten können. Außerdem bietet sie Interessierten zahlreiche Texte mit Gesundheitsinformationen, die nach einem standardi-

sierten Verfahren erstellt und regelmäßig aktualisiert werden.⁴ Abgedeckt werden hierbei sowohl rechtliche als auch medizinische Themen. Texte des Portals www.gesundheitsinformation.de, die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt werden, sind ebenfalls in die Website eingebettet.



⁴ Vgl. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. Aktueller Stand 21. September 2016. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf

4 NETZWERKARBEIT UND LOTSENFUNKTION



Die Netzwerkarbeit der Patientenberatung ist auf wechselseitigen Austausch und vertrauensvolle Zusammenarbeit beispielsweise mit Selbsthilfegruppen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und anderen Informations- und Beratungseinrichtungen angelegt. Seit dem dritten Quartal 2019 erfassen die Berater/innen der UPD systematisch, auf welche

Institutionen die Ratsuchenden bei der Beratung hingewiesen werden. Diese Verweise spiegeln die Lotsenfunktion der UPD. Hingewiesen wird sowohl auf Institutionen, die den Ratsuchenden bei ihren Anliegen weiterhelfen können, als auch auf weiterführende Informationsangebote, die die Beratung der UPD ergänzen oder unterstützen können.

Verweise an andere Einrichtungen



Die UPD-Berater und -Beraterinnen verwiesen am häufigsten auf Kostenträger, Arztpraxen, Krankenhäuser oder Apotheken sowie Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen als Ansprechpartner. In ca. 11 Prozent der Beratungen wird auf Gesundheitsinformationen ausgewählter Anbieter hingewiesen. Hierzu gehören zum Beispiel Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Patienteninformationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), (Patienten-)Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der IGeL-Monitor und die Weiße Liste.

In den beiden letzten Quartalen 2019 haben die Beraterinnen und Berater der UPD insgesamt 56.519-mal auf mindestens eine andere Einrichtung oder Institution verwiesen. Sehr häufig handelt es sich um Hinweise auf Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken, die als direkte Anlaufstellen für die weitere gesundheitliche Versorgung, Rückfragen oder andere Bedarfe genannt wurden. In vielen Fällen wurde auf die jeweiligen Kostenträger als nächsten Ansprechpartner zur Problemlösung hingewiesen. Die diversen Institutionen, auf die in der Beratung hingewiesen wird, spiegeln insgesamt das sehr breite Beratungsspektrum der UPD: So wird beispielsweise in der medizinischen Beratung bei den häufigen Suchen nach geeigneten Arztpraxen oder Krankenhäusern häufig auf die Weiße Liste und in der juristischen Beratung zu vermuteten Behandlungsfehlern meist auf Schlichtungs-, Ombudsstellen beziehungsweise Gutachterkommissionen hingewiesen.

Darüber hinaus sind insbesondere die regionalen Vor-Ort-Beratungsstellen wichtige Stützpunkte der Netzwerkarbeit. Außerdem stärkt der fachliche Austausch das Eintreten für die Anliegen und Belange von Patientinnen und Patienten. Die Beraterinnen und Berater aus den Vor-Ort-Beratungsstellen und die Zentrale der UPD sind kontinuierlich mit Netzwerkpartnern im Dialog. Sie stellen dabei nicht nur regelmäßig das Beratungsangebot vor, sondern gewinnen unmittelbare Einblicke in die lokalen Kompetenzen und Probleme der Gesundheitsversorgung.



Die Beraterinnen und Berater aus den Vor-Ort-Beratungsstellen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentrale der UPD sind kontinuierlich mit Netzwerkpartnern im Dialog.

Indem die UPD gezielt auf ergänzende regionale und überregionale Beratungs- und Informationsangebote verweist, wird die Beratungsleistung für die Ratsuchenden bereichert.



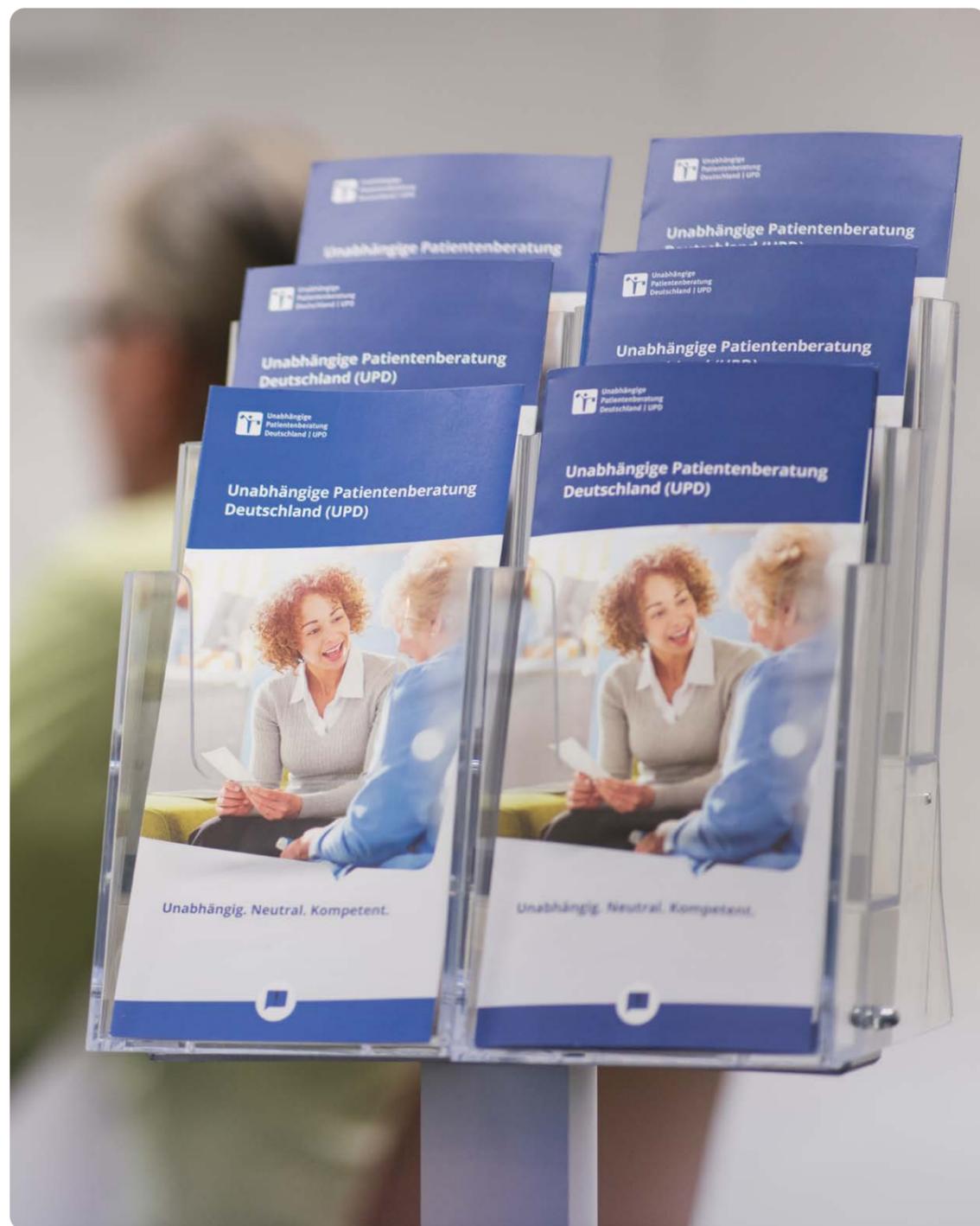
„Die Kooperation mit anderen Beratungseinrichtungen und Organisationen im Gesundheitswesen ist für die UPD eine wichtige Daueraufgabe. Nur so ist eine Abstimmung der Informations- und Beratungsangebote im Sinne der Patientinnen und Patienten möglich.“

Marcel Weigand
Leiter Kooperationen und digitale Transformation

Seit 2017 lädt die UPD regelmäßig regionale Akteure zu Netzwerktreffen ein. 2019 standen dabei die Patientenrechte im Mittelpunkt. Diskutiert wurden Fragen etwa zur freien Arztwahl, zu Behandlungspflichten oder dem Recht auf Zweitmeinung und Akteneinsicht. Diese Themen sind auch für die Netzwerkpartner relevant und die Be-

ratungskompetenz der UPD wird von Netzwerkpartnern gern in Anspruch genommen und weiterempfohlen. Ergänzend zu Terminen in Dresden, Bremen, Hamburg, Dortmund, München, Saarbrücken und Berlin wurde in Neubrandenburg mit dem Netzwerktreffen zugleich der Bezug der neuen zentralen Vor-Ort-Beratungsstelle gefeiert.

5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT



In der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Patientenberatung spiegelt sich das breite öffentliche Interesse der Medien an gesundheitsbezogenen Themen wider. Die Inhalte der UPD sind zielgruppengerecht und für die Medien adäquat aufbereitet. So konnte auch im vergangenen Jahr das Beratungsangebot der UPD gut vermittelt und über unterschiedliche Medien für die Menschen sichtbar werden. Zugleich schätzen weiterhin immer wieder sowohl lokale als auch überregionale Medien die Patientenberatung als Ansprechpartner zu rechtlichen und medizinischen Fragen.

2019 lag ein Schwerpunkt der Kommunikation darin, das Beratungsangebot der UPD zu spezifischen Themen online leichter auffindbar zu machen. Denn ein Großteil der Ratsuchenden wird über die Internetsuche auf das Beratungsangebot aufmerksam. Daher wurde die zielgerichtete Form der Kommunikationsarbeit auf Basis von suchmaschinenoptimierten Texten und

Anzeigen (sog. SEO und SEA-Marketing) für die Patientenberatung weiter ausgebaut. Die Reichweite der UPD bei Facebook ist gestiegen. Dies zeigt, dass Nutzer auch an der menschlichen und nahbaren Seite der UPD interessiert sind. Ein aktiver Austausch zu oft sensiblen Gesundheitsthemen durch die ungeschützten Social-Media-Kanäle wird von der UPD allerdings bewusst nicht angeregt.



„Gesundheit ist ein Thema, das viele Menschen beschäftigt und entsprechend auch für die Medien besonders relevant ist. Mit unserer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit machen wir nicht nur die Patientenberatung bekannter, sondern können durch adäquate Aufbereitung der Informationen oft auch einen Beitrag zur Aufklärung leisten.“

Jann Gerrit Ohlendorf
Sprecher

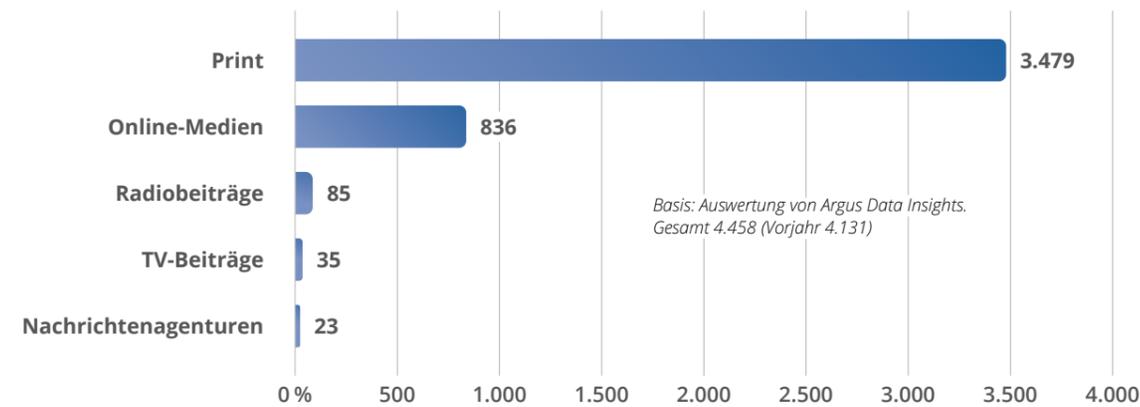
Viele Medien schätzten auch 2019 die unterschiedlich aufbereiteten Presseinformationen zu aktuellen Gesundheitsthemen. Die größte Resonanz fand das Thema „Verdacht auf Behandlungsfehler“. Servicethemen wie Hilfestellungen für den Urlaub pflegender Angehöriger oder Tipps zur Vorsorgevollmacht stießen ebenfalls auf besonderes Interesse. Auch Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bei Zahnspangen spielten eine große Rolle. Besonders prägnante Beratungsthemen greift die UPD seit 2019 im wiederkehrenden „Fall des Monats“ auf. Er zeigt, was die Ratsuchenden bewegt oder verärgert und erklärt, was Betroffene in vergleichbaren Situationen unternehmen können.

In der regionalen Pressearbeit spielen neben den Vor-Ort-Beratungsstellen insbesondere die UPD-Mobile eine herausragende Rolle: Sie bringen das Beratungsangebot in die Region, sind mit oft sehr zentralen Haltepunkten etwa auf Marktplätzen gut sichtbar im Stadtbild und für die Medien immer wieder ein Anlass, auf die umfassenden Beratungsangebote der Patientenberatung hinzuweisen. Allein über die Mobile gab es 2019 447 Berichte.

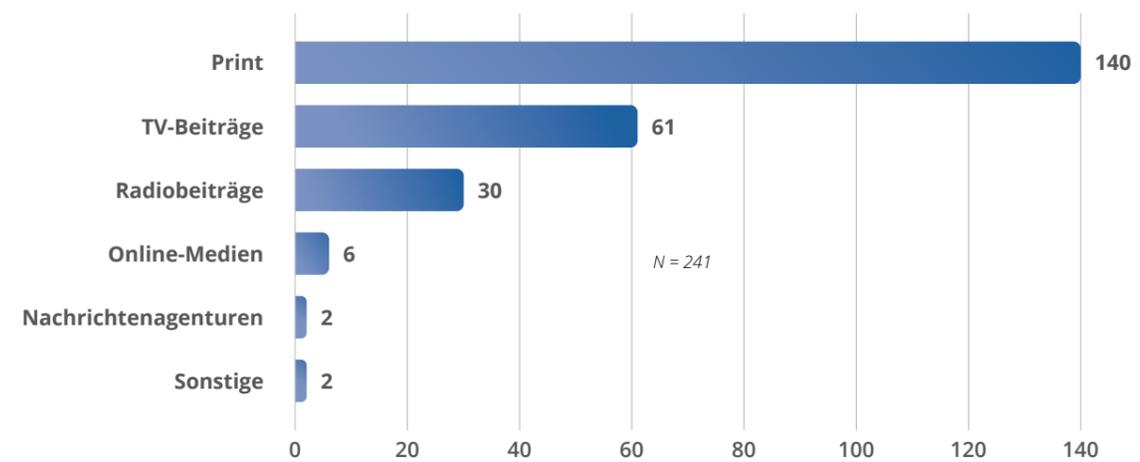


In der regionalen Pressearbeit spielen neben den Vor-Ort-Beratungsstellen insbesondere die UPD-Mobile eine wichtige Rolle.

Veröffentlichungen nach Mediengattungen



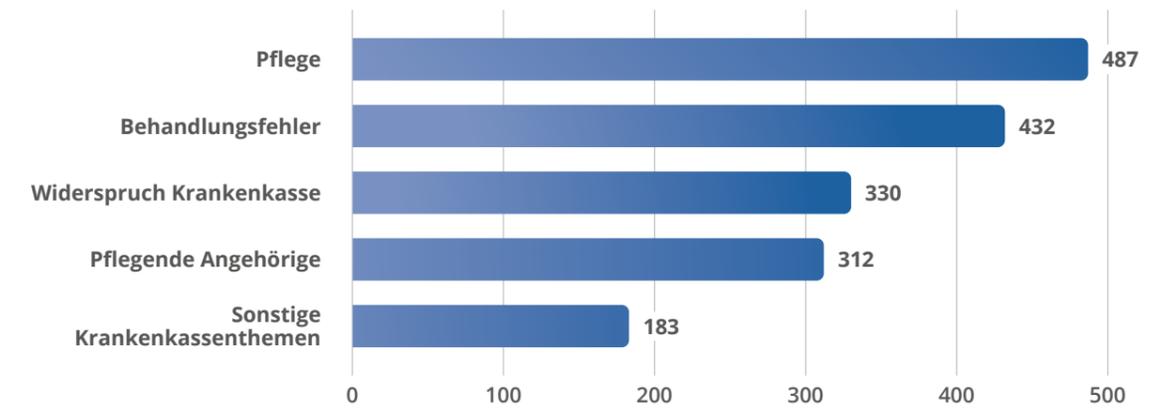
Mediananfragen bei der UPD gesamt



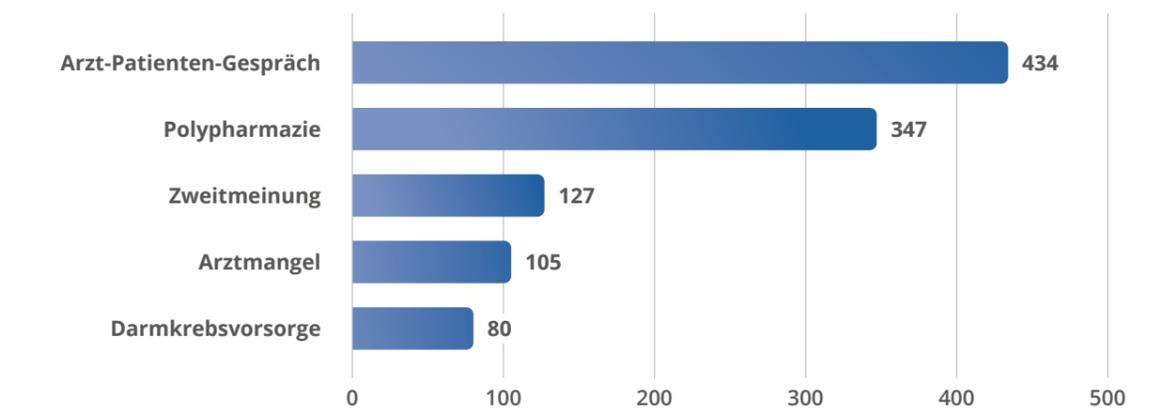
Viele Medien weisen in ihrer Berichterstattung auf die Beratungsangebote der UPD hin. Außerdem ist die Patientenberatung ein begehrter Gesprächspartner für Journalistinnen und Journalisten

Themenschwerpunkte der Veröffentlichungen mit Erwähnung der UPD Rechtliche und medizinische Themen

Themenschwerpunkte - Recht



Themenschwerpunkte - Medizin



2019 wurde die UPD am häufigsten in Veröffentlichungen zu Pflege Themen erwähnt. Rechtliche und medizinische Themen überlappen sich auch beim Thema Behandlungsfehler; vielfach wurde in diesem Kontext die UPD als Beratungsstelle genannt.



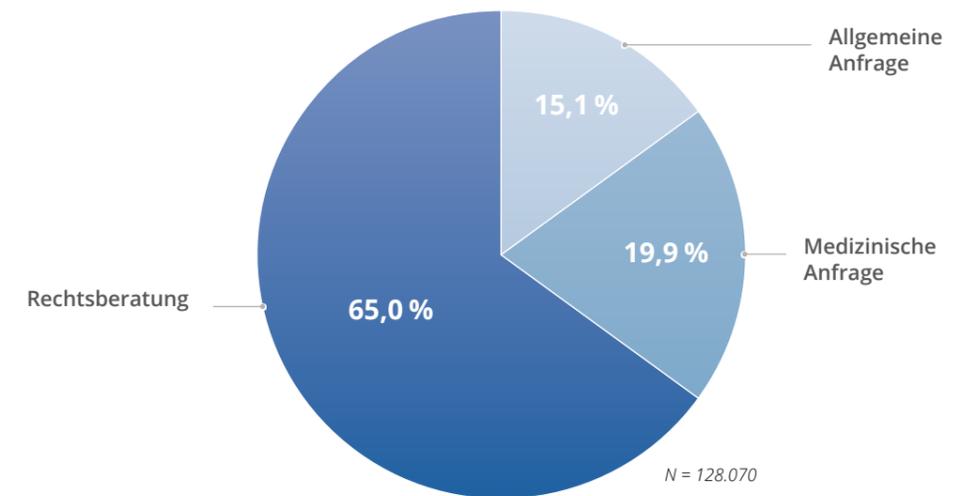
6 THEMENBEREICHE UND SCHWERPUNKTE



Die rechtlichen Beratungen machten auch 2019 den größten Anteil aus. Rund zwei von drei Beratungen betrafen rechtliche Fragen. Hier gab es nahezu keine Veränderungen zum Vorjahr.

Medizinische Beratungen machten etwa 20 Prozent aus – das ist eine leichte prozentuale Zunahme gegenüber dem Vorjahr (2018: 17,7 Prozent).

Beratungsbereiche 2019



Fast zwei Drittel der Beratungen entfielen auch 2019 wieder auf rechtliche Aspekte. Der Anteil der medizinischen Beratungen hat leicht zugenommen.

Schwerpunkte rechtlicher Anfragen

In insgesamt 83.240 Beratungen der UPD ging es um Rechtsfragen oder Leistungsansprüche. Die rechtlichen Beratungen umfassen vor allem folgende Bereiche:

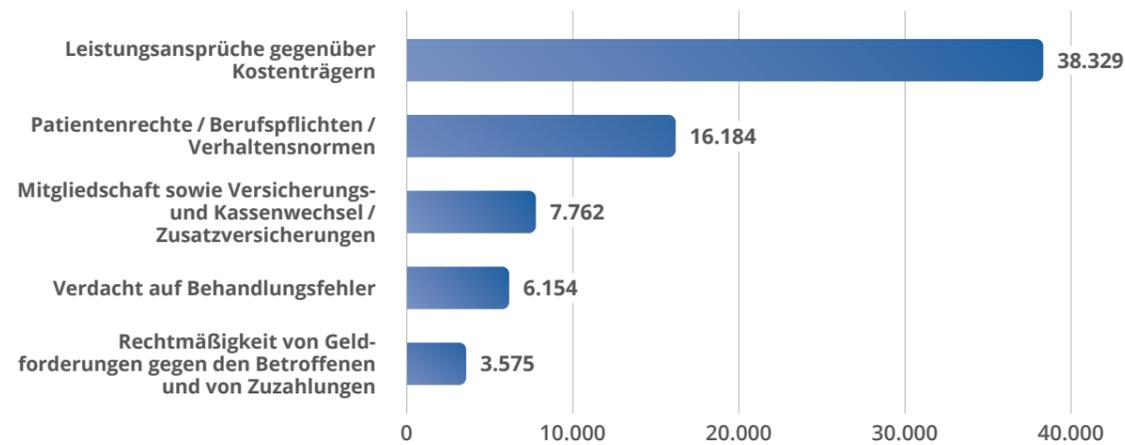
- 1. Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern.** Wie auch schon im Jahr zuvor führte dieses Gebiet die Liste der angesprochenen Themen mit großem Abstand an (Details in der Grafik unten; siehe auch Kapitel 8.4).
- 2. Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen.** Hierunter fallen etwa Fragen rund um die Patientenakte, aber auch das Recht auf freie Arztwahl und das Thema Zweitmeinung (siehe Kapitel 8.6).
- 3. Mitgliedschaft sowie Versicherungs- und Kassenwechsel, Zusatzversicherungen.** Dahinter verbergen sich vor allem Mitgliedschafts- und Beitragsfragen (siehe Kapitel 8.4.3).
- 4. Verdacht auf Behandlungsfehler.** Hierunter fallen sowohl vermutete Behandlungsfehler bei operativen Eingriffen als auch beispielsweise der Verdacht auf Behandlungsfehler im zahnmedizinischen Bereich (siehe Kapitel 8.2).
- 5. Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegen den Betroffenen und von Zuzahlungen.** Dieses Thema spielt zum Beispiel eine Rolle im Bereich Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie im Bereich Zahnmedizin (siehe zum Beispiel Kapitel 8.3 und 8.12).



„Die aktive Teilhabe am dynamischen Gesundheitssystem erfordert zunehmend die Kenntnis der zugrundeliegenden rechtlichen Bestimmungen und Prozesse. Mit unserer Beratung schärfen wir den Blick der Ratsuchenden auf ihre eigenen gesundheitsrechtlichen Ansprüche und geben ihnen Strategien an die Hand, um diese durchzusetzen.“

Heike Morris
Juristische Leiterin

Die fünf häufigsten rechtlichen Beratungsthemen



Das meistberatene Thema ist nach wie vor Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern.

Die Beratungen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern sind 2019 leicht zurückgegangen (2019: 38.329; 2018: 40.294). Trotzdem bleibt dieses Thema mit Abstand auf Platz eins in der rechtlichen Beratung. Die Beratungszahlen zu Patientenrechten, Berufspflichten und Verhaltensnormen (2018: 13.492 Beratungen) sowie zum Verdacht auf Behandlungsfehler (5.876 Beratungen) sind dagegen gestiegen.

Hinter dem Begriff „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ verbergen sich unterschiedliche Leistungen verschiedener Kostenträger wie Krankenkassen oder Pflegekassen. Bei diesen Beratungen ging es in den allermeisten Fällen

um die Leistungen Krankengeld (13.843 Beratungen, siehe Kapitel 8.4.2) und pflegerische Versorgung (6.000 Beratungen, siehe Kapitel 8.7). An dritter Stelle liegt mit 2.457 Beratungen das Thema stationäre medizinische Rehabilitation: Ein „Dauerbrenner“ ist hierbei die Situation, in der die Krankenkasse Anträge auf eine stationäre Rehabilitation mit dem Hinweis auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ablehnt (siehe Monitor Patientenberatung 2016, Kapitel 3.1.2, Seite 65 ff.). Von diesem Grundsatz gibt es allerdings Ausnahmen: So haben pflegende Angehörige beispielsweise einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation, auch wenn eine ambulante Rehabilitation ausreichen würde, wenn alle



anderen Voraussetzungen für eine Rehabilitation vorliegen (siehe Kapitel 8.7). In einigen der 2.123 Beratungen zum Thema ambulante ärztliche Versorgung wollten die Ratsuchenden beispielsweise wissen, ob eine Überweisung an einen Facharzt oder eine Fachärztin erforderlich ist. Beim Thema Hilfsmittel (1.627 Beratungen) suchten die Ratsuchenden nach Antworten rund um die Frage, ob die Krankenkasse die Kosten für ein „besseres“ Hilfsmittel übernimmt. Auch fragten sie nach Informationen dazu, mit welchen Anbietern von Hilfsmitteln die Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat, deren Kosten die Krankenkasse übernimmt. Hierbei zeigte sich, dass auch nach der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im Jahr 2017 der Beratungsbedarf nach wie vor groß ist: Ratsuchende beklagen sich weiterhin darüber,

dass viele Krankenkassen erforderliche Informationen noch nicht in ausreichend transparenter Form zur Verfügung stellen, obwohl das HHVG dies vorschreibt.



Die zehn häufigsten Beratungsthemen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern



Im Themenbereich „Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern“ ging es in den allermeisten Fällen um Krankengeld.

Schwerpunkte medizinischer Anfragen

Insgesamt gab es im Jahr 2019 25.435 Anfragen zu medizinischen Themen. Diese umfassen fünf große Bereiche:

1. Anfragen in den medizinischen Fachgebieten. Dieser Bereich umfasst Fragen zu Risikofaktoren, Ursache, Früherkennung, Vorsorge, Untersuchung, Therapie und Prognose von Krankheiten. Die Anfragen werden nach Fachgebieten und ICD-Codes statistisch erfasst (siehe Kapitel 8.10). Auch Fragen zu Individuellen Gesundheitsleistungen (siehe Kapitel 8.3) und pflegfachliche Fragen (siehe Kapitel 8.7) werden in den jeweiligen Fachgebieten erfasst.

2. Die Leistungserbringersuche. Dieser Bereich umfasst alle Fragen, bei denen Ratsuchende nach Arztpraxen, Kliniken, Psychotherapieplätzen und sonstigen Anlaufstellen im Gesundheitssystem suchen (siehe Kapitel 8.9).

3. Die psychosoziale Beratung. Zur medizinischen Abteilung gehört ein Team aus Psychologen und Psychologinnen, das diese Aufgabe schwerpunktmäßig wahrnimmt und andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen schult. Die psychosoziale Beratung ist eine Querschnittsaufgabe des gesamten UPD-Teams (siehe Kapitel 8.8).

4. Die pharmazeutische Beratung. Die pharmazeutische Beratung umfasst sowohl rechtliche als auch medizinische Fragen rund um das Thema Arzneimittel (siehe Kapitel 8.1).

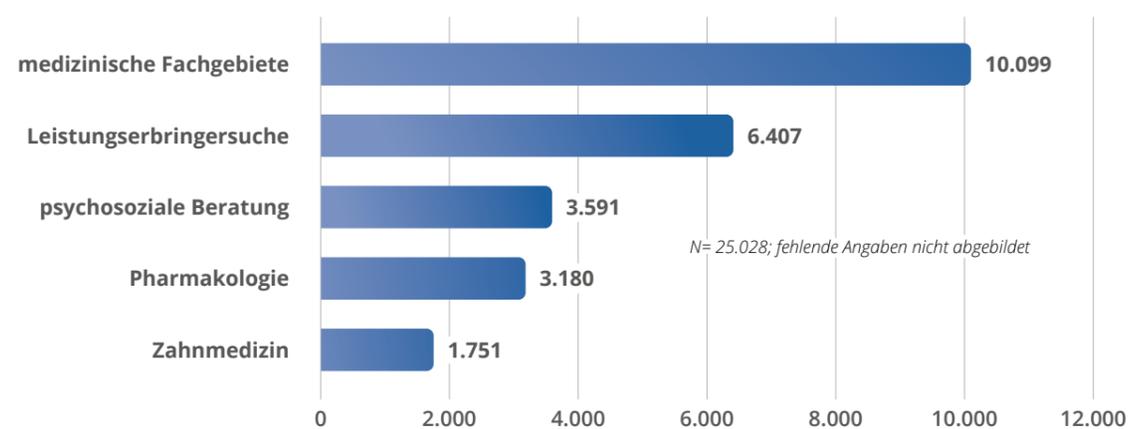
5. Zahnmedizinische Themen. Medizinische Fragen in diesem Bereich betreffen zum Beispiel Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen (siehe Kapitel 8.12).



„Als Lotse im Gesundheitssystem hilft die UPD, geeignete Anlaufstellen und Akteure bei gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Problemen zu finden und damit Suchbewegungen im Gesundheitssystem zu minimieren.“

Dr. med. Johannes Schenkel
Ärztlicher Leiter

Beratungsbereiche Medizin



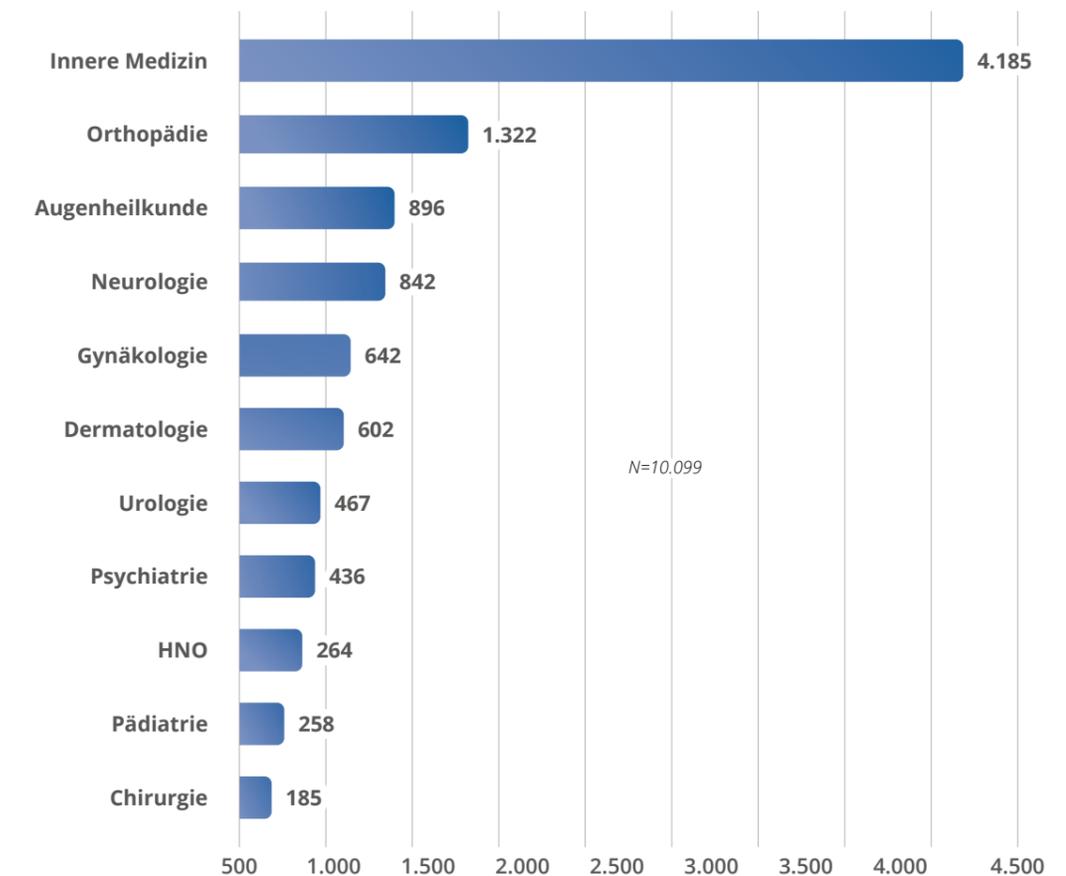
Die medizinische Beratung unterteilt sich in fünf große Bereiche. Medizinische Fragen zu Krankheiten und Verfahren in den unterschiedlichen Fachgebieten machen den größten Teil aus.

In der Leistungserbringersuche (Vorjahr: 4.014) und bei den pharmakologischen Beratungen (Vorjahr: 2.582) sind die Beratungszahlen deutlich gestiegen. Psychosoziale Anfragen (Vorjahr: 3.640) und zahnheilkundliche Fragen (Vorjahr: 1.703) sind etwa gleich häufig beraten worden wie 2018.

In den medizinischen Fachgebieten hat sich die Beratungszahl leicht erhöht (Vorjahr: 10.456). Die meisten dieser Anfragen betreffen weiter-

hin das Fachgebiet Innere Medizin. Auch sonst hat sich die Häufigkeit in dem einzelnen Fachgebiet nicht wesentlich verändert. Die statistische Erfassung beschränkt sich auf Fachgebiete, für die in der UPD Fachteams bestehen. Fragen zu anderen Fachgebieten werden dem Bereich zugeordnet, der thematisch am nächsten liegt (zum Beispiel Neurochirurgie zur Neurologie). Die Statistik bildet also die Fachgebiets-Zuordnung innerhalb der Organisationsstrukturen der UPD ab.

Beratung in den medizinischen Fachgebieten

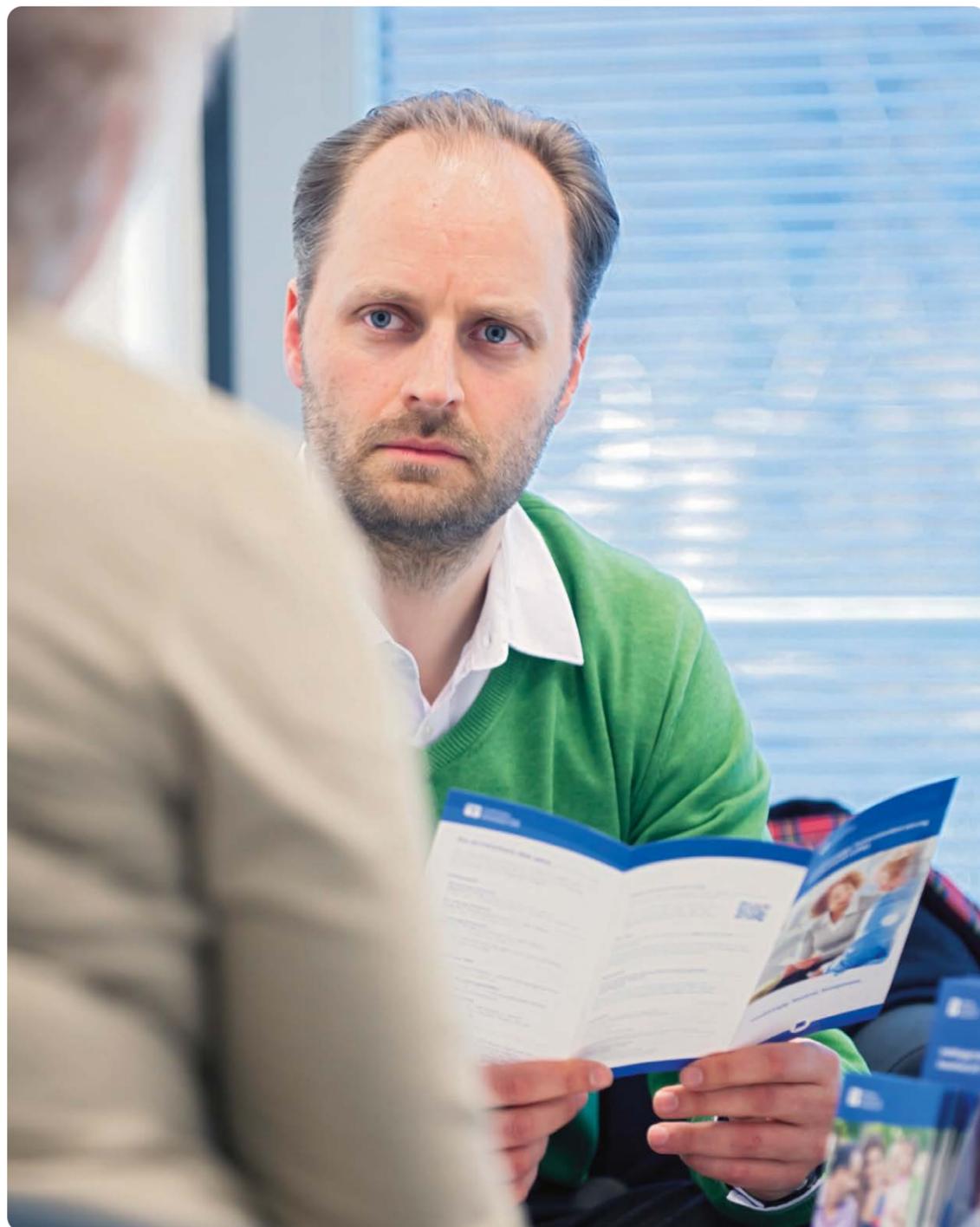


Fragen aus dem Bereich der Inneren Medizin werden am häufigsten gestellt.

Die Einteilung in rechtliche, medizinische und allgemeine Anfragen dient in erster Linie der Statistik und Dokumentation. Im Beratungsalltag sind viele Anfragen fachübergreifend und beinhalten medizinische und rechtliche Anteile. Im Monitor Patientenberatung 2019 wird daher bei der Dar-

stellung der Beratungsthemen auf die Unterteilung in medizinische und rechtliche Beratungen verzichtet. Die Themen werden alphabetisch sortiert und fachübergreifend dargestellt. Damit wird der Monitor Patientenberatung der zunehmend interdisziplinären Arbeitsweise der UPD gerecht.

7 THEMENAUSWAHL FÜR DEN PATIENTENMONITOR



Die Themenauswahl für den Monitor Patientenberatung basiert im Wesentlichen auf zwei Säulen: **Der Beratungsdokumentation und den Fokusgruppen.**

► Beratungsdokumentation: Standardisierte Erfassung von Themen und Problemlagen

Die UPD dokumentiert alle Beratungen in strukturierter Form. Hierzu gehören thematische Angaben und demografische Daten als freiwillige Angaben der Ratsuchenden. Die Beratungshäufigkeit einzelner Themen ist ein Indikator dafür, dass Ratsuchende in diesem Bereich immer wieder auf Schwierigkeiten oder Unklarheiten stoßen.

Darüber hinaus haben Berater und Beraterinnen die Möglichkeit, eine Problemlage im Gesundheitssystem zu dokumentieren. Eine Problemlage geben die Berater und Beraterinnen dann an, wenn die Beratung ihrer Einschätzung nach auf eine definierbare Schwäche oder fehleranfällige Struktur des Gesundheitssystems zurückzuführen ist. Die Problemlagen-Dokumentation basiert also auf der subjektiven Einschätzung der Berater und Beraterinnen. Die Dokumentation sieht sechs definierte Problemlagen vor, die zum Teil weiter spezifiziert werden können:

1. Falsche oder unvollständige Information:

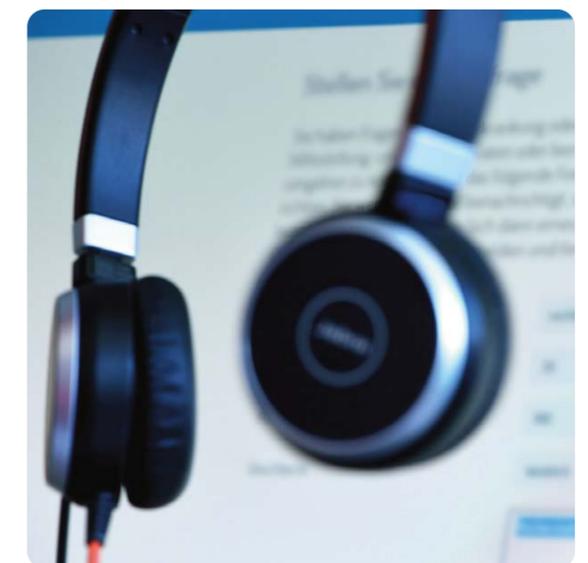
Diese Problemlage dokumentieren Berater und Beraterinnen zum Beispiel, wenn Ärzte und Ärztinnen nicht über mögliche Behandlungsalternativen informiert haben (siehe Kapitel 8.10). Im rechtlichen Bereich wird diese Problemlage zum Beispiel angegeben, wenn eine Krankenkasse falsche oder unvollständige Informationen zur Kostenübernahme bestimmter Leistungen gegeben hat oder wenn die Krankenkasse unzulässige Zwischennachrichten ohne Rechtsbehelfsbelehrung verschickt (siehe zum Beispiel Kapitel 8.4.1: „Wenn Zwischennachrichten der Krankenkasse unzulässig sind“ und „Im Fokus: Krankenkassen müssen über Rechtsbehelfe belehren“).

2. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung:

Diese Problemlage bezieht sich auf Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem. Das können Wartezeiten, eingeschränkte Mobilität oder unklare Regelungen sein, wie sie in dem Kapitel „Suche nach Arztpraxen, Krankenhäusern und wei-

teren Anlaufstellen im Gesundheitswesen“ thematisiert werden. Auch wenn die Terminservicestelle keinen Termin vermitteln konnte oder Versicherte im Basistarif keine Ärztinnen oder Ärzte finden, die sie behandeln, dokumentieren die Berater und Beraterinnen diese Problemlage. Darüber hinaus fallen in diese Kategorie Situationen, in denen Kostenträger oder Leistungserbringer Leistungen unberechtigt ablehnen (siehe zum Beispiel Kapitel 8.6: „Im Fokus: Wenn Ärzte und Ärztinnen Leistungen aus Budget-Gründen ablehnen“).

3. Mängel bei der Qualität der Versorgung:



Unter diese Problemlage fallen zum Beispiel die Missachtung von Hygieneregeln und Behandlungsstandards, Mängel bei der Ausstattung und den Räumlichkeiten gesundheitlicher Einrichtungen, fehlende Qualifikationen von Personal oder unzureichende Koordination verschiedener Leistungserbringer, zum Beispiel unterschiedlicher Fachärztinnen und Fachärzte oder von ambulanter und stationärer Versorgung (siehe zum Beispiel Kapitel 8.6: „2019 weiter aktuell: Krankenhäuser regeln Anschlussversorgung nicht immer ausreichend“).

4. Akteur hat sich unangemessen verhalten:

Diese Problemlage dient für solche Fälle, in denen Kostenträger, Leistungserbringer oder andere Akteure Druck auf die Ratsuchenden ausüben, zum Beispiel, wenn sie einen Antrag einfordern oder Leistungen aufdrängen, ohne eine Bedenkzeit einzuräumen (siehe zum Beispiel Kapitel 8.4.2: „Im Fokus: Krankenkasse darf Frist zum Rehabilitations-Antrag nicht verkürzen“).

5. Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung. Die Problemlage dokumentieren Berater und Beraterinnen in Situationen, in denen Zugang und Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes aufgrund gesetzlicher Regelungen gefährdet sind. Das betrifft zum Beispiel Privatversicherte, die von der Beitragshöhe in der privaten Krankenversicherung überfordert sind (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.5, Seite 52 f.).

6. Überversorgung: Diese Problemlage umfasst Situationen, in denen die Berater und Beraterinnen den Eindruck haben, dass in dem geschilderten Fall eine medizinische Behandlung nicht notwendig ist und eine Überversorgung vorliegt (siehe zum Beispiel Kapitel 8.10: „Im Fokus: Rückenschmerzen – ein Klassiker in Sachen Überversorgung“). Häufige Beispiele finden sich auch in Zusammenhang mit IGeL (siehe Kapitel 7.3)



und in der Zahnmedizin (siehe zum Beispiel Kapitel 8.12: „Im Fokus: Wenn ältere Menschen zahnmedizinisch überversorgt werden“).

Die Grenzen der einzelnen Problemlagen sind fließend. Viele Beratungen können in verschiedene Bereiche eingeordnet werden. Der Berater oder die Beraterin wählt subjektiv die Problemlage und den im Vordergrund stehenden Aspekt aus. Aufgrund der hohen Subjektivität sind die dokumentierten Problemlagen als Indikator zu verstehen, ohne Anspruch auf statistische Genauigkeit zu erheben.

Dokumentierte Problemlage	Anzahl	Anteil (%)
Information über gesundheitliche Versorgung	3.585	30
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung	2.634	22
Akteur hat sich unangemessen verhalten	2.162	18
Qualität der gesundheitlichen Versorgung	1.969	17
Andere Problemlagen	649	5
Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung	507	4
Überversorgung (Zweifel ob medizinische Behandlung notwendig)	426	4
Gesamt	11.932	100

Dokumentierte Problemlagen im Berichtsjahr 2019

► Fokusgruppen: Identifikation besonderer Beratungsthemen

Nicht alle Aspekte der komplexen rechtlichen und medizinischen Beratungsthemen lassen sich strukturiert in der schriftlichen Beratungsdokumentation erfassen. Um weitere wichtige oder bemerkenswerte Fallkonstellationen aus dem Berichtsjahr zu identifizieren, finden daher

zum Ende des Jahres Fokusgruppen statt. In diesen fachspezifischen oder fachübergreifenden Austauschrunden ermitteln die für das Thema zuständigen Berater und Beraterinnen gemeinsam Themen aus dem Berichtsjahr, die sie für berichtenswert halten.

Auswertung und Aufarbeitung für den Monitor

Zur Erstellung des Monitor Patientenberatung 2019 wurden die statistischen Daten der standardisierten Beratungsdokumentation im Januar 2020 ausgelesen und analysiert. Auf Basis der Ergebnisse der Fokusgruppen wurden weitere Daten analysiert, zum Beispiel Volltextsuchen zu bestimmten Schlagworten über die Freitextdokumentationen. In der Zusammenschau bieten die statistischen Auswertungen und Ergebnisse aus den Fokusgruppen eine geeignete Orientierung, um häufige und wichtige Themen aus der Beratung zu identifizieren. Der Monitor Patientenberatung 2019 beruht auf subjektiven Erfahrungsberichten und erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Auf dieser Basis zeichnet er ein Bild davon, an welchen Stellen Patienten und Patientinnen im Gesundheitssystem auf Hindernisse stoßen oder Konflikten ausgesetzt sind.



Der Monitor behandelt in alphabetischer Reihenfolge und fachübergreifend die großen Themenkomplexe aus der Beratung. Jedes Kapitel enthält einen Einleitungsteil mit statistischen Angaben zur Beratungshäufigkeit einzelner Themenbereiche. Themen, die bereits in den vorausgegangenen Berichtsjahren behandelt wurden und unverändert fortbestehen, werden gegebenenfalls kurz zusammengefasst und es wird auf die vorangegangenen Berichte verwiesen. Themen, die in den bisherigen Berichtsjahren regelmäßig eine Rolle spielten, sind als Dauerthemen

gekennzeichnet. Entwicklungen aus dem vergangenen Jahr, die erneut aufgegriffen werden, sind mit dem Hinweis „2019 weiter aktuell“ gekennzeichnet. Die Kapitel „Im Fokus“ vertiefen Einzelthemen, die aus Beratungssicht eine besondere Relevanz haben – zum Beispiel, weil sie neu aufgetreten sind, eine Problemlage anschaulich verdeutlichen oder für Betroffene besonders schwerwiegende Folgen haben. Im Sinne der Rückmeldefunktion finden sich bei vielen Themen zudem zusammenfassende Beobachtungen („Fazit“). Diese ergeben sich immer aus der Patientenperspektive. Aus Problemaufriss, Beschreibung der Beratungspraxis und Fazit soll klar ersichtlich werden, wer im Gesundheitswesen angesprochen sein sollte, um ein in der Beratung identifiziertes Problem mildern oder lösen zu können.

8 BERATUNGSTHEMEN A-Z



8.1 Arzneimittel und pharmakologische Beratung

Im pharmazeutischen Team gab es 2019 3.180 Beratungen (Vorjahr: 2.582). Die häufigsten Fragen der Ratsuchenden kamen zu den Medikamentengruppen Nervensystem, Antiinfektiva zur systemischen Anwendung und kardiovaskuläres System (Bezeichnungen nach ATC-Klassifikation).

In die Gruppe Nervensystem fallen zum Beispiel Medikamente gegen Depressionen, Angststörungen und psychotische Erkrankungen, aber auch Schmerzmedikamente. Bei den Antiinfektiva standen Antibiotika (zum Beispiel Nebenwirkungen der Fluorchinolone, siehe unten) und Impfstoffe thematisch im Vordergrund. Im kardiovaskulären Bereich gab es die meisten Anfragen zu Blutdruck senkenden Mitteln. Hier stehen zahlenmäßig die Sartane an der Spitze, zum Beispiel im Zusammenhang mit Medikamentenverunreinigungen und Lieferengpässen (siehe unten).



ATC-Code	ATC-Bedeutung	Anteil an Gesamt (%)
N	Nervensystem	22,4
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	18,3
C	Kardiovaskuläres System	17,3
A	Allimentäres System und Stoffwechsel	7,5
M	Muskel- und Skelettsystem	5,7
B	Blut und blutbildende Organe	5,5
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	4,4
V	Varia	4,0
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	3,9
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	2,8
R	Respirationstrakt	2,7
D	Dermatika	2,3
S	Sinnesorgane	1,8
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	1,4

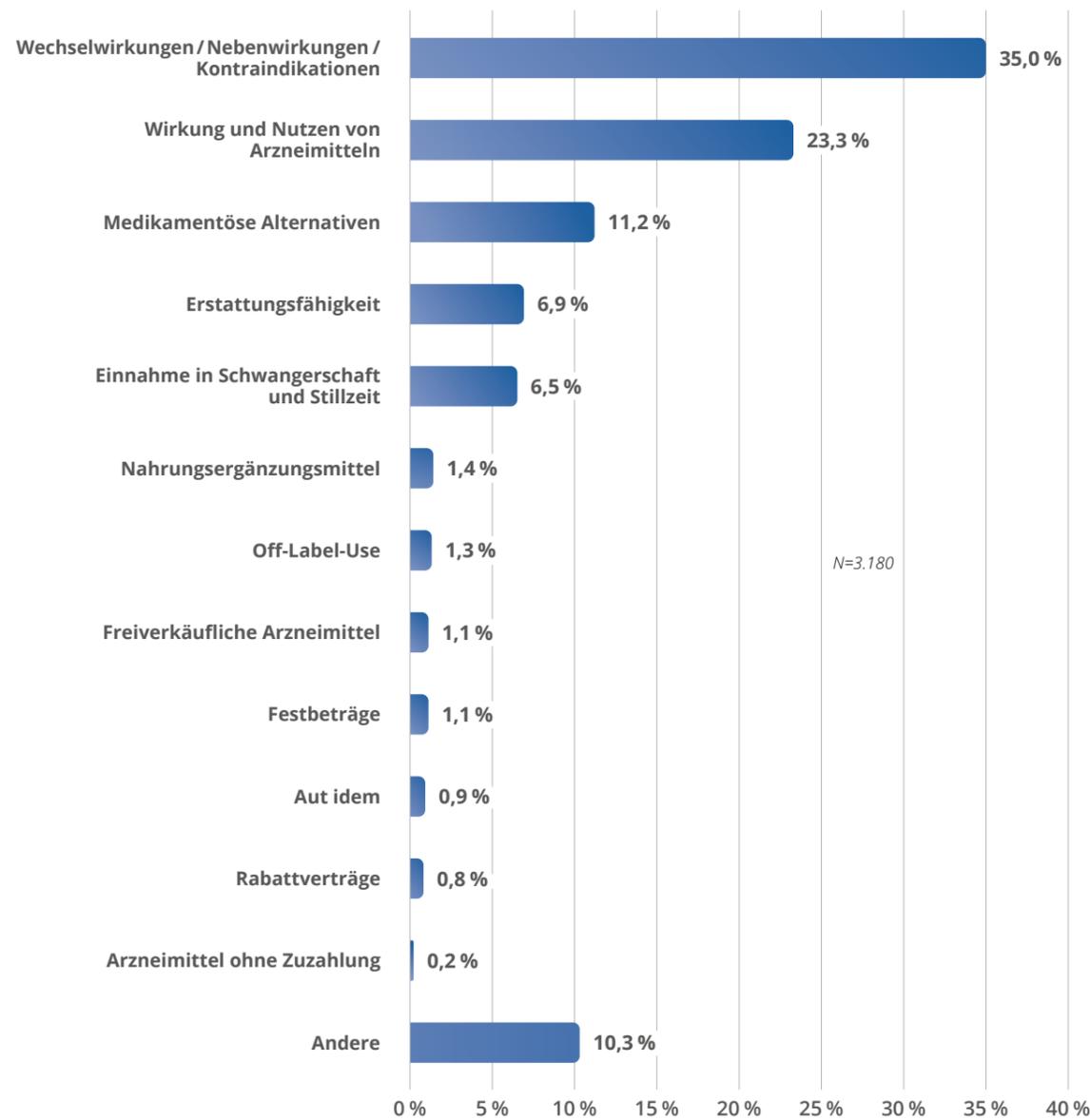
Häufig angefragte Medikamentengruppen; Einteilung nach ATC-Klassifikation

N=2.565

Der Großteil der medizinisch-pharmazeutischen Fragen betraf Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen sowie Wirkung und

Nutzen von Arzneimitteln. Rechtliche Fragen zum Thema Arzneimittel drehten sich am häufigsten um die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten.

Beratungsthemen in der pharmakologischen Beratung



Insgesamt gab es 3.180 Anfragen zu Themen aus dem Gebiet der Pharmakologie und arzneimittelrechtlicher Regelungen. Im Vorjahr waren es 2.582 Beratungen. Ein Drittel der Anfragen betraf die Themen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

DAUERTHEMA:

Wirkungen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen beschäftigen Ratsuchende

Der Themenkomplex Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln war der häufigste Beratungsanlass im pharmazeutischen Team. Ratsuchende nehmen eine Vielzahl unter-

schiedlicher Medikamente ein und haben Sorge, ob sich diese vertragen. Insbesondere wenn unterschiedliche Facharztgruppen an der Medikation beteiligt sind, haben Ratsuchende oft das

Gefühl, dass niemand die Gesamt-Medikation im Blick hat (siehe Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.3.4, Seite 96 ff.). Soweit es das Beratungsgeschehen erkennen lässt, ist der bundeseinheitliche Medikationsplan nach wie vor nicht im Alltag angekommen. Viele Patienten und Patientinnen greifen diesen Hinweis aus der Beratung interessiert auf.

Andere Ratsuchende leiden unter bestimmten Beschwerden und fragen sich, ob diese durch ihre Medikamente verursacht werden oder auf welches Medikament sie wechseln können, um die Nebenwirkung zu vermeiden. In anderen Fällen

zweifeln Ratsuchende an dem Nutzen der ihnen verschriebenen Medikamente. Das UPD-Team informiert über Nebenwirkungen von Medikamenten, hilft beim Verständnis des Beipackzettels, erläutert das Vorgehen bei Verdacht auf Nebenwirkungen und prüft Medikationslisten mithilfe einer Arzneimittel-Datenbank auf Wechselwirkungen. Die Berater und Beraterinnen nennen gegebenenfalls vergleichbare Wirkstoffe und medikamentöse Alternativen, die die Ratsuchenden anschließend mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin besprechen können. Sie erläutern Risiko und Nutzen von Arzneimitteln nach dem Konzept der Guten Praxis Gesundheitsinformation⁵.

DAUERTHEMA:

Medizinisches Cannabis weiterhin gefragt

Seit der Gesetzänderung 2017 sind Fragen zur medizinischen Anwendung von Cannabis in der UPD häufig, mit den Jahren aber rückläufig (2017:3.678, 2019: 954 Anfragen)⁶. Dabei geht es um Fragen zur Wirksamkeit, zu Risiken und Nebenwirkungen sowie zu den Möglichkeiten, Cannabis auf Rezept zu erhalten (siehe Monitor

Patientenberatung 2017, Kap 3.2.2, Seite 74 ff.). Im Berichtsjahr 2019 sind als besonderer Aspekt in diesem Zusammenhang die CBD-Öle herauszustellen, zu denen gehäuft Anfragen eingingen (siehe Kapitel 8.1: „Im Fokus: CBD-Präparate wecken hohe Erwartungen“).



⁵ Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. Aktueller Stand 21. September 2016. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf
⁶ § 31 Abs. 6 SGB V, eingeführt mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, BGBl. I Seite 403, In Kraft getreten am 10. März 2017

2019 WEITER AKTUELL:

Verunreinigte Arzneimittel verunsichern Ratsuchende

Wie im Berichtsjahr 2018 waren Fragen rund um verunreinigte Valsartan-Präparate ein großes Beratungsthema. Valsartan ist ein Arzneimittel zur Blutdrucksenkung. Veränderungen im Herstellungsprozess von Valsartan hatten zu einer Verunreinigung mit krebserregenden Nitrosaminen geführt. Ratsuchende wenden sich unter anderem mit Fragen zu Schadensersatzansprüchen an die UPD. Auch fragen sie nach dem gesundheitlichen Risiko und medizinischen Maßnahmen, wenn sie entsprechende Medikamente eingenommen haben. Über dieses Thema wurde im Monitor Patientenberatung 2018 ausführlich

berichtet (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.5, S 90 f.).

Im Berichtsjahr 2019 wurden in weiteren Arzneimitteln Verunreinigungen festgestellt, zum Beispiel in anderen Sartanen (Irbesartan und Losartan). Insgesamt gab es 136 Beratungen zu verunreinigten Sartanen. Da die Hersteller eine Vielzahl von Sartan-Präparaten zurückgerufen haben, wurde im Berichtsjahr 2019 zusätzlich der Lieferengpass für diese Medikamente relevant (siehe Kapitel 8.1: „Im Fokus: Lieferengpässe belasten Betroffene oft auch finanziell“).

2019 WEITER AKTUELL:

Fluorchinolone können schwere Nebenwirkungen haben

Fluorchinolone, eine bestimmte Gruppe von Antibiotika, können schwere Nebenwirkungen haben und dauerhafte Schäden verursachen. Dies bestätigt ein Risikobewertungsverfahren aus dem Jahr 2018⁷. Im Frühjahr 2019 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) das Ergebnis des Risikobewertungsverfahrens umgesetzt. Es hat die bisher empfohlenen Anwendungsgebiete eingeschränkt und präzisiert. Darüber hinaus müssen neue Warnhinweise auf mögliche schwere Nebenwirkungen aufmerksam

machen. Bei der UPD meldeten sich Menschen, die Symptome hatten und sich fragten, ob diese von Fluorchinolonen verursacht sein können. Sie fragten nach Behandlungsmöglichkeiten, nach geeigneten Ärzten und Ärztinnen und nach rechtlichen Möglichkeiten wie Schadensersatzansprüchen. Die Fragen und Beratung sind weitgehend unverändert zum vorausgegangenen Berichtsjahr (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.5, Seite 92). Insgesamt 196 Beratungen betrafen Fluorchinolone.



⁷ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Fluorchinolone: Schwere und langanhaltende Nebenwirkungen im Bereich Muskeln, Gelenke und Nervensystem, Aktueller Stand 2. Mai 2019. Zugriff: 23. April 2020. URL: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/fluorchinolone-bewegungsapparat.html

IM FOKUS:

Lieferengpässe belasten Betroffene oft auch finanziell

„Ich nehme seit Jahren Venlafaxin 75 mg retard. Dies ist aktuell wegen eines Lieferengpasses nicht mehr erhältlich. Der Arzt hat mir als Ausweichpräparat Trevilor 75mg retard verschrieben. Für dieses Medikament soll ich 150 Euro Eigenanteil zahlen! Das ist für mich viel Geld. Muss ich diese Kosten tragen? Das ist doch ungerecht.“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie haben in der Apotheke ein bestimmtes Medikament nicht erhalten, da es einen Lieferengpass gebe. Dazu gehören Medikamente mit Wirkstoffen wie Valsartan, Venlafaxin, Propofol, Oxytocin, Ibuprofen, Ranitidin und der Impfstoff gegen Gürtelrose Shingrix. Die Ratsuchenden fragen nach geeigneten Austauschpräparaten und nach medizinischen Risiken, wenn sie das Medikament nicht einnehmen. Sie möchten wissen, wann die Präparate wieder verfügbar sind oder wo sie die Medikamente anderweitig beziehen können. Andere Ratsuchende fragen, wer zuständig oder verantwortlich ist. Weitere Betroffene möchten wissen, wo sie sich beschweren können und wer die Kosten übernimmt, die ihnen entstehen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater recherchieren zunächst beim BfArM, ob das betroffene Präparat in der Liste aktueller Lieferengpässe aufgeführt ist. Auf dieser Basis erklären sie den Ratsuchenden, wenn möglich, die Hintergründe des Engpasses und wann das Präparat voraussichtlich wieder verfügbar sein wird. Die UPD nennt Ratsuchenden auf Wunsch mögliche Ersatzpräparate und

In vielen Beratungsfällen haben die Ratsuchenden bereits Austauschpräparate mit demselben oder einem vergleichbaren Wirkstoff bekommen. Sie sind aber massiv verunsichert und besorgt, ob die Austauschpräparate genauso wirksam und verträglich sind. Für viele Ratsuchende ist der Austausch eine finanzielle Belastung, denn oft ist das Ausweichmedikament teurer als das nicht lieferbare Präparat. Einige Ratsuchende berichten, dass ihre Krankenkassen die Kosten übernommen haben. Die Krankenkassen anderer Ratsuchender übernehmen die Kosten dagegen nicht, sodass Betroffene die Differenz selbst bezahlen müssen. Mit diesen Fragen und Sorgen wenden sich die Ratsuchenden an die UPD.

Fachlicher Hintergrund

Lieferengpässe können entstehen, wenn die Hersteller ein Medikament nicht im üblichen Umfang ausliefern. Ursachen hierfür können zum Beispiel Probleme in der Produktion sein, wie die Verunreinigungen bei der Herstellung von Valsartan. Auch wenn das Medikament vermehrt nachgefragt wird, kann das zu Lieferengpässen führen. Im Jahr 2019 betraf das zum Beispiel

den Impfstoff gegen Gürtelrose, nachdem die Ständige Impfkommission (STIKO) die Impfung in ihre Empfehlungen aufgenommen hatte.

Meistens kann die medizinische Versorgung trotz Lieferengpässen aufrechterhalten werden, indem auf andere Präparate ausgewichen wird. Dabei kann es sich um wirkstoffgleiche Medikamente

anderer Hersteller oder um andere Wirkstoffe mit ähnlicher Wirkungsweise oder Indikation handeln. Aus medizinischer Sicht ist es in vielen Fällen allerdings problematisch, wenn eine wirksame Therapie zwangsweise umgestellt wird, insbesondere bei Psychopharmaka wie zum Beispiel Venlafaxin. Ob ein anderer Wirkstoff die gleiche Wirksamkeit hat, lässt sich im Einzelfall schwer voraussagen. Gibt es ein wirkstoffgleiches Präparat eines anderen Herstellers, kann das finanzielle Probleme verursachen: Im Falle von Venlafaxin zum Beispiel ist das wirkstoffgleiche Präparat erheblich teurer. Die Mehrkosten für Arzneimittel, die nicht zum Festbetrag verfügbar sind, müssen die Versicherten tragen. Eine gesetzliche Regelung, wonach die Krankenkassen in bestimmten Fällen die Mehrkosten für Alternativen zu nicht lieferbaren Rabattvertragsarzneimitteln tragen müssen, gab es im Berichtsjahr noch nicht. Ein solches ist aber im Frühjahr 2020 in Kraft getreten⁸.

Wenn es keine Behandlungsalternativen gibt, kann aus Lieferengpässen für einzelne Medikamente ein Versorgungsengpass für ganze Patientengruppen resultieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann in solchen Fällen einen Versorgungsmangel erklären. Bei einem Versorgungsmangel greifen andere gesetzliche Regelungen. So wird zum Beispiel der Import von



Arzneimitteln aus dem Ausland erleichtert oder es werden fertig produzierte Präparate freigegeben, auch wenn Packungsbeilage und Verpackungen nicht den aktuellen Vorgaben des Arzneimittelgesetzes entsprechen.

Eine Meldepflicht für Lieferengpässe gibt es nicht. Die Arzneimittelhersteller haben sich 2013 freiwillig verpflichtet, Lieferengpässe bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln an das BfArM zu melden. Das BfArM veröffentlicht diese auf seiner Internetseite⁹. Lieferengpässe zu Impfstoffen werden an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldet und sind dort abrufbar. Über viele Lieferengpässe sind allerdings keine offiziellen Informationen zu finden.

FAZIT

Die Zahl der Beratungen zum Thema Lieferengpässe hat im Jahr 2019 stark zugenommen. Auch wenn kein akuter Versorgungsmangel eintritt, ist die Situation für Patienten und Patientinnen sehr belastend. Vorrangiges Ziel aus Patientensicht muss es sein, Lieferengpässe zu vermeiden. Wenn Lieferengpässe entstehen, ist für Betroffene Transparenz bezüglich der Ursachen und

der voraussichtlichen Dauer des Engpasses wichtig. Darüber hinaus sollte es klare Regeln dazu geben, dass die Patientinnen und Patienten beim Medikamentenaustausch aufgrund von Lieferengpässen die individuellen Mehrkosten nicht tragen müssen. Ein entsprechendes Gesetz ist am 1. April 2020 in Kraft getreten¹⁰.

IM FOKUS:

CBD-Präparate wecken hohe Erwartungen

„Ich habe chronische Schmerzen und die Erfahrung gemacht, dass mir CBD-Öl gut hilft. Kann mir das nicht auch der Arzt verschreiben? Bisher kaufe ich es mir selbst über das Internet. Wie viele Tropfen kann ich ohne Risiko nehmen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie nehmen Cannabidiolhaltige-Präparate wie CBD-Öl ein, ohne vorher mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin gesprochen zu haben. Manche Ratsuchende fragen nach Möglichkeiten, CBD verschrieben zu bekommen. Andere wissen nicht, wie sie das Öl dosieren müssen und welche Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten es hat.

Einige Ratsuchende fragen auch nach der Wirksamkeit von CBD-Ölen. Die Ratsuchenden erhoffen sich oft durchschlagende medizinische Wirkungen von den Präparaten: zum Beispiel, dass ihre Schmerzen, Schwindel oder depressiven Symptome gelindert werden, wenn sie die Präparate einnehmen. Sie wenden sich mit ihren Fragen rund um die Präparate an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern Ratsuchenden zunächst einmal, was CBD ist und in welchen unterschiedlichen Formen (zum Beispiel Arzneimittel, Lebensmittel, Kosmetika) es angeboten wird. Sie erläutern, dass diese Unterscheidung wichtig ist, da die Formen unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Die UPD-Beraterinnen und Berater weisen auf Risiken und Unsicherheiten in Zusammen-

hang mit CBD-Präparaten hin, die für gesundheitliche Zwecke angeboten werden, ohne als Arzneimittel geprüft und zugelassen zu sein. Bei CBD-Produkten, die zum Beispiel als Lebensmittel oder Kosmetika verkauft werden, können die Beraterinnen und Berater keine Aussagen zu Inhaltsstoffen, Wirkstärke und Dosierung treffen. Auskünfte hierzu können sich nur auf CBD als verschreibungspflichtiges Arzneimittel beziehen.

Fachlicher Hintergrund

Cannabidiol (CBD) ist – neben Tetrahydrocannabinol (THC) – einer der wirkbestimmenden Bestandteile von Cannabis. Cannabidiol-Zubereitungen werden als verschreibungspflichtige Arzneimittel in verschiedenen medizinischen Indikationen angeboten. Behördlich zugelassene Fertigarzneimittel mit nachgewiesener Wirksamkeit gibt es derzeit nur für bestimmte Formen epileptischer Anfälle sowie in Kombination mit THC bei multipler Sklerose. Ansonsten kann CBD nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung bei

verschiedenen anderen Erkrankungen als Rezepturmittel verschrieben werden.

Daneben wird CBD in unterschiedlichen Formen im Internet oder speziellen Geschäften angeboten¹¹. Welchen rechtlichen Regelungen – zum Beispiel dem Lebensmittelrecht – die Produkte unterliegen, muss im Einzelfall beurteilt werden. Solche Produkte werden nicht systematisch auf Nutzen, Risiken und Dosierung untersucht, wie das für Arzneimittel vorgeschrieben ist. Für

⁸ Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG), BGBl. I, Seite 604, in Kraft getreten am 1. April 2020

⁹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Lieferengpässe für Humanarzneimittel. Aktueller Stand 3. März 2020. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/_functions/Filter suche_Formular.html?queryResultId=null&pageNo=0

¹⁰ Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG), BGBl. I, Seite 604, in Kraft getreten am 1. April 2020

¹¹ Ob CBD-Öl verkehrsfähig ist, also im allgemeinen Handel verkauft werden darf, ist umstritten. Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) hält CBD in Lebensmitteln für nicht verkehrsfähig. Zugriff: 24. März 2020. URL: https://www.bvl.bund.de/DE/Arbeitsbereiche/01_Lebensmittel/04_AntragstellerUnternehmen/13_FAQ/FAQ_Hanf_THC_CBD/FAQ_Cannabidiol_node.html. Außerdem ist zu beachten, dass die Europäische Kommission CBD als neuartiges Lebensmittel gemäß der sog. EU-Novel-Food-Verordnung einstuft. Demnach sind CBD-Produkte als Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel ohne EU-Zulassung nicht verkehrsfähig.

diese Produkte wird zwar intensiv geworben. Im Hinblick auf die Frage, inwieweit sie rechtlich verkehrsfähig sind, sind die Angaben aber oft sehr unklar oder unzureichend. Dem Werbeversprechen nach soll CBD entspannend, schmerzlindernd, entzündungshemmend und angstlösend wirken. Wissenschaftliche Belege für diese Wirkungen sind bislang oft nicht vorhanden oder nicht ausreichend für einen angemessenen Gesundheits- und Verbraucherschutz.

Hinzu kommt: Bei den im Internet oder in CBD-Shops angebotenen Präparaten ist der Gehalt an

CBD und anderen Bestandteilen oft unklar. Nach bisheriger Erkenntnis wirkt CBD nicht psychoaktiv („berauschend“) und ist deshalb kein Betäubungsmittel nach Maßgabe des Betäubungsmittelgesetzes. Die Präparate enthalten aber häufig auch Anteile des psychoaktiven THC. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) weist darauf hin, dass die in CBD-Ölen nachgewiesenen THC-Mengen häufig die Richtwerte übersteigen und eine gesundheitliche Beeinträchtigung möglich ist¹².

FAZIT

Im Berichtsjahr 2019 gab es zunehmend Fragen rund um das Thema Cannabidiol. Dabei ging es vor allem um frei im Handel und im Internet erhältliche CBD-Öle. Der Nutzen dieser Präparate ist unklar. Ein gesundheitlicher Schaden kann ebenfalls entstehen, sei es durch unerwünschte Wirkungen des CBD oder durch das in den Ölen häufig ebenfalls enthaltene THC und andere Inhaltsstoffe. Viele CBD-Produkte sind in Deutschland nach Lebensmittelrecht und/oder nach Betäubungsmittelrecht nicht verkehrsfähig. Viele Ratsuchende haben überzogene Erwartun-

gen an die Präparate und machen sich wenig Gedanken über mögliche Schäden. Eine ähnliche Situation erleben die UPD-Berater und -Beraterinnen häufig in Hinsicht auf Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamine und Mineralstoffe. In den Beratungen zeigt sich immer wieder, dass vielen Menschen der Unterschied zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln nicht klar ist und Ratsuchende diese Präparate einsetzen, um Krankheiten oder Beschwerden zu behandeln.



¹² Vgl. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Bundesinstitut für Risikobewertung; Tetrahydrocannabinolgehalte sind in vielen hanfhaltigen Lebensmitteln zu hoch – gesundheitliche Beeinträchtigungen sind möglich. Stellungnahme des BfR vom 8.11.2018 (Zugriff 24. März 2020). URL: <https://www.bfr.bund.de/cm/343/tetrahydrocannabinolgehalte-sind-in-vielen-hanfhaltigen-lebensmitteln-zu-hoch-gesundheitliche-beeintraechtungen-sind-moeglich.pdf>

IM FOKUS:

Ratsuchende wünschen Einzelimpfstoffe

„ Ich bin Mutter und sehe Impfungen grundsätzlich kritisch. Wenn die Masern-Impfung Pflicht wird, würde ich sie ja durchführen lassen. Da der Impfstoff nur in Kombination mit Röteln und Mumps angeboten wird, muss ich ja mein Kind auch gegen diese harmlosen Kinderkrankheiten impfen lassen. Warum gibt es keinen Einzelimpfstoff? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie möchten sich oder ihre Kinder impfen lassen, dabei aber individuell aussuchen können, welche Impfungen sie für wichtig halten. So wollen manche Ratsuchende zwar gegen Tetanus geimpft werden, sehen aber keinen Grund für eine Polio-Impfung. Auch Ratsuchende, die sich gegen Keuchhusten impfen lassen wollen, beklagen gelegentlich das Fehlen eines Einzelimpfstoffes. Im letzten Quartal 2019 nahmen Fragen in Zusammenhang mit den im Jahr 2020 in Kraft tretenden Neuregelungen zur Impfung gegen Masern zu¹³. Ratsuchende wollen wissen, ob und wann ein Einzelimpfstoff für Masern erhältlich sein wird. Viele Anrufer und Anruferinnen sind dabei bereits sehr gut informiert, vertreten impfkritische Ansichten und wünschen nicht in erster Linie Informationen, sondern

nutzen die Patientenberatung, um die für 2020 geplante Regelung zur Masernimpfung zu kritisieren.

Andere Ratsuchende möchten wissen, wie verträglich und wirksam bestimmte Impfstoffe sind, wie die Stoffe hergestellt werden oder welche Hilfsstoffe enthalten sind. Einige Ratsuchende haben Fragen zum Risiko und zum Nutzen von Kombinations-Impfstoffen, zum Beispiel bezüglich der 6-fach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Haemophilus-influenzae-b-Infektion, Kinderlähmung und Hepatitis B. Viele haben Angst, dass die Kombination gefährlicher ist und mehr Nebenwirkungen hervorruft als Einzelimpfstoffe. Mit diesen Fragen wenden sie sich an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erklären den Ratsuchenden die Impf-Empfehlungen und Hintergründe auf Basis der Informationen der STIKO und des PEI. Hierbei erläutern sie die Bedeutung von Impfungen für den Einzelnen und die Gemeinschaft. Bei Bedarf gehen sie auf einzelne Erkrankun-

gen ein, um Impfpfehlungen zu erklären und Krankheitsrisiko und Impfrisiko vergleichen zu können. Auch die Empfehlungen zur Anwendung von Kombinationsimpfstoffen erläutern die Beraterinnen und Berater.

Fachlicher Hintergrund

Kombinationsimpfstoffe haben gegenüber Einzelimpfstoffen viele Vorteile. Sie reduzieren die Anzahl erforderlicher Injektionen. Gerade von Kindern werden die Injektionen oft als unangenehm erlebt und können Angst vor ärztlichen Behandlungen auslösen. Darüber hinaus führen Impfungen häufig zu fieberhaften Immunreaktionen.

Weniger Injektionen führen zu weniger fieberhaften Immunreaktionen. Auch die Gesamtmenge an Begleitstoffen reduziert sich durch Kombinationsimpfstoffe. Ein Kombinationsimpfstoff ist nach aktuellem Kenntnisstand grundsätzlich nicht schlechter verträglich oder weniger wirksam als ein Einzelimpfstoff. Er reduziert jedoch die An-

¹³ Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), BGBl. I, Seite 148, in Kraft getreten am 1. März 2020.

zahl von Impfungen und die damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen.

Für die Impfung gegen Masern gibt es in Deutschland aktuell ausschließlich Kombinationsimpf-

stoffe (Mumps-Masern-Röteln- beziehungsweise Mumps-Masern-Röteln-Varizellen-Impfstoffe). Entsprechend dem neuen Masernschutzgesetz gilt die Nachweispflicht eines Impfschutzes oder einer Immunität auch in diesem Fall.

FAZIT

Die STIKO gibt auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Daten und unter Abwägung von Risiko und Nutzen Empfehlungen zu Impfungen heraus. Für die empfohlenen Impfungen gibt es in Deutschland verschiedene Impfstoffe. Dabei handelt es sich häufig um Kombinationsimpfstoffe, die gegenüber Einzelimpfstoffen aus medizinischer Sicht klare Vorteile haben. Manche Menschen möchten jedoch nur ausgewählte Impfungen wahrnehmen. Sie sind in ihrer Entscheidungs-

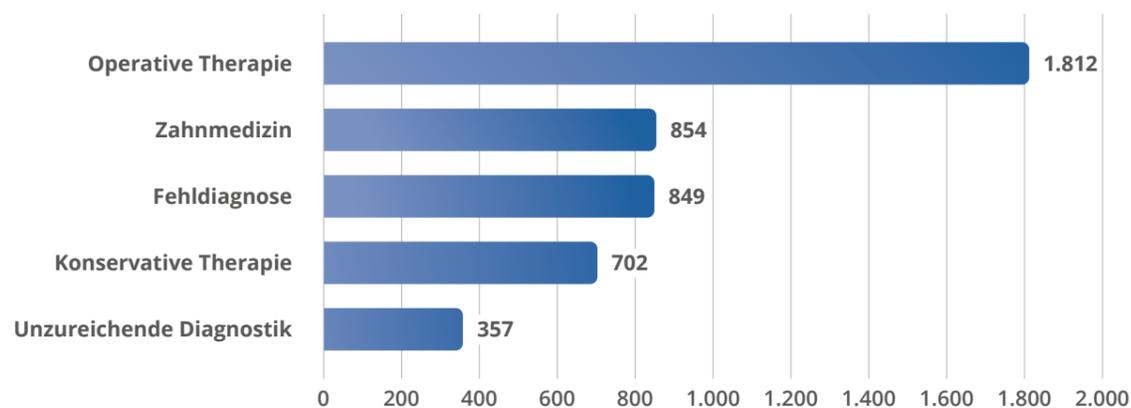
freiheit eingeschränkt, wenn es keinen Einzelimpfstoff gibt, wie zum Beispiel bei der Masern-Impfung. In Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des neuen Masernschutzgesetzes wird das Thema voraussichtlich im Jahr 2020 an Relevanz zunehmen. Bei den Impfberatungen stand 2019 erstmals das Thema Masern an der Spitze (siehe Kapitel 8.10: Grafik zu „Dauerthema: Reisemedizin und Impfberatung“).

8.2 Behandlungsfehler

Im Jahr 2019 hat die UPD zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler in insgesamt 6.154 Fällen beraten. Damit haben die Anfragen zu diesem Thema leicht zugenommen (2018: 5.876). Der Großteil der Beratungen wurde, wie in den Vorjahren, zum Verdacht auf Behandlungsfehler im Bereich der operativen Eingriffe geführt.

An zweiter Stelle stehen die Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler im zahnmedizinischen Bereich. Auch die Fälle, in denen ein Arzt oder eine Ärztin eine falsche Diagnose gestellt oder unzureichende diagnostische Maßnahmen durchgeführt hat, spielten in der Beratung eine große Rolle.

Die fünf Schwerpunktthemen zum Verdacht auf Behandlungsfehler



Die Anzahl der Beratungen zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler hat gegenüber 2018 leicht zugenommen.

DAUERTHEMA:

Wenn Ärztinnen und Ärzte nicht offen kommunizieren

Die mangelhafte Kommunikation zwischen Ärzten und Ärztinnen und Patienten und Patientinnen war auch 2019 wieder ein Schwerpunkt in den Beratungen zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler. Die Beratung zeigte, dass viele Ratsuchende durchaus verstehen, dass Fehler passieren können. Was sie aber nicht verstehen ist, dass nicht immer aktiv, offen und ehrlich damit umgegangen wird. Nach derzeitiger Rechtslage müssen Ärzte und Ärztinnen lediglich über einen möglichen Behandlungsfehler informieren, wenn Patienten und Patientinnen konkret nachfragen oder dadurch eine gesundheitliche Gefahr abgewendet werden soll. Oft würde es ihnen nach der Beratungserfahrung der UPD schon ausrei-

chen, wenn Ärzte und Ärztinnen von sich aus auf Patienten und Patientinnen zugehen, zu ihren Fehlern stehen und sich entschuldigen. Wenn aber die Patienten und Patientinnen überhaupt keinen Zugang mehr zu ihren Ärzten und Ärztinnen finden, steigt die Frustration. Viele, die sich möglicherweise mit einer Entschuldigung zufriedengegeben hätten, entscheiden sich dann unter Umständen dafür, rechtliche Schritte gegen den Arzt oder die Ärztin oder das Krankenhaus einzuleiten. Aus Beratungssicht könnten Rechtsstreitigkeiten vermieden werden, wenn Behandelnde den Umgang mit Fehlern insgesamt offener handhaben würden.

DAUERTHEMA:

Betroffene müssen Fehler, Schaden und deren Zusammenhang beweisen

Für viele Ratsuchende ist es nach wie vor schwer zu verstehen, warum sie im Falle eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler in der Pflicht sind, den Behandlungsfehler, den daraus folgenden Schaden und zudem noch den direkten Zusam-

menhang zwischen Fehler und Schaden (sprich: die Kausalität) beweisen zu müssen. Viele fühlen sich dadurch überfordert und empfinden es oft als sinnlos, überhaupt irgendwelche Schritte einzuleiten.

EXKURS

Behandlungsfehler beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin

Auch wenn Patientinnen oder Patienten einen Behandlungsfehler durch einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin vermuten, müssen sie Fehler, Schaden und deren Zusammenhang beweisen: Sie müssen also darlegen, dass

1. der Zahnarzt oder die Zahnärztin bei der Behandlung gegen den Fachzahnarztstandard verstoßen hat,
2. sie einen Schaden erlitten haben und,
3. der Schaden auf der fehlerhaften Behandlung beruht (was für betroffene Patientinnen und Patienten am schwierigsten zu beweisen sein dürfte).

Das können Betroffene in der Regel nur mit einem zahnmedizinischen Sachverständigengutachten beweisen. Hierfür stehen Patienten und Patientinnen, wie beim normalen Verdacht auf

Behandlungsfehler auch, ebenfalls zwei Wege zur Verfügung: Eine kostenlose Begutachtung erhalten sie in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), sofern sie ge-

gesetzlich krankenversichert sind¹⁴. Zudem können Patienten und Patientinnen sich an die Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer wenden, in deren Bundesland die behandelnde Praxis ihren Sitz hat. Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind sowohl für gesetzlich als auch für privat versicherte Patienten und Patientinnen Ansprechpartner. Die Verfahren sind in den meisten Bundesländern gebührenfrei. Sofern allerdings ein Gutachten erforderlich ist (also in den allermeisten Fällen), tragen die Antragsteller die Kosten hierfür und das sind in der Regel die Patienten und Patientinnen. Diese Kosten können sich auf mehrere hundert Euro belaufen. Das führt laut Auskunft der Ratsuchenden in vielen Fällen dazu, dass Patientinnen und Patienten das Gutachter- oder Schlichtungsverfahren bei einer Zahnärztekammer nicht in

Anspruch nehmen. In diesem Punkt unterscheiden sich die zahnärztlichen von den ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen: Bei letzteren ist (Ausnahme: Baden-Württemberg) nicht nur das Verfahren, sondern auch die Begutachtung kostenfrei.



8.3 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Das Thema IGeL war mit insgesamt 1.237 Beratungen sowohl in der rechtlichen als auch in der medizinischen Beratung der UPD ein häufiges Beratungsthema. Gegenüber dem Vorjahr (968 Beratungen) lässt sich eine Zunahme beobachten. Die Fragen der Ratsuchenden zum Thema

IGeL stellen sich weitgehend unverändert zu den vorausgegangenen Jahren dar (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.6, Seite 94 f.; Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.3.3, Seite 93 ff.).

DAUERTHEMA:

Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen

Für Patienten und Patientinnen ist es oft nicht einfach zu beurteilen, welche Leistungen relevant für ihre Gesundheit sind. Viele beklagen eine mangelnde Information zu Nutzen und Risiken der angebotenen Leistungen. Sie äußern die Befürchtung, dass finanzielle Interessen der Ärztinnen und Ärzte die medizinischen Überlegungen überwiegen könnten. Insbesondere bei IGeL zur Früherkennung von Krankheiten wird den Patienten und Patientinnen ein Nutzen versprochen, der häufig nicht belegt ist. Ratsuchende sind auch irritiert, wenn Krankenkassen Leistungen von unklarem medizinischen Nutzen anbieten, zum Beispiel im Rahmen von Satzungsleistungen

oder Zusatzversicherungen. So bewerben manche Krankenkassen zum Beispiel Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, deren Nutzen nicht belegt ist.

Manche als Früherkennungsuntersuchungen verkaufte IGeL ergeben zu viele falsch-positive Befunde, sie lösen sozusagen falschen Alarm aus. Das kann zu unnötiger Diagnostik oder einer Übertherapie führen. Dadurch verursachen sie unnötige Ängste und Verunsicherung. Um die auffälligen Befunde abzuklären, müssen Ärzte und Ärztinnen oft eine Biopsie oder andere invasive Methoden anwenden, bei denen es zu Kom-

plicationen kommen kann. Manchmal finden sich bei der Früherkennung auch Erkrankungen, die dem Patienten oder der Patientin nie Beschwerden verursacht hätten. Die Betroffenen haben von der Behandlung, zum Beispiel einer Operation, also keinen Nutzen, aber alle Risiken, Schmerzen und Einschränkungen, die eine Behandlung mit sich bringt.

Die Berater und Beraterinnen informieren über Nutzen und Risiken der jeweiligen Leistungen auf Grundlage evidenzbasierter Informationsquellen. Sie erläutern, warum es sich um eine IGeL handelt und welche Leistungen gegebenenfalls alternativ als Kassenleistung infrage kommen.

Vielen Patienten und Patientinnen sind die existierenden Informationsplattformen wie beispielsweise der IGeL-Monitor oder Gesundheitsinformationsseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

nicht bekannt¹⁵. Diese decken außerdem nur eine Auswahl von IGeL ab. Wünschenswert wäre aus Patientensicht eine unabhängige und neutrale Informationsstelle, die Informationen zu allen IGeL anbietet.

Ein Sonderfall zum Thema IGeL sind vielversprechende neue Verfahren, die die Kasse nicht übernimmt, da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen noch nicht bewertet hat. Krankenkassen dürfen zur Fortentwicklung der Versorgung freiwillig Leistungen erbringen, welche vom G-BA nicht ausgeschlossen sind. Hiervon machen aber nur wenige Krankenkassen Gebrauch. Viele Patienten und Patientinnen sind daher verzweifelt, weil sie die Kosten der Behandlung nicht selbst aufbringen können, obwohl diese in ihrer Situation möglicherweise helfen könnten. Aus Patientensicht wäre es wünschenswert, wenn sie schneller auf Verfahren mit evidenzbasiertem Nutzen zugreifen könnten.

DAUERTHEMA:

Ärztinnen und Ärzte vernachlässigen Aufklärungspflicht

Rechtliche Anfragen zum Thema IGeL betreffen häufig die vorgesehene Aufklärungspflicht. Die Berater und Beraterinnen der UPD erläutern den Ratsuchenden, dass Ärzte und Ärztinnen gesetzlich dazu verpflichtet sind, Patientinnen und Patienten sachlich, umfassend und verständlich über die vorgesehene Maßnahme aufzuklären sowie gegebenenfalls auf Alternativen hinzuweisen. Der Arzt oder die Ärztin muss erläutern, warum er oder sie die Leistung empfiehlt und ob es wissenschaftliche Belege für den Nutzen gibt. Auch über Risiken und mögliche Nebenwirkungen der Leistung sowie über die zu erwartenden Behandlungskosten muss aufgeklärt werden. Wenn IGeL von Vertragsärzten und -ärztinnen gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden, muss über diese Leistung ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden. Dieser

Vertrag muss eine genaue Beschreibung der Untersuchung oder Behandlung enthalten sowie die voraussichtlichen Kosten der Leistung und den Gebührensatz nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Patientin oder der Patient soll auf dieser Grundlage das Angebot genau prüfen und das Für und Wider der Behandlung abwägen können. Der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin kann eine Vergütung für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, nur verlangen, wenn vor der Behandlung eine schriftliche Zustimmung der oder des Versicherten vorliegt. Wenn Ärzte oder Ärztinnen diesen Pflichten nicht nachkommen, weisen die Beraterinnen und Berater regelmäßig auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der zuständigen Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung hin.

¹⁴ Seit dem 1. Januar 2020 wird der MDK als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt; vgl. Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), BGBl. I Seite 2789, in Kraft getreten am 1. Januar 2020.

¹⁵ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). IGeL-Monitor. Zugriff am 24. März 2020, URL: <https://www.igel-monitor.de/>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Gesundheitsinformation.de. Zugriff am 24. März 2020, URL: <https://www.gesundheitsinformation.de>

IM FOKUS:

Nachsorge nach Katarakt-Operation wird als IGeL abgerechnet

„Bei mir ist eine Katarakt-Operation geplant. Meine Augenärztin hat mich jetzt schon unterschreiben lassen, dass ich für die Nachuntersuchungen 125 Euro selber zahlen muss. Liegt das daran, dass ich die Operation in einer Klinik durchführen lasse und meine Ärztin nur die Nachsorge macht? Ich habe die Krankenkasse deswegen angeschrieben, aber die kann mir nicht weiterhelfen. Muss ich die Nachuntersuchung selber zahlen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Ihr Arzt oder ihre Ärztin habe gesagt, die Kassen würden nur eine einzige Untersuchung bezahlen. Alle weiteren Nachuntersuchungen müsse der Patient oder die Patientin selbst bezahlen. Einige Ratsuchende übermitteln der UPD Informationsschreiben von Ärztinnen und Ärzten, in denen Nachsorgeuntersuchungen als IGeL vereinbart werden (Beispiel: siehe Ab-

bildung). Manche Ratsuchende fragen sich, ob das Problem entsteht, wenn sie die Nachsorge nicht bei dem gleichen Arzt oder der Ärztin durchführen lassen wie die Operation. Die Ratsuchenden wundern sich, dass sie die Kosten selber tragen sollen und wissen nicht, an wen sie sich wenden sollen. Sie möchten wissen, ob die Abrechnung so korrekt ist und wenden sich an die UPD.

Mitteilung zur Besondereversorgung, um das postoperative Risiko zu minimieren und die bestmöglichen Heilungschancen für Ihr operiertes Auge zu gewährleisten.

Um Ihnen eine dennoch eine Operation zu ermöglichen, gibt es für Sie folgende Möglichkeiten:

1. Sie verzichten auf die intensiverte, qualitativ hochwertige und medizinisch sinnvolle Nachsorge und nehmen stattdessen nur die ausreichende Nachsorge in dem gesetzlich gewährten Umfang (ausreichend=Schulnote 4) in Anspruch.
2. Sie erklären schriftlich, dass Sie eine intensiverte, qualitativ hochwertige und medizinisch sinnvolle Nachsorge wohnortnah bei Ihrem behandelnden Augenarzt als Privatleistung in Anspruch nehmen wollen und die Kosten in Höhe von Euro 90,- (für 4 Kontrollen) übernehmen möchten.

Wir handeln in Ihrem besten Interesse, wenn wir Ihnen eine ambulante Operation unter denselben Bedingungen empfehlen, wie sie andere Kassen in dem existierenden Behandlungsvertrag gewährleisten.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne persönlich zur Verfügung.
Vielen Dank für ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!

Beispiel für ein ärztliches Informationsschreiben, mit dem einem Ratsuchenden operative Nachkontrollen als IGeL angeboten wurden.

Der erwähnte „Behandlungsvertrag“ bezieht sich auf einen Selektivvertrag, den die Krankenkasse einige Zeit zuvor gekündigt hat.

So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen erläutern Ratsuchenden die Leitlinien-Empfehlungen zur Nachsorge von Katarakt-Operationen. Dabei informieren sie darüber, welche Untersuchungen in welchen Situationen durchgeführt werden. Sie erklären den allgemeinen Hintergrund, erläutern, unter welchen Bedingungen Krankenkassen Behandlungskosten übernehmen und welche Pflichten Vertragsärzte und -ärztinnen bei der Vereinbarung von IGeL haben. Außer-

dem verdeutlichen sie, wie Augenärztinnen und -ärzte ihre Leistungen abrechnen und was sich gegebenenfalls hinter den Abrechnungsziffern auf den Privatvereinbarungen verbirgt. Gemeinsam mit den Ratsuchenden erörtern sie Handlungsmöglichkeiten: Die Ratsuchenden können ein zweites Angebot einholen und Beschwerde einlegen, wenn Ärzte und Ärztinnen gegen ihre Aufklärungspflichten verstoßen oder Kassenleistungen als IGeL anbieten.



Fachlicher Hintergrund

Grundsätzlich gilt: Krankenkassen übernehmen bei einer Katarakterkrankung die Kosten für die Operation und für das Einsetzen einer Standard-Linse. Ebenso tragen sie die Kosten für die erforderliche Vor- und Nachbehandlung.

Probleme entstehen dadurch, dass die Anzahl erforderlicher Nachuntersuchungen unterschiedlich sein kann, aber der Arzt oder die Ärztin nicht nach dem individuellen Aufwand vergütet wird.

In den Leitlinien des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschland e.V. und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. gibt es keine festgelegte Anzahl, wie viele Nachuntersuchungen erforderlich sind. In den ersten postoperativen Tagen sollen je nach Operationsverlauf und Befund mehrfach Kontrollen erfolgen, in den folgenden zwei Monaten in größeren Abständen und bei Komplikationen kurzfris-

tig¹⁶. Zu den gängigen Untersuchungen gehören zum Beispiel Refraktionsbestimmung, Messung des Augeninnendruckes und Untersuchung des Auges mit dem Spaltlampenmikroskop.

Die Nachuntersuchungen nach einer Katarakt-Operation rechnet der Arzt oder die Ärztin eines gesetzlich krankenversicherten Patienten oder einer Patientin über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Die Gebührenordnungspositionen zur postoperativen Behandlung berücksichtigen in ihrer Bewertung auch mehrfache Kontrollen. So sind mehrere Befundkontrollen expliziter Bestandteil des obligaten Leistungsinhalts. Die postoperative Behandlung wird in diesem Sinne pauschaliert vergütet, sodass die einzelne Vergütungshöhe nicht dem individuellen, sondern dem mittleren Fallaufwand entspricht.

¹⁶ Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V., Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. Leitlinie Nr. 19: Operation der Katarakt (Grauer Star) im Erwachsenenalter. Stand 11.01.2012. Zugriff 24. März 2020. URL: <https://www.dog.org/wp-content/uploads/2009/09/Leitlinie-Nr.-19-Katarakt-Grauer-Star-im-Erwachsenenalter.pdf>

Einige Krankenkassen schließen mit den KV der jeweiligen Bundesländer sogenannte Selektivverträge über die Förderung von ambulanten Kataraktoperationen. Sie vereinbaren in diesen zum Beispiel, dass Nachsorge-Termine und Sachkosten extra vergütet werden. Im Rahmen von Selektivverträgen erhalten Augenärzte und -ärztinnen gegebenenfalls mehr Geld für die operative Nachsorge. Daraus lässt sich nach Auffassung der Patientenberatung jedoch nicht schlussfolgern, dass sie anderenfalls mehrfache Nachuntersuchungen als IGeL abrechnen können.

Wenn der operierende Arzt oder die operierende Ärztin nicht selbst die Nachsorge erbringt (zum Beispiel: Operation in einer Klinik, Nachsorge durch Augenarztpraxis), rechnen die Beteiligten die Leistungen getrennt ab.

Eine Kassenleistung darf ein Arzt oder eine Ärztin mit gesetzlich Versicherten nicht privat abrechnen. Nach § 18 Absatz 8 Bundesmantelvertrag -

Ärzte (BMV-Ä) dürfen Ärzte und Ärztinnen gesetzlich Versicherte nicht dahingehend beeinflussen, eine privatärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen, wenn ihnen diese Leistung auch als Kassenleistung zusteht. Nur wenn die Operation keine medizinische Indikation hat und daher komplett als IGeL abgerechnet wird, ist auch die Nachsorge eine Privatleistung. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der Arzt oder die Ärztin bei starker Fehlsichtigkeit eine Kunstlinse einsetzt, damit der Patient oder die Patientin keine Brille tragen muss. In allen Fällen, in denen der Arzt oder die Ärztin die Operation mit einer gesetzlichen Krankenkasse abrechnet, sind die Nachuntersuchungen im Leistungsumfang enthalten. Das gilt zum Beispiel grundsätzlich auch, wenn er oder sie bei der Operation den Femtolaser als IGeL einsetzt.

FAZIT

371 Beratungen gab es 2019 rund um das Thema Katarakt-Operationen. In vielen Fällen geht es dabei um IGeL – sei es zu Diagnostik (zum Beispiel optische Biometrie, optische Kohärenztomografie), zu besonderen Linsen (zum Beispiel Multifokallinsen, Blaufilterlinsen) oder zur Operation selber (zum Beispiel Femtolaser). Hier benötigen Patienten und Patientinnen Unterstützung, um den Nutzen der IGeL gegenüber der Kassenleistung realistisch einschätzen zu können. Hierfür sollten Patientinnen und Patienten über die Informationen des IGeL-Monitors und des IQWiG hinaus noch weitere umfassende und neutrale Informationsquellen angeboten werden. Das Beispiel zeigt, wie tendenziös und interessensgesteuert Informationsschreiben der Praxen sein können.

Im Berichtsjahr 2019 fielen den augenärztlichen Beratern und Beraterinnen vermehrt

Anfragen auf, bei denen Kontrolluntersuchungen nach einer Katarakt-Operation als IGeL angeboten wurden. Wenn Augenärzte und -ärztinnen den Patienten oder die Patientin für die gängigen Nachuntersuchungen privat zur Kasse bitten, ist das aus Sicht der UPD grundsätzlich nicht gerechtfertigt. Diese Untersuchungen gehören zu den vertragsärztlichen Leistungen und können nicht zusätzlich privat abgerechnet werden.

Die postoperativen Kontrolluntersuchungen sind dabei nur ein Beispiel aus dem Beratungsalltag, bei dem Versicherte mögliche Kassenleistungen privat bezahlen sollen. Ähnliche Fragestellungen ergeben sich unter anderem in Zusammenhang mit Knochendichtemessungen oder Cannabis als Schmerzmedikation.

8.4 Krankenkasse

Den meisten Beratungen zum Thema Krankenkasse liegt ein ähnlicher Sachverhalt zugrunde: Die Ratsuchenden haben bei ihrer Krankenkasse eine Leistung beantragt, die Krankenkasse hat den Antrag abgelehnt. Das kann der Antrag auf Krankengeld sein oder ein Antrag auf eine

sonstige Leistung. Die Ratsuchenden gehen nun der Frage nach, wie sie sich gegen die Ablehnung wehren können – nämlich in den meisten Fällen mit einem Widerspruch. Aber auch Mitgliedschafts- und Beitragsfragen klären die UPD-Beraterinnen und -Berater häufig.

8.4.1 Verwaltungspraxis der Krankenkasse

Beantragen Versicherte Leistungen bei ihrer Krankenkasse, ist es mitunter ein weiter Weg bis zu dem Moment, in dem sie die Leistungen tatsächlich erhalten und hieran nicht mehr „gerüttelt werden kann“. Was die Krankenkasse auf diesem Weg alles unternehmen darf und was sie unterlassen muss, ist gesetzlich klar geregelt. Leider zeigte sich auch 2019 immer wieder, dass die Krankenkassen diese Regeln nicht umfassend umgesetzt haben. Sie versandten beispielsweise weiterhin verschleiernde Zwischennachrichten, was bereits im Jahr 2018 ein großes Thema war. Doch auch fehlende Rechtsbehelfsbelehrungen waren 2019 leider immer wieder an der Tagesordnung.



→ 2019 WEITER AKTUELL:

Wenn Zwischennachrichten der Krankenkasse unzulässig sind

Im Jahr 2019 hat die UPD rund um das Thema Widerspruch insgesamt 13.233 Mal beraten. Dies sind einige hundert Beratungen mehr als im Vorjahr. Immer noch relevant sind in diesem Zusammenhang die unzulässigen Zwischennachrichten der Krankenkassen. Bereits in den Monitoren Patientenberatung 2017 (Kapitel 3.1.1., S. 36 ff.) und 2018 (Kapitel 4.1.1., S. 37 ff.) hat die UPD von Schreiben der Krankenkasse berichtet, die Ratsuchende bekamen: Nachdem die Ratsuchenden gegen einen Bescheid ihrer Krankenkasse Widerspruch eingelegt haben, teilt ihnen die Krankenkasse in diesen Schreiben mit, dass ihr Widerspruch keine Aussicht auf Erfolg habe. Die Krankenkassen fragen, ob die Rat-

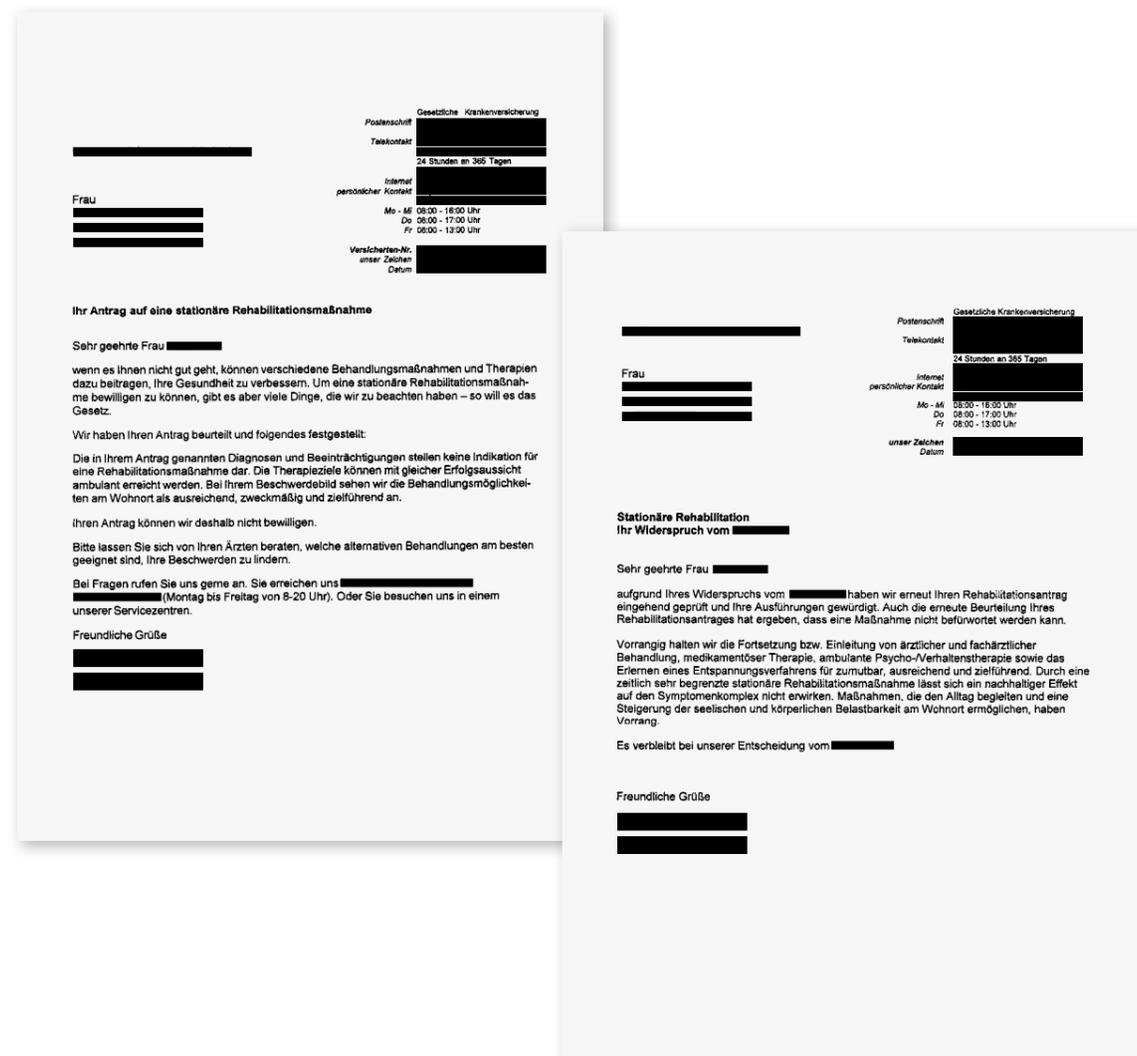
suchenden den Widerspruch zurücknehmen oder weiter aufrechterhalten möchten. Auf die Folgen einer Rücknahme werden die Ratsuchenden in der Regel nicht hingewiesen. Die Ratsuchenden sind durch solche Schreiben verunsichert, denn ihnen ist nicht klar, ob sie nun tätig werden müssen oder ihr Widerspruch sogar bereits abgelehnt ist. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde hatte die Krankenkassen im Jahr 2018 in einem Rundschreiben zwar ausdrücklich dazu aufgefordert, diese unzulässige Vorgehensweise zu unterlassen¹⁷. Dennoch schienen einige Krankenkassen auch im Jahr 2019 weiterhin so zu handeln. Dies zeigt jedenfalls die Erfahrung aus der UPD-Beratung.

¹⁷ Vgl. auch Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 8. März 2000, Aktenzeichen II 2 – 4140 – 1626/98 sowie vom 27. Juni 2018, Aktenzeichen 211-4140-4292/2013; seit dem 1. Januar 2020 heißt das Bundesversicherungsamt „Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)“.

IM FOKUS:

Krankenkassen müssen über Rechtsbehelfe belehren

„Ich habe bei meiner Krankenkasse eine Rehabilitation beantragt, diesen Antrag hat die Kasse abgelehnt. Das Ablehnungsschreiben hat keinen Hinweis darauf enthalten, ob ich gegen die Entscheidung irgendwie vorgehen kann. Ich habe trotzdem vorsichtshalber Widerspruch eingelegt. Auf meinen Widerspruch habe ich noch ein Schreiben bekommen, in dem die Krankenkasse erklärt, dass sie den Antrag noch einmal geprüft hat und dass sie bei ihrer Entscheidung bleibt. Auf dem Schreiben stand wiederum nichts davon, was ich dagegen tun kann. Ich war verwirrt und habe daraufhin vorsichtshalber telefonisch bei der Kasse nachgefragt. Der Mitarbeiter sagte, dass es sich nicht um einen Widerspruchsbescheid, sondern um ein informelles Zwischenschreiben handelt. Wenn ich es wünsche, werde mein Widerspruch aufrechterhalten. Ich verstehe das nicht so ganz. Darf die Krankenkasse das so machen? Ich möchte jetzt endlich meine Rehabilitation bekommen.“



Zwei Ablehnungsschreiben einer Krankenkasse zum gleichen Antrag, die beide keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten.

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie haben bei ihrer Krankenkasse eine Leistung beantragt, diesen Antrag hat die Krankenkasse abgelehnt. Eine Belehrung, wie die Ratsuchenden gegen diese Entscheidung vorgehen können, enthalten die Schreiben nicht. Andere Ratsuchende berichten, dass sie auf ihren Widerspruch hin ablehnende Schreiben erhalten haben, die ebenfalls keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten. Die Ratsuchenden wissen nicht, um welche Art von Schreiben es sich handelt und was sie gegen die Entscheidung tun können.

Einige Ratsuchende erzählen: Auf derartige Schreiben hin hätten sie ihre Krankenkasse angerufen. Dort habe man ihnen mitgeteilt, man habe

bewusst auf die Rechtsbehelfsbelehrung verzichtet, damit die Versicherten ein Jahr lang Zeit hätten Widerspruch einzulegen. In anderen Fällen habe die Krankenkasse auf telefonische Nachfrage mitgeteilt, dass es sich bei den Mitteilungen im Widerspruchsverfahren um bloße Zwischennachrichten und nicht um einen Bescheid handle. Die Ratsuchenden sind verwirrt und wissen oftmals nicht, wie sie solche Schreiben einordnen sollen. Sie haben Angst, die beantragte Leistung nicht zu bekommen, aber können nicht erkennen, ob es sich überhaupt um einen Bescheid handelt, gegen den sie vorgehen können. Sie fragen bei der UPD nach, was sie tun können.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater empfehlen den Ratsuchenden vorsorglich Widerspruch einzulegen. Auch sie können nicht immer beurteilen, ob es sich bei dem Schreiben ohne Rechtsbehelfsbelehrung um einen Bescheid oder lediglich um eine Zwischennachricht der Krankenkasse handelt. Die Beraterinnen und Berater erklären, dass im Gesetz vorgesehen ist, dass ein Bescheid eine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten muss. Wenn diese Belehrung fehlt, bedeutet das jedoch nicht automatisch, dass es sich nicht um einen Bescheid handelt oder dieser unwirksam wäre. Es heißt lediglich, dass die Krankenkasse

sich nicht an die Vorgaben hält und sich die Widerspruchsfrist deshalb auf ein Jahr verlängert. Auf telefonische Aussagen einzelner Krankenkassenmitarbeiter sollten sich die Ratsuchenden auf keinen Fall verlassen. Die Entscheidung, einen Bescheid nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen, darf die Krankenkasse gar nicht treffen. Das UPD-Team rät den Ratsuchenden in den beschriebenen Fällen, schriftlich mit der Kasse zu kommunizieren, telefonische Aussagen in schriftlicher Form einzufordern und solches Verhalten der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden¹⁸.

Fachlicher Hintergrund

Eine Entscheidung der Krankenkasse muss eine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten. Denn bei jeder Entscheidung, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist, handelt es sich um einen Verwaltungsakt (§ 31 SGB X). Für diesen gilt: Die Behörde muss ihn begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen. Dies

gilt auch für die schriftliche Bestätigung eines Verwaltungsakts, den die Behörde zuvor mündlich erlassen hat (§§ 35, 36 SGB X). Aus der Rechtsbehelfsbelehrung muss dabei erkennbar sein, wie, wo und mit welcher Frist gegen den Bescheid vorgegangen werden kann. Ob eine Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt, darf die Krankenkasse sich jedoch nicht aussuchen. Es ist eine zwingende Voraussetzung.

¹⁸ Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ist auch zuständig für die Bearbeitung und Beantwortung von Beschwerden, die diese Kranken- und Pflegekassen betreffen. Bundesunmittelbar sind die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Insbesondere die Ersatzkrankenkassen und die überwiegende Zahl der Betriebskrankenkassen (BKK) sind deutschlandweit tätig. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, unterliegen regelmäßig der Landesaufsicht, vgl. auch § 90 SGB IV.

Der Widerspruch muss normalerweise innerhalb von einem Monat ab Bekanntgabe des Bescheids beziehungsweise der schriftlichen Bestätigung eingelegt werden (§ 84 Sozialgerichtsgesetz

(SGG)). Unterbleibt aber die Rechtsbehelfsbelehrung, beginnt die Frist nicht zu laufen. Widerspruch muss der Betroffene dann innerhalb eines Jahres einlegen (§ 66 SGG).

FAZIT

Nach Schilderung der Ratsuchenden versenden Krankenkassen Schreiben ohne Rechtsbehelfsbelehrungen. Dies gilt für mehrere Krankenkassen. Für die Versicherten ist dann nicht klar, ob es sich um einen Bescheid handelt, gegen den sie Widerspruch einlegen oder Klage einreichen können. Dies führt dazu, dass Betroffene verunsichert sind, ihre Rechte nicht kennen und im Zweifel von diesen keinen Gebrauch machen. Fragen die Betroffenen bei der Krankenversicherung nach, teilen ihnen Kranken-

kassenmitarbeiter und -mitarbeiterinnen mit, dies nur im Sinne des Versicherten so gemacht zu haben. Das Vorgehen führte in der Vergangenheit bereits dazu, dass das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde mit Rundschreiben auf die Einhaltung der Vorschrift, nach der die Rechtsbehelfsbelehrung zwingende Voraussetzung eines Bescheids ist, ausdrücklich hingewiesen hat. Die Krankenkassen haben auch nach der Versendung dieser Hinweisschreiben an ihrem Vorgehen festhalten.

IM FOKUS:

Wann Krankenkassen über Anträge entscheiden müssen

„ Ich bin verzweifelt und weiß nicht, was ich tun soll. Ich habe bei meiner Krankenkasse einen Rollator beantragt. Ein paar Tage später hat sie mir geschrieben, dass sie ein Gutachten beim MDK in Auftrag geben wird. Vier Wochen und sechs Tage danach habe ich ein weiteres Schreiben von der Krankenkasse bekommen: Dort heißt es, dass sie meinen Antrag erst mal ablehnen müssen. Das Gutachten des MDK liegt aber noch nicht vor. Das verstehe ich nicht. Erst sagen sie, dass sie ein Gutachten brauchen, um über meinen Antrag entscheiden zu können. Und jetzt lehnen sie meinen Antrag ab, obwohl noch gar kein Gutachten vorliegt. Jetzt höre ich nichts mehr. Ich brauche den Rollator doch. Außerdem habe ich gehört, dass die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen über einen Antrag entscheiden muss, ansonsten gilt er automatisch als genehmigt. Stimmt das? Was soll ich denn jetzt machen? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie benötigen dringend eine Leistung und reichen einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse ein. Die Krankenkassen informieren sie kurz nach Eingang ihres Antrags, dass sie ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) benötigen, um über den Antrag entscheiden zu können. Kurz vor Ablauf einer Frist von fünf Wochen lehnen sie die Leistung (vorsorglich) ab, obwohl noch gar kein Gutachten vorliegt.

In anderen Fällen fordern Krankenkassen Unterlagen beim Versicherten nach und kündigen an, erst Monate später über den Antrag zu entscheiden. Die Ratsuchenden sind verzweifelt, weil sie die beantragte Leistung akut benötigen und fragen, was sie tun können.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater weisen die Ratsuchenden darauf hin, dass im oben geschilderten Fall die Ablehnung durch die Krankenkasse missbräuchlich sein dürfte. Sie erklären, dass der Antrag bereits nach Ablauf von drei Wochen als genehmigt gelten könnte. Die Ratsuchenden hätten dann einen Anspruch auf die Leistung, obwohl die Krankenkasse ihnen eine solche Entscheidung nicht mitgeteilt hat (sog. Genehmigungsfiktion). Die Versicherten könnten sich in diesem Fall die Leistung auf Kosten der Krankenkasse selbst

Fachlicher Hintergrund

Beantragen gesetzlich Versicherte bei ihrer Krankenkasse eine Leistung, muss diese innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden. Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn ein Gutachten des MDK eingeholt wird. Die Kasse muss die Versicherten hierüber unverzüglich unterrichten (§ 13 Abs. 3 a S. 1 SGB V).

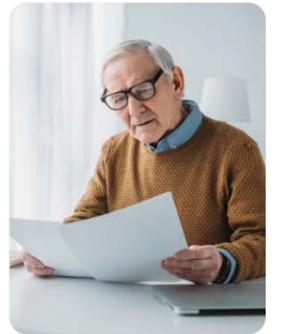
Es gibt noch keine höchstrichterliche Rechtsprechung für den oben beschriebenen Fall. Nach dem Wortlaut des § 13 Abs.3a SGB V verlängert sich die Frist nur, wenn ein Gutachten tatsächlich eingeholt wird. Geschieht dies nicht, gilt deshalb nach Auffassung der UPD die Drei-Wochen-Frist. Wenn das Gutachten innerhalb der Fünf-Wochen-Frist nicht vorliegt, darf die Krankenkasse die Leistung nicht ablehnen, nur um die Frist zu wahren und damit die Genehmigungsfiktion zu umgehen. Ein solches Handeln ist nach Auffassung der UPD missbräuchlich.

Von diesen Fristen gibt es eine Ausnahme: Wenn die Krankenkasse die Fristen nicht einhalten kann, muss sie den Versicherten vor Ablauf der Fristen schriftlich die Gründe hierfür mitteilen. Diese Gründe dürfen allerdings nur im Verantwortungsbereich der Versicherten liegen, zum Beispiel weil noch Unterlagen fehlen oder weil weitere Informationen beim Versicherten oder seinem behandelnden Arzt eingeholt werden müssen. In diesem Fall muss die Kasse gleichzeitig

beschaffen oder von der Krankenkasse verlangen, dass sie die Kosten übernimmt (sog. Freistellungsanspruch). Dies sollten die Ratsuchenden ihrer Krankenkasse nach Ablauf der Frist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion schriftlich mitteilen. Zudem klären die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden darüber auf, dass sie trotz dieser Rechtslage vorsorglich Widerspruch einlegen sollten, damit nicht parallel eine Ablehnung durch die Krankenkasse im Umlauf ist.

den genauen Tag mitteilen, an dem sie voraussichtlich über den Antrag entscheiden wird. Die neue Frist muss sachlich gerechtfertigt und hinreichend begründet sein¹⁹. Nach Auffassung der UPD darf das voraussichtliche Entscheidungsdatum also nicht Monate in der Zukunft liegen, es sei denn, die Krankenkasse kann nachvollziehbar begründen, warum sie für ihre Entscheidung so lange braucht.

Hat die Kasse nach Ablauf der Fristen weder über den Antrag entschieden noch berechtigte Gründe für die Verzögerung schriftlich mitgeteilt, gilt der Antrag als genehmigt (Genehmigungsfiktion, § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V). Beschaffen sich Versicherte die Leistung nach Ablauf der Frist selbst, muss die Krankenkasse die Kosten erstatten. Können sie sich die Leistung nicht selbst beschaffen, haben sie einen Anspruch auf Freistellung von der Zahlungspflicht. Sie können damit vor Gericht einen Vollstreckungstitel erstreiten. Anders ist es, wenn sie sich die Leistung vor Ablauf der Frist beschaffen: Die Versicherten können dann die Erstattung der Kosten beziehungsweise die Freistellung nicht verlangen.



¹⁹ Bundessozialgericht, Urteil vom 26. September 2017, Aktenzeichen B 1 KR 8/17 R

FAZIT

Der Gesetzgeber hat mit der Genehmigungsfiktion eine versichertenfreundliche Regelung geschaffen. Sie wurde eingeführt, um damit das Bewilligungs- beziehungsweise Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen. Versicherte sollten verbindlich innerhalb eines bestimmten Zeitraums die beantragte Leistung erhalten können. Verlängern darf die Krankenkasse die Drei-Wochen-Frist dann, wenn sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt. Wenn eine Entscheidung innerhalb dieses Zeitraums unterbleibt, sollen sich die Versicherten die Leistung auf Kosten der Krankenkasse selbst beschaffen können. Dies war die Intention des Gesetzgebers. Die Beratungspraxis der UPD zeigt aber: Die Ratsuchenden kennen diese Rechte gar nicht oder die Krankenkassen entscheiden manchmal erst nach Ablauf dieses Zeitraums. Weiterhin

zeigt die Erfahrung der UPD, dass manche Krankenkassen die vorgegebene Frist umgehen, indem sie sich auf die Einschaltung des MDK berufen, dieser aber bis Fristablauf gar nicht eingeschaltet war. So wird die Genehmigungsfiktion bewusst umgangen.

Zudem zeigt die Erfahrung der UPD-Beraterinnen und -Berater, dass die Ratsuchenden in einer solchen Situation verunsichert sind, obwohl die Genehmigungsfiktion eine positive Folge für sie hat: Sie scheuen sich davor, sich die Leistung selbst zu beschaffen, weil sie Angst haben, auf den Kosten sitzen zu bleiben. Die UPD-Beraterinnen und -Berater können ihnen nur Mut machen, auf ihren Rechten zu bestehen und ihnen aufzeigen, wie sie ihre Rechte durchsetzen können. Doch oft bleibt bei den Ratsuchenden ein ungutes Gefühl zurück.



Der Weg vom Antrag bis zur Klage unter Berücksichtigung der Fristen für die Genehmigungsfiktion.

8.4.2 Krankengeld

Insgesamt gab es im vergangenen Jahr 13.843 Beratungen rund um das Thema Krankengeld. Damit war die Zahl im Vergleich zu 2018 zwar leicht rückläufig (2018:15.202). Trotzdem ist das Krankengeld weiterhin eines der größten Themen in der Patientenberatung.

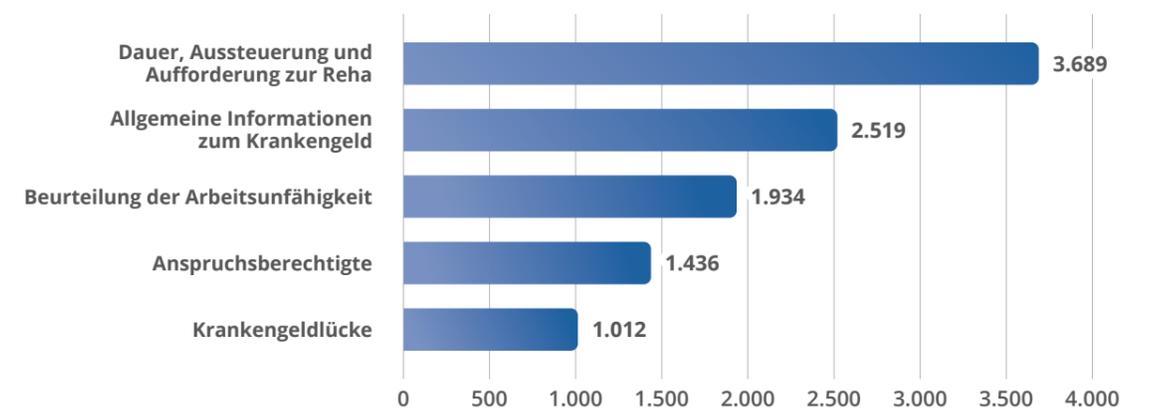
Die meisten Beratungen zum Thema Krankengeld und mit 3.689 mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr drehten sich um die Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zur Rehabilitation (2018: 1.596 Beratungen). Als besonderes Problem hat sich 2019 das Vorgehen einiger Krankenkassen gezeigt, den Versicherten eine zu kurze Frist zu setzen, innerhalb der sie einen Rehabilitations-Antrag stellen sollten (siehe „Im Fokus: Krankenkasse darf Frist zum Rehabilitations-Antrag nicht verkürzen“). Informierten die UPD-Beraterinnen und -Berater die Ratsuchenden in allgemeiner Form zum Krankengeld (2.519 Beratungen), konnten sie den Ratsuchenden dabei vor allem bei der Ermittlung der Berechnungsgrundlagen für die Höhe des Krankengeldes sowie der Antragstellung schnell helfen. Dass der MDK Versicherte oftmals gesundschreibt, ohne ausreichend über deren aktuellen Gesundheitszustand informiert zu sein, zeigte sich auch in 2019 wieder in den 1.934 Beratungen zur

sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Gravierend ist dies für die Betroffenen, weil sie ohne ihre vorherige Einbeziehung plötzlich und völlig überraschend kein Krankengeld mehr erhalten, ohne dass sie die Möglichkeit haben, sich dazu zu äußern (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.2, Seite 42).

Einen leichten Zuwachs gab es beim Thema Krankengeld im Urlaub: Die Anzahl der Beratungen stieg auf 729 (2018: 558). Auffällig dabei war, dass die Beratungen hierzu im zweiten und dritten Quartal spürbar anstiegen und im vierten Quartal wieder deutlich zurückgingen. Dies könnte nicht nur auf die Haupturlaubszeit, sondern auch auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zurückzuführen sein, die im Juni 2019 zu dieser Problematik ergangen ist²⁰.

Zum Thema Krankengeldlücke wurde im Mai 2019 eine deutliche Verbesserung für die Versicherten gesetzlich verankert²¹. Dies spiegelte sich spürbar in den Beratungszahlen wider: Während die Zahl der Beratungen zu diesem Thema im ersten Halbjahr mit 706 noch sehr hoch war, hat sie sich im zweiten Halbjahr mit 304 Beratungen mehr als halbiert.

Die fünf Schwerpunktthemen zum Krankengeld



Zum Thema Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zur Rehabilitation gab es mehr als doppelt so viele Beratungen wie im Vorjahr.

²⁰ Bundessozialgericht, Urteil vom 4. Juni 2019, Aktenzeichen B 3 KR 23/18 R. Dass die Zahlen erst im vierten Quartal zurückgingen, könnte daran liegen, dass die Krankenkassen die Rechtsprechung möglicherweise erst angewendet haben, als die schriftlichen Urteilsgründe dazu ergangen sind.

²¹ Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), BGBl. I Seite 646, in Kraft getreten am 11. Mai 2019

NEUE ENTWICKLUNG:

Verbesserung bei Arbeitsunfähigkeit – Krankengeldlücke geschlossen

Für viele Ratsuchende stellte sich in der Vergangenheit folgendes Problem: Ihr Krankengeldanspruch fiel weg, wenn sie ihre Arbeitsunfähigkeit gegenüber ihrer Krankenkasse nicht lückenlos nachweisen und keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlegen konnten. Hierfür mussten sie bisher zwingend am nächsten Werktag nach Ablauf der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihren Arzt oder ihre Ärztin aufsuchen und sich eine Folgebescheinigung ausstellen lassen. Die Folge einer Lücke zwischen den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen war den Ratsuchenden in aller Regel nicht bekannt. Entsprechend groß war die Verzweiflung, wenn es den Versicherten nicht gelang, unmittelbar nach dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeitsfeststellung ein neues Attest zu erhalten. Dies galt insbesondere, wenn sie an den Gründen dafür keine Schuld trugen. Denn die Folgen für sie waren gravierend:

1. Die Krankenkasse stellte die Krankengeldzahlung komplett ein, obwohl die Versicherten weiterhin arbeitsunfähig waren.
2. Ihre Mitgliedschaft in der Krankenversicherung endete, weil diese über den Bezug von Krankengeld aufrechterhalten worden war.

Diese für viele Ratsuchende oft ausweglose Situation hat sich im vergangenen Jahr deutlich verbessert. Seit Mai 2019 gilt für

Versicherte, deren Mitgliedschaft vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist: Der Anspruch auf Krankengeld bleibt auch dann bestehen, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit feststellt. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit besteht. Der Krankengeldanspruch entfällt nun nicht mehr, sondern ruht lediglich so lange, bis der Arzt oder die Ärztin die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit feststellt. Das heißt: Der Versicherungsschutz mit Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, aber das Krankengeld wird erst dann wieder gezahlt, wenn die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt.

Die UPD hatte in der Vergangenheit immer wieder auf die belastende Situation der betroffenen Versicherten aufmerksam gemacht (siehe Monitor Patientenberatung 2016, Kapitel 3.1.1, Seite 59 ff.; Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.1.2, Seite 43 f. sowie Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.2, Seite 41). Der Gesetzgeber hat diesen Missstand inzwischen beseitigt²². Der Rückgang der Beratungen zu diesem Thema zeigt, dass die Gesetzesänderung zu einer spürbaren Verbesserung der Situation für die Versicherten geführt hat.

NEUE ENTWICKLUNG:

Krankengeld im Urlaub

Die Krankenkasse zahlt Versicherten grundsätzlich kein Krankengeld, solange diese sich im Ausland aufhalten. Anders ist es, wenn die Kranken-

kasse dem Auslandsaufenthalt zustimmt – dann zahlt sie auch weiterhin Krankengeld. Stimmt die Krankenkasse nicht zu, ruht der Anspruch auf

Krankengeld in diesem Zeitraum. Eine eindeutige gesetzliche Regelung oder ein höchstrichterliches Urteil zum Krankengeldbezug im EU-Ausland fehlten bisher. Unklar war also, ob das EU-Ausland wie Ausland oder wie Inland behandelt werden muss. Das Bundessozialgericht hat im Juni 2019 bestätigt²³: Die Krankenkasse muss ihre Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilen, wenn:

1. die Versicherten sich im EU-Ausland aufhalten,
2. kein Zweifel an ihrer Arbeitsunfähigkeit besteht und
3. kein Leistungsmissbrauch vorliegt.

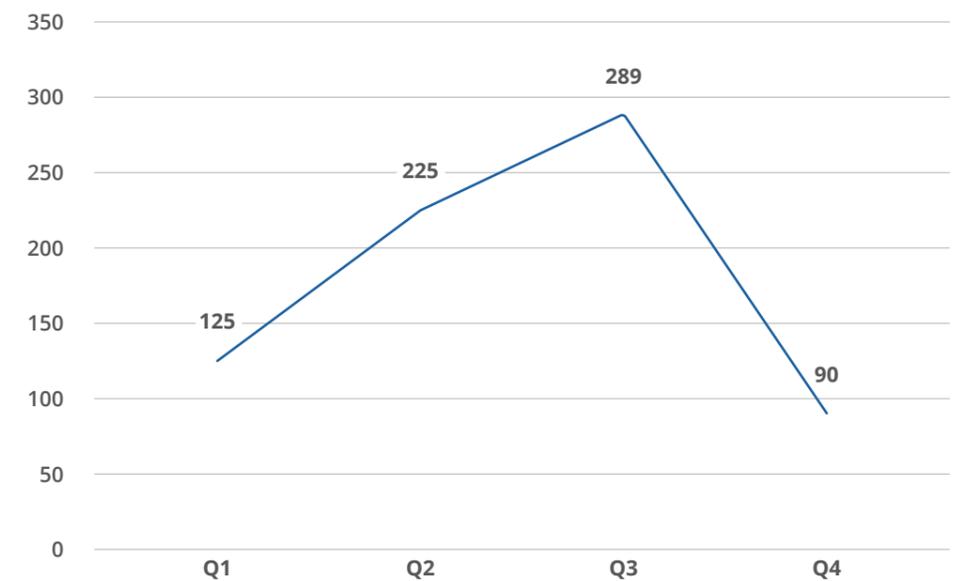
In dem Fall haben Versicherte einen Rechtsanspruch auf Erteilung der Zustimmung. Nach den europäischen Verfahrensvorschriften hat eine in der Europäischen Union (EU) ausgestell-



te Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die gleiche Rechtsgültigkeit wie eine im Inland ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

2019 sind die Beratungszahlen hierzu im vierten Quartal 2019 deutlich zurückgegangen.

Anzahl der Beratungen pro Quartal zum Krankengeld und Urlaub



Im Vergleich vom dritten zum vierten Quartal nahm die Anzahl der Beratungen zum Krankengeld im Urlaub um etwa zwei Drittel ab.

Ob dies allein an dem Ende der Haupturlaubszeit liegt oder vermuten lässt, dass Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über die Zustimmung zu einem Auslandsaufenthalt die Urteilsbegründung

abgewartet haben und nun die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berücksichtigen, ist unklar. Hier bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

²² Durch Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), BGBl. I Seite 646, in Kraft getreten am 11. Mai 2019

²³ Bundessozialgericht, Urteil vom 4. Juni 2019, Aktenzeichen B 3 KR 23/18 R

IM FOKUS:

Krankenkasse darf Frist zum Rehabilitations-Antrag nicht verkürzen

„Ich bin nach einem leichten Schlaganfall und Krankenhausaufenthalt schon seit längerer Zeit krankgeschrieben und bekomme Krankengeld. Nun habe ich ein Schreiben von meiner Krankenkasse bekommen, dass ich innerhalb von zwei Wochen eine Rehabilitation bei meiner Rentenversicherung beantragen soll. Wenn ich das nicht mache, drohe mir der Krankengeldverlust. Ich bin total verzweifelt, mir geht es schon schlecht genug, wie soll ich das so schnell machen? Mein Freund meinte auch, dass die Frist nicht so kurz sein darf. Ich habe solche Angst mein Krankengeld zu verlieren, was soll ich denn jetzt machen?“

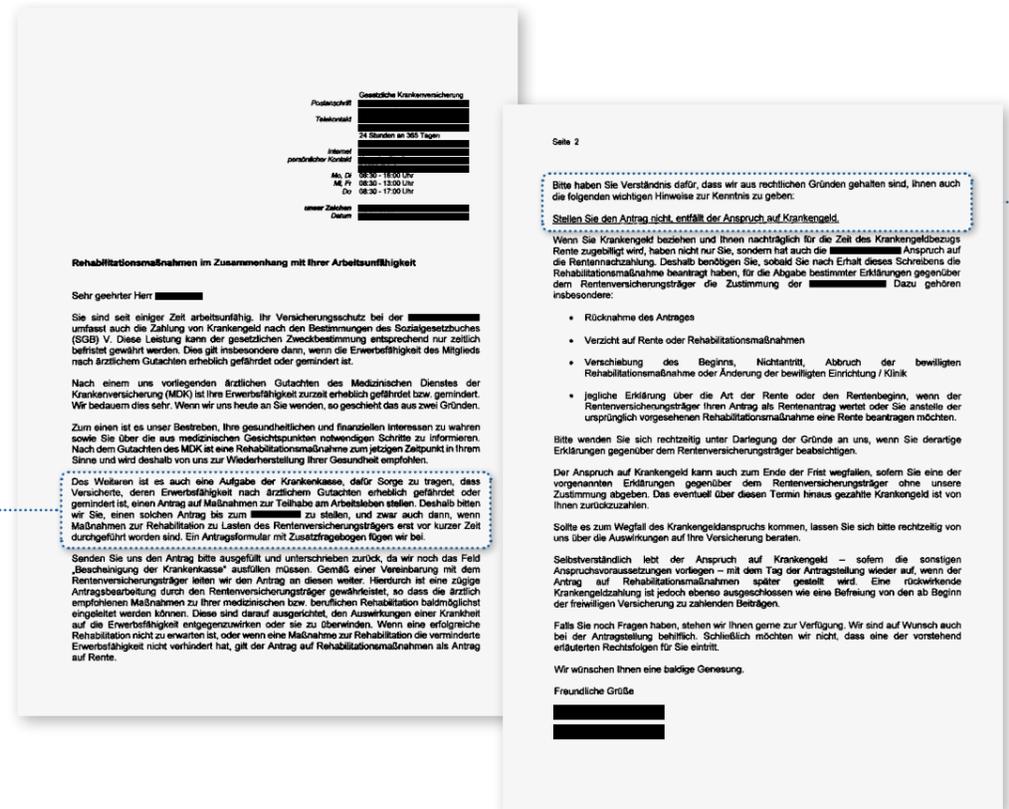
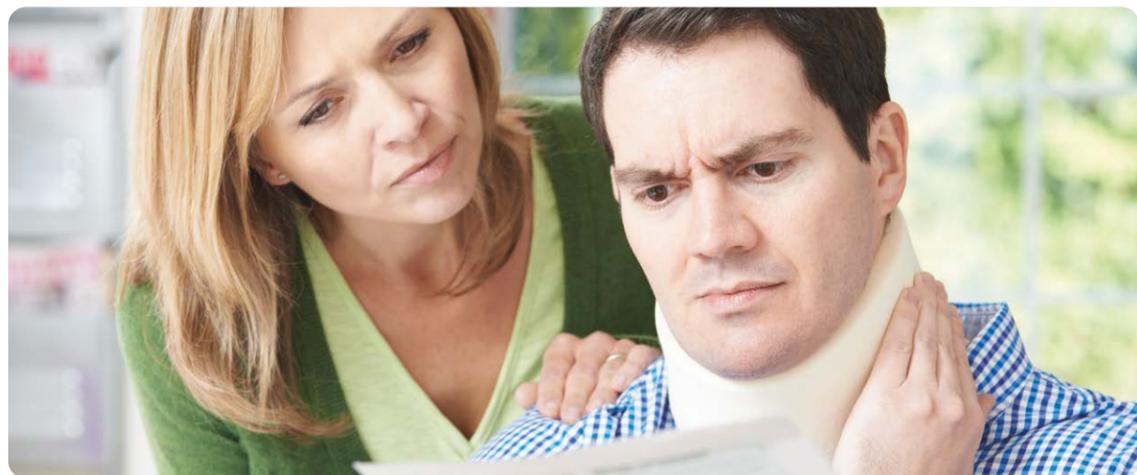
Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die Krankengeld beziehen, berichten: Sie haben ein Schreiben ihrer Krankenkasse erhalten, in dem sie aufgefordert wurden, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation bei ihrem Rentenversicherungsträger zu stellen. Die Kassen begründen die Aufforderung auf unterschiedliche Art: Einige Kassen argumentieren, eine Heilbehandlung sei erforderlich, damit sich der Gesundheitszustand der Ratsuchenden verbessere beziehungsweise nicht verschlechtere. Andere Krankenkassen nennen als Grund für die Aufforderung: Es sei die Aufgabe der Krankenkassen, dafür zu sorgen, dass Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellen.

Die Kassen hätten jeweils sehr kurze Fristen (zwischen zwei und vier Wochen) gesetzt, innerhalb

derer die Ratsuchenden den Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen sollten. Sie hätten angekündigt, nach fruchtlosem Fristablauf die Krankengeldzahlung einzustellen. Andere Ratsuchende berichten, dass die Krankenkassen sie während eines Beratungsgesprächs aufgefordert hätten, direkt vor Ort einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu unterzeichnen.

Die Ratsuchenden sind überfordert, insbesondere weil ihre Erkrankung sie ohnehin stark belastet und nun noch finanzielle Existenzängste hinzukommen. Viele fühlen sich überrumpelt, weil sie plötzlich damit konfrontiert sind, dass ihre Erwerbsfähigkeit enden und das Krankengeld eingestellt werden könnte. Sie fühlen sich allein gelassen, weil die Krankenkasse sie nicht über die Folgen informiert und keinen Anteil an ihren Ängsten und Sorgen nimmt.



Des Weiteren ist es auch eine Aufgabe der Krankenkasse, dafür Sorge zu tragen, dass Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, einen Antrag auf Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen. Deshalb bitten wir Sie, einen solchen Antrag bis zum [redacted] zu stellen, und zwar auch dann, wenn Maßnahmen zur Rehabilitation zu Lasten des Rentenversicherungsträgers erst vor kurzer Zeit durchgeführt worden sind. Ein Antragsformular mit Zusatzfragebogen fügen wir bei.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus rechtlichen Gründen gehalten sind, Ihnen auch die folgenden wichtigen Hinweise zur Kenntnis zu geben:
Stellen Sie den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld.

Beispielschreiben einer Krankenkasse, die den Antragsteller auffordert, innerhalb von zwei Wochen einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater empfehlen den Ratsuchenden, die solche Schreiben erhalten, innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Zudem sollten sie die Krankenkasse auffordern, ihnen zunächst schriftlich die Rechtsgrundlage für die Aufforderung zu nennen. Sie klären die Ratsuchenden darüber auf, dass die Krankenkassen zwei verschiedene Möglichkeiten

haben, Versicherte im Krankengeldbezug zu einer medizinischen Rehabilitation aufzufordern. Sie erläutern ihnen die jeweiligen Voraussetzungen. Zuletzt weisen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden darauf hin, dass die Krankenkasse nicht rechtmäßig gehandelt hat, weil eine Frist von zwei Wochen in den beschriebenen Fällen in jedem Fall zu kurz ist.

Fachlicher Hintergrund

Krankenkassen haben zwei verschiedene Möglichkeiten, im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitation auf Versicherte, die Krankengeld beziehen, einzuwirken. Eine Vermischung der Voraussetzungen und Folgen der beiden gesetzlichen Regelungen ist unzulässig. Diese Möglichkeiten sind:

1) Zur Heilbehandlung auffordern (§ 63 Abs. 1 SGB I)

Entweder können Krankenkassen die Versicherten dazu auffordern, sich einer konkreten, von der Krankenkasse vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahme zu unterziehen. Dafür müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Krankenkassen müssen als Leistungsträger für die Rehabilitationsmaßnahme zuständig sein.
2. Es ist zu erwarten, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten dadurch bessern oder eine Verschlechterung konkret verhindert werden kann. Hier berufen sich die Krankenkassen auf die Mitwirkungspflichten des Versicherten (§ 63 SGB I).
3. Die Krankenkassen müssen die Versicherten wirksam auffordern, sich einer konkreten Heilbehandlung zu unterziehen. Dieses Verlangen muss hinreichend bestimmt sein, also Art und Ziel, Ort, Beginn und Dauer der Heilbehandlung genau bezeichnen. Liegt ein solches konkretes Angebot vor, brauchen die Versicherten keinen gesonderten Antrag mehr zu stellen.



Wollen die Krankenkassen dies mit der Folge verbinden, dass das Krankengeld eingestellt wird, wenn die Versicherten die Aufforderung nicht befolgen, gilt: Sie müssen die Versicherten vorher schriftlich auf diese Folge hinweisen und eine angemessene Nachfrist setzen (§ 66 Absatz 3 SGB I), die sich zum Beispiel auf zwei Wochen belaufen kann.

2) Auffordern, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen (§ 51 SGB V)

Oder die Krankenkassen stützen sich darauf, dass die Erwerbsfähigkeit der Versicherten nach einem ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Unter dieser Voraussetzung können die Krankenkassen die Versicherten dann auffordern, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen. Aber sie müssen den Versicherten eine Frist von zehn Wochen setzen, um den Antrag zu stellen (§ 51 SGB V). Die Krankenkassen dürfen die Fristlänge nicht verkürzen.

IM FOKUS:

Fallmanagement – wie Versicherte unbemerkt in Datenerhebungen einwilligen

„ Nach längerer Erkrankung habe ich bei meiner Krankenkasse Krankengeld beantragt. Sie haben mir so ein Formular mit ganz vielen Fragen zugeschickt, das hat mich total verwirrt und überfordert. Aber ich brauche ja das Krankengeld, also habe ich alles unterschrieben. Monate später hat mich ein Mitarbeiter morgens um 6 Uhr angerufen und mich ausgefragt, wie es mir geht, ob alles in Ordnung sei. Und dann kam ganz beiläufig die Frage, wann ich denn wieder arbeiten gehen wolle. Ich habe mich total gewundert und erst mal nichts gesagt. Ich hatte ein bisschen das Gefühl, als ob die mich ausspionieren wollen. Warum machen die das? Muss ich denen sagen, wann ich wieder arbeiten gehen will? Ich brauche doch mein Krankengeld und will nichts falsch machen.“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die Krankengeld beantragt haben, berichten: Ihre Krankenkasse habe ihnen ein mehrseitiges Formular zugesandt, in dem sie nicht nur Angaben zu einer etwaigen Rente oder weiteren Einkünften machen müssen. Ebenfalls sollten sie über die beteiligten Ärzte oder Ärztinnen, durchgeführte oder geplante Therapieverfahren sowie detailliert über den eigenen Arbeitsplatz Auskunft geben. Es folge die Abfrage der Bankverbindung und nach all diesen Fragen ein Feld für eine Unterschrift, mit der die Ratsuchenden die Richtigkeit der gemachten Angaben bestätigen sollen. Darunter folge ein zusätzliches Textfeld, oft dunkel unterlegt und in kleingedruckter Schrift mit folgender Information: Die Krankenkasse erhebe weitere Daten über die Versicherten, wenn diese einwilligen, und dies sei freiwillig. Die Ratsuchenden werden oft nicht

darüber informiert, wofür die Krankenkasse diese freiwilligen Daten benötigt. In diesem Textfeld oder auch darunter findet sich ein weiteres Unterschriftenfeld. Die Ratsuchenden füllen diese Formulare oftmals komplett aus und unterschreiben. Sie machen sich keine Gedanken über den Inhalt, weil sie denken, dass die Bearbeitung ihres Krankengeldantrags davon abhängt. Den Ratsuchenden ist beim Ausfüllen und Unterschreiben des Formulars oft gar nicht bewusst, dass sie hiermit in ein nachfolgendes Krankengeldfallmanagement einwilligen. Andere sind überfordert von den Schreiben, aber unterzeichnen alles aus Angst, kein Krankengeld zu bekommen.

Tatsächlich melden sich die Krankenkassen im Rahmen des Krankengeldfallmanagements laut vielen Ratsuchenden oft erst Monate nach Aus-



FAZIT

Krankenkassen fordern Versicherte immer wieder auf, innerhalb von zwei Wochen einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Eigentlich haben die Versicherten aber für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zehn Wochen Zeit. Viele Versicherte sind durch ihre gesundheitliche Situation ohnehin geschwächt. Sie kennen die Regelung nicht, haben oftmals nicht die Kraft, sich mit solchen Schreiben auseinan-

derzusetzen und werden durch die kurzen Fristen noch mehr unter Druck gesetzt. Die Versicherten haben Angst ihr Krankengeld zu verlieren oder wissen es nicht besser. In vielen Fällen – wie auch im Schreiben auf Seite 65 – enthalten solche Aufforderungen keine Rechtsbehelfsbelehrung. Sie wissen also gar nicht, ob und wie sie sich hiergegen wehren können.

füllen des Formulars. Aus den Gesprächen mit den Ratsuchenden ergibt sich, dass dies meist erst der Fall ist, wenn die von den Krankenkassen angenommene durchschnittliche Dauer der Behandlung abgelaufen ist. Oft rufen Krankenkassenmitarbeiter und -mitarbeiterinnen zunächst an – auch frühmorgens oder spät am Abend. Sie fragen die Ratsuchenden beispielsweise, ob eine Rehabilitation geplant oder auch nur angedacht sei. Bejahen die Ratsuchenden das, erhalten sie Schreiben mit der Aufforderung, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, sonst werde ihr Krankengeld eingestellt. Die Ratsuchenden berichten, es

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater erklären den Versicherten in einer solchen Situation, dass sie für die Prüfung des Krankengeldanspruchs lediglich die Angaben zu ihren Einkünften und ihrer Kontoverbindung machen müssen. Der Einholung von weiteren Informationen müssten sie

Fachlicher Hintergrund

Krankenkassen dürfen nur solche Daten erheben, die für die Bearbeitung des Krankengeldantrags des Versicherten erforderlich sind (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V). Dazu gehören insbesondere Angaben, die die Krankenkasse für die Berechnung des Krankengeldes benötigt, wie Einkommen und Rente sowie die Kontodaten, damit sie das Krankengeld auszahlen kann.

Vom Anspruch auf Krankengeld zu unterscheiden und abzugrenzen ist der Anspruch des Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse. Dazu gehören Leistungen und unterstützende Angebote der Krankenkasse zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (sog. Krankengeldfallmanagement, § 44 Abs. 4 SGB V). Das können zum Beispiel Informationen zu alternativen Behandlungsmethoden oder Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern sein. Die Krankenkasse darf die Versicherten nur beraten und unterstützen sowie nur dann Daten erheben und speichern, wenn: 1. die Kasse sie darüber informiert und 2. die Versicherten im Anschluss ihre Einwilligung erteilt haben.

handle sich dabei um Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit der Auszahlung des Krankengelds gar nichts zu tun hätten. Vielmehr haben die Ratsuchenden das Gefühl, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen speziell geschult seien, gezielt telefonisch sensible Informationen über ärztliche Behandlungen oder geplante Therapieverfahren abzufragen. Sie sind verwirrt und verstehen nicht, warum die Krankenkassenmitarbeiter und -mitarbeiterinnen sie zu Dingen befragen, die mit dem Krankengeld gar nichts zu tun haben, fühlen sich überrumpelt und ausgehorcht. In dieser Situation wenden sie sich an die UPD.

dagegen nicht zustimmen, denn diese Angaben sind freiwillig. Sie raten Versicherten, die darüber hinausgehende Anrufe nicht wünschen, die erteilte Einwilligung zu widerrufen beziehungsweise von vornherein keine weiteren Angaben über die Pflichtangaben hinaus zu machen.

Die Krankenkasse muss die Versicherten zwingend schriftlich informieren. Die Information muss folgendes enthalten:

- Inhalt und Ziele der Leistungen
- Art und Umfang der Beratung
- die Freiwilligkeit ihrer Annahme
- und die damit verbundene erforderliche Verarbeitung der personenbezogenen Daten
- die Information, dass der Versicherte seine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann

Ob die Versicherten das Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen, entscheiden sie freiwillig. Lehnen sie die Einwilligung in die Datenverarbeitung ab, darf das keine Konsequenzen für sie, zum Beispiel in Bezug auf ihren Krankengeldanspruch, haben. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen werden.

FAZIT

Versicherte einer Vielzahl von Krankenkassen berichten, dass diese Formulare versenden, in denen Pflichtangaben (für die Bearbeitung des Antrags auf Krankengeld) und freiwillige Angaben (für das Krankengeldfallmanagement) vermischt werden. Dies ruft bei den Versicherten den Eindruck hervor, dass sämtliche Angaben für die Bearbeitung ihres Antrages auf Krankengeld erforderlich sind. Ein Unterschied ist für die Betroffenen oft nur schwer oder gar nicht erkennbar. Dass sie damit eingewilligt haben, von separaten Abteilungen (sog. Fallmanagern) angerufen und zum Beispiel zur persönlichen Lebenssituation befragt zu werden, ist ihnen beim Unterschreiben des Formulars nicht klar.

Dabei ist die Erhebung sensibler Sozialdaten nur unter engen gesetzlichen Voraussetzungen beziehungsweise mit einer individuellen Einwilligung zulässig. Die gesetzliche Regelung zum Krankengeldfallmanagement erlaubt diese Datenerhebung nur, wenn man vorher eingewilligt hat. Der Versicherte willigt hier nur dann wirksam ein, wenn er klar und abgrenzbar über das Krankengeldfallmanagement selbst, die Voraussetzung der schriftlichen Einwilligung und die Möglichkeiten des Widerrufs informiert wurde.

IM FOKUS:

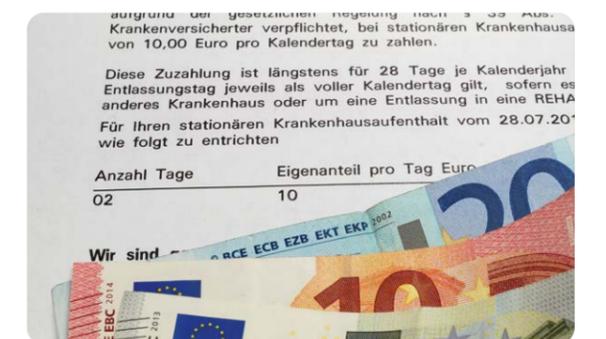
Krankenkasse darf vollständigen Rehabilitations-Bericht nicht verlangen

„ Ich befinde mich derzeit im Krankengeld und werde demnächst eine Rehabilitation antreten, die von der Deutschen Rentenversicherung bezahlt wird. Nun habe ich ein Schreiben meiner Krankenkasse erhalten mit der Bitte um mein Einverständnis, dass die Krankenkasse meinen Entlassungsbericht erhalten darf. Ich weiß doch noch gar nicht, was in dem Bericht stehen wird. Muss ich dieser Aufforderung nun nachgehen? Falls ich dies nicht tun sollte, droht mir ein Verlust des Krankengeldes? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die eine Rehabilitation antreten werden oder diese bereits hinter sich haben, berichten den Beraterinnen und Beratern von Schreiben ihrer Krankenkasse: Darin werden sie aufgefordert, eine Einwilligungserklärung abzugeben, damit der Kasse nach Abschluss der Rehabilitation der Entlassungsbericht zugesandt wird. Die Ratsuchenden sind verunsichert, weil sie nicht wissen, was zum Beispiel in dem Bericht zu ihrer psychischen Verfassung stehen könnte, und der Meinung sind, dass dies die Krankenkasse nichts angeht. Andererseits bangen sie um ihren Krankengeldanspruch, wenn sie der Aufforderung nicht nachkommen. Sie fragen sich, welche

Informationen über ihre persönliche Situation sie der Krankenkasse preisgeben müssen und wenden sich damit an die UPD.



So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater erklären den Ratsuchenden, dass sie zunächst selbst den vollständigen Rehabilitations-Entlassungsbericht einsehen und eine Kopie davon verlangen dürfen. Ferner weisen sie darauf hin, dass sie die von der Krankenkasse geforderte Einwilligungserklärung nicht unterschreiben müssen. Das Einholen solcher Einwilligungserklärungen ist unzulässig, weil die Krankenkasse für ihre Zwecke nicht mehr als den Kurzbericht benötigt. Darüber hinausgehende Daten dürfen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Krankenkasse nicht einsehen. Insbeson-

dere wenn es um die Auswertung medizinischer Unterlagen wie dem Rehabilitations-Entlassungsbericht geht, so ist immer der MDK und nicht die Krankenkasse der richtige Ansprechpartner. Haben die Ratsuchenden die Erklärung bereits unterschrieben, informieren die UPD-Beraterinnen und -Berater darüber, dass sie diese Einwilligung widerrufen können. Zuletzt beruhigt das UPD-Team die Ratsuchenden: Ihr Krankengeldanspruch ist nicht gefährdet, wenn sie die Erklärung nicht unterschreiben.

Fachlicher Hintergrund

Der Rehabilitations-Entlassungsbericht dient der Dokumentation und Information über den Behandlungsanlass, den Verlauf und das Ergebnis der Rehabilitation. Er ist zudem eine Grundlage für die Weiterbehandlung. Es handelt sich bei den Daten im Entlassungsbericht um sensible Sozialdaten. Welche Sozialdaten Krankenkassen für ihre Zwecke erheben und speichern dürfen, ist gesetzlich klar geregelt (vgl. § 284 SGB V). Die besonders sensiblen Daten aus einem Rehabilitations-Entlassungsbericht gehören nicht dazu. Krankenkassen haben nur Recht auf Einblick in den Kurzbericht, also in die erste Seite des Rehabilitations-Entlassungsberichtes. Diese enthält alle Daten, die die Krankenkasse für ihre Zwecke benötigt, zum Beispiel persönliche Daten des Versicherten (Name, Anschrift, Geburtsdatum), Diagnosen, Behandlungsergebnisse und Aussagen zur Arbeitsfähigkeit. Zudem enthält er Informationen, die für die Berechnung des Krankengeldes relevant sein können, etwa zum Zeitraum, in dem die Rehabilitation stattgefunden hat. Den ausführlichen Bericht dagegen darf die Krankenkasse nicht einsehen: Hierin können zum Beispiel Inhalte aus Gesprächen mit Psychotherapeuten enthalten sein, zu denen besonders intime Angaben des Versicherten zum Beispiel zu Partnerschaften oder psychischen Krisen gehören. Die Krankenkasse darf solche Unterlagen

nicht einsehen und auch nicht durch Einholung einer Einwilligungserklärung umgehen²⁴.

Die Krankenkasse beauftragt den MDK, wenn der Versicherte begutachtet und hierzu eine medizinisch fundierte Stellungnahme abgegeben werden soll. Sofern es hierfür erforderlich ist, darf der MDK den vollständigen Rehabilitations-Bericht einsehen. Trägt die Krankenkasse die Kosten der Rehabilitations-Maßnahme, darf sie oder der MDK den vollständigen Entlassungsbericht bei der Rehabilitations-Klinik anfordern (§ 276 Abs. 2 S. 2 SGB V). Die Rehabilitations-Klinik darf den Bericht jedoch ausschließlich und direkt dem MDK übermitteln (und nicht an die Krankenkasse). Die Einwilligung des Versicherten ist hierzu nicht erforderlich.

Übernimmt dagegen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Kosten der Rehabilitations-Maßnahme, dürfen Krankenkasse oder MDK den vollständigen Bericht nicht bei der Rehabilitations-Klinik anfordern. Grund ist, dass zwischen Krankenkasse und Klinik keinerlei Rechtsbeziehung besteht. Sofern der MDK den vollständigen Entlassungsbericht benötigt, muss der Versicherte diesen dem MDK im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten selbst zur Verfügung stellen (§ 60 ff. SGB I).

²⁴ Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Sozialdatenschutz – Rechte der Versicherten (Info 3), Seite 48, Stand: 1. Mai 2018, Zugriff 24. März 2020, URL: https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Infobroschueren/INFO3.pdf?__blob=publicationFile&v=20; nach Information des GKV-Spitzenverbandes finden mit dem BfDI und dem BMG Gespräche darüber statt, ob ihm Rahmen der Einwilligung in das Krankengeldfallmanagement auch die Überlassung des vollständigen Rehabilitations-Berichts mit abgedeckt ist.

FAZIT

Krankenkassen holen laut Bericht der Ratsuchenden bei ihnen Einwilligungen zur Übermittlung des Rehabilitations-Berichtes ein, obwohl sie für den Kurzbericht diese Einwilligung nicht benötigen. Oftmals beschränken sie sich jedoch in den Schreiben nicht auf den Kurzbericht. Es drängt sich der

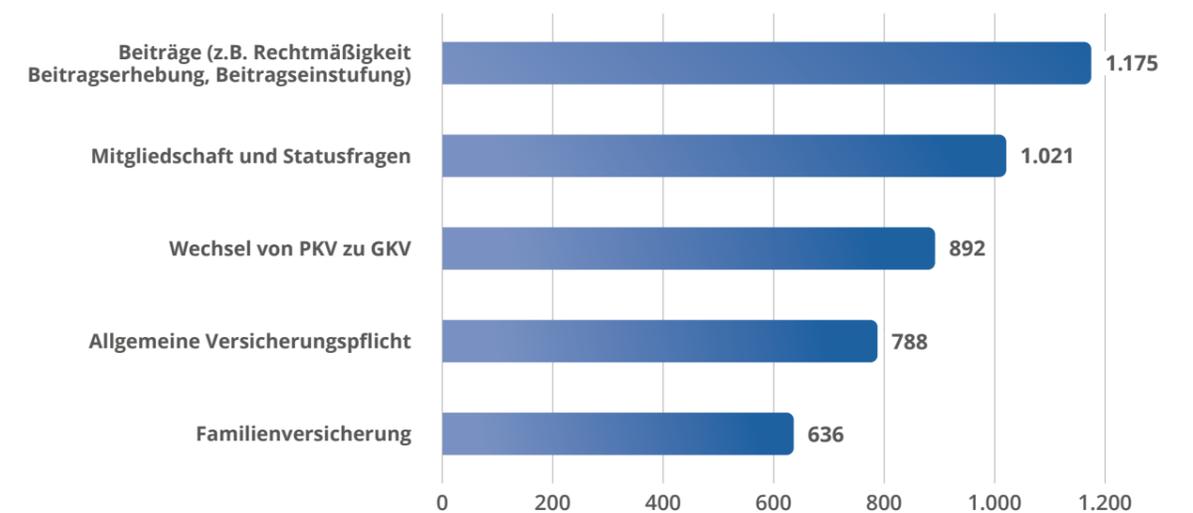
Eindruck auf, dass sie dadurch den gesamten Bericht und damit Einsicht in sensible Daten erhalten wollen. Das Einholen einer solchen Einwilligungserklärung ist unzulässig. Die Krankenkassen dürfen die gesetzlichen Vorgaben nicht umgehen.

8.4.3 Mitgliedschaft und Beiträge

In insgesamt 7.762 Fällen hat die UPD in 2019 zum Thema Mitgliedschaft und Beitragsfragen beraten. Damit ist die Zahl der Beratungen im Vergleich zum Vorjahr um über 400 angestiegen (2018: 7.345). In 1.175 Beratungen zum Thema Beiträge ging es dabei um die Rechtmäßigkeit, die Erhebung und die Einstufung von Beiträgen. Hauptberuflich Selbstständige stellten beispielsweise die Frage, ob eine rückwirkende Beitragsanpassung rechtmäßig ist. Wenn sie die selbstständige Tätigkeit parallel zur Arbeitnehmertätigkeit ausüben, fragten sie nach, wie sich dies auf ihre Versicherung auswirkt. Auch die Frage, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen die

Beiträge einziehen und vollstrecken dürfen, bewegte viele Ratsuchende. In 892 Beratungen erklärte das UPD-Team den Ratsuchenden, wie und wann sie von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln dürfen. Ratsuchende, die zuvor in Deutschland privat versichert waren und aus dem Ausland zurückkehren, fragen nach, wo und wie sie sich versichern müssen. Und in 636 Beratungen rund um das Thema Familienversicherung erklärten die UPD-Beraterinnen und -Berater den Ratsuchenden zum Beispiel, wie man den überwiegenden Unterhalt zur Feststellung der Familienversicherung berechnet.

SchwerpunkttHEMA zur Mitgliedschaft von Beiträgen



Die Zahl der Beratungen zum Thema Mitgliedschaft und Beiträge hat sich gegenüber 2018 um mehr als 400 erhöht. PKV: private Krankenversicherung; GKV: gesetzliche Krankenversicherung

NEUE ENTWICKLUNG:

Beitragsbemessungsgrenze gesenkt

Zum 1. Januar 2019 wurden Selbstständige mit geringem Einkommen, die freiwillig gesetzlich versichert sind, erheblich entlastet. Denn das Mindesteinkommen, das für die Bemessung des monatlichen Beitrags zugrunde gelegt wird, wurde deutlich herabgesenkt: von 2.283 Euro auf 1.038 Euro. Damit sank der durchschnittliche monatliche Mindestbeitrag von ca. 356 Euro (bei ermäßigtem Beitragssatz: 342 Euro) auf ca. 160 Euro (bei ermäßigtem Beitragssatz: 155 Euro). Die hohen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung haben in der Vergangenheit vor allem Kleinunternehmer überfordert. Dies führte nicht selten auch zur Anhäufung von Beitragsschulden. Dass man diese Schulden (ratenweise) abbauen und gleichzeitig weiter Beiträge zahlen musste, stellte viele Ratsuchende vor große Probleme. Auch weigerten sich Krankenkassen, Raten in einer Höhe festzusetzen, die für die Versicherten neben dem ohnehin fälligen Krankenkassenbeitrag noch zahlbar waren. Dies spiegelte sich in den relativ hohen Beratungszahlen zum Thema Beitragsschulden wider. Dass die Gesetzesänderung zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten und damit auch zum Abbau von Beitragsschulden führte, wurde durch

den Rückgang der Beratungszahlen im Jahr 2019 deutlich (2019: 991; 2018: 1.191). Viele Beratungen in 2019 zu diesem Thema bezogen sich dabei auf die Situation der Ratsuchenden vor der Gesetzesänderung.



8.4.4 GESAMTFAZIT zum Thema Krankenkassen

Sei es beim Thema Krankengeld oder beim sonstigen Handeln der Krankenkasse, wenn Versicherte Leistungen beantragen. Es gibt klare gesetzliche Regelungen, an die sich Krankenkassen halten müssen, ohne dass sie dabei einen Entscheidungsspielraum hätten: beispielsweise bei der Genehmigungsfiktion, der Rechtsbehelfsbelehrung, beim Krankengeld und beim Krankengeldfallmanagement. Ratsuchende berichten, dass Krankenkassen diese nicht immer konsequent umsetzen und zum Teil bewusst umgehen.

Hier hat die Aufsichtsbehörde schon gehandelt und in den Jahren 2000 und 2018 per Rundschreiben etwa beim Thema Rechtsbehelfsbelehrung wiederholt darauf hingewiesen, dass Krankenkassen sich an die Gesetze halten müssen. Trotzdem versenden Krankenkassen weiterhin solche Schreiben. Aus Sicht der Ratsuchenden ist es schwer nachvollziehbar, dass die Krankenkassen gegen Gesetze verstoßen können, ohne dass sie dafür sanktioniert werden.

8.5 Medizinprodukte

Medizinprodukte sind Apparate, Instrumente oder andere Gegenstände, die einen medizinischen Zweck haben – vom Pflaster über Hüftprothesen bis zum Röntgengerät. Im Dezember 2018 veröffentlichte das Internationale Netzwerk investigativer Journalisten die sogenannten Implant Files, was das Thema Medizinprodukte vorübergehend in die mediale Aufmerksamkeit rückte. Die Implant Files sind eine Recherche zur Sicherheit von Medizinprodukten, die Unsicherheiten bei der Herstellung, Kontrolle und Verwendung von Medizinprodukten aufdeckte.

Das Thema Medizinprodukte erfasst die UPD-Statistik bisher nicht, sodass keine Fallzahlenangaben möglich sind. Aus Beratungssicht handelt es sich jedoch um ein relevantes Thema für Patienten und Patientinnen, sodass es dieses Jahr erstmals im Monitor Patientenberatung aufgegriffen wird.

In den Anfragen geht es zum Beispiel um die Fragen, welche Implantate die Ratsuchenden wählen sollen, wie sicher diese sind, wie sich Betroffene bei Produktrückrufen verhalten sollen und welche rechtlichen Ansprüche sie bei Komplikationen haben. Ratsuchende wenden sich zum Beispiel vor einem geplanten Hüftgelenkersatz mit Fragen zur Implantat-Auswahl an die UPD. In diesen Fällen besprechen die Berater und Beraterinnen zunächst einmal grundsätzlich die Operationsindikation und weisen auf die Möglichkeit hin, eine zweite Meinung einzuholen. Sie ermuntern Betroffene, sich nach Langzeiterfahrungen

mit dem geplanten Produkt zu erkundigen und den behandelnden Arzt oder die Ärztin auf mögliche Interessenskonflikte anzusprechen. In der Datenbank des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) recherchieren die Beraterinnen und Berater nach Informationen zu einzelnen Produkten. Sie weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten nach der Operation einen Anspruch auf einen Implantat-Pass haben, um möglichst genaue Informationen zum eingesetzten Produkt zu erhalten. Es ist ein Aufklärungsfehler, wenn die implantierenden Einrichtungen ihnen diesen nicht aushändigen. Andere Anfragen betreffen zum Beispiel die Sicherheit oder Komplikationen sowie Haftungsfragen bei Brustimplantaten und mangelhaften Verhütungsspiralen.

In den Beratungen wird deutlich, dass die Informationslage zu einzelnen Produkten sehr schlecht ist. Es gibt keine Möglichkeiten, systematisch Informationen zum Beispiel zu Zulassungswegen, Haltbarkeit und Komplikationen von Medizinprodukten zu recherchieren. Das BfArM veröffentlicht zwar eine Liste von Produktrückrufen, das Vorgehen und die Zuständigkeiten bei Rückrufen sind für Betroffene jedoch schwer nachzuvollziehen. Aus Patientenberatungssicht ist zu hoffen, dass das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Errichtung eines Implantatregisters in Deutschland ein wichtiger Schritt für mehr Transparenz hinsichtlich Qualität und Haltbarkeit der Produkte sowie zur besseren Information bei Komplikationen ist.



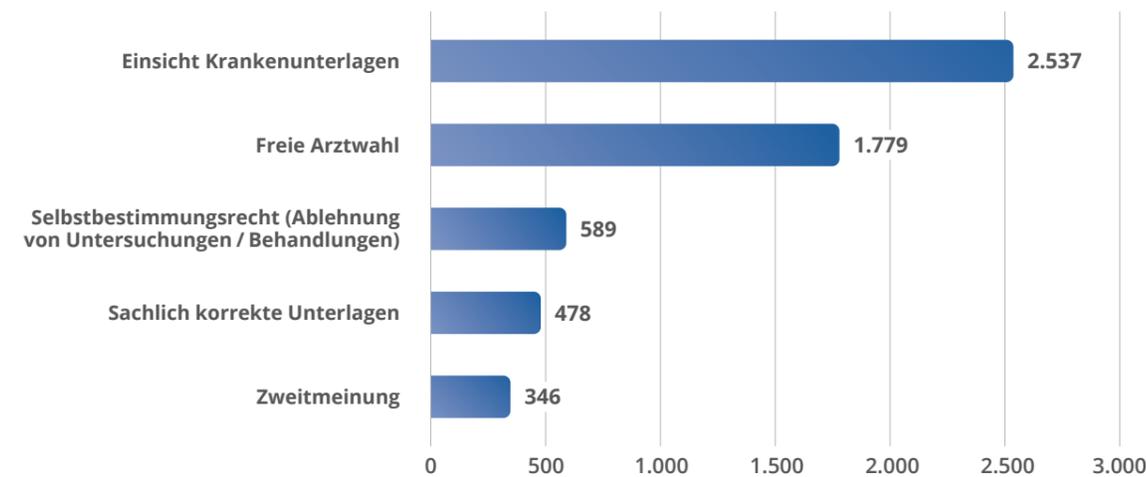
8.6 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten

Im Jahr 2019 ging es in insgesamt 14.185 Beratungen um die Beratungsschwerpunkte Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten. Die mit Abstand am häufigsten nachgefragten Themen waren – trotz der eindeutigen Rechtslage – das Recht Krankenunterlagen einzusehen und das Recht auf freie Arztwahl. In den Beratungen zum Selbstbestimmungsrecht geht es meist um das Recht von Patientinnen und Patienten, vorgeschlagene Untersuchungen und Behandlungen ablehnen zu dürfen. Hinter der Beratung zu sachlich korrekten Unterlagen steckt häufig der Wunsch, Diagnosen aus der Patientenakte löschen zu lassen. Dass Ratsuchende bei Behandlungsentscheidungen oft unsicher sind und nicht

wissen, ob und wann sie sich eine Zweitmeinung einholen können, zeigte sich in den Beratungen zum Recht auf eine Zweitmeinung.



Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu Patientenrechten

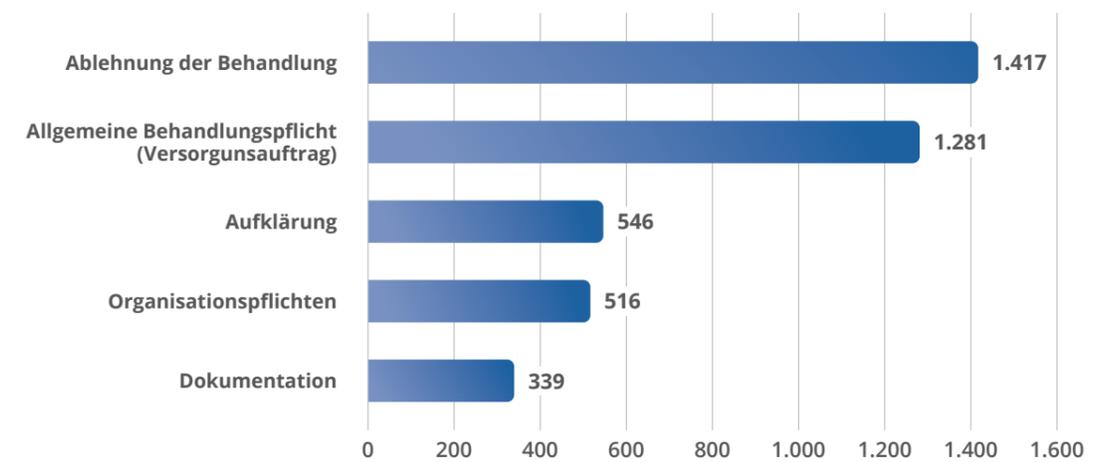


Die Einsicht in die Patientenakte spielte auch 2019 wieder die größte Rolle beim Thema Patientenrechte (2018: 2.167).

Spiegelbildlich zu den Patientenrechten stehen die Beratungen zu den Berufspflichten. Sie betreffen nicht nur die Rechtsbeziehung zwischen Patienten und Patientinnen und Ärzten und Ärztinnen, sondern auch die zu sonstigen Behandelnden, zum Beispiel Physiotherapeuten und -therapeutinnen. Häufigstes Beratungsthema war hier die Ablehnung einer Behandlung mit 1.417 Beratungen. Neben persönlichen Gründen und dem Ärztemangel spielte dafür im Wesentlichen eine Rolle, dass Ärztinnen und Ärzte

(siehe Kapitel 8.6: „Im Fokus: Wenn Ärztinnen und Ärzte Leistungen aus Budget-Gründen ablehnen“). Viele Ratsuchende waren der Meinung, dass sie eine medizinisch notwendige Behandlung nicht erhalten haben. Bemängelt wurden zudem vernachlässigte Organisationspflichten und fehlende oder unzureichende Aufklärung: Hier ging es meist um die Frage, inwieweit Ärzte und Ärztinnen zum Beispiel Sprechstunden anbieten müssen und sie Patienten und Patientinnen über die Kosten einer Behandlung aufklären müssen (wirtschaftliche Aufklärung).

Die häufigsten Themen in der Beratung zu Berufspflichten



Das Thema Behandlungspflicht meint Beratungen zu Fragen der generellen ärztlichen Behandlungspflicht, zum Beispiel zum Versorgungsauftrag der zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte. Das Thema Ablehnung der Behandlung bezieht sich auf das bestehende Arzt-Patienten-Verhältnis.

Das Thema „Einsichtnahme in die Patientenakte“ spielte auch in diesem Jahr wieder eine große Rolle in der Beratung. In 2.537 Fällen haben die Beraterinnen und Berater der UPD Fragen hierzu beantwortet. Dabei sind weiterhin zwei Themen

besonders relevant, weil es hierzu noch keine klare Rechtslage gibt: die Frage, wer zahlt, wenn Patientinnen und Patienten ihre Patientenakte kopieren, und der Wunsch, die Akte zu korrigieren.

2019 WEITER AKTUELL:

Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?

Im Zuge der Beratungen zum Thema Patientenakte wollen Ratsuchende fast immer auch wissen, ob sie dafür bezahlen müssen, wenn sie sich Kopien ihrer Patientenakte anfertigen lassen. Leider ist diese Frage nach wie vor ungeklärt. Seit Inkrafttreten der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Mai 2018 stehen sich zwei widersprüchliche Regelungen gegenüber. Nach der einschlägigen nationalen Vorschrift im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) müssen die Patienten und Patientinnen die Kopierkosten tragen. Nach der entsprechenden Vorschrift in der DSGVO müssen Ärzte und Ärztinnen dagegen den Patienten und Patientinnen die erste Kopie kostenfrei überlassen. Erst wenn die Patienten und Patientinnen mehrere Exemplare anfordern, müssen sie die Kosten ab dem zweiten Exemplar übernehmen. Bei der Beantwortung solcher Fragestellungen müssen die Beraterinnen und



DAUERTHEMA:

Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakte gelöscht werden

Auch zum Thema Korrekturwunsch beziehungsweise Streichung einer Diagnose aus der Patientenakte gab es wieder zahlreiche Anfragen. Die UPD beriet in 478 Fällen zum Themenkomplex „sachlich korrekte Unterlagen“. Nach wie vor berichteten Ratsuchende, dass sie beispielsweise bei ihrer Krankenkasse nachgefragt und so festgestellt haben: Ihr Arzt oder ihre Ärztin hat eine oder mehrere Diagnosen erfasst, von denen die Ratsuchenden gar nicht wussten, dass sie sie angeblich haben. Die Ratsuchenden möchten dann wissen, ob sie eine solche (Falsch-)Diagnose aus ihrer Patientenakte löschen lassen können. Die Beraterinnen und Berater müssen ihnen mitteilen, dass dies nicht möglich ist. Da eine ärztliche Diagnose als ärztliches Werturteil beziehungsweise Meinungsäußerung betrachtet wird, kann ein Arzt oder eine Ärztin nicht gezwungen

werden, diese subjektive Meinung zu revidieren. Die Berater und Beraterinnen empfehlen den Ratsuchenden jedoch immer, zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt beziehungsweise der Ärztin zu suchen und sich die gestellten Diagnosen erläutern zu lassen. Unter Umständen wird der Arzt oder die Ärztin die Diagnosen dann korrigieren. Berichtigungen und Änderungen sind aber nur zulässig, wenn weiterhin der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt. Es ist nicht zulässig, Inhalte komplett aus der Akte entfernen zu lassen. Eine solche Auskunft ist für viele Ratsuchende sehr unbefriedigend. Es wäre daher wünschenswert, wenn der Gesetzgeber einen Rechtsanspruch für Patienten und Patientinnen auf Löschung einer objektiv falschen Diagnose aus der Akte schaffen würde.

2019 WEITER AKTUELL:

Krankenhäuser regeln Anschlussversorgung nicht immer ausreichend

Wenn Patienten und Patientinnen aus dem Krankenhaus entlassen werden, benötigen sie häufig weiterhin medizinische Versorgung, zum Beispiel Medikamente, pflegerische Unterstützung oder eine Rehabilitations-Behandlung. Dass diese Versorgung häufig nicht ausreichend durch das Entlassmanagement im Krankenhaus organisiert wurde, zeigte sich in den Beratungen bei der UPD. Insgesamt wurde im Jahr 2019 602 Mal zu diesem Thema beraten (Vorjahr: 539).

Wie auch in 2018 berichteten Ratsuchende und Angehörige in diesem Zusammenhang von verschiedenen Problemen: Patienten und Patientinnen wurden aus dem Krankenhaus entlassen, ohne dass die weitere medizinische und pflegerische Versorgung gewährleistet war. Krankenhausärzte und -ärztinnen verwiesen für die Weiterversorgung oft pauschal auf die Hausarztpraxis und den Arztbrief, in dem sie ihre Empfehlungen für die Weiterversorgung aufgeführt hatten. Oftmals wurden Angehörige erst am Tag

der Entlassung informiert und wussten nicht, wie sie kurzfristig Heil- und Hilfsmittel beantragen und bekommen können, woher sie Medikamente erhalten und wer die weiterführende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt. Besonders schwierig war die Situation, wenn die Entlassung zum Wochenende erfolgte und die Hausarztpraxis bereits geschlossen war. Häufig hatten Betroffene und Angehörige Schwierigkeiten, schnell einen ambulanten Pflegedienst oder einen Platz in einer Pflegeeinrichtung zu finden. Ratsuchende berichteten auch, dass der Sozialdienst im Krankenhaus oft schwer erreichbar war und nur wenige Sprechzeiten anbot.

Die Berater und Beraterinnen wiesen Betroffene auf das Recht auf ein Entlassmanagement hin und erläuterten, was dieses umfasst. Sie empfahlen den Ratsuchenden, sich möglichst schon frühzeitig während des Klinikaufenthalts an den Sozialdienst des Krankenhauses, die Klinikärzte und -ärztinnen und das Pflegepersonal zu wenden

und zu klären, welche konkrete Unterstützung sie und ihre Angehörigen benötigen und wie diese organisiert wird. Im Zweifel sollten Betroffene darauf hinweisen, dass sie einen Anspruch auf eine geregelte Anschlussversorgung haben (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.4, Seite 47 f.). Waren die Ratsuchenden bereits

entlassen, verwiesen die Berater und Beraterinnen auch auf die ergänzende Hilfe durch die Kranken- und/oder Pflegekasse und Pflegestützpunkte. Sie erläuterten auch, wo Betroffene sich gegebenenfalls über ein mangelndes Entlassmanagement beschweren können.

Mit dem Anspruch auf Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1 a SGB V) wurde ein wichtiges Patientenrecht geschaffen. Um Versorgungslücken beim Übergang von der stationären Behandlung in die weiterführende Versorgung zu schließen, wurde das Entlassmanagement mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) im Jahr 2015 umfassend reformiert. In den neuen gesetzlichen Regelungen wurden die Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen

zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Die Details sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement geregelt, der zum 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden ist.

Der Anspruch auf Entlassmanagement ist damit klar gesetzlich geregelt, wird aber in der Praxis nicht immer ausreichend gelebt. In vielen Fällen kennen die Versicherten ihre Ansprüche nicht. Zwar unterschreiben viele Versicherte bei der

Aufnahme ins Krankenhaus eine Erklärung zum Entlassmanagement. Aber Ratsuchende berichten, dass das Thema dann von Seiten des Krankenhauses erst einmal erledigt ist.



IM FOKUS:

Wann der Arzt oder die Ärztin bei Terminabsage eine Rechnung stellen darf

„Ich bin seit zehn Jahren in hautärztlicher Behandlung. Letztens konnte ich einen Termin nicht wahrnehmen, da es mir an diesem Tag nicht gutging. Ich habe in der Praxis morgens angerufen und den Termin für nachmittags abgesagt. Zwei Wochen später habe ich eine Rechnung über 60 Euro bekommen, weil ich den Termin nicht wahrgenommen habe. Ich verstehe das nicht. Mein Arzt hat mir nie gesagt, dass ich etwas zahlen muss, wenn ich einen Termin nicht rechtzeitig absage. Ich finde das unverschämt. Muss ich die Rechnung bezahlen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten von folgender Erfahrung: Sie mussten kurzfristig einen Arzttermin absagen und der Arzt oder die Ärztin hat ihnen für den ausgefallenen Termin ein Honorar in Rechnung gestellt. Die Höhe ist oftmals im mittleren zweistelligen Bereich, beträgt aber im Einzelfall je nach Fachrichtung oder Behandlung auch bis zu mehreren Tausend Euro, wenn es sich beispielsweise um eine Operation handelt. Insbesondere bei geringen Honorarforderungen sind die Ratsuchenden überrascht und enttäuscht. Nachdem sie jahrelang zu ihrer Praxis gegangen sind und nie Probleme hatten, fordert diese auf einmal eine Vergütung. Einige gesetzlich Versicherte schildern, dass sie das Vertrauen zum Arzt oder zur Ärztin verloren haben. Andere dagegen füh-

len sich hin- und hergerissen: Einerseits empfinden sie die Rechnung als unverschämt. Auf der anderen Seite möchten sie aber den Arzt oder die Ärztin nicht verärgern, sein oder ihr Vertrauen verlieren und riskieren, dass er oder sie sie künftig nicht mehr behandelt. Gerade für Ratsuchende auf dem Land ist es schwer, einen neuen Facharzt oder eine -ärztin zu finden, und sie müssten eine weite Anreise auf sich nehmen. Teilweise schildern Ratsuchende, dass sie bei Aufnahme in die Praxis einmal ein Formular unterschrieben hätten, auf dem etwas von Ausfallhonorar stand, aber daran könnten sie sich kaum erinnern – sie hätten ja auch jahrelang keine Probleme gehabt. Sie wenden sich mit ihren Fragen an die UPD.



So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erklären den Ratsuchenden, dass Ärzte und Ärztinnen oder Therapeuten und Therapeutinnen ihnen unter bestimmten Voraussetzungen ein sogenanntes Ausfallhonorar in Rechnung stellen dürfen. Leider können die Beraterinnen und Berater hier meist keine eindeutigen Aussagen treffen. Denn es gibt für das Ausfallhonorar weder eine eindeutige Rechtsgrundlage noch eine einheitliche Rechtsprechung. Die Beraterinnen und Berater können den Ratsuchenden lediglich die Anspruchsgrundlagen erläutern, die in Betracht kommen und auf die uneinheitliche Rechtsprechung verweisen. Die Ratsuchenden können so

oft auch nach der Beratung nicht beurteilen, ob in ihrem konkreten Fall die Honorarforderung berechtigt war. Verweigern die Ratsuchenden aber die Zahlung des Ausfallhonorars, besteht die Gefahr, dass die Arztpraxis den Betrag im Mahnverfahren geltend macht und es im Anschluss eventuell sogar zu einem Gerichtsverfahren kommt. Die Kosten hierfür können das Ausfallhonorar um einiges übersteigen. Oft geben die Ratsuchenden an dieser Stelle klein bei: zum einen, um weitere Kosten zu vermeiden. Zum anderen, weil sie in vielen Fällen nicht riskieren wollen, ihren vertrauten Arzt oder ihre Ärztin zu verlieren und sich einem Gerichtsverfahren auszusetzen.

Fachlicher Hintergrund

Die Rechtsprechung zum Ausfallhonorar ist sehr uneinheitlich. Um ein Ausfallhonorar geltend zu machen, gibt es drei mögliche Wege:

1. Behandlungsvertrag und Annahmeverzug (§ 615 S. 1 i.V.m. §§ 630a, 630b BGB):

Einige Gerichte sind dieser Auffassung: Ein Ausfallhonorar wegen Annahmeverzug können nur Behandelnde sogenannter Bestellpraxen geltend machen. Diese sind abzugrenzen von Wartezimmerpraxen. Vereinbaren Patientinnen und Patienten in Bestellpraxen einen konkreten Behandlungstermin und läuft dieser wegen der Absage leer, können die Inhaber die Kosten für den Ausfall – allerdings auch nur unter bestimmten Voraussetzungen – auf die Patientinnen oder Patienten abwälzen.

2. Behandlungsvertrag und Schadensersatz (§§ 280 Abs. 2 und 3, 282, 241 Abs. 2 BGB):

Andere Gerichte sind der Auffassung: Patienten und Patientinnen, die Termine nicht rechtzeitig absagen, verletzen ihre Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag. Dann können Ärzte und Ärztinnen ein Ausfallhonorar als Schadensersatz beanspruchen. In dem Fall müssten sie allerdings beweisen, dass ihnen durch eine verspätete Absage der Patienten und Patientinnen überhaupt ein Verdienstausschlag entstanden ist. Darüber hinaus setzt ein Schadensersatzanspruch ein Verschulden der Patienten und Patientinnen voraus.

3. Schriftliche Vereinbarung (§ 630c Abs. 3 BGB):

Ein Anspruch kann bestehen, wenn beide eine schriftliche Vereinbarung über das Ausfallhonorar getroffen haben. Wenn eine solche Vereinbarung besteht, kann der Arzt oder die Ärztin den Anspruch am besten durchsetzen. In dieser muss sich der Patient oder die Patientin verpflichten, ein Honorar zu zahlen, wenn er oder sie einen Termin nicht wahrnimmt. Die Vereinbarung darf Patienten und Patientinnen aber nicht unangemessen benachteiligen. Beispiel:

- Der Patient oder die Patientin muss eine angemessene Zeit zur Absage des vereinbarten Termins haben. Die Rechtsprechung sieht 24 bis 48 Stunden als angemessen an.
- Die Vereinbarung muss eine Formulierung enthalten, aus der sich ergibt:
 - der Patient oder die Patientin muss kein Ausfallhonorar zahlen, wenn
 - er oder sie zwar nicht rechtzeitig abgesagt hat,
 - er oder sie daran aber nicht schuld ist (zum Beispiel weil er oder sie überraschend krank wurde).

FAZIT

Die Beratung führt derzeit weder für die Ratsuchenden noch für das UPD-Team zu befriedigenden Ergebnissen, da die gesetzlichen Regelungen nicht eindeutig sind und die Rechtsprechung uneinheitlich ist. Zwar gibt es eine Regelung zur gesetzlichen Aufklärungspflicht²⁵. Diese beinhaltet aber nur die Regelung, inwieweit der oder die Behandelnde über die Kosten der Behandlung aufklären muss, nicht aber eine solche über die Kosten einer Nichtbehandlung. Dass einige Berufszweige und -kammern bestrebt sind, das Ausfallhonorar zu regeln, zeigt etwa die Berufsordnung der Landespsycho-

therapeutenkammer Baden-Württemberg: Danach müssen Psychotherapeuten und -therapeutinnen Patienten und Patientinnen über Honorarregelungen aufklären. Ein Ausfallhonorar müssen sie schriftlich vereinbaren²⁶. Mit einer eindeutigen Regelung und ganz klaren Voraussetzungen für ein Ausfallhonorar wäre nicht nur Ratsuchenden geholfen, das Verhalten ihrer Arztpraxis zu verstehen und gewissenhafter mit Arztterminen umzugehen. Auch die Behandelnden könnten ihr Ausfallhonorar wirksam geltend machen, ohne das Vertrauen ihrer Patienten und Patientinnen zu gefährden.

IM FOKUS:**Wenn Ärzte und Ärztinnen Leistungen aus Budget-Gründen ablehnen**

„Ich benötige regelmäßig Augentropfen. Manchmal muss ich mir die Augentropfen selber kaufen, weil der Arzt sagt, sein Budget erlaubt ihm nur, mir die Medikamente einmal im Quartal aufzuschreiben. Ist das rechtens?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Ihre Ärzte und Ärztinnen lehnen Leistungen mit dem Hinweis ab, ihr Budget sei erschöpft. Das sind zum Beispiel Rezepte für Medikamente oder Verordnungen für Physiotherapie, aber auch Ultraschall-Untersuchungen oder Labordiagnostik. Gesetzlich versicherte Ratsuchende erzählen, ihre Ärzte und Ärztinnen hätten sie aufgefordert, im nächsten Quartal wiederzukommen, zu einem (anderen) Facharzt zu gehen oder sie hätten die Leistung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) oder als Privatrezept angeboten.

Andere Ratsuchende berichten, dass verschiedene Ärzte und Ärztinnen sie für eine Leistung aufgrund fehlenden Budgets von einer Praxis zur

nächstengeschickt hätten. Eine wiederholt geschilderte Situation: Ein Facharzt oder eine Fachärztin überweist einen Patienten oder eine Patientin für eine Röntgenuntersuchung an eine radiologische Praxis. Da Kontrastmittel gegeben werden soll, müssen vorab die Schilddrüsenwerte bestimmt werden. Der überweisende Facharzt, der Radiologe und der Hausarzt schieben sich gegenseitig die Verantwortung zu, wer für die Bestimmung der Laborwerte zuständig ist. Die Ratsuchenden sind verwirrt und verstehen nicht, warum das Budget über die Leistungen bestimmt, die sie bekommen sollen.

²⁵ § 630c Abs. 3 BGB

²⁶ Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW): § 6 Abs. 4

So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen erklären Betroffenen die Abrechnungsstrukturen, die hinter dem Verweis auf das ausgeschöpfte Budget stehen. Sie erläutern die Rechtslage, nach der Ärztinnen und Ärzte eine medizinisch notwendige Behandlung nicht aus Budget-Gründen ablehnen dürfen. Sie empfehlen den Ratsuchenden, das Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin zu suchen. Manchmal kann das UPD-Team den Ratsuchenden Möglichkeiten erläutern, in denen der Arzt oder die Ärztin die betroffene Leistung nicht budgetrelevant verordnen kann. Hierzu gehören zum Beispiel Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs. Möglich ist das auch bei einem besonderem Versorgungsbedarf: Hier können Praxisbesonderheiten unter bestimmten

Voraussetzungen ein Überschreiten der Richtgröße durch den Arzt oder die Ärztin rechtfertigen.

Gleichzeitig weisen die Berater und Beraterinnen darauf hin, dass Betroffene keine Möglichkeit haben, die Untersuchung oder Behandlung einzufordern. Gemeinsam mit den Ratsuchenden suchen die Beraterinnen und Berater nach pragmatischen Handlungsalternativen, zum Beispiel das nächste Quartal abzuwarten oder sich in einer anderen Praxis mit einer anderen Fachrichtung oder Spezialisierung vorzustellen. Abschließend informieren sie die Ratsuchenden über die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen.

**Fachlicher Hintergrund**

Rechtlich ist klar geregelt, dass Ärzte und Ärztinnen eine medizinisch notwendige Leistung nicht aus Budget-Gründen verweigern dürfen. Dennoch haben Betroffene keine Möglichkeit, eine Leistung einzufordern, die der Arzt oder die Ärztin aus Budget-Gründen ablehnt oder aufschiebt, da die Therapiehoheit beim behandelnden Arzt oder der Ärztin liegt. Ihnen bleibt lediglich, sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu beschweren oder den Arzt oder die Ärztin zu wechseln. Eine Beschwerde kann jedoch dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin gestört wird. Hinter dem Hinweis auf das Budget können sich

verschiedene Regelungen verbergen: so zum Beispiel das Regelleistungsvolumen, die Richtwerte zu Arznei- und Heilmitteln sowie Begrenzungen, wie häufig eine Leistung pro Patient und Quartal abgerechnet werden kann.

1) Regelleistungsvolumen

Vertragsärzte und -ärztinnen rechnen die ambulante ärztliche Behandlung gesetzlich Versicherter nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) ab. Sie rechnen dabei nicht direkt mit den Krankenkassen, sondern mit der für sie zuständigen KV ab. Die Krankenkassen zahlen der KV eine Gesamtvergütung

für die Versorgung der Versicherten aus ihrem Zuständigkeitsbereich. Die KV verteilt das Geld dann unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten anhand eines Verteilungsschlüssels. Dabei ermittelt sie für jede Praxis ein sogenanntes Regelleistungsvolumen. Überschreitet die Praxis das zugewiesene Volumen, werden darüber hinausgehende Leistungen nicht mehr voll vergütet.

2) Richtwerte für Arznei- und Heilmittel

Für Arznei- und Heilmittel können von den zuständigen KVen Richtgrößen gebildet werden. Dazu wird für die jeweilige Fachgruppe von Fachärztinnen und Fachärzten ein durchschnittlicher Eurobetrag pro Patientin oder Patient und Quartal festgelegt, der für die Verordnung von zum Beispiel Arznei- oder Heilmitteln zur Verfügung steht. Je mehr Patienten und Patientinnen ein Facharzt oder eine Fachärztin hat, desto höher ist sein oder ihr verordnungsfähiges Gesamtvolumen. Überschreiten Vertragsärzte und -ärztinnen die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel, so besteht die Gefahr, dass die KV das Honorar (teilweise) zurückfordert (sogenannter Regress). Der Prüfprozess ist aufwendig und der Ausgang oft ungewiss. Viele Niedergelassene haben daher Angst vor einem Prüfverfahren und wollen auch den Aufwand vermeiden.

3) Begrenzungen durch EBM

Eine weitere Begrenzung besteht auf individueller Patientenebene: Ärztinnen und Ärzte dürfen entsprechend der EBM-Abrechnungsbestimmungen bestimmte Leistungen pro Patientin oder Patient nur einmal innerhalb eines bestimmten Zeitraums abrechnen, zum Beispiel einmal im Quartal. Sie verdienen also nicht mehr Geld, wenn der Patient oder die Patientin mehrfach in einem Quartal kommt. Manche Ärzte und Ärztinnen bestellen Patienten und Patientinnen daher erst wieder im nächsten Quartal ein oder rechnen die entsprechende Leistung als IGeL ab.

FAZIT

Trotz rechtlicher Regelungen ist das ärztliche Budget ein häufiger Grund, warum Ärztinnen und Ärzte Leistungen für gesetzlich Versicherte ablehnen. Die Abrechnungsregelungen sind sehr komplex und für Patienten und Patientinnen nicht nachvollziehbar. Für sie entsteht der Eindruck, dass Ärzte und Ärztinnen ihnen medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten, aber ihnen aufgrund der Budget-Vorgaben selbst

die Hände gebunden sind. Sie machen die Erfahrung, dass sich die Ärzteschaft, Krankenkassen und KV gegenseitig die Verantwortung zuschieben. Aus Patientensicht setzen die oben genannten Budgetregelungen ungünstige Anreize, zum Beispiel Leistungen, die eigentlich von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, als IGeL anzubieten oder Verordnungen und Termine hinauszuzögern.

8.7 Pflege

Im Berichtsjahr 2019 gab es insgesamt 6.525 rechtliche Beratungen zum Thema Pflege (2018: 6.810)²⁷. Meist wenden sich Angehörige der Pflegebedürftigen an die UPD – in vielen Fällen sind die Angehörigen auch gleichzeitig die Pflegepersonen der Pflegebedürftigen. Das Thema Verhinderungspflege war 2019 mit 2.416 Beratungen genauso wie in 2018 das Schwerpunktthema (2018: 2.493).

Neben den sozialrechtlichen Fragestellungen zum Thema Pflege haben diese Ratsuchenden, die sich an die UPD wenden, auch fachliche Fragen zur Pflege selbst. Diese Fragen werden in der UPD-Statistik unter den Krankheitsbildern ohne Hinweis darauf erfasst, dass es sich um eine pflegerische Frage handelt. Daher lässt sich die Zahl der pflegerischen Anfragen nicht konkret benennen.

DAUERTHEMA:

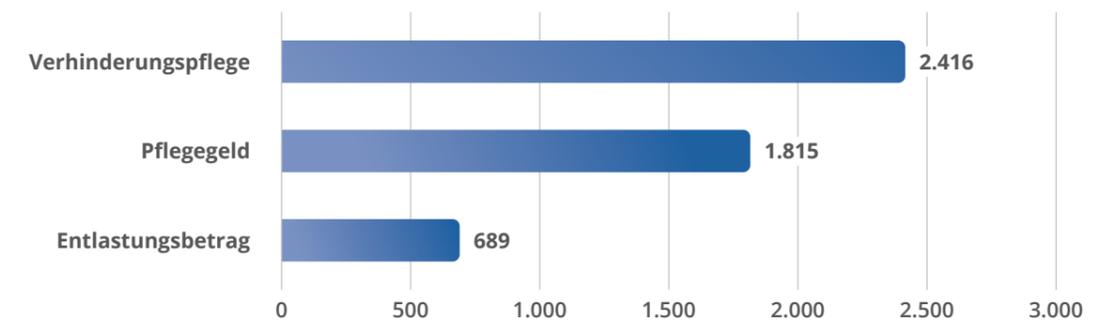
Leistungen der Pflegeversicherung

Die Verhinderungspflege war auch in 2019 mit 2.416 Beratungen das am häufigsten beratene Thema: Wie auch in 2018 taten sich viele Ratsuchende schwer mit den gesetzlichen Regelungen, weil sie diese als schwer verständlich, kompliziert in der Berechnung und unübersichtlich empfanden. Ratsuchende haben kein Verständnis dafür, dass die Pflegekasse das Pflegegeld für die Dauer der Verhinderungspflege um die Hälfte kürzt. Nahe Angehörige fühlen sich ungerecht behandelt, denn sie erhalten weniger Geld als Pflegedienste, Nachbarinnen oder Nachbarn, wenn sie die Pflegeperson vertreten. Als neue Problematik trat die Frage von Ratsuchenden auf, welche Belege die Pflegekasse als Nachweis für die Kosten einer Ersatzpflege verlangen darf. So verlangten die Pflegekassen beispielsweise Kontoauszüge

oder Anmeldungen bei der Minijobzentrale. Aber auch zum Thema Pflegegeld hatten die Ratsuchenden einen hohen Beratungsbedarf (1.815 Beratungen). Ein häufig genanntes Problem ist, dass Pflegekassen anteiliges Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung aus Pflegedienst und Pflegegeld nur mit wochen- oder monatelanger Verzögerung (bis zu drei Monate) auszahlen.

In 689 Beratungen ging es um das Thema Entlastungsbetrag: Hier zeigte sich, dass viele Ratsuchende davor zurückschrecken, den Entlastungsbetrag geltend zu machen, weil ihnen die bürokratischen Hürden zu hoch sind. Zudem wurde deutlich, dass die Pflegekassen in vielen Fällen nur unzureichend über diese Leistungen aufklären.

Drei besonders häufige Themen in der Pflegeberatung



Die Verhinderungspflege war auch 2019 wieder das meistberatene Thema zur Pflege.

DAUERTHEMA:

Wie man mit multiresistenten Erregern umgeht und andere pflegfachliche Fragen

294 Beratungen betrafen im Jahr 2019 das Thema Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) und andere multiresistente Keime (ESBL, MRGN, VRE). Das Thema beunruhigte viele Menschen stark und es bestand erheblicher Informationsbedarf zu Hintergründen, Hygienemaß-

nahmen, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.4, S. 82 f.).

Andere pflegfachliche Fragen betrafen Themen wie Entstehen von Druckgeschwüren (Dekubiti),

²⁷ Die Zahl beinhaltet neben der pflegerischen Versorgung noch weitere Pflege Themen.

Nahrungsaufnahme, Sturzvermeidung und Inkontinenzversorgung. Hier fehlen Pflegenden oft die geeigneten Ansprechpartner. Die Folgen sind ein Gefühl der Überforderung und oft vermeidbare Komplikationen wie Sturzverletzungen, Druckgeschwüre oder Lungenentzündung. Bei der pflegerischen Beratung steht oft auch die Frage im

Vordergrund, wie Ratsuchende mit schwierigen Verhaltensweisen, zum Beispiel bei Menschen mit Demenz, Suchterkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen umgehen sollen. Auch ist Ratsuchenden oft nicht klar, wie sie Heil- und Hilfsmittel korrekt verwenden sollen.

IM FOKUS:

Wenn Ratsuchende an der Qualität ambulanter Pflegedienste zweifeln

„*Meine Mutter ist vor kurzem mit einer Trachealkanüle aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Wie oft muss diese gereinigt und abgesaugt werden? Und muss man dabei Handschuhe und einen Mundschutz tragen? Ich habe den Eindruck, der Pflegedienst kennt sich nicht wirklich damit aus und ich und auch meine Mutter haben Angst, dass sie was falsch machen.*“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie haben Zweifel, ob ihr ambulanter Pflegedienst bestimmte Leistungen fachgerecht erbringt. Dabei geht es zum Beispiel um Hygienemaßnahmen: Sie zweifeln an, ob die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des ambulanten Pflegedienstes wissen, wie oft eine Kanüle gewechselt werden muss, ob für die Versorgung eines Ports sterile Handschuhe erforderlich sind oder welche Schutzmaßnahmen sie bei MRSA-Nachweis ergreifen müssen. Auch fragen die Ratsuchenden in diesem Zusammenhang, wie chronische Wunden korrekt versorgt und die Pflegebedürftigen richtig gelagert werden müssen. Ratsuchende haben hier häufig den Eindruck, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Pflegediensten stark unter Zeitdruck stehen. Sie beobachten, dass unterschiedliche Pflege-

kräfte Aufgaben unterschiedlich lösen. Darüber hinaus beobachten sie, dass sich das Vorgehen oft von dem im Krankenhaus unterscheidet. Sie sind deshalb verunsichert, ob die ambulanten Pflegekräfte die Leistungen angemessen erbringen. Ratsuchende haben den Eindruck, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Pflegediensten für die Aufgaben, die sie in der häuslichen Pflege übernehmen müssen, nicht ausreichend qualifiziert sind. Andere schildern, dass sich das Pflegepersonal hauptsächlich mit Dokumentation beschäftigt und zu wenig um den Patienten oder die Patientin kümmere. Den Ratsuchenden ist häufig unklar, welche Aufgaben genau in den Bereich der Pflegedienste fallen. Sie wenden sich mit diesen Fragen an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater klären mit den Ratsuchenden, wo genau ihre Bedenken liegen. Entsprechend pflegerischer Leitlinien, RKI-Empfehlungen und Expertenstandards erläutern sie Standards zu pflegerischen Aufgaben. Als laienverständliche Informationsquelle weisen sie zum Beispiel auf die Ratgeber des Zentrums für Qua-

lität in der Pflege hin²⁸. Gemeinsam mit den Ratsuchenden formulieren die Beraterinnen und Berater konkrete Fragen oder Kritikpunkte, die diese dann direkt mit dem Pflegepersonal und gegebenenfalls mit der Pflegedienstleitung besprechen können. In manchen Fällen kann die Beratung Ängste oder Bedenken der Ratsuchenden durch

Informationen entlasten, zum Beispiel, indem die Berater und Beraterinnen erläutern, warum es bei MRSA-Besiedelung unterschiedliche Hygiene-Empfehlungen im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld gibt. Zuletzt weisen die Berater und

Beraterinnen auf die Möglichkeiten hin, sich bei der jeweiligen Anlaufstelle zu beschweren. Das können zum Beispiel die Pflegekasse, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder die Heimaufsicht sein.

Fachlicher Hintergrund

Die meisten pflegebedürftigen Menschen in Deutschland leben zu Hause. Viele von ihnen werden von ambulanten Pflegediensten unterstützt. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen haben oft Schwierigkeiten zu beurteilen, wie gute Pflege sein soll. Dabei spielen neben pflegefachlichen Aspekten auch kommunikativ-zwischenmenschliche und organisatorische Faktoren eine Rolle.

lichen Dokumenten festgehalten. Hierzu gehören zum Beispiel der Ethikkodex des „International Council of Nurses“ (ICN), die von den zuständigen Bundesministerien herausgegebene Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege-Charta), Berufsordnungen einzelner Bundesländer und das Sozialgesetzbuch.

Die Grundlagen professioneller Pflege sind in Leitlinien, Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und verschiedenen ethischen und recht-

FAZIT

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist ein bekanntes Thema²⁹. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich herrscht häufig großer Zeitdruck. Aufgaben werden zunehmend an Pflegeassistenten und -assistentinnen oder andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen delegiert, die keine umfassende pflegefachliche Ausbildung haben. Dies kann dazu führen, dass Pflegebedürftige schlechter versorgt werden. Die meisten Menschen wissen, dass sie gegen einen vermuteten Behandlungsfehler im ärztlichen Bereich vorgehen können. Dass dies aber auch im Bereich der Pflege möglich ist, ist nur wenigen Ratsuchenden bekannt, die bei der UPD anrufen. Aber auch Pflegefehler können gravierende Auswirkungen haben – zum Beispiel, wenn Pflegekräfte Medikamente falsch dosieren oder verwechseln

oder die Betroffenen falsch lagern. Angehörige benötigen Unterstützung, um die pflegerische Qualität von ambulanten Pflegediensten einschätzen und gegebenenfalls Verbesserungen einfordern zu können. Das Pflegeversicherungsrecht sieht verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements vor. Neben regulären Qualitätskontrollen gibt es Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Am 1. Oktober 2019 hat die stufenweise Einführung eines neuen Qualitätssystems für die stationäre Pflege begonnen. Auch für ambulante Einrichtungen wird ein neues Qualitätssystem entwickelt. Dieses soll im Jahr 2021 starten. Das geplante Qualitätsmanagement auch für die ambulante Versorgung ist aus Beratungssicht ein guter Ansatz, um Ratsuchende bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes zu unterstützen.

²⁸ Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Ratgeber & Hilfe, Zugriff: 24. März 2020, URL: <https://www.zqp.de/ratgeber/>

²⁹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Beschäftigte in der Pflege. Zugriff 24. März 2020. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html#c3332>

IM FOKUS:

24-Stunden-Betreuung ist keine Leistung der Pflegeversicherung

„Meine Schwester ist stark dement. Deswegen haben wir eine polnische 24-Stunden-Kraft zu uns geholt. Diese zahlen wir überwiegend schon aus eigener Tasche. Nur das Pflegegeld bekommen wir als Ausgleich der Pflegekasse. Aber das deckt ja nur einen kleinen Teil der Kosten. Einen Pflegedienst könnten wir gar nicht beauftragen, das wäre ja für 24 Stunden unbezahlbar. Außerdem gibt es ein solches Angebot in unserer Nähe gar nicht. Unsere Hilfskraft ist zu ihrer Familie nach Hause gefahren. Da ich arbeiten muss, habe ich für diesen Zeitraum eine Freundin als Ersatzpflegerin beauftragt und möchte mir die Kosten bei der Pflegekasse zurückholen. Die Pflegekasse lehnt jetzt aber ab mit der Begründung, dass der Ausfall einer 24-Stunden-Kraft kein Grund für Verhinderungspflege wäre. Stimmt das so?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie haben eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für ihren pflegebedürftigen Angehörigen oder ihre Angehörige organisiert, weil sie sich nicht selbst beziehungsweise nicht allein um ihn oder sie kümmern konnten. Der oder die Betroffene wollte oder konnte nicht in ein Pflegeheim oder hatte Angst davor. Da es bei den Ratsuchenden eine solche Betreuung über Pflegedienste nicht gebe beziehungsweise nicht finanzierbar sei, hätten sie eine 24-Stunden-Betreuungskraft beauftragt, damit diese ihren Angehörigen oder ihre Angehörige pflegt. Diese würden sie aus eigener Tasche bezahlen. Als die Betreuungskraft in Urlaub ging oder es

eine Lücke zwischen der Beauftragung zweier 24-Stunden-Kräfte gab, hätten sie von der Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzkraft in dieser Zeit beantragt (Verhinderungspflege). Die Pflegekasse habe den Antrag abgelehnt, weil der Ausfall der 24-Stunden-Kraft kein Grund für eine Verhinderungspflege sei.

Die Ratsuchenden sind oft verzweifelt und verstehen nicht, warum die Pflegekasse ihren Antrag ablehnt. Sie können sich keine weitere Betreuung leisten, möchten aber ihre Angehörigen auch nicht in ein Heim schicken. Sie fragen die UPD, was sie tun können.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater erklären den Ratsuchenden: Nach der aktuellen Rechtslage ist die Ablehnung der Kostenübernahme für eine

Ersatzpflege rechtmäßig, wenn eine 24-Stunden-Kraft (sog. Live-In-Betreuerin) allein die Pflege übernimmt.

Fachlicher Hintergrund

Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist (§ 39 SGB XI). Voraussetzung ist, dass der oder die Pflegebedürftige bereits seit sechs Monaten in seinem oder ihrem häuslichen Umfeld von einer Pflegeperson gepflegt wurde und mindestens Pflegegrad 2 hat. Die Pflegekasse erstattet dann die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs

Wochen je Kalenderjahr oder stundenweise.

Pflegeperson ist eine Person, die einen Pflegebedürftigen oder eine Pflegebedürftige in seiner oder ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt. Eine 24-Stunden-(Live-in-)Betreuerin oder ein -Betreuer ist keine Pflegeperson im Sinne dieser Vorschrift, da sie nicht ehrenamtlich (wie zum Beispiel ein Angehöriger oder eine Angehörige), sondern erwerbsmäßig tätig ist. Damit entfällt in

solchen Fällen der Anspruch auf Verhinderungspflege.

Wenn die Pflege dagegen zusätzlich durch einen Angehörigen oder eine Angehörige als Pflegeperson sichergestellt wird, könnte Anspruch auf Verhinderungspflege bestehen. Ist die 24-Stunden-Betreuerin oder der -Betreuer in Vollzeit tätig, besteht Anspruch auf Verhinderungspflege nur unter folgender Voraussetzung: Die Beschäftigung dieser Pflegerin oder dieses Pflegers allein reicht nicht aus, um die Pflege sicherzustellen, also wird zusätzlich die oder der Angehörige als weitere Pflegeperson gebraucht. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Kosten für eine Verhinderungspflege durch eine dritte Person als not-

wendig ansehen, wenn der oder die Angehörige verhindert ist.

Betroffene können der Pflegekasse beispielsweise durch eine Bescheinigung einer beratenden Pflegefachperson nachweisen, dass die Pflege nur durch die Zusammenarbeit der Pflegeperson oder Ersatzpflegeperson mit der 24-Stunden-Betreuungskraft sichergestellt werden kann. Hierfür eignet sich der Rahmen der sogenannten Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 3 SGB XI): Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen der Pflegekasse nachweisen, dass sie sich alle drei beziehungsweise sechs Monate von einer Pflegefachperson Beratung in die eigenen vier Wände zum Thema Pflege holen.

FAZIT

Ratsuchende sind hier als pflegende Angehörige in einer schwierigen Situation: Sie müssen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für ihre Pflegebedürftigen organisieren, weil sie sich nicht selbst um sie kümmern können und die Betroffenen nicht in ein Pflegeheim können oder wollen, teilweise sogar Angst davor haben. Doch im System der Pflegeversicherung ist eine solche 24-Stunden-Betreuung nicht vorgesehen. Auch Leistungen der Eingliederungshilfe greifen meist nicht.

Somit sind die Ratsuchenden oft gezwungen, auf 24-Stunden-Betreuungskräfte zurückzugreifen, die sie teilweise über spezielle Agenturen buchen und größtenteils aus eigener Tasche bezahlen, da das Pflegegeld hierfür nicht ausreicht. Verhinderungspflege bewilligt die Pflegekasse, wenn die 24-Stunden-Kraft ausfällt, nicht. Dass Ratsuchende oft keine Alternative sehen, zeigen die Zahlen: Schätzungen zufolge sind etwa 300.000

Mittel- und Osteuropäerinnen als 24-Stunden-Betreuungskräfte tätig³⁰. Zum Vergleich: Es sind 400.000 Pflegekräfte bei ambulanten Pflegediensten tätig³¹. Dies zeigt eine deutliche Tendenz dahin, dass das gesetzliche Pflegesystem und die Realität zunehmend auseinanderklaffen. Es besteht eine Versorgungslücke, die immer größer wird.

Eine 24-Stunden-Betreuung als gesetzlich vorgesehene Leistung der Pflegekasse ist auf der anderen Seite schwer realisierbar: Es gibt nicht genug geeignete Arbeitskräfte, die hier im Schichtbetrieb – wie bei der 24-Stunden-Intensiv-Hauskrankenpflege – eine Betreuung sicherstellen könnten. Zudem fehlt es an den benötigten finanziellen Mitteln bei den Pflegekassen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die geplante Einführung eines flexiblen Entlastungsbudgets, das die Leistungen der Pflegekassen bei häuslicher Pflege bündelt, auf diese Pflege-Settings auswirkt.

³⁰ Rossow, Leiber. Kein Schattendasein mehr. Entwicklungen auf dem Markt für "24-Stunden-Pflege". Bundeszentrale für Politische Bildung. Stand: 9. August 2019. Zugriff: 24. März 2020. URL: <http://www.bpb.de/apuz/294927/kein-schattendasein-mehr-entwicklungen-auf-dem-markt-fuer-24-stunden-pflege?p=2>

³¹ Destatis Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik. Stand: 16. Januar 2019. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?sessionid=1F680D-6DC6A73AE9FD9763B063C972E1.internet722?_blob=publicationFile

IM FOKUS:

Rehabilitation für pflegende Angehörige funktioniert nicht immer

„Meine Frau hatte vor zwei Jahren einen Herzinfarkt und seitdem pflege ich sie. Ich bin schon 80 Jahre alt und selbst körperlich angeschlagen, habe oft Rückenschmerzen und bin auch psychisch am Ende. Ich habe im Fernsehen einen Bericht gesehen, dass ich als pflegender Angehöriger eine stationäre Rehabilitation machen kann und das bei der Krankenkasse beantragt. Die haben das jetzt abgelehnt mit der Begründung, ich könne auch eine ambulante Rehabilitation machen. Im Fernsehen haben die das aber anders gesagt. Ich bin körperlich am Ende und brauche unbedingt eine längere Auszeit, um meine Frau wieder mit all meiner Kraft pflegen zu können. Was soll ich tun?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie pflegen ihre Angehörigen, zum Beispiel ihre Eltern, Ehepartnerinnen oder Ehepartner, und stoßen nun an ihre Grenzen. Sie lassen sich deshalb von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin eine stationäre Rehabilitation verordnen und beantragen die Kostenübernahme bei ihrer Krankenkasse. Diese lehnt die Maßnahme

jedoch mit der Begründung ab, eine ambulante Rehabilitation sei ausreichend. Die Ratsuchenden sind verwirrt und entmutigt, wollen aber unbedingt die stationäre Rehabilitation, um wieder zu Kräften zu kommen. Bei der UPD fragen sie, was sie tun können.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater empfehlen den Ratsuchenden, gegen die Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einzulegen. Sie erläutern, dass pflegende Angehörige einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation haben können

und zeigen die entsprechenden Voraussetzungen auf. Die Krankenkassen dürfen den Antrag nicht mit der Begründung ablehnen, dass eine ambulante Rehabilitation ausreichen würde.

Fachlicher Hintergrund

Normalerweise gilt für medizinische Rehabilitationen der Grundsatz „ambulant vor stationär“: Demnach übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine stationäre Rehabilitation nur dann, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen.

- 1) der Arzt oder die Ärztin die stationäre Rehabilitation verordnet sowie
- 2) eine Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen.

Jedoch gilt dieser Grundsatz bei der Rehabilitation für pflegende Angehörige nicht. Vielmehr haben pflegende Angehörige seit dem 1. Januar 2019 (Pflegepersonalstärkungsgesetz) einen eigenständigen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation auch dann, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Rehabilitation ausreichend wäre (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Voraussetzung dafür ist, dass

Liegen diese Voraussetzungen vor, muss die Krankenkasse die ärztlich verordnete stationäre Rehabilitation genehmigen. Sie darf sie nicht mehr mit der Begründung ablehnen, dass eine ambulante Rehabilitation am Wohnort ausreichen würde.

FAZIT

Ratsuchende, die eine stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige beantragen, schildern, dass sie von ihrer Krankenkasse eine Ablehnung mit der Begründung erhalten haben, es liege kein Bedarf vor. Eine ambulante Maßnahme sei ausreichend. Doch seit dem 1. Januar 2019 gilt der Grundsatz

„ambulant vor stationär“ bei der Rehabilitation für pflegende Angehörige nicht mehr. Diese haben nunmehr einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation, selbst wenn eine ambulante Rehabilitation ausreichen würde, sofern die sonstigen Voraussetzungen für eine Rehabilitation vorliegen.



8.8 Psychosoziale Beratung

Ratsuchende, die sich mit gesundheitlichen oder rechtlichen Anliegen an die UPD wenden, sind häufig emotional belastet. So sind sie zum Beispiel ängstlich, verzweifelt, verärgert, überfordert oder befinden sich in existenzieller Not. Steht die



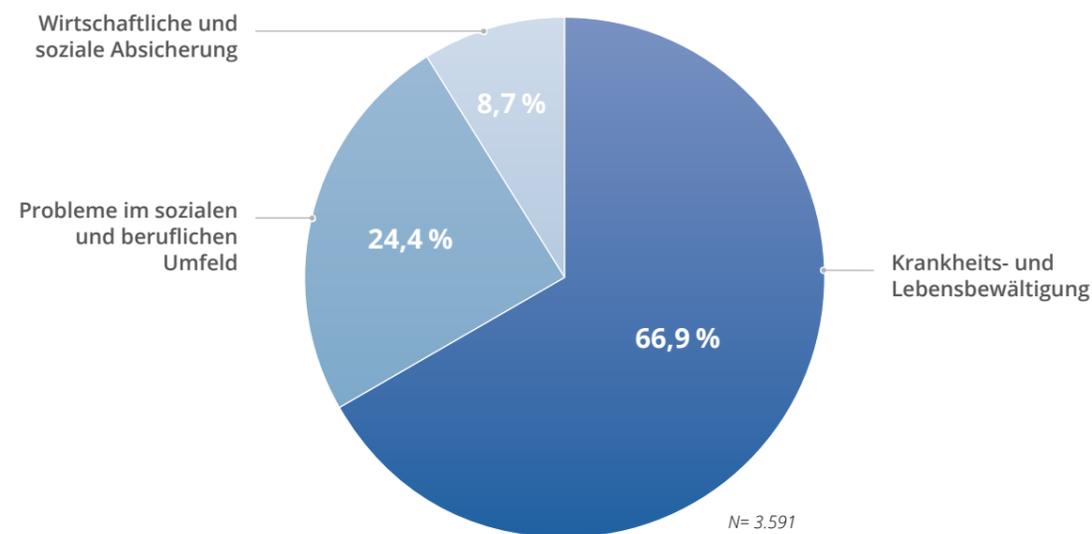
emotionale Belastung der Ratsuchenden im Vordergrund ihres Anliegens, zum Beispiel bei Fragen, wie sie mit Krankheit, Behinderung, Ängsten, sozialen Konflikten oder Krisen umgehen können, dann erhalten sie eine psychosoziale Beratung. Psychosozialer Beratungsbedarf tritt im Rahmen der UPD-Beratung zumeist im Kontext einer konkreten gesundheitlichen oder rechtlichen Fragestellung auf. Alle Beraterinnen und Berater der

UPD sind daher in psychosozialer Beratung geschult und nehmen diese als Querschnittsaufgabe wahr. Erfordert das Beratungsanliegen eine tiefergehende psychosoziale Beratung, übernimmt das psychosoziale Fachteam, bestehend aus Psychologinnen und Psychologen, die Beratung.

3.591 psychosoziale Beratungen fanden im Berichtsjahr 2019 statt. Die Anzahl ist gegenüber dem Vorjahr (3.640) nahezu unverändert. Es wurde zu folgenden großen Themenbereichen beraten:

- Krankheits- und Lebensbewältigung, zum Beispiel Umgang mit Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, mit Ängsten, Krisen und Trauer.
- Umgang mit Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld, zum Beispiel krankheitsbedingte Konflikte mit Angehörigen oder Umgang mit sozialer Isolation.
- Schwierigkeiten bezüglich der wirtschaftlichen und sozialen Absicherung, zum Beispiel dem Umgang mit einer erschwerten wirtschaftlichen Situation.

Schwerpunkte der psychosozialen Beratung



Zwei Drittel der psychosozialen Beratungen betreffen die Krankheits- und Lebensbewältigung.

IM FOKUS:

Wenn Angehörige krank sind – psychosoziale Beratung unterstützt in einer belastenden Situation

„Meine Frau hat einen Gehirntumor. Sie zieht sich immer mehr zurück und lässt niemanden an sich heran. Wenn ich etwas für sie tun will, beschimpft sie mich. Andererseits kann ich kaum noch aus dem Haus gehen, weil ich Angst habe, dass ihr etwas passiert und sie mich braucht. Wie kann ich mich ihr gegenüber verhalten, wie kann ich ihr helfen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie haben Angehörige mit schweren Erkrankungen und fühlen sich gegenüber deren Leiden hilflos. Einige sind mit pflegerischen Aufgaben oder der Bewältigung des Alltags überfordert. Die Ratsuchenden beobachten bei Angehörigen, die beispielsweise demenz sind oder einen Hirntumor haben, vielfach Persönlichkeitsveränderungen, die zu Konflikten führen. Andere Ratsuchende berichten von sozialen Konflikten, wenn ihre Angehörigen an psychischen Erkrankungen wie Suchterkrankungen,

Essstörungen oder Psychosen leiden. Die Ratsuchenden sind häufig verunsichert. Sie möchten ihren Angehörigen helfen, wissen jedoch nicht, wie sie mit den Betroffenen umgehen sollen und wie sie diese zu einer Zusammenarbeit bewegen können. Vielen Ratsuchenden fällt es außerdem schwer, einen gesunden Ausgleich zwischen eigenen Interessen und Bedürfnissen und dem Wunsch, für den anderen da zu sein, zu finden. Sie wissen oftmals nicht weiter und wenden sich an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen unterstützen die Ratsuchenden dabei, eigene Ängste, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse besser zu erkennen und im Kontakt mit ihren Angehörigen zu formulieren. Gemeinsam mit den Ratsuchenden erkunden sie helfende Ressourcen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten, mit denen die Ratsuchenden die jeweiligen Problemsituationen bewältigen können. Darüber hinaus machen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf weiterführende Unterstützungsangebote und Anlaufstellen im Gesundheitssystem aufmerksam. So finden zum Beispiel krebskranke Men-

schen und ihre Angehörigen beim Krebsinformationsdienst umfassende Informationen und Adressen von ambulanten psychoonkologischen Krebsberatungsstellen. Auch für andere Erkrankungen wie zum Beispiel Sucht, Depression oder Demenz gibt es spezifische Unterstützungsangebote für Angehörige. Die UPD informiert die Ratsuchenden über das Angebot an Selbsthilfegruppen. Ergänzend sucht sie auf Wunsch über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) entsprechende Anlaufstellen heraus.

Fachlicher Hintergrund

Der Begriff „psychosozial“ benennt den Zusammenhang zwischen dem Fühlen, Empfinden und Denken des Menschen einerseits (Psyche) und der Beziehung zu seinen Mitmenschen andererseits (Sozialität). Er bezieht sich sowohl auf das psychische Befinden eines Menschen als auch auf sein soziales (Er-)Leben und die Wechselwir-

kungen zwischen beiden Aspekten. Psychosoziale Beratung bezeichnet eine professionell-unterstützte Form der Interaktion, die darauf abzielt, Menschen bei der Bewältigung von psychischen und/oder sozialen Problemen zu unterstützen. Manche Menschen sind durch Probleme in ihrem psychischen und sozialen Wohlbefinden stark

eingeschränkt. Es gelingt ihnen alleine nicht, die Probleme mit den Ressourcen zu bewältigen, die ihnen zur Verfügung stehen. Sie sind deshalb auf Unterstützung angewiesen. Die psychosoziale

Beratung zielt darauf ab, Problemlösekompetenzen zu fördern und unterstützt Menschen durch konstruktive Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe.

FAZIT

Die Anliegen der Ratsuchenden gehen häufig mit psychosozialer Belastung einher. Dies ist nachvollziehbar, da die meisten Fragen im gesundheitlichen und (sozial-)rechtlichen Bereich unmittelbar die eigene Lebensqualität und Zukunft betreffen. Manchmal steht die psychosoziale Belastung dabei im Zentrum der Fragestellung. In anderen Fällen begleitet oder überlagert sie inhaltlich-

fachliche Themen der Beratung. Ratsuchende bei der Bewältigung von psychosozialen Belastungssituationen zu unterstützen, ist daher wesentlicher Bestandteil der UPD-Beratung. Der Beratungsalltag zeigt, dass die psychosozialen Aspekte für die Ratsuchenden eine große Bedeutung haben, im Versorgungsalltag aber oft unberücksichtigt bleiben.

8.9 Suche nach Arztpraxen, Krankenhäusern, Psychotherapieplätzen und weiteren Anlaufstellen im Gesundheitswesen

Die UPD hat im Gesundheitssystem eine Lotsenfunktion. Diese wird rege und im Vergleich zum Vorjahr deutlich zunehmend in Anspruch genommen: 6.407 Beratungen betrafen die Suche nach Ärzten und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, nach Kliniken und weiteren medizinischen Leistungserbringern (2018: 4.014 Beratungen).

Ratsuchende fragen, wer in ihrer Situation der geeignete Ansprechpartner ist, bitten um Kontaktadressen und wünschen sich Empfehlungen für besonders qualifizierte oder spezialisierte Anbieter. Viele Ratsuchende suchen auch nach einem bestimmten Verfahren wie beispielsweise offenen MRTs oder minimalinvasiven Bandscheibenoperationen. Sie erhoffen sich von der UPD Auskünfte, wer diese anbietet.

Die Beraterinnen und Berater benutzen für die Leistungserbringersuche soweit verfügbar qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale Suchportale. Für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Praxen sowie für die Krankenhaussuche verwenden sie dabei bevorzugt die

Weißer Liste, außerdem greifen sie auf Angebote der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kammern zurück. Darüber hinaus nutzen sie Suchmöglichkeiten von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kompetenznetzen, bundesweiten Selbsthilfegruppen und anderen Anbietern.

Der Schwerpunkt der Beratung liegt darauf, Ratsuchenden die verfügbaren Informationen zugänglich zu machen und Aussagekraft, Nutzen und Einschränkungen unterschiedlicher Suchmöglichkeiten zu erläutern. Die UPD bietet also eine Hilfe zur Selbsthilfe – Ratsuchende sollen die Kompetenz erhalten, selbst nach geeigneten Anlaufstellen recherchieren zu können.



DAUERTHEMA:

Ratsuchende haben Schwierigkeiten, Termine zu bekommen

Viele Ratsuchende wenden sich an die UPD, weil sie Schwierigkeiten haben, einen Termin in einer Facharztpraxis zu bekommen. Auch bei der hausärztlichen Versorgung besteht dieses Problem. Die UPD hat im Berichtsjahr bei diesen Fragen an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen verwiesen³². Insgesamt 2.172 Mal wurde im vergangenen Jahr zum Thema Terminservicestellen beraten. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung (2018: 1.318 Beratungen). Die Beraterinnen und Berater erlebten dabei – wie schon in den Jahren zuvor berichtet –, dass die Terminservicestellen bei den Ratsuchenden nicht bekannt sind. Ob und inwieweit sich dies durch die Zusammenlegung mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ab Januar 2020 ändern wird, wird voraussichtlich ein Berichtspunkt des Monitors Patientenberatung 2020 werden.

Neben der Arztsuche berichteten Ratsuchende auch von Schwierigkeiten, bei pflegerischen Einrichtungen Termine zu bekommen. So war es für Betroffene oft schwierig, in Akutsituationen zeit-

nah einen ambulanten Pflegedienst oder Plätze in der Kurzzeitpflege zu finden. Auch ambulante Spezialeinrichtungen, wie zum Beispiel Ambulanzen für Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bei Erwachsenen, haben oft erhebliche Wartezeiten oder nehmen keine neuen Patientinnen und Patienten an.

Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie bereitete ebenfalls weiterhin Schwierigkeiten. In diesem Bereich hat das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bisher keine relevante Verbesserung bringen können (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.3, Seite 78 ff.). Der Zugang zur Richtlinienpsychotherapie bleibt nach Rückmeldungen der Ratsuchenden weiter schwierig, und sie müssen sich lange darum bemühen, einen Platz zu bekommen. Terminservicestellen haben nicht die Pflicht, Betroffenen einen Therapieplatz zu verschaffen. Ihr Auftrag ist es lediglich, die Termine für die Akutbehandlung, die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen zu vermitteln.

DAUERTHEMA:

Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen

Ratsuchende mit spezifischen gesundheitlichen Problemen suchen häufig besonders qualifizierte Behandelnde, die ihre Fragen beantworten können. Insbesondere Ratsuchende, denen ein planbarer operativer Eingriff bevorsteht, bitten um Empfehlungen für gute und erfahrene Kliniken. Aber auch im ambulanten Bereich suchen Ratsuchende nach niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die eine besondere Kompetenz zu bestimmten Krankheitsbildern haben.

In der stationären Versorgung ermöglichen die Qualitätsberichte einen Vergleich von Krankenhäusern im Hinblick auf ausgewählte Kriterien³³. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind beispielsweise in der Weißen Liste nutzerfreundlich aufbereitet und einfach zugänglich. Darüber hinaus können zum Beispiel Zertifikate oder Mitgliedschaften in medizinischen Kompetenznetzen Hinweise auf Spezialisierungen geben. Vergleichbare Informationen und Angebote fehlen

³² Seit dem 1. Januar 2020 können Patientinnen und Patienten unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche telefonisch den Patientenservice nutzen. Dieser vermittelt Behandlungstermine in Facharztpraxen und unterstützt Versicherte bei der Suche nach einer Hausarztpraxis.

³³ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Zugriff: 24. März 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>

allerdings für den niedergelassenen Bereich und auch für die Suche nach Rehabilitationskliniken.

Für die Suche nach geeigneten Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Leistungserbringern benötigen Patienten und Patientinnen qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale Informationen. Diese gibt es aktuell jedoch nur eingeschränkt und nicht für alle Versorgungsbereiche. Eine positive Entwicklung in diesem Zusammenhang ist zum Beispiel die neue Hebammenliste des GKV-Spitzenverbandes. Aus Patientensicht wäre es hilfreich, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Beispiel



Behandlungsfälle niedergelassener Ärzte und Ärztinnen zu bestimmten Erkrankungsbildern veröffentlichen würden. So könnten Ratsuchende unter Umständen ableiten, wer eine besondere Erfahrung in diesem Bereich hat.

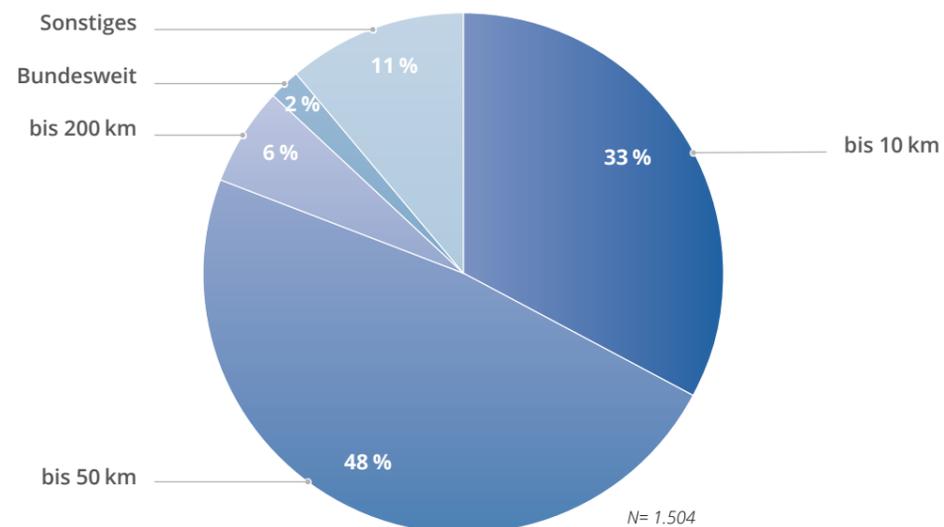
EXKURS

Wohnortnahe Versorgung oder hohe Spezialisierung – wie weit wollen Patienten und Patientinnen fahren?

Bei Anfragen zur Suche nach Praxen oder Kliniken zeigte sich, dass viele Menschen bereit sind, auch weite Wege auf sich zu nehmen, um die für sie beste Behandlung zu erhalten. Sowohl bei der Kliniksuche als auch bei der Arztsuche waren die meisten Ratsuchenden bereit, bis zu 50 Kilometer zu fahren.

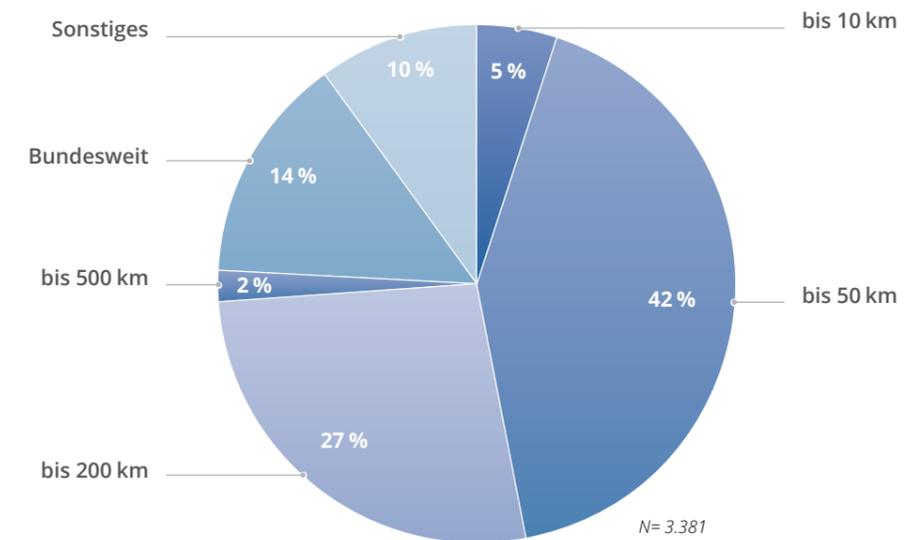
Bei der Kliniksuche war jedoch die Bereitschaft, noch weitere Wege in Kauf zu nehmen, sehr viel größer als bei der Arztsuche: bis 200 Kilometer oder sogar an jeden Ort in Deutschland würden viele der Befragten fahren, um in einer geeigneten Klinik behandelt zu werden.

Maximale Entfernung bei Suche nach Arztpraxis



Bei der Suche nach niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sucht etwa die Hälfte der Ratsuchenden in einem Umkreis von bis zu 50 Kilometern.

Maximale Entfernung bei Suche nach Krankenhäusern



Bei der Suche nach einer geeigneten Klinik sind viele Ratsuchende bereit, große Entfernungen zurückzulegen.

IM FOKUS:

Menschen mit unklaren Beschwerden irren durch das System

„Ich leide seit vielen Jahren an unklaren Magen-Darm-Beschwerden mit Krämpfen und Blähungen. Oft kriege ich dazu Herzrasen und mir wird ganz heiß. Ich habe schon eine Vielzahl von Ärzten aufgesucht, mehrere Magen-Darm-Spiegelungen hinter mir, verschiedene Heilfastenkuren probiert, aber es hilft nichts. Mein Arzt sagt, dass ich mir das alles nur einbilde, aber ich gehe wegen der Schmerzen schon fast nicht mehr aus dem Haus. Was kann ich noch tun?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie leiden bereits seit längerem unter stark beeinträchtigenden Symptomen. Dazu gehören zum Beispiel Magen-Darm-Beschwerden, chronische Schmerzen oder Erschöpfungszustände. Ihre Ärzte und Ärztinnen haben trotz umfassender Diagnostik keine Erklärung oder Behandlungsansätze, die die Ratsuchenden zufriedengestellt haben. Die Ratsuchenden haben oft eine Vielzahl verschiedener Fachärzte und -ärztinnen aufgesucht, sich Zweit- und Drittmeinungen eingeholt, umfassende Diagnostik und stationäre Aufenthalte hinter sich. Viele Betroffene suchen auch Hilfe bei alternativmedizinischen Angeboten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern. Einige Patienten

und Patientinnen fühlen sich mit ihren Beschwerden von Ärzten und Ärztinnen nicht ernst genommen, erleben diese als überfordert oder fühlen sich durch psychosomatische Erklärungsansätze stigmatisiert. Die Ratsuchenden wenden sich in der Hoffnung, hier besondere Spezialisten für ihre Beschwerden zu finden oder genannt zu bekommen, an die UPD. Sie fragen nach weiteren Ansprechpartnern, nach diagnostischen Möglichkeiten und Erklärungen für ihre Beschwerden.



So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen besprechen mit den Ratsuchenden die bisherigen Befunde. Sie ergründen mit ihnen gemeinsam die Schwierigkeiten oder Ängste, die sich für die Ratsuchenden aus ihren unklaren Beschwerden ergeben. Zudem klären die UPD-Berater und -Beraterinnen, welche Anlaufstellen (zum Beispiel Facharzttrich-

tungen, Spezialambulanzen, Zentren für seltene Erkrankungen) für die Beschwerden in Frage kommen. Darüber hinaus unterstützen sie die Ratsuchenden, Strategien zum Umgang mit der Situation zu entwickeln und ermutigen sie, eine langfristige Versorgung anzustreben, statt häufig die Arztpraxis zu wechseln.

Fachlicher Hintergrund

Unklare Beschwerden sind in der Medizin häufig und kommen in allen Fachrichtungen vor. Oft handelt es sich um funktionelle Beschwerden im Sinne der Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. Funktionelle Beschwerden sind Symptome, für die der Arzt oder die Ärztin in Untersuchungen keine organischen Veränderungen findet, die die Symptomatik ausreichend erklären. Sie

entstehen aus einem Ungleichgewicht zwischen Körper, Psyche und Lebenswelt. Besonders oft berichten Betroffene über Schmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Kreislauf- oder Verdauungsstörungen. Funktionelle Beschwerden treten bei allen Geschlechtern, in allen Altersgruppen, Schichten und Kulturen auf. Aber auch bei seltenen oder schwer diagnostizierbaren Erkrankungen erhalten die Patientinnen und Patienten eine Diagnose manchmal erst nach Jahren.

FAZIT

Patienten und Patientinnen mit anhaltenden unklaren Beschwerden nehmen das Gesundheitssystem oft stark in Anspruch, ohne dass eine Ursache der Beschwerden geklärt werden kann. Menschen, die keine Diagnose erhalten, finden häufig schwer Zugang zu einer weiteren Behandlung. Aus Patienten-

beratungssicht wäre es sinnvoll, Patienten und Patientinnen mit vielen Arztkontakten und ohne klare Diagnose frühzeitig zu identifizieren. So könnte man ihnen gezielter Unterstützung anbieten, um belastende und teure Irrwege durch das Gesundheitssystem zu vermeiden.

8.10 Untersuchung und Behandlung von Krankheiten

2019 gab es 10.099 medizinische Beratungen in den verschiedenen Fachgebieten (siehe Kapitel 6, Grafik „Beratungsbereiche Medizin“). Die meisten Anfragen betrafen das Fachgebiet Innere Medizin/Allgemeinmedizin (4.185 Beratungen). Fachgebiete mit großem Beratungsaufkommen sind außerdem Orthopädie, Augenheilkunde und Neurologie (siehe Kapitel 6, „Beratungen in den medizinischen Fachgebieten“). Dies spiegelt sich auch in den statistisch erfassten ICD-Diagnosen der Beratungsanlässe wider. Hier standen Krankheiten des Verdauungssystems, Krankhei-

ten des Muskel-Skelett-Systems und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde an der Spitze.



ICD-Kapitel	Anzahl der Beratung
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	787
Neubildungen (C00-D48)	282
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	74
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen (E00-E90)	299
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	541
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	555
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	893
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	94
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	650
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	267
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	1.279
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	251
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	1.162
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	724
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	9
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	2
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	70
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	656
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	461

Medizinische Beratungsthemen nach ICD-Codes (Auswahl); N=12.631; Mehrfachnennungen möglich; fehlende Angaben bei den ICD-Codes nicht abgebildet

Thematisch standen in der Inneren Medizin Impfungen und Reisemedizin an erster Stelle, darauf folgen Infektionskrankheiten, gastrointestinale Krankheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Orthopädie waren Rückenschmerzen und Wirbelsäulenerkrankungen sowie Arthrose und Gelenkersatz die Hauptthemen. Die beiden großen Themen in der Augenheilkunde waren grüner und grauer Star.

Fragen der Ratsuchenden betrafen Ursachen, Risikofaktoren, Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten, Untersuchungsverfahren, Therapieoptionen und Prognose. Viele Ratsuchende wünschten sich von den UPD-Beratern und -Beraterinnen Informationen zu Risiken und Nutzen medizinischer Maßnahmen. Häufig ging es auch darum, Befunde von Labor- oder Röntgenuntersuchungen zu verstehen oder medizinische

Zusammenhänge zu klären. Ziel der Beratungen ist es, Betroffenen evidenzbasierte Informationen zu vermitteln, ihre Wünsche, Präferenzen, Ängste oder Vorbehalte zu klären und zu formulieren und Patienten und Patientinnen so

zu unterstützen, dass sie gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen eine für sie passende Entscheidung treffen können (siehe „Im Fokus: Medizinische Entscheidungen fallen vielen Menschen schwer“).

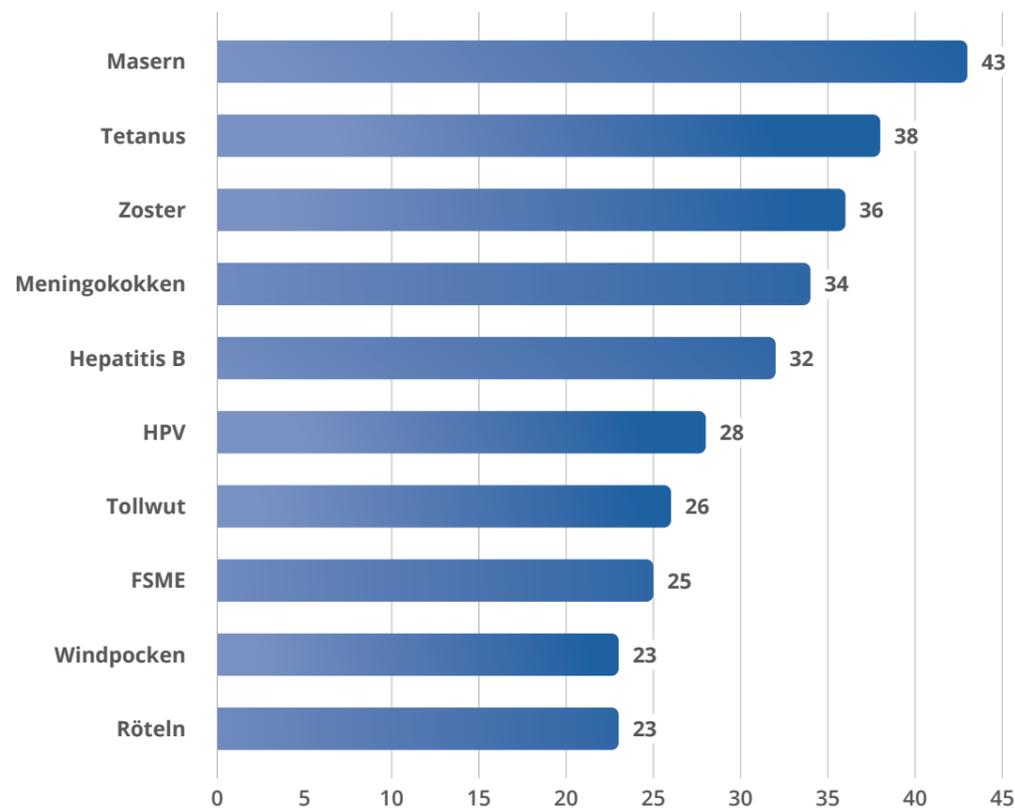
DAUERTHEMA:

Reisemedizin und Impfberatung

Ein großer Bereich im Fachgebiet Innere Medizin waren 2019 reisemedizinische Anfragen (839 Beratungen) und Fragen zum Thema Impfen (442 Anfragen). Reisemedizinische Beratungen der UPD basieren auf den medizinischen Hinweisen des Auswärtigen Amtes. Im Sinne der Lotsenfunktion der UPD verweisen Berater und Beraterinnen darüber hinaus auf spezialisierte reisemedizinische Angebote, zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen mit entsprechenden Fortbildungen oder spezialisierte Ambulanzen an Kliniken. Impf-

beratungen basieren auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI). Ratsuchende fragen Impfberatungen bei der UPD häufig an, wenn besondere Umstände vorliegen, zum Beispiel von den empfohlenen Impfabständen abgewichen wird oder Grunderkrankungen vorliegen, die bei der Impfscheidung berücksichtigt werden mussten. Auch wenn Menschen Impfungen gegenüber grundsätzliche Ängste oder Vorbehalte haben, wenden sie sich an die UPD.

Die zehn häufigsten Themen in der Impfberatung



2019 wurde am häufigsten zur Masernimpfung beraten.

IM FOKUS:

Rückenschmerzen – ein Klassiker in Sachen Überversorgung

„Ich habe seit einigen Wochen Rückenschmerzen und bin krankgeschrieben. Kernspintomografie und Röntgen wurden gemacht, der Arzt sagt, meine Wirbelsäule sei stark abgenutzt. Ich nehme jeden Tag Schmerzmedikamente, aber es wird nicht besser. Welche anderen Möglichkeiten habe ich? Helfen zum Beispiel Spritzen in den Rücken? Soll ich mich operieren lassen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie leiden an Rückenschmerzen und die bisher durchgeführten Behandlungen helfen ihnen nicht ausreichend. Oftmals geht es um unspezifische Rückenschmerzen, aber auch um spezifische Wirbelsäulenerkrankungen wie Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenose oder um Schmerzen nach Wirbelsäulenoperationen. Ratsuchende fragen, ob ihnen eine Physiotherapie helfen kann, Medi-

kamente oder nur eine Operation. Auch möchten einige Ratsuchende wissen, ob für die Behandlung Akupunktur, Entspannungsverfahren oder alternative Heilverfahren geeignet sind. Die Ratsuchenden sind durch ihre Schmerzen stark belastet und viele hoffen, dass sie bei der UPD eine zweite Meinung zum weiteren Vorgehen einholen können.

So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen besprechen mit den Ratsuchenden die bisher durchgeführten Maßnahmen und erläutern die Untersuchungsbefunde, die bereits vorliegen. Sie zeigen den Ratsuchenden mögliche Behandlungsstrategien auf Basis der nationalen Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ und anderer evidenzbasierter Quellen auf. Besonderes Augenmerk richten die Berater und Beraterinnen dabei auf kritische Bereiche, in denen eine Tendenz zur

Überversorgung bekannt ist. Sie thematisieren die Vorstellungen und Wünsche der Betroffenen und stellen evidenzbasierte Informationen zu Risiken und Nutzen von Behandlungsverfahren zur Verfügung. Darüber hinaus weisen sie auf die Möglichkeit hin, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Ratsuchenden, bei denen psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen, erhalten gegebenenfalls zusätzlich eine psychosoziale Beratung.

Fachlicher Hintergrund

In Zusammenhang mit unspezifischen Rückenschmerzen ist eine Überdiagnostik in zahlreichen Studien umfassend beschrieben³⁴. In der Regel sind Anamnese und körperliche Untersuchung ausreichend, um ernsthafte gesundheitliche Probleme auszuschließen. Dann sind keine weiteren Untersuchungen wie Röntgen, Computer- oder Kernspintomografie nötig. Medizinische Fachgesellschaften raten sogar von bildgebenden

Untersuchungen ab, wenn kein Verdacht auf eine ernsthafte Ursache besteht. Im Röntgenbild sichtbare Auffälligkeiten an Knochen oder Bandscheiben zeigen sich auch bei vielen Menschen, die keine Rückenbeschwerden haben. Dabei handelt es sich in der Regel um ganz normale, harmlose Verschleißerscheinungen. Zu viel Diagnostik kann sogar schaden. Sie kann zu unnötigen oder falschen Behandlungen führen und

³⁴ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Überversorgung – eine Spurensuche*. 1. Auflage 2019. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AV_Studie_Ueberversorgung_IGES.pdf; Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *SPOTLIGHT Gesundheit: Überversorgung - Überflüssige Leistungen können Patienten schaden*. 1. Auflage 2019, Zugriff 24. März 2020. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-uebersorgung/>

Ängste auslösen: zum Beispiel, wenn bildgebende Untersuchungen einen vermeintlichen Grund für die Kreuzschmerzen zeigen, der tatsächlich gar nichts mit den Beschwerden zu tun hat³⁵.

Die Anzahl von Wirbelsäulenoperationen und von stationären Aufenthalten wegen Rückenschmerzen nimmt in Deutschland kontinuierlich zu. Dabei weist sie große regionale Unterschiede auf. Auch hier gehen Fachleute von einer Tendenz zur Überversorgung aus³⁶.

Die Ursachen überflüssiger Diagnostik oder Therapien sind vielfältig. Dabei spielt es eine Rolle, ob finanzielle Zwänge oder Anreize bestehen, aber

auch, welche Erwartungen und Ängste Patienten und Patientinnen haben. Nicht zuletzt kann es auch zu überflüssiger Diagnostik führen, wenn Ärztinnen oder Ärzte die Situation falsch einschätzen. Leitlinien oder Kampagnen wie „Choosing Wisely“ geben Hinweise, um eine Überversorgung zu vermeiden: Choosing Wisely ist eine ärztliche Initiative, die das Ziel hat, unnötige medizinische Leistungen zu reduzieren. Die Initiative gibt es seit 2011 in den USA und wurde inzwischen weltweit aufgegriffen.

FAZIT

Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Bei der Diagnostik und Behandlung gibt es in Deutschland deutliche Hinweise auf eine Überversorgung. In der Beratung zu Untersuchungs- und Behandlungsoptionen stellt die UPD evidenzbasierte Informationen zur Verfügung und zeigt

Entscheidungswege auf. Dabei klären die Berater und Beraterinnen explizit auch zum Thema Überversorgung auf. Die Beratungen zeigen, dass vielen Ratsuchenden die Risiken einer Überversorgung nicht bewusst sind. Dabei gilt in vielen medizinischen Bereichen: mehr ist nicht immer besser.



³⁵ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Rücken- und Kreuzschmerzen. Zugriff 24. März 2020. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/rueckenschmerzen.2378.de.html>

³⁶ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Eckhard Volbracht, Andrea Fürchtenicht, Marion Grote-Westrick. SPOTLIGHT Gesundheit: Rückenoperationen. Der Wohnort bestimmt, ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden. 1. Auflage 2017. Zugriff 24. März 2020. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AV_SpotGes_Rueckenoperation_dt_final.pdf

IM FOKUS:

Medizinische Entscheidungen fallen vielen Menschen schwer

„Bei mir wurde aktuell eine Multiple Sklerose diagnostiziert. Zum Glück habe ich nur wenige Beschwerden. Trotzdem will mein Arzt, dass ich ab jetzt dauerhaft Medikamente spritze. Die Vorstellung finde ich schrecklich! Und der Beipackzettel klingt auch gruselig. Muss das wirklich sein?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie leiden an einer Erkrankung oder möchten eine Behandlung oder Untersuchung in Anspruch nehmen. Sie tun sich aber schwer, eine Entscheidung zu treffen. Häufig geht es um die Entscheidung für oder gegen eine Operation oder die Auswahl zwischen verschiedenen Medikamenten. Andere Ratsuchende berichten, dass ihnen ihr Arzt oder ihre Ärztin eine IGeL angeboten hat. Sie haben Schwierigkeiten, sich für oder gegen die Leistung zu entscheiden, zum Beispiel, weil sie Risiken und Nutzen der Leistung nicht abschätzen können.

Viele Ratsuchende berichten, dass ihre Ärzte und Ärztinnen sie nicht ausreichend über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten informiert und sie selbst keine Zeit für Nachfragen gehabt hätten. Informationsmaterialien, die sie in der Praxis be-

kämen, seien oft nicht neutral. Sie stammen zum Beispiel vom Hersteller eines Untersuchungsgerätes oder von pharmazeutischen Unternehmen. Ratsuchende berichten, dass sie selbst im Internet recherchiert hätten, dies aber oft widersprüchliche oder verunsichernde Ergebnisse mit sich gebracht hätte. Andere schildern, dass sie von unterschiedlichen Ärzten und Ärztinnen unterschiedliche Empfehlungen bekommen hätten. Die Ärztinnen und Ärzte würden sie dann aber nicht bei der Entscheidung unterstützen. Die Ratsuchenden sind deswegen verunsichert und fühlen sich alleingelassen.

Sie wenden sich an die UPD und wünschen sich klare Empfehlungen, wie sie in ihrer individuellen Situation vorgehen sollen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater recherchieren neutrale und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu dem jeweiligen Thema, nennen geeignete Quellen und besprechen die Inhalte mit den Ratsuchenden. Sie unterstützen die Ratsuchenden dabei, ihre eigenen Wünsche, Vorstellungen und Ängste zu formulieren. Dabei setzen sie sogenannte Faktenboxen und Entscheidungshilfen ein, sofern es diese gibt. Faktenboxen stellen evidenzbasierte Informationen zu einem Thema übersichtlich dar, zum Beispiel in einer Tabelle oder Grafik. Entscheidungshilfen sind Hilfsmittel, die eine Patientin oder einen Patienten struktu-

riert dabei unterstützen, auf Grundlage verschiedener Gesichtspunkte (zum Beispiel Informationen, persönliche Werte, Ängste und Bedürfnisse) eine Entscheidung zu treffen³⁷.

Die Beraterinnen und Berater versuchen die Ratsuchenden dabei zu unterstützen, dass sie gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen eine für sie passende Entscheidung treffen können (sog. Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung).

³⁷ Beispiele: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Zum Ausfüllen: eine Entscheidungshilfe. Zugriff 24. März 2020. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html>; Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V. Harding-Zentrum für Risikokompetenz · Max-Planck-Institut für Bildungsforschung: Faktenboxen. Zugriff: 24. März 2020. URL: <https://www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen>

Fachlicher Hintergrund

Bei vielen gesundheitlichen Fragen können Betroffene zwischen verschiedenen Behandlungen entscheiden. Dabei gibt es oft kein eindeutiges „richtig“ oder „falsch“ – vielmehr gilt es, Vor- und Nachteile einer Behandlungsmöglichkeit individuell abzuwägen.

Die Beraterinnen und Berater beraten nach dem Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making). Alle medizinischen Berater und Beraterinnen sind in diesem Konzept geschult. Shared Decision-Making ist eine Form der Arzt-Patienten-Kommunikation. Der Ansatz sieht vor, Informationen auszutauschen und eine Entscheidung gemeinsam und gleichberechtigt zu treffen. Der Arzt oder die Ärztin bezieht seinen Gesprächspartner oder seine Gesprächspartnerin in alle wichtigen Aspekte mit ein. Der Patient oder die Patientin wiederum bespricht seine oder ihre Anliegen, Vorlieben oder Bedenken offen. Ziel ist es, gemeinsam zu entscheiden, welche medizinische Behandlung für den Patienten oder die Patientin richtig und angemessen ist. Dass Shared Decision-Making positive Effekte hat, ist

nachgewiesen. In Umfragen wünscht sich mehr als jeder zweite Betroffene (55 Prozent) eine gemeinsame Entscheidungsfindung³⁸.

Die UPD sieht ihren Beitrag zum Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung darin, die Ratsuchenden durch die Vermittlung evidenzbasierter Informationen zu unterstützen. In der Beratung werden Handlungsalternativen aufgezeigt und Nutzen und Risiken der unterschiedlichen Möglichkeiten erläutert. Darüber hinaus unterstützen die Berater und Beraterinnen Ratsuchende, sich über ihre Erwartungen, Befürchtungen und Präferenzen bezüglich der verschiedenen Möglichkeiten klar zu werden und diese zu formulieren. Sie thematisieren auch, ob Ratsuchende an der Entscheidung beteiligt werden möchten oder diese lieber dem Arzt oder der Ärztin überlassen möchten. Die letztendliche Entscheidungsfindung oder direkte Handlungsempfehlungen sind nicht Gegenstand der UPD-Beratung, sondern erfolgen im direkten Gespräch mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen.

FAZIT

Mündige Versicherte und aufgeklärte Patienten und Patientinnen und die Steigerung der Gesundheitskompetenz sind ein explizites Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland. Der Alltag sieht nach wie vor häufig anders aus: Vielen Menschen fällt es schwer, medizinische Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen zu wählen oder zu entscheiden, ob sie eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen möchten. Hierfür gibt es unterschiedliche Ursachen. Oft empfinden Betroffene es als schwierig, gute Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen,

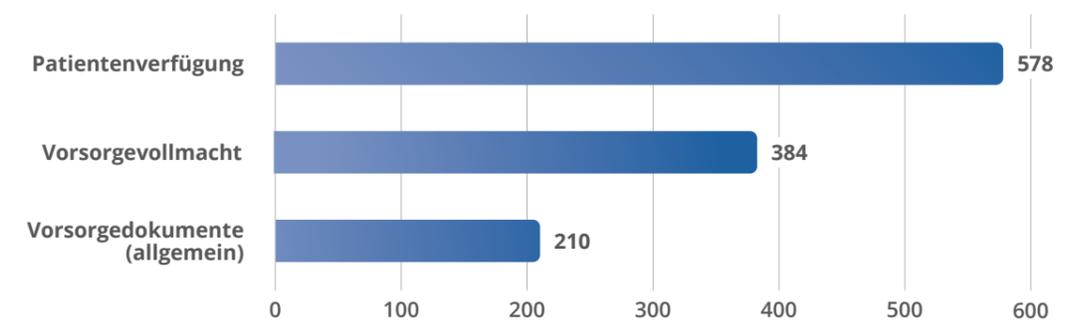
zu bewerten und für sich anzuwenden. Ärztinnen und Ärzten fehlt zum Teil die Zeit, das Interesse oder die kommunikativen Fähigkeiten für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Das Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung kann nur umgesetzt werden, wenn es auf allen Ebenen Eingang in die medizinischen Versorgungsstrukturen findet. Neutrale, evidenzbasierte und verständliche Informationen müssten leichter auffindbar sowie vor und in den entscheidungsrelevanten Situationen zum Beispiel in der Arztpraxis oder im Krankenhaus verfügbar sein.

8.11 Vorsorgedokumente und Palliativversorgung

Vorsorgedokumente sind ein häufiges Thema in der Beratung der UPD. Auch im Jahr 2019 hatten Ratsuchende hierzu weiterhin viele Fragen, in den meisten Fällen zu Patientenverfügungen. Große Unsicherheit bestand darüber, wie Patientenverfügungen formuliert werden können,

damit sie von Ärztinnen und Ärzten umgesetzt und befolgt werden. Insgesamt hat die UPD 2019 1.172 Mal zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht beraten und über Vorsorgedokumente informiert.

Die häufigsten Themen in der Beratung zu Vorsorgedokumenten



Die meisten Fragen im Bereich Vorsorgedokumente hatten die Ratsuchenden zur Patientenverfügung.

Ein Thema, das insbesondere Patienten und Patientinnen mit unheilbarer, fortgeschrittener Erkrankung und ihre Angehörigen beschäftigt, ist die Palliativversorgung: In 307 Beratungen informierten sich die Ratsuchenden bei der UPD zum Beispiel zu den Möglichkeiten einer Hospiz-

versorgung oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dabei zeigte sich, dass der Informationsbedarf der Betroffenen sehr hoch ist und viel zu wenig über die Möglichkeiten und Ansprüche im Zusammenhang mit der Palliativversorgung bekannt ist³⁹.



³⁹ Mögliche Informationsquellen: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland, Zugriff: 14. April 2020, URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/wegweiser-hospiz-und-palliativversorgung-deutschland.html>; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Letzte Wege - Wenn das Leben Abschied nimmt, Stand: Juni 2019, Zugriff: 14. April 2020, URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/letzte-wege---wenn-das-leben-abschied-nimmt/135182>

³⁸ Stiftung Gesundheitswissen. Auf Augenhöhe mit dem Arzt? Warum Sie von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung profitieren. Zugriff: 24. März 2020. URL: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/patient-arzt/patient-und-partner>

IM FOKUS:

Palliativversorgung – Betroffene kennen ihre Ansprüche nicht

„Meine Mutter befindet sich im Endstadium ihrer Krebserkrankung. Sie will nicht im Krankenhaus sterben, am liebsten zu Hause. Ich bin berufstätig, würde ihr aber gerne in dieser Zeit helfen. Sie braucht doch gerade jetzt jemanden an ihrer Seite, der ihr nahesteht. Das ist für mich auch nicht einfach. Gibt es irgendjemanden, der mich unterstützt? Habe ich die Möglichkeit, eine Weile nicht zu arbeiten?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Ihre Angehörigen befinden sich in der letzten Lebensphase und sie möchten sie dabei begleiten, würdevoll und in gewohnter Umgebung zu sterben. Die Ratsuchenden wünschen sich Unterstützung dabei, die Begleitung und intensive Pflege zu organisieren. Andere Ratsuchende berichten von Angehörigen, die keine lebenserhaltenden Maßnahmen

mehr wünschen, aber ohne Schmerzen sterben möchten. Die Ratsuchenden haben Angst um ihre Angehörigen, wünschen sich für sie eine angemessene Behandlung und möchten ihnen beistehen. Sie sind verzweifelt und überfordert, fühlen sich alleingelassen und hilflos. Sie fragen bei der UPD, wer ihnen helfen kann.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Berater und Beraterinnen erläutern den Ratsuchenden die verschiedenen Formen der Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Sie erklären ihnen, unter welchen Voraussetzungen Betroffene diese Ansprüche geltend machen können und welche Ansprüche sie gegenüber der Krankenkasse haben. Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden, dass sie in einer Patientenverfügung auch konkret formulieren können, welche

ärztlichen Maßnahmen und Eingriffe sie wünschen und unter welchen Bedingungen auf ärztliche Maßnahmen verzichtet werden soll, wenn sie selbst ihren Willen nicht mehr äußern können. Ergänzend weisen sie darauf hin, dass berufstätige Ratsuchende sich von der Arbeitsleistung freistellen lassen können, wenn diese einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase begleiten möchten.

Fachlicher Hintergrund

Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist es, schwerkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase beizustehen, Schmerzen und andere Symptome zu lindern, die bestmögliche Lebensqualität zu erhalten und ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Dabei steht der kranke Mensch mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt, aber auch Angehörige und nahestehende Personen werden einbezogen. Die palliative Versorgung umfasst körperliche, psychische, soziale und spirituelle Aspekte. Das erfordert ein interdisziplinäres, multiprofessionelles

Vorgehen, in das neben medizinischem Personal zum Beispiel auch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und -begleiter einbezogen werden können.

Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf verschiedene Formen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den bestehenden Angeboten (§ 39b Abs. 1 SGB V). Zur Beratungsleistung gehört auch, dass die Krankenkasse den Versicherten eine Übersicht der Ansprechpartner erstellt, die regional Beratung und

Versorgung zu diesem Thema anbieten. Angehörige und andere Vertrauenspersonen werden in die Beratung mit einbezogen, wenn die Versicherten dies wünschen. Zudem informiert die Krankenkasse Versicherte in allgemeiner Form über Themen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (§ 39b Abs. 2 SGB V). In einer Patientenverfügung können Versicherte unter anderem die gewünschten Schmerz- und Symptombehandlungen am Lebensende bestimmen.

Die Krankenkassen informieren über verschiedene Formen der Hospiz- und Palliativversorgung. Hierzu gehören zum Beispiel:

1. Palliativmedizinische Versorgung in der ambulanten und stationären Regelversorgung.

2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (kurz: SAPV, § 37b SGB V):

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Anspruch auf SAPV. Voraussetzung ist, dass sie eine begrenzte Lebenserwartung haben und eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Diese Form der Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Ziel der SAPV ist, dass die Versicherten in ihrer vertrauten Umgebung (zum Beispiel Haushalt, Familie oder stationäre Pflegeeinrichtung) betreut werden.

3. Ambulante Hospizleistungen (§ 39a Abs. 2 SGB V):

Wenn die Versicherten zum Beispiel zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung sind, können ambulante Hospizdienste für sie eine ehrenamtliche, qualifizierte Sterbebegleitung sowie eine palliativ-pflegerische Beratung erbringen. Hier begleiten die Hospizdienste die Versicherten und ihre Angehörigen geistig-seelisch, nicht aber medizinisch. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern ambulante Hospizdienste, indem sie Personal- und Sachkosten bezuschussen.

Voraussetzung ist, dass die Hospizdienste mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten sowie Ärzten und Ärztinnen zusammenarbeiten und unter der Verantwortung einer fachlich qualifizierten Person stehen.

4. Stationäre Hospizleistungen (§39a Abs. 1 SGB V):

Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer Versorgung in Hospizen, in denen Patienten und Patientinnen palliativ betreut werden. Die Voraussetzungen sind:

- die Versicherten können in ihrem Haushalt oder ihrer Familie nicht versorgt werden
- es ist von einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten auszugehen
- es bedarf keiner Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und
- eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung im Haushalt oder der Familie der Versicherten kann nicht erbracht werden.

Die stationäre Hospizversorgung gibt es auch für Kinder.

5. Auch die häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ambulante Palliativversorgung (37 Abs. 2b2b SGB V).

Beschäftigte haben außerdem einen Anspruch gegen ihren Arbeitgeber auf Freistellung von der Arbeitsleistung, wenn sie einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase mit palliativ-medizinischer Behandlung begleiten (§ 3 Abs. 6 und § 4 Abs. 3 Pflegezeitgesetz). Dieser Anspruch besteht für längstens drei Monate.



FAZIT

Viele Ratsuchende wissen nicht, dass Versicherte einen Anspruch auf Hospiz- und Palliativversorgung sowie auf Information und Hilfestellung unter anderem durch die Krankenkassen haben. Die Ratsuchenden – sowohl die Betroffenen als auch deren An-

gehörige – kennen diese Rechte nicht und wissen auch nicht, welche Formen der palliativen Versorgung es in Deutschland gibt. Betroffene und deren Angehörige fühlen sich hilflos und verloren und brauchen gerade in dieser Phase ihres Lebens Unterstützung.

8.12 Zahnmedizin

Im Jahr 2019 hat die UPD 4.763 mal zu Themen rund um die zahnmedizinische Versorgung beraten. Viele Beratungsthemen stellten sich im Vergleich zu den Vorjahren unverändert dar.

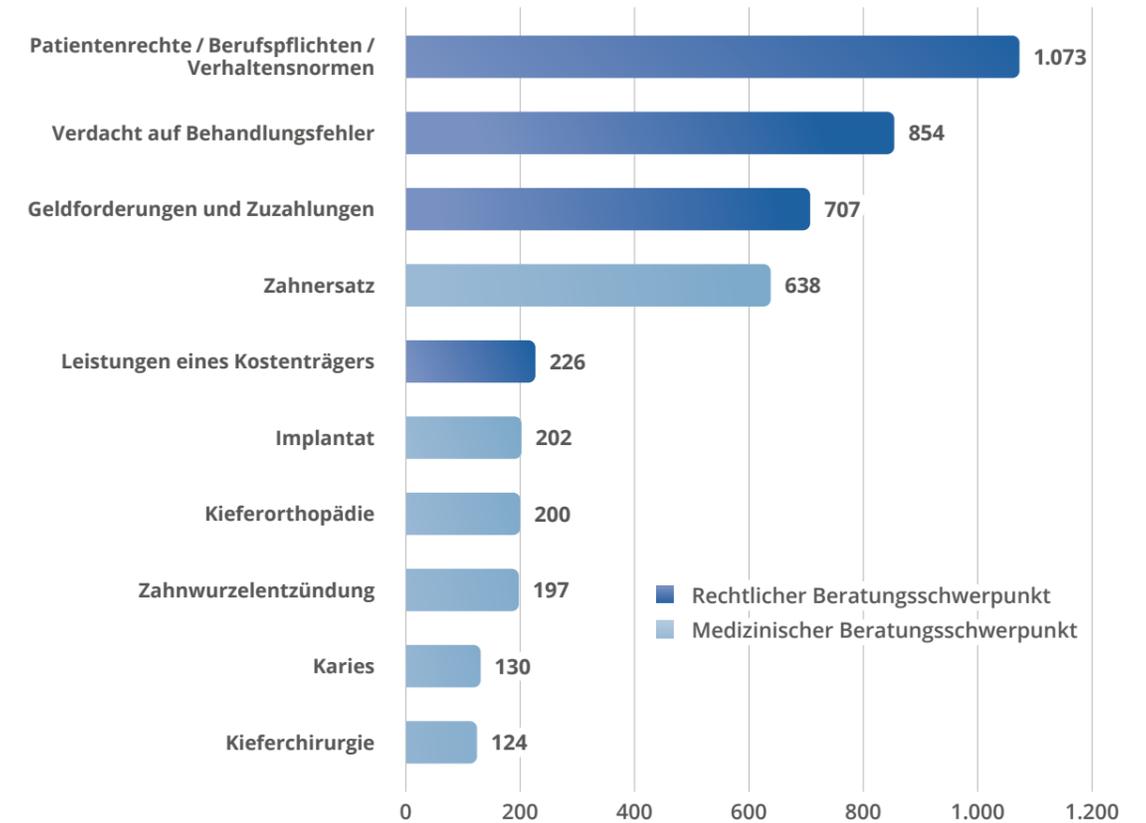
Rechtliche Fragen (3.012 Beratungen) in diesem Zusammenhang betrafen vor allem Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen sowie Geldforderungen und Zuzahlungen. Hier standen die bekannten Probleme im Vordergrund, dass Ärztinnen und Ärzte ihrer Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung nicht nachkamen und im Heil- und Kostenplan angegebene Beträge in der tatsächlichen Zahnarztrechnung erheblich überschritten. Zudem ging es häufig um Gewährleistung bei mangelhaftem Zahnersatz. Diese Themen wurden bereits im Monitor Patientenberatung aus den Jahren 2017 und 2018 ausführlich beschrieben (siehe Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.4.2, S. 82 ff; Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.2.2, Seite 68 ff.). Auch der Verdacht auf Behandlungsfehler spielte in der zahnmedizinischen Beratung eine große Rol-

le (siehe Kapitel 8.2: „Exkurs: Behandlungsfehler beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin“).

Medizinische Fragen (1.751 Beratungen) drehten sich um Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsverfahren und um Risiko und Nutzen einzelner Maßnahmen. Dies betraf vor allem Bereiche, in denen viele Leistungen privat zu zahlen sind, zum Beispiel bei Implantaten und in der Kieferorthopädie (siehe Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.2.2, Seite 68 ff.). In den Bereichen Kieferorthopädie und Wurzelkanalbehandlung fühlten sich viele Ratsuchende nicht ausreichend über die Möglichkeit der Regelversorgung informiert. Auch die Fragen, welchen Nutzen die professionelle Zahnreinigung hat und ob die Krankenkasse Kosten für diese übernimmt, waren weiterhin relevant (139 Beratungen). Dies galt insbesondere im Kontext einer Parodontose-Behandlung (siehe Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.2.4, Seite 85; Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.2.2, Seite 71).



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



Die zahnmedizinische Beratung ist stark von Fragen zu Patientenrechten und dem Verdacht auf Behandlungsfehler geprägt.

IM FOKUS:

Wenn ältere Menschen zahnmedizinisch überversorgt werden

„ Ich bin 82 Jahre alt und gesundheitlich zum Glück noch recht fit. Allerdings habe ich keine Zähne mehr im Oberkiefer. Mein Zahnarzt sagt, eine herausnehmbare Zahnprothese würde bei mir eh nicht halten, weil der Knochen schon so abgenutzt ist. Er schlägt stattdessen Implantate vor, eine teure Angelegenheit. Gibt es eine Alternative? “

Das berichten Ratsuchende

Ältere Ratsuchende berichten: Bei ihnen ist eine umfassende und teure Zahnersatzbehandlung geplant. Ihre Zahnärzte und Zahnärztinnen hätten ihnen von der Versorgung mit einer konventionellen Vollprothese von vornherein abgeraten und Implantate angeboten. Einige Ratsuchende berichten von bis zu acht geplanten Implantaten je Kiefer. Die Ratsuchenden haben nicht genau

verstanden, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Weil sie nur eingeschränkt mobil sind oder auf dem Land wohnen, sehen sie sich außer Stande, eine zweite zahnärztliche Meinung einzuholen. Sie sind vor allem wegen der hohen Kosten verzweifelt. Sie fühlen sich mit der Entscheidung überfordert und wenden sich an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Berater und Beraterinnen erläutern den Ratsuchenden die verschiedenen Möglichkeiten des Zahnersatzes und die jeweiligen Vor- und Nachteile. Die Zahnärzte und -ärztinnen der UPD informieren Ratsuchende zu den verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung und unterstützen sie dabei, eigene Bedürfnisse bezüglich der Versorgung zu formulieren. Auch auf die Möglichkeit, sich eine weitere Einschätzung zu ho-

Fachlicher Hintergrund

Die konventionelle Versorgung des zahnlosen Kiefers ist eine schleimhautgetragene Totalprothese⁴⁰. Alternativ können Zahnärzte und -ärztinnen Zahnimplantate einbringen, an denen dann feste oder herausnehmbare Prothesen befestigt werden. Mit den konventionellen Prothesen haben viele Menschen Probleme beim Kauen oder Sprechen oder bekommen Druckstellen. Aber auch Implantate haben Nachteile und Risiken. Vielen Patienten und Patientinnen ist zum Beispiel nicht bewusst, dass schwere chronische Erkrankungen wie ein nicht gut eingestellter Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen mit einem höheren Risiko für einen Implantatverlust einhergehen. Der im Alter häufige Knochenabbau, der bei der konventionellen Prothese Schwierigkeiten macht, kann auch die Implantatversorgung erschweren.

len, weisen die Berater und Beraterinnen hin. Dafür können die Ratsuchenden zum Beispiel das Zweitmeinungsmodell der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nutzen. Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden, dass ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin mit der Zusatzbezeichnung Senioren Zahnheilkunde ein guter Ansprechpartner sein kann.

Die Leitlinie „Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers“ enthält klare Empfehlungen, dass Zahnärzte und -ärztinnen die Patientinnen und Patienten über Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungsformen, aber auch über die Kostenunterschiede der verschiedenen Versorgungsformen und Alternativtherapien aufklären müssen. Darüber hinaus heißt es: „Besondere Beachtung sollte betagten und hochbetagten Patienten bezüglich einer bestmöglichen Lebensqualität gelten. Dabei sollten nicht nur die implantatologischen und augmentativen Möglichkeiten zur Therapieentscheidung herangezogen werden, sondern bei multimorbiden, geriatrischen Patienten auch ein Abwägen hinsichtlich der Lebenserwartung erfolgen. In diesem Zusammenhang sollte die multipharmakologischen Medikation, das Lebensalter und die Belastungsfähigkeit des einzelnen Patienten bezüglich einer chirurgischen Intervention ausreichend berücksichtigt werden.“

FAZIT

Der demografische Wandel der Gesellschaft ist auch in der Zahnmedizin spürbar. Die prothetische Versorgung zahnloser Kiefer ist ein häufiges Versorgungsproblem. In Leitlinien und im Patientenrechtegesetz ist die Aufklärungspflicht der Zahnärzte und -ärztinnen klar geregelt. In der Beratung zeigt sich al-

lerdings, dass sie diese Pflicht im zahnmedizinischen Alltag oft nicht umsetzen. Gerade ältere Menschen haben oft Schwierigkeiten, diese Rechte einzufordern, um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

⁴⁰ Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI), Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). S3-Leitlinie (Langversion) Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers. Stand: November 2014, gültig bis November 2019, Leitlinie zurzeit in Überarbeitung. Zugriff: 24. März 2020. URL: https://www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/implzahnloseroklang_01.pdf

IM FOKUS:

Vollnarkose bei Kindern – ein beunruhigender Trend

„Mein 6-jähriger Sohn muss wegen Karies eine Zahnbehandlung kriegen. Da er große Angst hat, schlägt der Zahnarzt eine Behandlung in Vollnarkose vor. Ich bin unsicher, wahrscheinlich ist es für meinen Sohn angenehmer, aber ich habe auch Angst wegen der Narkose. Was würden Sie mir raten?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Bei ihren Kindern ist eine Zahnbehandlung in Vollnarkose geplant und sie sind unsicher, ob die Narkose nötig und sinnvoll ist. Eltern haben zum Teil das Gefühl, dass der Zahnarzt oder die Zahnärztin dieses Vorgehen hauptsächlich empfiehlt, um selbst Zeit zu sparen. Manche Zahnärzte und -ärztinnen lehnen die Behandlung ohne Vollnarkose von vornherein ab. Die Zahnärzte und -ärztinnen erklären den

Ratsuchenden dabei häufig nicht, welche Risiken eine Narkose mit sich bringt. Manche Ratsuchende berichten auch, dass sie die Kosten für die Narkose zunächst selbst übernehmen sollen und sie sich nach der Operation von der Krankenkasse erstatten lassen sollen. Ratsuchende wenden sich in dieser Situation an die UPD und möchten wissen, ob dieses Vorgehen richtig ist.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden die unterschiedlichen Methoden, mit denen man die Schmerzen bei zahnärztlichen Maßnahmen reduzieren kann sowie die jeweiligen Vor- und Nachteile. Ferner klären sie über die Risiken einer Vollnarkose auf. Sie ermutigen die Ratsuchenden, andere Möglichkeiten aus-

zuprobieren, um gemeinsam mit ihrem Kind die Zahnbehandlung durchzustehen. Sie weisen die Ratsuchenden darauf hin, dass die Praxis die Leistung direkt mit der Krankenkasse abrechnen kann, wenn die Narkose medizinisch notwendig ist.

Fachlicher Hintergrund

Die Behandlung von Kindern ist oft eine zahnärztliche Herausforderung, aber auch für die Eltern anstrengend. Viele Kinder haben Angst vor der Behandlung und wehren sich dagegen. Ebenso wie bei Erwachsenen wird aber auch bei Kindern in der Regel eine Lokalanästhesie verwendet, um Schmerzen bei zahnmedizinischen Behandlungen zu vermeiden. Die Vollnarkose (Intubationsnarkose) ist nur dann indiziert, wenn auf anderen Wegen eine adäquate Behandlung nicht möglich ist. Dies kann zum Beispiel bei geistig behinderten Kindern mit starkem Kariesbefall der Fall sein. Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten, Kindern die Angst vor dem Zahnarzt zu nehmen und eine Behandlung auch ohne Vollnarkose zu ermöglichen. Hierzu gehört zum Beispiel, dass der Zahnarzt



oder die Zahnärztin sich dem Kind zuwendet und dabei geduldig bleibt, es psychologisch geschickt ablenkt und die Eltern einbindet. Außerdem kann er oder sie die Diagnostik und Behandlung auf mehrere Sitzungen verteilen, dem Kind vor der Operation Beruhigungsmittel geben oder Hypnose einsetzen.

Wünschen Eltern eine Vollnarkose, obwohl diese nicht medizinisch indiziert ist, müssen sie diese privat bezahlen. Wenn eine Vollnarkose medizinisch notwendig ist, übernimmt hingegen die Krankenkasse die Kosten.

FAZIT

In der Zahnheilkunde haben UPD-Berater und -Beraterinnen im Berichtsjahr 2019 zunehmend Fragen zu kinderzahnärztlichen Behandlungen in Vollnarkose registriert. Aus Patientenberatungssicht sollte dieses Thema kritisch beobachtet werden. Eltern wünschen oft für ihre Kinder die beste Be-

handlung. Sie sind dabei empfänglich für Werbebotschaften und oft auch bereit, viel Geld für vermeintlich bessere Behandlungen zu bezahlen. Aus medizinischer Sicht sollte eine Narkose jedoch nur das Mittel der letzten Wahl sein.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AMK	Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker
ATC-Klassifikation	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
CBD	Cannabidiol
DMP	Disease Management Programm
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSGVO	Europäische Datenschutzgrundverordnung
ESBL	Extended-Spectrum-Betalaktamasen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MRGN	Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien
MRSA	Methicillinresistenter Staphylococcus aureus
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung der Selbsthilfe
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SEA	Search Engine Advertising (Suchmaschinenwerbung)
SEO	Search Engine Optimization (Suchmaschinenoptimierung)
SGB I	Erstes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB X	Zehntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken

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

Das Beratungsangebot der UPD: Bürgernah, erreichbar und qualifiziert

Telefonische Beratung

Beratung in deutscher Sprache:

Tel.: 0800 0117722

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

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

Beratung in türkischer Sprache:

Tel.: 0800 0117723

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

Beratung in russischer Sprache:

Tel.: 0800 0117724

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

Beratung in arabischer Sprache:

Tel.: 0800 33221225

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

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

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