

**Unabhängige
Patientenberatung
Bremen**



Tätigkeitsbericht

2004

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Tätigkeitsbericht 2004

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Die Unabhängige Patientenberatung im Jahr 2004	2
II. Die allgemeine Beratungstätigkeit der Patientenberatung im Jahr 2004	3
II.1 Ärztlicher Bereich	4
II.2 Zahnärztliche Fachberatung durch die Zahnärztekammer	9
II.3 Zahnberatung durch die UPB	10
III. Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen	13
III.1 Informationsbedarf	13
III.2 Beschwerden	15
III.3 Qualitätskriterien in der ambulanten Pflege aus Kundensicht	16
IV. Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2004	17

Vorgelegt vom
Vorstand des Vereins
Oktober 2005

Der Verein „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e.V.“ legt nunmehr seinen siebten Jahresbericht vor.

Die Unabhängige Patientenberatung steht **seit dem 1. Januar 1998** für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Im Jahr 2004 waren vier Teilzeitkräfte in der Patientenberatung im engeren Sinne tätig. Herr Moroff als Patientenberater und Frau Dr. Ebbinghaus sowie Frau Ohlrogge als Patientenberaterinnen mit jeweils einer halben Stelle und im Sekretariat Frau Staack mit einer zweidrittel Stelle. Seit Oktober 2002 ist Frau Ihnen mit einer halben Stelle zur Patientenberatung gekommen. Sie ist schwerpunktmäßig für das Modellvorhaben „Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ verantwortlich. Die Beratungsarbeit wird von allen Beraterinnen und Beratern in der gesamten fachlichen Breite wahrgenommen, einschließlich der Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen.

Die Beratungsstelle ist bei **den Gesundheitsinstitutionen in Bremen bekannt**. Die von der Beratungsstelle in Einzelfällen oder auch vor dem Hintergrund genereller Erfahrungen erfolgenden Hinweise werden von den Ärztinnen und Ärzten sowie den Institutionen des Gesundheitswesens überwiegend positiv aufgenommen. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen ist auch bundesweit bekannt.

Die **Zusammenarbeit** von Ärztekammer, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, der Seestadt Bremerhaven, der Zahnärztekammer sowie der Psychotherapeutenkammer bei der Beratung von Patientinnen und Patienten, wie sie in Bremen mit diesem Verein erfolgt, ist in Deutschland nach wie vor einmalig. Die Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung erfolgt auf der Grundlage einer Finanzierungsvereinbarung gemeinsam von allen Partnern des Trägervereins.

Mitglieder des Vorstandes sind:

- als Vorsitzende:
Frau Dr. med. Ursula Auerswald,
Ärztekammer Bremen bis 20.10.2004
- als stellvertretende Vorsitzende:
Herr Walter Eggers,
Krankenhausgesellschaft Bremen
Herr Michael Lempé,
Handelskrankenkasse Bremen
- als Beisitzer:
Herr Dr. med. Martin Götz,
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
Herr Norbert Kaufhold,
AOK Bremen/Bremerhaven

Geschäftsführung: Herr Gerd Wenzel

Die Beratungstätigkeit in **Bremerhaven** ist im Jahr 2004 im vierten Jahr angeboten worden. Das Beratungsangebot wird von den Bremerhavener Bürgerinnen und Bürgern gut angenommen. Die Unabhängige Patientenberatung bietet in Bremerhaven einen Tag pro Woche einen persönlichen Beratungstermin vor Ort an (jeden Dienstag von 11.00 bis 16.00 Uhr). Telefonisch können alle Bremerhavener die Beratungsstelle jeden Tag während der gesamten Öffnungszeiten zum Ortstarif erreichen. Das telefonische Angebot nutzt die Bremerhavener Bevölkerung, wie die Weiterschaltungsprotokolle des Telefons erkennen lassen.

Die **Beratung in zahnärztlichen Fragen** wurde im Oktober 2001 gestartet. In den Räumen der Unabhängigen Patientenberatung findet einmal monatlich eine kostenlose Beratung durch niedergelassene Zahnärzte statt. Die Beratungstermine werden über die Zahnärztekammer organisiert und vergeben. Insgesamt fanden im Jahr 2004 177 zahnärztliche Beratungen statt.

Mitte Oktober 2002 hat das **Modellprojekt zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen** begonnen. Dabei erfolgt die Beratung in Pflegeangelegenheiten von allen Beraterinnen, so wie umgekehrt die im Rahmen des Projekts eingestellte Mitarbeiterin, Frau Ihnen, auch die Beratung in allen anderen Gesundheitsfragen übernommen hat.

Bei den nachfolgenden Texten handelt es sich überwiegend um Erfahrungsberichte der Patientenberater/-innen. Hier wird ein – manchmal auch subjektiv gefärbtes – Resümee über die im Zuge der Beratungsarbeit wahrgenommenen Probleme gezogen. Dabei muss es sich nicht immer um Massenphänomene handeln. Es wird auch über einzelne Fälle berichtet, die besonders auffällig waren. Die Berichte sollen dazu dienen, allgemeine Lehren aus diesen Erfahrungen zu ziehen. Soweit Institutionen oder Personen bei der Beratung und Unterstützung einzelner Patientinnen oder Patienten betroffen waren, sind diese immer in die Lösung der Probleme einbezogen worden.

Aus der folgenden Tabelle 1 lässt sich entnehmen, wer bei der Patientenberatung Informationen und Rat gesucht hat. Erwartungsgemäß sind rund zwei Drittel der anfragenden Personen Frauen.

Tabelle 1: Herkunft der Ratsuchenden im Jahr 2004

Person	Bremen	Bremen Umgebung	Bremerhaven	Bremerhaven Umgebung	Andere	Summe
Institution	141	4	4	1	15	165
Männlich	951	135	127	51	65	1329
Weiblich	2115	262	190	124	173	2779
Prof. Helfer	57	1	3	5	3	69
Ohne Angabe	92	8	9	4	2	115
Summe	3356	410	333	185	173	4457

Im Jahr 2004 sprachen 4.457 Personen die Unabhängige Patientenberatung in insgesamt 5.521 Einzelgesprächen an, in denen teilweise auch verschiedene Themen angesprochen wurden. Dies bedeutet eine **Steigerung der Nachfrage um 969 Personen oder 28%**, nachdem die Zahl der ratsuchenden Menschen bereits im Jahr 2003 um 22% angestiegen war und sie seit Jahren kontinuierlich anwächst. Ursache für den Anstieg im Jahr 2004 war vor allem die am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsreform mit vielen Fra-

gen zur Praxisgebühr und zu Zuzahlungen. Aber auch im Rahmen des Modellvorhabens zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen haben sich mehr Betroffene gemeldet als im Jahr zuvor.

Aus der folgenden Tabelle lässt sich entnehmen, in welcher Art und Weise die Anfrage erfolgte. Dabei ist zu erkennen, dass gut 80% aller Anfragen telefonisch erfolgen.

Tabelle 2: Art und Weise der Beratung im Jahr 2004

Beratungsart	Bremen	Bremen Umgebung	Bremerhaven	Bremerhaven Umgebung	Weiter weg / unbekannt	Summe
telefonisch	3382	421	312	191	163	4469
persönlich + telefon.	368	38	53	15	5	479
persönlich	266	21	28	7	6	328
schriftlich	164	11	5	5	13	198
schriftlich + telefon.	26		2	2	3	33
außer Haus	14					14
Summe	4220	491	400	220	190	5521

II. Die allgemeine Beratungstätigkeit der Patientenberatung im Jahr 2004

Auch im Jahr 2004 nahm die **allgemeine Beratungsarbeit** der UPB für den einzelnen ratsuchenden Patienten den größten Raum ein. Aus den nachfolgenden Zahlen ergibt sich ein quantitativer Überblick über die Zahl der von den Ratsuchenden angesprochenen Themen.

Aus diesen Zahlen lässt sich ersehen, mit welchen Fragen und Problemen sich die Patientinnen und Patienten an die Beratungsstelle wenden.

Tabelle 3: Themen der allgemeinen Beratung im Jahr 2004

Allgemeine Beratung	
Fragen nach Fachausrichtung, Schwerpunkt oder Arzt	393
Zuzahlungen und Befreiungen	347
Fragen zur Verordnungsfähigkeit bestimmter Verfahren/ Medikamente, Heil- und Hilfsmittel; IgeL-Leistungen	338
gesetzliche Vorgaben	337
Umgang mit Pat. in einer Institution (z.B. Krankenkasse, Behörde)	323
Fragen nach diagnostischen/ therapeutischen Verfahren	318
Haftpflchtprobleme	309
Umgang mit Pat. in der Praxis(ambulant)	304

Allgemeine Beratung	
kein Rückrufkontakt möglich, Termin abgesagt	211
Betreuungsrecht	198
Fragen nach einem Krankenhaus. bzw. -abteilung oder einer	186
Fragen zu psych./ psychosomatischen Störungen/ Psychotherapie	163
Broschüren	149
Fragen nach Krankheiten	141
Gebührenordnungsfragen	135
Anfragen aus dem öffentlichen Raum	134
Umgang mit Patienten im Krankenhaus (stationär)	114
Recht auf eigene Unterlagen	104
Fragen zur UPB	86
Allgemeine Lebensberatung	71
Fragen nach Medikamenten	70
Fragen zur Psychiatrie	60
Organisationsprobleme in Praxis niedergelassener Ärzte	31
Organisationsprobleme im Krankenhaus	26
Arztkontakte/ Reaktionen auf Nachfragen der UPB	23
Kontakte ins Gesundheitssystem	23
Ärztlicher Notfalldienst	17
Schweigepflicht	7

II.1 Ärztlicher Bereich

Röntgenleistungen

Im Jahr 2004 entstand der Eindruck, dass sich in der ambulanten Versorgung mit Röntgenleistungen etwas geändert habe. Immer häufiger wurden wir darauf angesprochen, dass kurative Röntgenleistungen nicht kurzfristig ausgeführt werden konnten, sondern Wartezeiten von sechs und mehr Wochen hinzunehmen waren. Für Patienten, bei denen auf Grund ernster Krankheiten die Röntgenuntersuchung wesentlich ist, bedeutet das eine kaum zumutbare Wartezeit. Die Berichte von Patienten, die allerdings selten sehr präzise waren und bei denen wir leider meistens keine Genehmigung hatten, das Problem im Auftrag des Patienten direkt zu klären, wurden aber verstärkt durch mündliche Hinweise aus der Ärzteschaft, dass es zunehmend schwerer werde, Patienten in angemessener Zeit röntgen zu lassen. Das Problem wurde Anfang 2005 mit der Kassenärztlichen Vereinigung besprochen, die sich mit einem Rundbrief an die Radiologen wandte und um zügige Behandlung von Notfällen bat. Ob sich damit das Problem erledigt, scheint fraglich, da es sich vermutlich – wie ein Radiologe uns mündlich mitteilte – um ein Mengen- und Geldproblem handelt. Zum einen würden vermehrt Patienten als Notfälle deklariert - was sich nicht immer als Tatsache herausstelle - als die Bremer Praxen innerhalb ihrer Sprechzeiten behandeln können, zum anderen sei aber auch der Topf, aus dem radiologische Leistungen finan-

ziert würden, trotz größerer Veränderungen im Leistungsgeschehen der Radiologie seit Jahren unverändert geblieben, was bereits Praxen in finanzielle Schwierigkeiten gebracht habe.

IgeL-Leistungen

Nach wie vor sind die IgeL-Leistungen (privat zu zahlende individuelle Gesundheitsleistungen) ein Thema, hier allem voran die augenärztliche Heidelberger Retina-Tomografie. Immer wieder befragten uns Patienten nach dem Sinn dieser Untersuchung. Auf Befragen teilten sie mit, dass sie kaum oder auch gar nicht über den Sinn und Zweck dieser ihnen angedienten Leistung unterrichtet seien. Erst nachdem sie die Praxis ihres Augenarztes verlassen hätten, seien ihnen Zweifel und Fragen gekommen, die sie jetzt bei uns zu klären suchten. Die Patientenberatung hat sich daraufhin an den Medizinischen Dienst – Spitzenverband – (MDS) über den hiesigen MDK gewandt, da seitens des MDS einige für Patienten hilfreiche Informationen zu Therapieverfahren ins Netz gestellt worden waren. Hier wäre es hilfreich, eine ärztlich neutrale Beurteilung des Verfahrens zu erhalten, die man den Patienten an die Hand geben könnte, damit sie ihre Entscheidung zur Teilnahme oder Nichtteilnahme gut informiert treffen können. Denkbar wäre es auch, dass das mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen derartige Informationen verfassen würde.

Neben diesen Untersuchungen sind es aber auch andere Verfahren, die bei uns nachgefragt werden. Auch hier gilt oft, dass die Patienten sich schlecht oder gar nicht informiert fühlen. Hier können gynäkologische Verfahren (zusätzliche Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, Ultraschalluntersuchung der Brüste und weiteres), PSA-Test (bzw. erweiterte Vorsorge einschließlich rektalem Ultraschall) in der Vorsorge der Männer genannt werden.

Kassenrechtlich müsste bei Kassenpatienten jeweils ein schriftlicher Vertrag zwischen Arzt und Patient abgeschlossen werden, wenn ein Arzt neben der vertragsärztlichen Behandlung privat zu zahlende Behandlungen anbietet. Auch diese Forderung wird nicht immer eingehalten. Stattdessen kommen Patienten mit Quittungen, die kaum erkennen lassen, wofür gezahlt wurde. Oftmals werden nur pauschale Summen quittiert, ohne dass zu erkennen ist, ob Leistungen nach GOÄ berechnet wurden, welche Leistungen und mit welchem Steigerungsfaktor. In seltenen Fällen bestand auch der Verdacht, dass gleiche Leistungen am selben Tag sowohl kassenrechtlich als auch privat abgerechnet wurden (z.B. die Beratungsleistungen, die sowohl kassenrechtlich als auch noch einmal nach GOÄ-Ziffer 1 oder 3 privat abgerechnet werden). Über die KV erfolgte hier in Einzelfällen eine Überprüfung, nachdem ein Patient sich gemäß § 305 SGB V einen Überblick verschafft hatte, was sein Arzt kassenrechtlich für ihn abgerechnet hatte.

Haftung und Aufklärung

Viele Beratungsgespräche gehen mindestens teilweise um die Frage, ob ein Arzt oder eine Klinik für eine Behandlung haften müsse. Auch hier zeigt sich im Gespräch sehr oft, dass die Aufklärung nur wenig Spuren bei den Patienten hinterlassen hat. Oft wird berichtet, dass ein mündliches Gespräch mit einem Arzt nicht stattgefunden habe, vielmehr habe man von einer Mitarbeiterin einen Bogen erhalten, den man habe unterzeichnen müssen. Und auch, wenn es ein Gespräch mit einem Arzt gegeben hat, wird offenbar wenig auf Probleme und Risiken eingegangen (natürlich werden solche Gesprächsteile auch gern überhört), vielmehr wird eher auf die Begrenztheit des Risikos hingewiesen. Wenn dann doch nicht alles glatt verläuft, ist das Erstaunen umso größer, dass es ja auch noch die aufgeklärten Risiken gebe, die zu Lasten des Patienten gehen, wenn sie eintreten. Über Risiken scheint eigentlich gar nicht gesprochen worden zu sein, aber sie stehen in der schriftlichen Aufklärung – trotz des beim Patienten entstandenen Eindrucks, es gehe eigentlich nie etwas schief und es gebe eigentlich keine Risiken.

Aus unseren Gesprächen gewinnen wir nach wie vor den Eindruck, dass eine korrekte Information und Aufklärung von Patienten offenbar für Ärzte und Kliniken eher zu den lästigen Aufgaben gehört und selten zufriedenstellend wahrgenommen wird. Noch immer kommt es im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich (hier nach wie vor in liegender Position auf dem Behandlungsstuhl) zu Situationen, wo erst direkt vor dem Eingriff „aufgeklärt“ wird und unterschrieben werden soll, obwohl der Eingriff planbar war und ausreichend Zeit vorher zur Verfügung stand.

GKV-Modernisierungsgesetz

Bereits im vierten Quartal 2003 waren die ersten Vorboten dieses Gesetzes zu spüren in Form von verstärkter Verunsicherung bei den Patienten, aber auch bei den Ärzten und anderen Leistungserbringern. Ab Januar 2004 schwollen die Anfragen an und erreichten erst in der Mitte des Jahres wieder ein „normales“ Maß. Nach einem halben Jahr machten wir eine Zwischenauswertung.

Die ersten Tage und Wochen des Jahres 2004 waren chaotisch. Patienten wussten nicht Bescheid, Ärzte wussten nicht Bescheid, Krankenkassenmitarbeiter wussten nicht Bescheid - wussten wir Bescheid? Wir hatten zwar versucht, uns gut vorzubereiten. Aber wie konnte man sich gut vorbereiten, wenn das Gesetz erst Ende Dezember 2003 im Bundesgesetzblatt verkündet wurde, aber schon am 1.1.2004 in Kraft trat? Zwar war vieles ja schon eine Weile in der Debatte, aber manches veränderte sich im Gesetzgebungsverfahren bis zur letzten Minute, so dass wir doch erst ab Mitte Dezember einigermaßen informiert waren.

Aber nicht nur die kurze Zeit zwischen Verkündigung und Inkrafttreten war ein Problem, auch die im Gesetz befindlichen Ermächtigungen und Übergangsregelungen waren äußerst problematisch. Wichtige Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des alten Bundesausschusses fehlten und wurden erst im ersten Quartal des Jahres 2004 erarbeitet. So war das Chaos besonders delikat, wenn es um die Ausnahmeregelung für den Transport zu ambulanten Behandlungen ging, ebenso aber war die Unsicherheit der Menschen groß, die bisher als chronisch krank anerkannt und befreit worden waren. Als besonders problematisch erwies sich die Übergangsregelung des Gesetzes, dass im ersten Quartal 2004 Ärzte nach eigener Einschätzung verordnen dürften, weil die Richtlinie für Medikamente, die nicht rezeptpflichtig sind, aber

zur Standardtherapie einer schwerwiegenden Erkrankung gehören, noch fehlten und erst zum 1.4.2004 in Kraft traten.

Die Transportfragen wurden schnell akut, ebenso die Frage, welche nicht rezeptpflichtigen Medikamente noch zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden dürfen. Unser Eindruck ist sicher einseitig, denn bei uns meldeten sich nicht diejenigen, die bei diesen Problemen zusammen mit ihren Ärzten befriedigende Lösungen erreicht hatten. Aber wir hatten das Gefühl, in der Ärzteschaft sei überhaupt nicht zur Kenntnis genommen worden, dass es in beiden Bereichen - beim Transport und bei den rezeptfreien Medikamenten - Möglichkeiten auch im neuen Gesetz gab. Ziemlich stereotyp wurde uns berichtet: "das ist ab 1.1.2004 verboten". Und weil man gerade dabei war: auch bei der Verordnung von Heilmitteln wurde gleich ganz ähnlich gehandelt: "das geht nicht mehr!", obwohl die geplante Änderung der Heilmittelrichtlinie dann doch nicht in Kraft trat und im Laufe des ersten halben Jahres auch immer weiter hinausgeschoben wurde. Zum 1.7.2004 trat die veränderte Heilmittelrichtlinie in Kraft, aber bereits seit dem 1.1.2004 wurde mit ihr abwehrend argumentiert.

Die Anerkennung der Menschen mit chronischer Erkrankung verquickte sich naturgemäß mit der Frage der Belastungsgrenze und der Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze. Da viele (zu Recht!) fürchteten, dass ihre Erkrankung u.U. nicht mehr im Sinne des GKV-Modernisierungsgesetzes als chronische Krankheit anerkannt werden könnte, gab es viel Verunsicherung. Mancher, der bisher als chronisch erkrankter Patient befreit war, wird es in Zukunft nicht sein, da er nicht alle Bedingungen erfüllt, die jetzt vorgesehen sind.

Neben der täglichen Arbeit in der Beratungsstelle (am Telefon und bei persönlichen Beratungen in der Beratungsstelle) hat die Unabhängige Patientenberatung eine Reihe von Informationsveranstaltungen in Selbsthilfegruppen und ähnlichen in Bremen und Bremerhaven gestaltet, um über die Änderungen und Konsequenzen durch das Gesetz zu informieren. In aller Eile wurde eine Broschüre erstellt mit dem Titel "Alles frei?", die zunächst fast täglich aktualisiert werden musste, weil auch uns sich fast täglich neue Erkenntnisse ergaben. Die Broschüre wurde stark abgefragt und war und ist auch im Internet einzusehen. Im Januar, nach wenigen Tagen Erfahrungen mit den neuen Regelungen, wurde auf Initiative der Unabhängigen Patientenberatung eine Lesertelefonaktion mit den Bremer Tageszeitungen (Weserkurier, Bremer Nachrichten) organisiert, an der neben einem Vertreter der

Patientenberatung ein Vertreter der Krankenkassen, ein Vertreter der Hausärzte und ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung teilnahmen. Innerhalb von 90 Minuten hatte jeder der Teilnehmer mehr als 30 Gespräche zu führen. Noch Tage nach dieser Veranstaltung riefen Menschen in der Beratungsstelle an, die es nicht geschafft hatten, einen der Teilnehmer zu erreichen.

Das Bild der Nachfragen und Beschwerden veränderte sich seit Januar beständig. Zunächst stand die Praxisgebühr im Vordergrund. Hier war vieles noch nicht eingespielt. Hier gab es aber auch manche Fallkonstellation, die vorher nicht bedacht worden war (die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hatte eine mehrseitige Beispielsammlung an die Praxen verschickt). Aber es gab offenbar auch Sturheit auf beiden Seiten, gespeist oft aus derselben Quelle, aus dem Ärger gegenüber dem Gesetzgeber. Patienten ärgerten sich über die "Abzocke", Ärzte, weil sie sich zur Inkassostelle der Krankenkasse degradiert sahen. Solche Sturheit aus Verärgerung macht dann blind für die Einzelheiten, ob die Quittung aus dem Notfalldienst beim nachfolgenden Arzt anzuerkennen ist oder ob die Praxisgebühr erneut fällig wird, um ein Beispiel möglicher Fälle zu nennen. Aber solche Sturheit seitens der Patienten zeigt sich dann auch darin, dass jemand beratungsresistent wird, weil es nicht mehr darum geht, herauszufinden, wie man jetzt miteinander weiter umzugehen hat, sondern um "alles oder nichts". Unser Verweis auf politische Stellen, bei denen in einem solchen Fall der Protest an der richtigen Stelle wäre, wurde oft höhnisch kommentiert, da man z.B. einer Patientenbeauftragten, die gleichzeitig Mitglied der regierenden SPD-Bundestagsfraktion sei, hier keine Kompetenz zutraute und sich nicht vorstellen konnte, dass sie den Ärger der Menschen gegenüber der Politik angemessen vertreten könne.

Nach der Praxisgebühr rückten die Fragen der Transportrichtlinie und der rezeptfreien Medikamente (einschließlich der jetzt ausgeschlossenen Sehhilfen) immer mehr in den Vordergrund. Aber überraschend schnell wurde auch das Thema Belastung durch Zuzahlungen und Befreiung virulent.

Zuzahlungen und Befreiungen wurden besonders ein Thema für den großen Kreis derer, die nur über sehr begrenzte Barmittel verfügen, also nicht nur Sozialhilfeempfänger, die damit leben mussten, dass die frühere vollständige Befreiung nun nicht mehr galt, sondern auch Heimbewohner, die nur Taschengeld erhalten, und Menschen mit sehr kleinem Einkommen jenseits der Sozialhilfegrenze.

Mancher trug uns glaubhaft vor, sich diese Form der Gesundheit, die mit Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in jedem Fall gekoppelt ist, nicht leisten zu können. Menschen trauten sich nicht zum Arzt, oder Menschen lösten ihre Rezepte und Verordnungen wegen der damit verbundenen Kosten nicht ein. Dazu kommt für diesen Kreis Menschen, dass die Leistungsausschlüsse (rezeptfreie Medikamente, Brillen) sie häufig vor Entweder-oder-Situationen stellen bzw. die Situation der Zuzahlungen verschärft. Mehr als Erläutern und Trösten konnte die Unabhängige Patientenberatung hier zunächst nicht, da die gesetzlichen Regelungen eindeutig sind. Für viele Menschen ärgerlich und nicht nachvollziehbar war auch, dass diese, von ihnen jetzt selbst zu tragenden Lasten wie rezeptfreie Medikamente oder Brillen, nicht wenigstens mit angerechnet werden, wenn es um das Erreichen der Belastungsgrenze geht. Brillen, rezeptfreie Medikamente bleiben außen vor und belasten vollständig zusätzlich.

Aber auch die Befreiung als solche wurde oft nachgefragt. Es wollte einfach nicht in den Kopf, dass zum einen das aktuelle Jahresfamilieneinkommen Grundlage sei (nicht z.B. das des vergangenen Jahres), was theoretisch erst am 31.12. eines jeden Jahres wirklich bekannt ist. Krankenkassen reagierten darum auf frühe Befreiungswünsche vorsichtig. "Wer weiß, ob das wirklich gerechtfertigt ist!" Als zweites aber erregte Erstaunen, dass die Befreiung in jedem Jahr erneut zu beantragen und das gesamte Verfahren mit den dann aktuellen Zahlen neu durchzurechnen ist. Nicht nur Krankenkassen, sondern auch Patienten stöhnten hier über den bürokratischen Aufwand. Und dass viele Menschen auf Grund ihrer persönlichen Umstände kaum in der Lage sind, solche bürokratischen Prozesse anzugehen (Aufbewahren von Quittungen für die verschiedenen Zuzahlungen, Übersicht über die bisher gezahlte Gesamtsumme im Vergleich zu der vermutlich zu zahlenden Belastungsgrenze), dürfte eine Binsenweisheit sein. Besonders wirtschaftlich schwache Menschen werden hier noch einmal erheblich belastet. Wir hörten dann nur, dass man nicht mehr genau wisse, wo der Beleg sei, ob man überhaupt einen erhalten habe, o.ä. Man kann daraus folgern: diese Menschen werden mehr an Zuzahlungen leisten, als sie vom Gesetz her leisten müssten. Es trifft dabei die, die es sich eigentlich nicht leisten können und die die Zuzahlungen nur schwer an anderer Stelle einsparen können.

Zahlenmäßig sah es bei einer Zwischenauswertung, die auf Daten bis Ende Juni zugreifen konnte, so aus, dass bei insgesamt 2908 dokumentierten Gesprächen (747 mehr als im

Vorjahreszeitraum) bei 502 notiert war, es habe sich um ein Problem im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz gehandelt. Nicht immer, wenn es sich um einen Mix aus verschiedenen Problemen bei einem Gespräch handelte, ist aber notiert worden, dass neben einer Frage z.B. zur Haftung auch noch eine Information über Praxisgebühr oder Ähnliches erbeten wurde, so dass es eine erhebliche Dunkelziffer geben dürfte. Das Bedürfnis der Menschen nach Informationen war und ist noch hoch.

Eine weitere Quelle der Verunsicherung wurde in der zweiten Jahreshälfte 2004 wieder durch die Politik gespeist: die zusätzliche Zahnversicherung. Die erste Verwirrung gab es, als Patienten im Frühjahr 2004 von ihren Krankenkassen Angebote zu zusätzlichen Versicherungen, u.a. eben auch Zahnversicherungen, bekamen. Man hatte vielleicht etwas davon gehört, dass "bei den Zähnen" sich etwas ändert und war der Meinung, diese Angebote seien es. Wir mussten häufig erläutern, dass es sich hier um zusätzliche Angebote handele, die nichts mit der Grundversicherung für die Zahnprothetik zu tun habe. Hier werde man vermutlich erst zum Jahresende 2004 Informationen erhalten, da noch nicht klar sei, welcher Betrag für diese Versicherung genau fällig werde und da auch noch nicht alle technischen Einzelheiten dieser Versicherung geklärt seien. Mitte des Jahres 2004 wurde diese Versicherung erneut diskutiert, ob man nicht statt einer monatlichen Pauschale doch besser einen einkommensabhängigen Betrag nehmen sollte. Die Debatte ging hin und her und wurde zusätzlich mit der Versicherung zur Lohnfortzahlung, die eigentlich erst ab 2006 eingeführt werden sollte, verbunden. In der Zwischenzeit ist das entsprechende Gesetz in der zweiten Jahreshälfte 2004 verabschiedet worden. Man kann aber sicher sein, dass zum 1. Juli 2005 die Verwirrung für die Menschen groß sein wird und es sehr intensiver Gespräche bedarf, um diese Verwirrung wieder zu entwirren.

Heilmittelrichtlinie

Bereits im Herbst 2003 war bekannt, dass die Heilmittelrichtlinie überarbeitet werden würde. Allerdings wurde dann das Inkrafttreten der neuen Richtlinie immer wieder hinausgeschoben, schließlich auf den 1. Juli 2004. Trotzdem hatten wir seit etwa Dezember 2003 verstärkt damit zu tun, dass Patienten Heilmittel, die sie bisher auf Grund ihrer Krankheiten z.T. regelmäßig erhalten hatten (wie z.B. Lymphdrainage nach Krebsoperationen) verweigert wurden. Als Grund wurde angegeben, das sei ab sofort nicht mehr möglich oder es müsste zwischen

zwei Verordnungen eine Pause von zwölf Wochen liegen oder es gebe keine Dauerverordnungen mehr. Hier war offenbar vorauseilender Gehorsam zum Schaden der betroffenen Patienten am Werk. Und auch nach der Änderung der Heilmittelrichtlinie waren diese Auskünfte, die bereits vorher gegeben wurden, nicht korrekt. Immer wieder musste darauf hingewiesen werden, dass Verordnungen außerhalb der neu beschriebenen Regeln nach wie vor möglich seien und dass sie ggf. durch die Krankenkasse zu genehmigen seien. Entweder waren Ärzte nicht gut informiert oder sie versuchten, Patienten durch nicht zutreffende Informationen von ihren Wünschen nach Fortsetzung der Therapie wie bisher abzubringen. Obwohl auch die KV Bremen wiederholt darauf hinwies, dass die Heilmittelrichtlinie sich erst zum 1. Juli 2004 verändere, saß die Verunsicherung in der Ärzteschaft offenbar tief. Nach dem 1. Juli 2004 hatten wir es dann mit vielen Anfragen und Beschwerden zu tun. Heilmittel wurden offenbar nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus Angst vor der Heilmittelrichtlinie abgelehnt, manches Mal so, dass der Eindruck entstand, hier würde in Kauf genommen, dass Patienten dadurch einen Schaden erlitten. Interessant war in diesem Zusammenhang, dass viele der Patienten sich zunächst an ihre Krankenkasse gewandt hatten und von dort zu uns verwiesen worden waren. Oftmals war wieder der Satz gefallen, man dürfe sich als Krankenkasse nicht einmischen, das sei Sache zwischen Arzt und Patient. Das ist nur insoweit richtig, als es ein medizinisches Problem ist, ob ein Heilmittel angezeigt ist oder nicht. Wenn aber ein Heilmittel nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus anderen Gründen verweigert wird, dann wäre es an der Kasse zu prüfen, ob der (Vertrags-)Arzt sich in diesem Fall vertragskonform verhält oder nicht. Wer mit seinem Budget argumentiert, wer behauptet, er dürfe nicht verordnen und Ähnliches, verhält sich eindeutig nicht vertragskonform. Wenn dies einer Krankenkasse mitgeteilt wird oder dieses offenkundig ist, müsste sie auf den Arzt zugehen (über die KV), damit er in Zukunft vertragskonform behandelt. Bereits öfter haben wir versucht einzufordern, dass die Krankenkasse sich als Vertragspartner ihrer Mitglieder versteht und entsprechend diese Vertragspartner vertritt, wenn es um Probleme mit dem anderen Vertragspartner Arzt geht. Hier werden Patienten leider oft von ihren Krankenkassen allein gelassen.

Arzt- oder Krankenhaussuche

„Ich suche einen guten Arzt, der spezialisiert ist auf ...“ Ähnliche Fragen sind häufig und zeigen zum einen eine zunehmende Verunsicherung

der Menschen, was die Qualität ärztlicher Leistungen in der Praxis oder im Krankenhaus angeht, zeigen zum anderen aber auch eine oft durch Medien geschürte Hysterie, mit einem bestimmten Krankheitsbild werde nur dieser und jener Spezialist fertig und andere Ärzte würden noch nicht einmal erkennen, dass es sich womöglich um dieses Krankheitsbild handele. Und ob dann ein Spezialist, wenn man ihn dann wirklich finden konnte, „gut“ ist, ist noch einmal eine weitere Frage. Ist der Arzt gut, der vorsichtig und bedächtig, vielleicht sogar ein wenig zurückhaltend mit seinem Spezialkönnen umgeht? Oder ist der gut, der sein spezielles Wissen und Können schnell und kommentarlos anwendet? Ist der gut, bei dem ich begreife, was mit mir ist, oder ist der gut, der es schon richtet, damit ich wieder auf die Beine komme? Was will ich als Patient?

Aber unabhängig von diesen Fragen, die die Beziehungsebene zwischen Arzt und Patienten betreffen, ist natürlich wichtig, Informationen zu erhalten über Ärzte und Krankenhäuser und ihre Versorgungsangebote und ihre Bemühungen, diese Versorgung mit guter Qualität anzubieten. Das Internet könnte hier gute Dienste leisten, wenn es sich bei entsprechenden Eintragungen nicht um zufällige Werte, die mit anderen Ärzten oder Krankenhäusern nicht zu vergleichen sind, sondern um vergleichbare Werte handelt. Hier sollten gerade auch niedergelassene Ärzte deutlicher mitteilen, in welchen Gebieten sie innerhalb ihres jeweiligen Fachgebiets einen Schwerpunkt haben. Diabetiker fragen z.B. häufig danach. Sie suchen neben ihrem Hausarzt einen Arzt, der eine besondere Fachkunde hat. Und ebenso sollte deutlicher angezeigt werden, wer bestimmte qualifikationsgebundene Leistungen erbringt (Beispiel: Knochendichtemessung, Koloskopie, Gastroskopie, usw.), damit ein Patient sich nicht hilflos durchtelefonieren muss. Die Zeiten, dass ein (Haus-)Arzt seinem Patienten sagte, wen er mit dieser Überweisung aufsuchen solle und könne, sind vorbei. Viele Ärzte geben diese Informationen nicht. Vielleicht, weil auch sie selbst über die verschiedensten Leistungen keinen genauen Überblick mehr haben – etwa wenn es sich um Hausärzte aus der fernerer Umgebung Bremens handelt – oder der Patient möchte sich seinen Arzt auch bei einer Überweisung selbst aussuchen. In der Patientenberatung ist darum bereits im Jahr 2004, als deutlich wurde, dass mit einem eigenen Umzug manche Veränderung kommen würde, die Entscheidung getroffen worden, über schnelle Internetanbindungen für Patienten hilfreicher in der Recherche sein zu können. Aber man kann aus dem Internet nur die Qualität herausholen, die vorher

hineingegeben ist. Hier gibt es noch viel zu tun.

Bremerhaven

Auch im Jahr 2004 haben an jedem Dienstag in Bremerhaven persönliche Beratungen stattgefunden. Darüber hinaus ist das Bremerhavener Telefon auf das Bremer Büro umgeleitet, so dass auch Bremerhaven ein tägliches Beratungsangebot zu Ortstarifen hat. Wir zählten 333 Personen aus Bremerhaven selbst und 185 aus der Umgebung Bremerhavens, wobei nicht jeder am Telefon sich bzw. seinen Ort zu erkennen gibt. In 123 Fällen kam es zu persönlichen Begegnungen in unserem Bremerhavener Büro. Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden verschiedene Veranstaltungen (in einer Altentagesstätte, in Selbsthilfegruppen) auch in Bremerhaven durchgeführt, um die Menschen zu informieren.

Patientenbeteiligungsverordnung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde auch die Beteiligung der Patienten an Beratungen der entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung neu geregelt. Erstmals nehmen Patientenvertreter auf Bundes- und Landesebene an den Beratungsprozessen (nicht mit Stimmrecht) teil. Dies betrifft z.B. den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Bundesebene (z.B. Zulassung neuer Behandlungs- und Untersuchungsverfahren zur gesetzlichen Krankenversicherung), aber auch Ausschüsse auf Landesebene wie den Zulassungs- und den Berufungsausschuss. In der Patientenbeteiligungsverordnung sind diejenigen Organisationen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bestimmt (nach der Verordnung vom 19.12.2003: der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und die Verbraucherzentrale Bundesverband), die die entsprechenden Vertreter und Vertreterinnen der Patientenseite benennen. Eine Unterscheidung nach Bundes- und Länderebene gibt es hier nicht. Dieses hat für

die Unabhängige Patientenberatung Bremen als regionale Patientenberatungsstelle bedeutet, dass sie weder zu Gesprächen für die Benennungen gebeten wurde, noch dass sie an der Besetzung der entsprechenden Positionen beteiligt war oder mit ihrer Erfahrung aus den Beratungen der Patienten im Gespräch mit den benannten Vertretern auf Beratungsvorgänge Einfluss nehmen kann. Die Erfahrungen der Unabhängigen Patientenberatung in der Beratung von mehreren tausend Patienten pro Jahr werden schlicht nicht einbezogen in die Patientenbeteiligung bzw. in die Beratung der entsprechenden Gremien.

II.2 Zahnärztliche Fachberatung durch die Zahnärztekammer

Die Unabhängige Patientenberatung berät Patienten, die Fragen zu ihrer zahnärztlichen Versorgung haben, verstärkt seit dem Jahre 2002. Davor erfolgte diese Beratung vor allem durch die Zahnärztekammer. Seit dem 1. Januar 2002 kooperieren die Zahnärztekammer und die Unabhängige Patientenberatung miteinander. Die monatliche Beratungen durch je einen oder zwei Zahnärzte finden in den Räumen der Unabhängigen Patientenberatung statt. Neben dieser Beratung durch Zahnärzte sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unabhängigen Patientenberatung Ansprechpartner auch für allgemein-zahnärztliche Fragestellungen. Ansonsten werden die Anfragenden weiter an die Zahnärztekammer verwiesen oder es erfolgt die eigentliche zahnärztliche Beratung, deren Inanspruchnahme über die Zahnärztekammer organisiert wird.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Themenbereiche und die Anzahl der **persönliche Beratungen durch die zahnärztlichen Fachberater** im Zeitraum 2000 bis 2004. Mit allen Ratsuchenden wird ein Beratungstermin vereinbart. Das geschieht, damit alle Ratsuchenden innerhalb der Beratungszeit angemessen, objektiv und qualifiziert beraten werden können.

Tabelle 4: Themen der zahnärztlichen Fachberatung 2000 bis 2004

Themen	2000	2001	2002	2003	2004
Prothetische Versorgungsformen durch Zahnersatz oder Zahnkronen	102	79	69	45	70
Implantatversorgungen	59	66	49	28	23
Sonstiges	28	21	21	11	22
Füllungsmaterialien/-therapien	22	27	17	9	19
Honorarabrechnung	30	13	8	9	4
Parodontaltherapie	26	15	13	9	14
Kieferorthopädische Behandlung	3	7	2	7	5
Gutachtenerstellung	7	10	4	4	13
Fortbildungsbezogene Interessengebiete	0	6	2	2	2
Freie Zahnarztwahl	14	7	3	1	5
Gesamt	291	251	188	125	177

Nach einem Rückgang der Anfragen zu Zahnersatz und anderen prothetischen Versorgungsformen im Jahr 2003 sind die Fragen zu diesen Bereichen 2004 wieder angestiegen. Auch in den anderen Themenfeldern gleichen die Zahlen wieder weitgehend denen aus dem Jahr 2002. Im Vergleich zu den Gesamtbehandlungszahlen im Lande Bremen mit knapp 1 Million Behandlungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden ist die Zahl der Beschwerden und Anfragen im Rahmen der zahnärztlichen Fachberatung gering. Gleichwohl sollte jede Anfrage und Beschwerde als Chance zur weiteren Verbesserung genutzt werden.

II.3 Zahnberatungen durch die UPB

Neben der monatlichen Beratung durch Zahnärzte in den Räumen der Unabhängigen Patientenberatung beraten auch die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle selbst in Fragen, die keine zahnmedizinische Fachkompetenz benötigen. Welche Themen hierbei angesprochen wurden, zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 5: Themen der Zahnberatungen im Jahr 2004

Zahnberatung		
Fragen z. Abrechnung		187
- Privatabrechnung nach der GOZ	60	
- Abrechnung nach der gesetzlichen BEMA	23	
- Fragen zu Kostenvoranschlägen	36	
- Bonussystem	3	
Zahnersatz		170
- Fragen zur prothetischen Versorgung	57	
- Probleme mit prothetischer Versorgung	52	
- Implantate	28	
- Inlays	3	
- Gewährleistung	5	
Verweis an ZÄK		127
- Terminvergabe zur Beratung durch die Zahnärztekammer	66	
- andere Gründe	22	
Fehlerhaftigkeit (mögliche)		118
- Schlichtung	15	
- Gutachterverfahren	40	
Sonstiges		84
Fragen z. Kieferorthopädie		42
Behandlerwechsel		37

Zahnberatung		
- Kommunikationsprobleme	9	
- unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis	7	
- andere Gründe	8	
Fragen zu privaten Leistungen		32
- Professionelle Zahnreinigung	5	
- Funktionsanalyse	4	
Fragen nach bestem Zahnarzt, Fachgebiet, Schwerpunkt		20
Fragen zu Füllungsmaterialien		20
Fragen z. Behandlungsmethoden, Zahnerkrankungen		18
Gesetzliche Grundlagen		13

Kostenvoranschläge und Rechnungen nach erfolgter prothetischer Versorgung

Häufig suchen uns Patienten mit ihren Kostenvoranschlägen oder mit Rechnungen nach erfolgter prothetischer Versorgung auf. Der Kostenvoranschlag oder die Rechnung werden nicht richtig verstanden. Hier ist zu hoffen, dass die Umstellung auf befundorientierte Festzuschüsse ab 1.1.2005 ein wenig mehr Klarheit bringt. Zu befürchten ist allerdings eine weitere Verwirrung, die sich in den ersten Beratungen des Jahres 2005 bereits zeigte. Immer wieder waren Patienten überrascht, dass sie bei endgültiger Abrechnung doch nicht die 65% der Gesamtsumme des Kostenplans von ihrer Kasse erhielten. Sie hatten übersehen oder waren sich nicht bewusst, dass in den Laborkosten auch Kosten für Metall enthalten war, bei dem keine prozentuale Bezuschussung, sondern eine Festbezuschussung pro Zahn erfolgt. Wenn dann durch den Vorschlag des Zahnarztes und die Wahl des Patienten "edles" Material gewählt wurde, entstanden Kosten, auf die die Menschen nicht vorbereitet waren und über die sie nach ihrer Ansicht auch nicht ausreichend aufgeklärt waren. Bei Menschen, die nach geltendem Recht im Jahr 2004 einen 100%-Zuschuss erhielten, war dieses natürlich besonders gravierend, da sie von der Voraussetzung ausgegangen waren, sie bräuchten überhaupt keine Zahlungen zu leisten. Dies trifft aber nur zu, wenn der Zuschuss für Metall und das wirklich aufgewandte Metall sich decken.

Steigerungsfaktor

Auf dem privaten Sektor werden gelegentlich Heil- und Kostenpläne erstellt, in denen als Steigerungsfaktor nicht der Schwellenwert 2,3, sondern ein höherer Steigerungsfaktor (z.B. 3,5) angesetzt wird. Auch wenn die Pläne den Hinweis enthalten, dass die individuelle Begründung für den erhöhten Faktor mit der Rechnung erfolgen werde, ist die Bedeutung den Patienten oft nicht bewusst. Bisweilen ist offenbar mit dem Zahnarzt auch nicht detailliert

darüber gesprochen worden, ob es bereits Anhaltspunkte für einen erhöhten Faktor gibt. Manche Heil- und Kostenpläne enthalten keine Aussagen zu den Steigerungsfaktoren, sondern setzten bestimmte Summen an (beim Nachrechnen ergab sich oft der Faktor 3,5). Nicht transparent war bei anderen Kostenvoranschlägen für die Patienten, dass ein höherer Steigerungssatz als der 3,5fache berechnet wurde. Manche Patienten erinnerten sich auch auf unsere Nachfrage nicht, dass es dazu ein Gespräch gegeben hatte. Hier könnte eine noch gründlichere Information dazu beitragen, dass Patienten nicht das Gefühl haben, zu einer Unterschrift gedrängt worden zu sein.

Kredite

In einigen Fällen kamen Menschen mit Heil- und Kostenplänen zu uns, die die eigenen Kosten nicht selbst sofort aufbringen konnten, die aber auch keine Kredite aufnehmen konnten/durften (z.B. bei Insolvenz eines Selbstständigen) bzw. die durch Schufa-Einträge als nicht kreditwürdig gekennzeichnet waren. Sie waren von ihrem behandelnden Zahnarzt dahin informiert worden, dass eine Versorgung erst dann stattfinden könne, wenn die Finanzierung gesichert sei. Einige wenige Patienten berichteten, dass sie trotz ihres Einwandes, zur Zeit Schmerzen zu haben, so entlassen worden seien, ohne dass eine Schmerzbehandlung stattgefunden habe. Wir haben diese Patienten ermutigt, sich deswegen an die Zahnärztekammer und/oder ihre Krankenkasse zu wenden.

Zahnfüllungen

Bei Fragen zu Füllungsmaterialien wurde unter anderem vorgetragen, dass bei einer "einfachen" Zahnfüllung Privatzahlungen verlangt würden. In den Praxen wurde zwar zumeist darüber gesprochen, dass überwiegend oder auch ausschließlich Füllungsmaterialien und –techniken verwandt werden, die über Kassenleistungen hinausgehen. Vielen Patienten war aber nicht bewusst, dass dies zusätzliche Kos-

ten auslöst. Besonders für Menschen mit geringen finanziellen Mitteln kann dies zum Problem werden, wenn sie sich die geforderte private Zahlung nicht leisten können, aber auch keine Alternative erfahren, wie ihre Zähne in Ordnung gebracht werden könnten. Formal wird bei manchen Patienten darauf verzichtet, mit ihnen vor der Behandlung einen Vertrag abzuschließen, der die Kosten nennen würde. Sie erhalten erst nach der Behandlung eine Rechnung, die sie dann überrascht und gelegentlich überfordert.

Kieferorthopädie

In 42 Fällen wurden Fragen zur Kieferorthopädie gestellt. Hier waren zum einen die Eingruppierungen fraglich. War Stufe I oder II festgestellt, erfolgte eine Information durch den Kieferorthopäden über Konsequenzen ohne kieferorthopädische Behandlung. Bei den Eltern entstand auf Grund dieser Information gelegentlich der Eindruck, hier sei eine erhebliche Fehlstellung des Gebisses festgestellt worden und eine Korrektur sei unumgänglich. Dass ihre gesetzliche Krankenkasse diese Leistung nicht mittragen würde, konnten sie unter diesen Umständen nicht verstehen.

Eltern berichteten, sie seien in kieferorthopädischen Praxen dazu bewegt worden, die Kostenerstattung zu wählen. Dabei seien sie nicht ausreichend darauf hingewiesen worden, dass damit nicht nur die kieferorthopädische Behandlung, sondern auch andere ambulante Behandlungen auf Privatbasis erfolgen und von der Kasse nachträglich nur teilweise erstattet würden. Vereinzelt wurde berichtet, dass Praxen sich weigerten, eine kieferorthopädische Behandlung nach Kassenbedingungen vorzunehmen. Es wird den Eltern dann in einer für sie nicht zu überprüfenden Weise dargestellt, dass die Kassenbehandlung eine „veraltete“ Behandlung sei, die langfristig nicht erfolgreich sein würde.

GKV-Modernisierungsgesetz

Viele Fragen im Jahre 2004 betrafen auch im zahnärztlichen Bereich das GKV-Modernisierungsgesetz, obwohl sich eigentlich in 2004 noch kaum etwas ändern sollte. Viele Menschen waren verunsichert, weil sie die Botschaften aus den Zeitungen und der übrigen Öffentlichkeit nicht erfassen konnten. Bleibt die Versicherung für "Zähne" (die wenigsten unterscheiden zwischen Prothetik und der übrigen Zahnbehandlung) nun in der gesetzlichen Krankenversicherung oder muss ich mich privat versichern? Als dann recht früh im Jahr 2004 Angebote über die gesetzlichen

Krankenkassen zur (privaten) Zusatzversicherung gemacht wurden, waren viele der Meinung: das ist die ab 2005 geltende andere Versicherung. Offenkundig hat hier auch die beste Beratung nicht geholfen. Es war einfach unglücklich, dass Zusatzangebote bereits auf dem Markt waren, aber debattiert und gestritten wurde über die Basisversorgung, ohne dass man bis Mitte des Jahres dazu konkret etwas sagen konnte. Zusätzliche Verwirrung entstand dadurch, dass die in 2003 verabschiedete gesetzliche Regelung in 2004 noch einmal verändert wurde, ehe sie überhaupt in Kraft getreten war. Immer wieder melden sich Menschen mit einem Zusatzversicherungspaket bei uns, die der Meinung sind, sie hätten damit ihre Basisversicherung abgeschlossen und die nicht wissen, was sie jetzt tun sollen, weil doch nun noch einmal alles ganz anders geworden sei. Unsere Zahlen werden dieses nicht eindeutig widerspiegeln, weil wir erst im Laufe des Jahres derartige Fälle eindeutig gekennzeichnet und sie so für die Statistik vorbereitet haben. Anfragen aus der ersten Hälfte des Jahres in Richtung auf diese gesetzlichen Grundlagen dürften sich unter anderen Rubriken wiederfinden.

Bei den Beratungen wurden auch vermehrt Fragen an diese Zusatzversicherungspakete deutlich. Abgeschlossen waren diese Versicherungen wegen der "Zähne", aber versichert war z.B. gleichzeitig auch eine Auslandskrankenversicherung oder die Übernahme von Zuzahlungen bei Heilmitteln ("Was ist das eigentlich? Ist das der Heilpraktiker?"). Entweder war eine Auslandskrankenversicherung längst anderswo abgeschlossen oder ein Versicherter sagte deutlich: ich will gar nicht ins Ausland reisen, wo diese Versicherung dann eintreten könnte. Oder man stellte fest: bei meinem Bonus bekomme ich zur Zeit einen Zuschuss von 65%. Ich kann ihn zwar maximal auf 90% mit dieser Versicherung hinaufsetzen, aber nur in Bezug auf die Leistungen, die auch die Krankenkasse bezuschusst bzw. erstattet. Die Verblendung der hinteren Backenzähne oder Vollkeramikronen oder zusätzliche Teleskopkronen werden weder von der gesetzlichen Versicherung noch von der Zusatzversicherung erfasst. Hier muss ich nach wie vor selbst zahlen. Mancher, der bei uns ein solches Zusatzpaket vorlegte, begriff erst in diesem Moment, dass es eben doch keine so umfassende Versicherung war, wie er es bisher gedacht und gehofft hatte. Die Frage ist offen: was sind erstattungsfähige Leistungen in diesem Bereich. Was sind sie im Jahr 2005, wenn der prozentuale Zuschuss zu erstattungsfähigen Leistungen sich in einen befundorientierten Festzuschuss verändert?

Es handelt sich bei diesen Zusatzversicherungen um private Versicherungsgesellschaften. Aber den Versicherten ist dieses nicht immer sehr deutlich, da die Vermittlung und der empfehlende Hinweis über ihre eigene gesetzliche Krankenkasse kam. "Also muss die doch damit etwas zu tun haben!" Immerhin erlebten wir es, dass eine gesetzliche Krankenkasse sich auch bei der privaten Versicherung einsetzte, als ein

Versicherter seine Versicherung kündigen wollte und dies mit offenkundig falschen Begründungen und Schlussfolgerungen (Basisversicherung und Zusatzversicherung gingen durcheinander) in seinem Schreiben gegenüber der gesetzlichen Versicherung tat.

III. Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Seit Anfang 2003 wird das Beratungsangebot der allgemeinen Patientenberatung ergänzt um die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Das Modellvorhaben wird für die Laufzeit von drei Jahren bis Ende September 2005 aus Projektmitteln des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales finanziert. Über das Modellvorhaben ist ausführlich im letzten Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung berichtet worden.

samt wurden 549 Gespräche telefonisch geführt und 94 Gespräche fanden persönlich in den Räumen der Patientenberatung, Schwachhauser Heerstraße 34, statt. In 14 Fällen wurde die Beratung in der häuslichen Umgebung durchgeführt, weil die ratsuchenden Pflegebedürftigen aus gesundheitlichen Gründen die Beratungsstelle nicht aufsuchen konnten.

Die Beratungstätigkeit im Einzelnen

Aus der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, wie sich die Gesamtheit der Ratsuchenden zusammensetzt. Dabei ist bemerkenswert, dass rund 80% der ratsuchenden Personen Angehörige von Pflegebedürftigen waren.

Im Jahr 2004 haben sich insgesamt 420 Ratsuchende zur Beratung in Pflegeangelegenheiten an die Patientenberatung gewandt. Insgesamt

Tabelle 6: Ratsuchende Personen in der Pflegeberatung 2004

Personen	Anzahl
Frauen	311
Männer	109
Insgesamt	420
davon:	
Pflegebedürftige selbst	27
Angehörige von Pflegebedürftigen	334
prof. Dienstleister	14
Vertreter anderer Institutionen	36
Sonstige	9
davon:	
aus Bremen	356
aus dem nahen Umland von Bremen	18
aus dem übrigen Deutschland	46
Summe aller Gesprächskontakte	629

III. 1 Informationsbedarf

Die Menschen, die bei uns nach Informationen nachfragen, betonen, dass sie sich die Unabhängige Patientenberatung als Informationsgeber in ihrer Unabhängigkeit wünschen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gut überschaubar und nachvollziehbar. Ihre privaten finanziellen Ressourcen können die Menschen ebenfalls gut überschauen. Nicht überschaubar sind für den Laien der personelle und zeitliche Bedarf, der sich bei einer Pflege entwickeln kann – vor allem dann, wenn der

Angehörige zuhause gepflegt werden soll. An dieser Stelle leistet die UPB Beratung, indem sie sachlich die finanziellen Ressourcen mit den personellen, aber auch fachlichen Möglichkeiten verknüpft. Dazu gehört auch der Hinweis auf die Einrichtung einer Vollmacht oder der gesetzlichen Betreuung und die Aufklärung der Angebote, falls die Pflegeversicherung auf Grund des Gutachtens nicht greift.

So entwickeln sich viele Informationsgespräche, auch telefonische, zu einem individuell zugeschnittenen Informationsgespräch „rund-um-die-Pflege“. Diese Gespräche haben den Vorteil, dass der Angehörige in eine Situation mit der Pflegekasse oder einem Pflegedienstleister informiert hineingehen kann. Auf diese Weise können Missverständnisse vermieden werden und der Angehörige kann klarer auftreten.

Die Informationsgespräche dienen umgekehrt auch dazu, Ansprüche und Erwartungen zu klären. Diese betrifft nicht nur die finanziellen

Voraussetzungen der Pflege durch die Pflegestufe, sondern natürlich auch deren Umsetzung durch Angehörigenpflege, ambulante Ergänzung oder Diskussionen um den Auftrag und die Möglichkeiten eines Altenpflegeheim.

Die Informationsebene ist außerordentlich wichtig. Im Alltag werden viele Dinge routiniert weitergegeben, ohne dabei zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige selbst und seine Angehörigen mit der Situation neu konfrontiert sind und alles nur sehr langsam begreifen. Durch Missverständnisse entwickeln sich Konflikte, die vermeidbar gewesen wären und wahrscheinlich mehr Zeit und Energie brauchen als eine geduldige, möglicherweise auch wiederholende Aufklärung.

Aus der nachfolgenden Tabelle lässt sich ersehen, zu welchen Themen ein Informationsbedarf besteht.

Tabelle 7: Themen der Informations- und Beratungsgespräche 2004

Thema	Anzahl
Vertragsgestaltung, Abrechnungsgestaltung, Orientierungshilfe bei der Auswahl, Schwerpunktsetzung der Pflegedienste, Übernahme von Verhinderungspflegen bei der ambulanten pflegerischen Versorgung	167
Einzelne Aspekte der Pflegeversicherung , Fragen zu den Voraussetzungen der Pflegestufen und dem Gutachtenverfahren/Abgrenzung SGB V	84
Vertragsgestaltung, Orientierungshilfe bei der Auswahl, Abrechnungsgestaltung / auch: Schwerpunktsetzung hinsichtlich Demenz bei der stationären pflegerischen Versorgung	67
Unterstützung durch das BSHG , Fragen nach Unterhaltspflicht etc.	58
Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsgesetz	57
Ergänzende Hilfen bei Bedarf der Unterstützung im Haushalt/Einkauf, Beaufsichtigung und Kommunikation während des Tagesablaufes und Kommunikation, auch Selbsthilfe – und Angehörigengruppen	41
Pflegende Angehörige in ihrer Rolle im Familiensystem	35
Orientierungshilfe über die Möglichkeiten des jeweiligen Angebotes der Kurzzeitpflege und der Tagespflegeangebote	24
Überleitung stationär/ambulant	23
Pflegerische Hilfsmittel , vor allem hinsichtlich der Bewilligungspraxis in dem jeweiligen Pflegesetting	18
Betreuungsschwierigkeiten bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind; hier häufig: beginnende Demenz	13

Beratungsschwerpunkte

Neben den allgemeinen Informationen zur Pflege kristallisierten sich im Jahr 2004 vor allem vier Schwerpunkte heraus bei Beratungen, die mindestens ein Telefonat und einen persönlichen Termin und noch einige darauffolgende telefonische Kontakte nach sich zogen:

1. Der pflegerische Bedarf eines Menschen kann sich abrupt (durch eine schwere Krankheit – anschließende Überleitung vom Krankenhaus nach Hause) oder allmählich entwickeln. Gerade die allmähliche Verschlechterung der Selbstständigkeit stellt Angehörige vor die Frage: Wie lange kann ich meinen Vater/meine Mutter/meine Ehefrau/meinen Ehemann noch

zuhause betreuen oder betreuen lassen? Welche Alternativen gibt es, welche davon sind individuell machbar und zumutbar – wie sieht die Verantwortlichkeit und Auseinandersetzung im familialen System aus? Häufig ist es vor allem ein Sohn/eine Tochter, der/die sich um die pflegebedürftigen Eltern bemüht und durch die Beratung Klarheit sucht, welcher weitere Weg einzuschlagen ist.

2. Es gibt Beratungsbedarf zum Umgang mit den Dienstleistern. Ein kompliziertes Beziehungsgeflecht kann sich mit Nachbarschaftshelfern, ehrenamtlich Helfenden, gesetzlichem Betreuer und professionellen Dienstleistern, die einen pflegebedürftigen Menschen zuhause oder auch in einem Altenpflegeheim versorgen, entwickeln. Angehörige sind häufig nicht direkt an diesem Beziehungsgeflecht beteiligt und fühlen sich als beobachtende Dritte oft handlungsunfähig. Der Wille zu einer behutsamen Vermittlung zwischen allen Interessen ist häufig der Anlass des Aufsuchens unserer Beratung.

3. Immer wieder entstehen auch bei einer engagierten Angehörigenpflege zuhause Probleme. Neben fachlichen Fragen steht das Burn-out der pflegenden Person im Vorder-

grund. Neben der Aufklärung über mögliche finanzielle Unterstützung durch die Pflegeversicherung geht es um ganz konkrete Beratung, wie eine Entlastung aussehen kann und was man einem alten pflegebedürftigen Menschen an damit einhergehender Veränderung zumuten darf.

4. Den meisten Menschen, die in die Beratung kommen, ist nicht klar, dass sie als Ehegatte /Sohn/Tochter nicht automatisch für den z.B. verwirrten Angehörigen formale Angelegenheiten regeln können, sondern dafür eine Vollmacht benötigen oder die gesetzliche Betreuung beantragen müssen. Neben dem Gespräch verteilen wir in großer Zahl die Informationsschrift zur Betreuung des Bundesministers für Justiz.

III. 2. Beschwerden

Neben der allgemeinen Informations- und Beratungsarbeit sind auch Beschwerden bearbeitet worden. Um welche Themen es bei diesen Beschwerden ging, lässt sich aus der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Tabelle 8: Beschwerden in der Pflegeberatung 2004

Beschwerdegrund	Anzahl
Beschwerden über Pflegekasse/Pflegeversicherung : Einstufung in die Pflegestufe/Unterstützung beim Widerspruch/GutachterVerfahren/ Abgrenzung SGB V	28
Beschwerden zu stationären Dienstleistern (Rechnungsstellung, Dienstplankoordination, Pflegequalität, allgemeine Versorgung)	23
Beschwerden zu ambulanten Dienstleistern (Rechnungsstellung, Dienstplankoordination)	19
Beschwerden im Umgang mit Bescheiden der Behörden/ persönlicher Umgang/Informationsdefizite	12
Andere : z.B. Arzt / Krankenhaus /Sozialdienst /gesetzl. Betreuer/Apotheke/Nachbarn u.a.	12
Kurzzeitpflege /Tagespflege /Rechnungsstellung /Dienstplankoordination /Pflegequalität/allgemeine Versorgung	3
Beschwerden über die Pflege durch Angehörige	1
Beschwerden gesamt	98

Pflegeversicherung/Pflegekasse

In diesem Jahr haben sich fünf Versicherte beschwert, dass sie nach jahrelanger Einstufung in eine Pflegestufe nun in diesem Jahr zurückgestuft worden sind. Dies ist z.T. bei sehr alten Menschen oder bei offensichtlich chronisch kranken Menschen erfolgt, deren Gesundheit sich in den letzten Jahren nicht verbessert und deren Pflegebedarf sich nicht vermindert hat. Da sich diese Menschen über

Jahre in ihrem Alltag eingerichtet haben, ist es ein großer Verlust, wenn sie ihre Pflege nur noch reduziert oder gar nicht mehr finanzieren können. Auch auf unsere Intervention hin haben die Pflegekassen nicht geprüft, ob diese Rückstufung rechtlich zwingend ist, sondern die Rückstufung trotz Widerspruch und Neuantrag mit entsprechenden finanziellen Konsequenzen vorgenommen.

Dem Versicherten selbst bleibt in dieser Situation nur noch die Möglichkeit, die ganze Ange-

legenheit im Rahmen einer Klage vor dem Sozialgericht rechtlich klären zu lassen, allerdings wird dazu nicht jeder Betroffene in der Lage sein.

Behörden

Bei den Beschwerden über Behörden steht das Versorgungsamt im Mittelpunkt. Die Voraussetzungen für die einzelnen Bereiche der anerkannten Beeinträchtigungen sind den Antragstellern nicht transparent, die Bearbeitungszeiten scheinen sehr lang zu sein, die Gesprächsatmosphäre zwischen Klient und der Mitarbeiterschaft ist aus Sicht der Betroffenen wenig kundenfreundlich.

Stationäre und ambulante Einrichtungen

Für viele schwer pflegebedürftige Menschen ist die Vorstellung, in ein Altenpflegeheim wechseln zu müssen, sehr unangenehm. Deshalb werden stationäre Einrichtungen häufig von vornherein negativ betrachtet. Nach unserer Statistik sind die stationären Einrichtungen allerdings besser als die ihnen gegenüber geäußerten Befürchtungen vermuten lassen. Aufgefallen ist uns allerdings, dass Ratsuchende verängstigt bei uns ankommen und manche sich kaum trauen, ihre Beschwerde zu formulieren. Die Angst, es könne zu Repressalien seitens des Pflegeheimes auf den dort versorgten Angehörigen kommen, ist groß und führt sicher dazu, dass viele Beschwerden gar nicht geführt werden. Den Pflegeheimen kann nur geraten werden, die Angehörigen noch mehr in die Kommunikation um die Pflegesituation einzubeziehen. Dazu gehört sicherlich auch, auf die engen finanziellen Grenzen hinzuweisen.

Auch ambulanten Einrichtungen wird manchmal vorgeworfen, dass sie keinen freundlichen und professionellen Umgang mit den Kunden führen, sondern bei Konflikten schnell andere Wege einschlagen. Übrigens eine Darstellung, die die Beraterinnen bestätigen.

Über die Qualität der Kurzzeitpflege/Tagespflege wird selten geklagt. Allerdings sind Rechnungen oft nicht klar und führen zu einem Gespräch mit uns, wenn die Einrichtung nicht ansprechbar ist oder die Betroffenen das Vertrauen verloren haben. Es sind besonders verzwickte Situationen, die zu unklaren Rechnungen führen.

Professionelle Betreuer

Es kommt vor, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auf aus ihrer Sicht

willkürliche Entscheidungen des ihnen zugeordneten professionellen Betreuers stoßen. Häufig ist es schwierig, die Probleme, die der Klient uns darstellt, mit ihm und dem Betreuer zusammen zu lösen. Meistens sind dafür längere Beratungsprozesse erforderlich.

Angehörige

Beschwerden über die Pflege durch Angehörige kommen hier nur selten an. Vielleicht haben die Betroffenen unsere Beratungsstelle noch nicht als Möglichkeit der Beratung erkannt. Allerdings ist dies im Informationsbereich anders. Hier wenden sich Angehörige durchaus an unsere Patientenberatung.

III. 3 Qualitätskriterien in der ambulanten Pflege aus Kundensicht

Aus den Gesprächen mit den Patienten/Kunden von Pflegediensten entwickelte sich die Frage nach der Transparenz der Qualität von ambulanten Pflegedienstleistungen. In der Fachwelt wird das Themen Qualität vielfach diskutiert. Dem Kunden sind die Qualitätsdiskussionen in der Regel nicht und die Instrumente nur teilweise zugänglich. Dennoch muss der Kunde in seinem Alltag mit Instrumenten wie Pflegedokumentation oder Pflegeplanung umgehen, der Kunde aber definiert Pflegequalität oft subjektiv ganz anders.

Aus diesem Grunde initiierte die Unabhängige Patientenberatung die Herausgabe einer Checkliste für Kunden ambulanter Pflegedienste. Ziel dieser Checkliste ist es auch, Qualitätskriterien transparent zu machen und den Kunden in die Entwicklung der Qualität ambulanter Pflege über ein funktionierendes Beschwerdemanagement einzubeziehen.

In einem kleinen interdisziplinär zusammengesetzten Team wurde die Checkliste erarbeitet. In ihr werden Fragen zur Beratung durch den Pflegedienst, Organisationsfragen, Fragen zum rechtlichen Hintergrund und zur Abrechnung, zur Kooperation von professionellem Pflegedienst mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen und zu pflegefachlichen Aspekten gestellt. Der Kunde kann in Ruhe diese Checkliste bearbeiten und die Qualität seines Pflegedienstes erfassen - natürlich ganz subjektiv, aber er erlebt den Pflegedienst ja auch subjektiv.

Mit der Checkliste ist ein Instrument geschaffen worden, an dem die Kunden sich orientieren und auf Aspekte hingewiesen werden können, die sie bisher nicht wahrgenommen haben, möglicherweise können sie auch ihren

eigenen Anspruch an den Pflegedienst überprüfen.

Hier ein paar beispielhafte Fragen:

1. *„Ich bin von meinem Pflegedienst über alles, was im Pflegevertrag steht, aufgeklärt worden.“*

Diese Aussage macht darauf aufmerksam, dass es sich lohnen könnte, in den Pflegevertrag zu schauen und nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde. Während der ambulante Pflegedienst seinen Vertrag juristisch hat prüfen lassen, verlässt sich der Kunde vor allem auf sein Vertrauen - denn dies braucht er als Basis für die Zusammenarbeit.

2. *„Mir ist bekannt, welche Pflegekraft zum nächsten Dienst kommen wird.“*

Diese Aussage bekräftigt den Wunsch, zu wissen, wer am nächsten Morgen am Bett steht. In dieser Liste aufgenommen, weiß der Kunde, dass es nicht nur ein individueller Wunsch ist, sondern aus unserer Sicht zu den Qualitätskriterien gehört.

3. *„Der Leistungsnachweis über die einzelnen Pflegetätigkeiten, den ich unterschrieben habe, liegt der Rechnung bei.“*

Der Leistungsnachweis muss monatlich unterschrieben werden – häufig ist dem Kunden gar nicht klar, dass seine Unterschrift mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist. Erst wenn er in die Situation kommt, dass ein Eigenanteil gezahlt werden muss, wird er aufmerksam.

Häufig ist die Definition der Leistungskomplexe unklar.

4. *„Wenn es Konflikte gibt, versucht der Pflegedienst, mit mir zusammen zu tragbaren Lösungen zu kommen.“*

Hier wird natürlich das Beschwerdemanagement unter die Lupe genommen und von dem Kunden beurteilt. Ein Pflegedienst, der hier ein Nein erntet, wird diesen Kunden schon bald verloren haben.

5. *„Der Pflegedienst nimmt mich als Experte in eigener Sache wahr.“*

Diese Aussage ist aus Kundensicht sehr wichtig, für die Pflegekräfte vor Ort aber kann das dazu führen, dass sie ihren Auftrag, eine gute Pflege zu leisten, nicht erfüllen können. Dadurch entstehen immer wieder Situationen, die innerhalb des Pflegedienstes und mit dem Kunden geklärt werden müssen. Ein guter Pflegedienst kennt den Anspruch und die Chancen, aber auch die Probleme und die Grenzen, die in dieser Aussage liegen. Der Kunde selbst nimmt diese Aussage sehr ernst und kann sie als Chance zur Eigenaktivierung nehmen – auf jeden Fall sollte er sich eine Diskussion nicht nehmen lassen, falls er hier „trifft nicht zu“ ankreuzen muss.

Die Checkliste kann dazu beitragen, die Qualität der Pflegedienste in Bremen durch die Diskussion mit den Kunden zu verbessern.

IV. Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2004

Herausragendes Ereignis in der Öffentlichkeitsarbeit der Unabhängigen Patientenberatung Bremen war eine Telefonaktion in Zusammenarbeit mit dem Weser Kurier am Anfang des Jahres. Zur Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Januar 2004 wollten wir auf diese Weise eine möglichst breite Öffentlichkeit erreichen. Schon Ende 2003 zeichnete sich ab, dass viele Menschen verunsichert waren und Beratungsbedarf haben würden. Im Vorfeld hatten wir eine Broschüre mit dem Titel „Alles frei?“ erstellt, die über wesentliche Änderungen bei der Zuzahlung und Befreiung in der gesetzlichen Krankenkasse in verständlicher Weise informieren sollte. Diese Broschüre wurde ständig aktualisiert und war auch über das Internet abrufbar.

Die Telefonaktion zur Gesundheitsreform, bei der insgesamt vier Experten aus Krankenkassen, Hausärzterverband, KV und UPB den Lesern des Weser Kurier Rede und Antwort

standen, war ein voller Erfolg. Der Weser Kurier titelte „Eineinhalb Stunden glühten die Drähte“. Die Telefone „standen keine Sekunde still“. Die große Nachfrage hielt noch Wochen später an, die UPB wurde wie nie zuvor in Anspruch genommen.

In der Folge wuchs auch die Aufmerksamkeit anderer Medien gegenüber der UPB. So gab es diverse Hörfunk-Beiträge zu den unterschiedlichsten Themen und Fragestellungen in den Programmen von Radio Bremen. Unter anderem war Herr Moroff als Leiter der UPB Gast in der „Gesprächszeit“ des Nordwest-Radios, einer einstündigen Sendung, zum Thema Gesundheitsreform. Auch das Fernsehen berichtete: Die ZDF-Drehscheibe brachte einen Beitrag zum Thema Patientenverfügung.

Natürlich gab es auch bei der schreibenden Presse erfreuliche Resonanz auf die Öffentlichkeitsarbeit der UPB. Besonders zu erwähnen ist hier die fruchtbare Zusammenarbeit mit

dem Weser Kurier. Diverse Presseerklärungen waren und sind Anlass für Artikel in den Ressorts Lokales und Wissenschaft. Der Besuch der Patientenbeauftragten der Bundesregierung fand ebenso Erwähnung wie der Jahresbericht der UPB, der u.a. über den Rekordzuwachs der Anfragen im Jahr 2003 berichtete. Weitere Artikel gab es zum Thema Verhinderungspflege und zu einer Vortragsreihe der UPB in Zusammenarbeit mit der VHS. Auch in der Nordsee-Zeitung ist die UPB wöchentlich mit Hinweisen auf unsere Bremerhavener Beratungsstelle vertreten.

Unsere Antwort auf eine Anfrage des MDK Niedersachsen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform wurde in einem großen Artikel über die UPB bundesweit in der Zeitschrift „MDK Forum“ publiziert.

Infostände der Unabhängigen Patientenberatung gab es auf der Bremerhavener Gesundheitswoche, zum Thema Pflege auf der Veranstaltung „Infomarkt Pflege“ beim Amt für Soziale Dienste und auf den „Krebs-Informationstagen“ der Bremer Krebsgesellschaft.

Weiterer Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit in der UPB war die Überarbeitung und Weiterentwicklung unseres Informationsmaterials. Neben der Überarbeitung der Texte wurde das Erscheinungsbild unserer Flyer und des Internetauftritts professionalisiert. Dies geschah in Zusammenarbeit mit einer Werbeagentur. Bei dieser Gelegenheit erhielt die UPB auch ein neues Logo. Die Flyer haben künftig ein einheitliches Erscheinungsbild, werden aber trotzdem thematisch deutlich unterscheidbar sein.

Der Bekanntheitsgrad der Unabhängigen Patientenberatung Bremen ist auch im Jahr 2004 deutlich gestiegen. Oftmals konnten die Mitarbeiter, besonders nach Presseveröffentlichungen, die Nachfrage nach Beratung kaum bewältigen. Die Öffentlichkeitsarbeit ist damit zu einem entscheidenden Faktor für den Erfolg der Einrichtung geworden.

Öffnungszeiten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unabhängigen Patientenberatung Bremen

Patientenberater/-innen

- Frau Elisabeth Götz
- Frau Adele Ihnen
- Herr Jürgen Moroff
- Frau Heike Ohlrogge

Mitarbeiterin im Sekretariat

- Frau Frauke Schäfer

In Bremen

Richard-Wagner-Straße 1a
28209 Bremen

Telefon: 0421 – 34 77 374

Fax: 0421 – 34 77 399

Persönliche und telefonische Beratung in Bremen

Montag, Dienstag, Mittwoch	09.00 Uhr bis 15.00 Uhr
Donnerstag	14.00 Uhr bis 19.00 Uhr
Freitag	09.00 Uhr bis 13.00 Uhr

In Bremerhaven

Kurfürstenstraße 4
27568 Bremerhaven

Telefon: 0471 – 48 33 999

Fax über Bremen: 0421 – 34 77 399

Telefonische Beratung in Bremerhaven

Montag, Dienstag, Mittwoch	09.00 Uhr bis 15.00 Uhr
Donnerstag	14.00 Uhr bis 19.00 Uhr
Freitag	09.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Persönliche Beratung in Bremerhaven

Dienstag	11.00 Uhr bis 16.00 Uhr
----------	-------------------------

Internet

www.patientenberatung-bremen.de

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Richard-Wagner-Straße 1a, 28209 Bremen

Tel. 0421-34 77 374

Fax 0421-34 77 399

Kurfürstenstraße 4, 27568 Bremerhaven

Tel. 0471-48 33 999

Fax über Bremen 0421-34 77 399

kontakt@patientenberatung-bremen.de

www.patientenberatung-bremen.de